





# **CINQUANTA ANYS DE PSIQUIATRIA**



**REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA**

**CINQUANTA ANYS DE PSIQUIATRIA**

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

**DR. JULIO VALLEJO I RUILOBA**

Discurs de resposta d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina

**DR. MIQUEL VILARDELL I TARRÉS**

9 d'Octubre de 2016

Primera Edició, 2016

*Queda rigurosament prohibit, sense l'autorització escrita del titular del Copyright, sota les sancions establertes en les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la repografia y el tractament informàtic i la distribució d'exemplars d'aquesta, mitjançant lloguer o préstecs públics.*

© *Julio Vallejo i Ruiloba*

© *Miquel Vilardell i Tarrés*

© *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*

Edició: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

c/. Carme 47, 08001 Barcelona - Tf. 93 317 16 86

e-mail: secretaria @ramc.cat

D.L.: B -2016

Impress: Trialba

c/ Diputació 216 · 08011 Barcelona · 93 451 65 70

Excel·lentíssim Senyor President  
Distingides Autoritats  
Molt il·lustres acadèmics  
Companys, col·legues, amics i familiars  
Senyores i senyors

Agraeixo a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya l'honor que se'm dona amb el nomenament d'Acadèmic numerari. Aquest representa la trajectòria de tota una escola que va ser creada per D. Santiago Montserrat-Esteve i projectada en el panorama català i espanyol per persones tan dignes com l' acadèmic Prof. Ballús i altres que han ocupat els llocs més importants del panorama psiquiàtric actual.

Agraeixo, així mateix, als molts il·lustres acadèmics Profs. Francesc Domenech i Mario Foz, el seu recolzament en aquest acte per l'acompanyament en aquesta sala, així com al Prof. Miquel Vilardell per acceptar fer la resposta al discurs d'ingrés en aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Agraeixo també i, de manera molt especial, al professor Ballús per haver-me donat suport en aquest acte, al proposar-me com acadèmic per ocupar el lloc que ell ha deixat vacant al passar a ser acadèmic emèrit.

La figura del professor Ballús en el panorama català, espanyol i internacional ha estat molt rellevant pels importants reconeixements obtinguts, com la Presidència de la Societat Europea de Psiquiatria i l'organització de Congressos Internacionals. La seva influència des de la Càtedra de Psiquiatria de Barcelona ha estat notable ja que l'ha posicionat a nivell nacional i internacional. Ha estat el meu mestre i a ell li dec moltes ensenyances, entre les que destacaria la

prudència i la profunditat d'anàlisi, la visió holística de la psiquiatria i la capacitat per prendre decisions ponderades. Així doncs, el meu profund agraïment.

Finalment, tot el meu agraïment i afecte a la meva família, que ha comprès, acceptat i suportat el meu projecte vital, a més d'haver-lo recolzat en tot moment.

Una vegada valorat el tema d'aquesta conferència em va semblar que el millor era plantejar la situació de la psiquiatria en el moment actual, darrera la seva trajectòria de les últimes dècades que són les que personalment he viscut, és a dir, des de 1970.

En definitiva, el meu discurs tractarà de cinquanta anys de Psiquiatria.



## CINQUANTA ANYS DE PSIQUIATRIA

Sobrepassats segles de penúries i contradiccions, la psiquiatria inicia el seu creixement com a ciència amb el canvi de model que comença amb la revolució francesa, i en concret al 1792, quan Pinel és anomenat director de la Salpêtrière de Paris (1).

A través de les fluctuacions que pateix la psiquiatria durant dos segles (2), s'arribà a l'època recent de mitjans del segle passat. Així doncs, es passa per moments d'orientació neurobiològica, marcats generalment pel descobriment orgànic d'alguna patologia, com al segle XIX (ex. aracnoïditis de Bayle en 1822) o per la introducció o el perfeccionament d'alguna tècnica que millora el diagnòstic (ex. genètica o imatge cerebral) o per un efectiu tractament biològic (ex. psicofàrmacs), com al segle XX, a d'altres períodes sense participació d'aquests factors, que no són molt fructífers per a la neurobiologia i propicien èpoques d'orientació psicosocial.

Els vaivens de la psiquiatria es van plasmar en aquestes llargues èpoques que transiten de l'àmbit biològic al social, si bé cap a mitjans del segle XX conflueixen com veurem totes dues forces. La passió per la clínica va influir notablement en el desenvolupament d'una psicopatologia descriptiva (3) que va confluïr en una sòlida nosologia i va cristal·litzar en la definitiva classificació de Kraepelin a finals del segle XIX.

Tanmateix, cap a la meitat del segle XX van concórrer, sota la meua opinió, dos factors que van determinar l'esdevenir de la psiquiatria actual. Per una banda, en la dècada de 1950-60 apareixen per primera vegada a la història de la humanitat fàrmacs realment eficaços en el tractament de tots els trastorns psíquics (4). Efectivament, es sintetitza la clorpromazina i el meprobamat al

1950, s'aïlla la reserpina a partir de la rauwolfia al 1951 i al 1952 es publica l'article estel·lar de Delay i Denicker sobre la clorpromazina a la clínica psiquiàtrica greu, la qual cosa suposa una autèntica revolució terapèutica, al revertir la direcció de les hospitalitzacions psiquiàtriques i oferir per primera vegada a la història de la humanitat un tractament útil per a la psicosis. El 1954 Schou confirma el treball de Cade (1949) sobre l'eficàcia del liti en la mania, el 1957 es introdueixen la imipramina (Kuhn) i la iproniacida (Kline) en el tractament de les depressions i, finalment, en 1957 i 1959 es sintetitzen el clorodiacepòxid i el diazepam, actius en l'ansietat. Així doncs, per primera vegada en la seva història, l'home disposa de fàrmacs eficaços en tots els trastorns psíquics des de l'ansietat a les grans psicosis.

La psicofarmacologia es va imposar per dos raons: a) per primera vegada a la història els trastorns psíquics tenen un tractament real, b) des de l'eficàcia d'uns fàrmacs s'obren noves possibilitats etiopatogèniques biològiques dels trastorns mentals. Així doncs, s'hipotetitza la implicació dopaminèrgica de l'esquizofrènia, així com les bases serotoninèrgiques i noradrenèrgiques de les depressions (5).

A la mateixa època, cap a la meitat del segle XX i facilitada per l'eclosió psicofarmacològica, es produeix un altre factor definitiu a la psiquiatria. Ens referim a la revolució assistencial que suposa variar la visió de la terapèutica de les grans psicosis, al desplaçar-se de l'antic manicomi a l'assistència extra hospitalària i el que es coneix com a psiquiatria comunitària, que centra el tractament a l'entorn familiar i social (6).

Per tant, a finals del segle XX, ens trobem davant d'una psiquiatria amb vocació científica i una visió més aviat neurobiològica dels trastorns psiquiàtrics. S'observa, així mateix, un desplaçament d'allò categorial cap allò dimensional de forma que la dimensionalitat s'imposa per varies raons: a) els mètodes de mesura ocasionalment proporcionen clares categories i s'imposa el "més o menys", b) les malalties són categories que estan condicionades per factors

psicosocials, que són més aviat dimensionals, c) el concepte de predisposició és difícil d'objectivar i analitzar, d) la dificultat de trobar discontinuïtats no implica la seva inexistència, e) existeixen àrees extenses de solapament entre les categories, f) gairebé no hi ha a la psiquiatria símptomes patognomònics i g) les categories en els sistemes nosològics actuals s'estableixen per una suma asèptica de símptomes, la qual cosa és un criteri dèbil i de baixa solvència.

Per tant, assistim en els últims anys a un renovat esforç per construir una psiquiatria més sòlida, on s'ampliïn els coneixements científics, la base neurobiològica de les malalties i criteris solvents nosològics. Tot això i més concretament els dos factors que ha suportat la psiquiatria actual (eclosió de la psicofarmacologia i revolució assistencial) s'han produït gràcies al motor del primer. En efecte, sense la base sòlida que la psicofarmacologia ha permès, la revolució assistencial i la psiquiatria comunitària no s'haguessin pogut produir, ja que faltaria el mínim suport del pacient greu, que sense el sosteniment farmacològic no permetria al malalt abandonar el seu cercle hospitalari.

En efecte, qualsevol modificació del tipus de vida del pacient i de la seva relació amb el món és impossible si no s'aconsegueix d'alguna manera (en el nostre cas gràcies a la farmacologia) modificar l'estat crític del malalt controlant els símptomes més dramàtics (deliris, al·lucinacions, agitació, autisme, tristesa, ansietat greu, etc.).

Durant les últimes dècades el desenvolupament de la psiquiatria ha estat innegable, sobretot en el pla terapèutic, el que ha permès tractar no únicament les patologies greus (esquizofrènia, trastorn bipolar, malenconia, trastorn obsessiu, etc.) sinó també altres més lleus (trastorn d'ansietat, estrès posttraumàtic, fòbia social, etc.). Així mateix, amb l'assossec que ha proporcionat la psicofarmacologia s'han pogut desenvolupar determinats aspectes en relació al vell teorema de Gödel que afirma que "cap sistema lògic és complet. Sempre hi haurà una sèrie d'enunciats no deduïbles des del propi sistema".

D'aquesta manera la farmacologia, la clínica, la nosologia, la terapèutica es complementen amb les aportacions d'altres branques de la saviesa com l'estadística, la genètica, la neuroquímica o la imatge cerebral. No obstant, s'ha de reconèixer que tot el desplegament de coneixements que s'ha produït gràcies a la tecnologia d'aquestes branques, no ha produït encara una definitiva resolució en el terreny de la etiopatogènia dels trastorns mentals (7). No hi ha dades concloents que ens enfoquin les malalties des d'una perspectiva biològica clara. És indubtable que el mètode científic s'ha implantat com a indiscutible en l'estudi de tals trastorns però sense que de moment, aportï conclusions definitives etiopatogèniques i terapèutiques (8, 9, 10). Així, la genètica i la imatge cerebral no han estat concloents, excepte en assenyalar difusament una patologia neurobiològica, com el TOC (11) o altres malalties (esquizofrènia, trastorns bipolars, malenconia).

Ens podem plantejar allò que coneixem de la etiologia de les diferents patologies. Els trastorns d'ansietat es divideixen en ansietat generalitzada, produïda per circumstàncies adverses de la vida i/o constitució ansiosa, i les crisis d'angoixa, més aviat de base neurobiològica i predisposició ansiosa (12), però algunes fòbies com la fòbia social o l'agorafòbia es poden tractar farmacològicament (13). Els trastorns obsessius tenen un fons genètic (14, 15, 16) i queden configurats per la repetició de pensaments i rituals (17). Per la seva banda, l'esquizofrènia no queda definida només per símptomes positius (deliris, al·lucinacions) sinó més aviat pels negatius (deteriorament neuropsicològic, autisme) (18). El trastorn bipolar es configura per les alternances de depressió i eufòria, o més aviat sobreexcitació (19). Les depressions endògenes (malenconies), per la seva banda, es configuren no només per la tristesa i l'anhedonia sinó més aviat per les disharmonies cronobiològiques (20).

Així doncs, s'ha perfilat la base neurobiològica de molts trastorns però sense aclarir-se els símptomes patognomònics, ni per descomptat la base etiopatogènica dels mateixos.

Definitivament, podem detallar els problemes de la psiquiatria actual i situar-los en els següents punts (21, 22, 23):

1. Escàs coneixement de la causalitat de quasi tots els trastorns psíquics.
2. Millora de la fiabilitat gràcies als recents criteris nosològics però escassa solvència de la validesa.
3. Criteris nosològics poc solvents amb els actuals sistemes diagnòstics, com el DSM.
4. Les patologies es construeixen actualment per suma asèptica i simple del símptoma, sense valorar l'estructura i complexitat del mateix. El vell i valorat "ull clínic" perd ara vigència i és substituït per un manual asèptic d'enumeració de símptomes.
5. La clínica i la captació dels símptomes ha empitjorat perquè es valoren superficialment.
6. Falten símptomes patognòmics.
7. La coneguda i acceptada causa bio-psicosocial de les malalties mentals no s'ha desenvolupat suficientment de forma que s'estableixin amb claredat com es combinen aquests factors i el pes que cada un d'ells tenen a l'estructura etiopatogènica amb la consegüent mesura terapèutica.
8. Augment irraonable de la comorbiditat i creació d'espectres (obsessiu, afectiu, esquizofreniforme), secundaris a la debilitat clínica i als diagnòstics imprecisos.
9. És notable en els últims anys el delicat enfrontament entre clínics i investigadors, que tan important és a la medicina actual.
10. Les fronteres de la psiquiatria no estan ben delimitades (24, 25, 26). Així, la psiquiatrització de la vida normal s'aguditza, perquè es busca l'arrel psiquiàtrica a qualsevol problema de la vida quotidiana, causat, sota la nostra

opinió, per l'existència humana i no per la malaltia. Així mateix, pel mateix pressupost es planteja si la malaltia és simplement un problema humà o l'infeliç concurrència de factors patològics.

11. La debatuda pugna que des del segle XIX existeix entre categorialitat o dimensionalitat es manté. La nova psiquiatria es fa cada vegada més dimensional (27, 28, 29), al no haver pogut establir-se límits clars nosològics i terapèutics. En aquests vaivens es mou la psiquiatria a la recerca de la seva realitat, que en un futur amb seguretat aclarirà que uns trastorns són dimensionals, com l'ansietat, les reaccions emocionals o les depressions no melancòliques, i altres són categorials, com qualsevol malaltia mèdica, en el cas de l'esquizofrènia, el trastorn bipolar, els TOC o la melancolia.
12. Els tractaments actuals encara són reduccionistes (biològics o psicològics), quan el més ideal serien tractaments mixtes.
13. La psicofarmacologia està pendent d'una segona revolució i roman estancada des de la dècada de 1950, on van sorgir tots els fàrmacs actuals. S'ha millorat en la tolerància i els efectes secundaris però no s'ha avançat en l'efectivitat de les medicacions.
14. L'administració ha interferit en els últims anys, a l'orientar políticament l'assistència i la terapèutica.

## ***TEMES PROBLEMÀTICS EN LA PSIQUIATRIA***

És indubtable que la psiquiatria ha millorat en les últimes dècades, tan des del punt de vista nosològic com terapèutic. Els factors d'aquesta millora han estat analitzats en les pàgines precedents. Però existeixen determinats temes que enfosqueixen aquest positiu desenvolupament, que podria millorar-se si es tinguessin en compte i es perfillessin algunes qüestions. Ens referim concretament a:

1. Millora de la precisió clínica
2. Millora dels criteris nosològics
3. Superació de l'enfrontament entre investigadors i clínics
4. Reducció de la comorbiditat
5. Augment de l'estabilitat diagnòstica
6. Precisar el perfil de malaltia versus trastorn

A continuació desenvolupem aquests punts:

### ***1. MILLORA DE LA PRECISIÓ CLÍNICA***

Des de que Pinel estableix, a finals del segle XVIII, la doble revolució conceptual i terapèutica (tractament moral), la psiquiatria francesa i després l'alemanya, liderada per Griesinger, a mitjans del segle XIX, dóna un pas endavant amb diferents criteris: a) empirisme, basat en l'observació dels fets, b) dualisme etiopatogènic, que recolzant-se en la condició cerebral de la malaltia incorpora també el descontrol de les passions, c) la institució és en ella mateixa un instrument de curació (1), i d) vocació per a la clínica.

Durant tot el segle XIX s'imposa un interès desbordant per la clínica, possiblement perquè al no existir tractaments útils, els pacients més greus es converteixen en crònics, passant la seva vida en els manicomis podent estudiar-se prolongadament. Tota l'energia bolcada en l'estudi clínic es plasma, a finals del segle XIX, a l'obra de Kraepelin, que a la 5<sup>a</sup> edició de 1896 té en compte aspectes concloents, com la vigència de la distinció endògen-exògen que

Moebius va assenyalar quatre anys abans, i que existien dues greus malalties mentals perfectament delimitades: l'esquizofrènia (que va denominar demència precoç) i el trastorn bipolar (que va denominar Psicosi-Maníac-Depressiva). Per a Kraepelin els trastorns endògens eren entitats morboses diferents i independents.

Tanmateix, la devoció clínica del segle XIX va anar debilitant-se i la primera meitat del segle XX va transcorre sense grans convulsions, liderada per la psiquiatria alemanya i anglesa. La segona meitat, no obstant, experimenta un desistiment clínic perquè: a) sembla que ha experimentat el màxim desenvolupament, b) els esforços es centren en buscar marcadors genètics, corticals i bioquímics però no a la clínica, c) els successius DSM des de 1980 es converteixen en receptaris asèptics de patologies, sense anàlisis fenomenològics clars i d) hi ha fàrmacs que inespecíficament milloren patologies diverses sense saber exactament perquè.

L'abandonament de la clínica té conseqüències greus per a la psiquiatria que, poc a poc, es debilita, doncs la base sòlida de qualsevol especialitat mèdica és la clínica. Aquesta debilitat comporta tota una sèrie de conseqüències negatives: a) augment de la comorbiditat, b) aparició d'espectres, c) promoció de la inespecificitat terapèutica, d) laxitud a la formació, e) empobriment a la investigació, f) ambigüitat etiopatogènica.

La millora clínica, tant en el refinament dels símptomes com en detectar-ne altres de nous i la importància de cadascun d'ells, millorarà un per un els punts citats i, concretament, permetrà la millor i més precisa selecció de les mostres a la investigació, que així oferirà fruits més precisos a la mateixa.



## **2. MILLORA DELS CRITERIS NOSOLÒGICS**

Després de llargues vicissituds la psiquiatria va assolir un elevat nivell de desenvolupament amb Kraepelin a finals del segle XIX. Tot i així al 1967 Pörksen (30) va trobar ni més ni menys que 340 classificacions psiquiàtriques, de les quals, segons Stengel (31), estaven vigents 38. Per aquesta raó la psiquiatria americana es va plantejar, des de la Universitat de Washington, polir la nosologia i va publicar els criteris de Feighner al 1972 (32) i al 1980 l'explosiu DSM III, el que va obrir camí cap als manuals diagnòstics de l'APA.

Després de varies modificacions s'arriba al DSM V de 2014 (33). L'OMS per la seva banda publica al 1992 la CIE-10.

Els objectius d'aquests nous sistemes de classificació es centren en: a) ser útils clínicament per a prendre decisions terapèutiques, b) millorar la fiabilitat del diagnòstic, c) ser acceptats per una ampla varietat de clínics de diverses orientacions, d) assolir un consens pel que fa a la definició de termes diagnòstics ambigus i foscos, e) validar nosologies i f) estar obert a crítiques i posteriors revisions. Però, la base dels recents DSM és el caràcter atèoric del sistema classificatori (34) per evitar la contaminació ideològica de sistemes previs. Pretén basar-se en la clínica sense prejudicis etiològics ni models conceptuals. Es torna així a la psicopatologia descriptiva clínica, configurada per sistemes de classificació vàlids segons l'observació empírica.

Pichot (35) ha assenyalat les tres crítiques més rellevants que poden fer-se als DSM: 1) tenen una vocació atèorica i es torna a una psiquiatria prekraepeliniana, ja superada des de mitjans del segle XIX, 2) introdueixen la quantificació en el diagnòstic, la qual cosa s'enfronta amb la vella tradició clínica que de vegades diagnostica amb "ull clínic", amb un o dos símptomes, sense necessitar una gradació numèrica i 3) es centra en la novetat i el pragmatisme a la recerca d'objectius pràctics propis d'una cultura concreta.

Amb el recent DSM-5 s'obtenen algunes millores (per exemple, separació del trastorn obsessiu dels trastorns d'angoixa),

però augmenta el sobrediagnòstic (les rebequeries de nens es converteixen en trastorn psiquiàtric, el trastorn cognitiu menor passa a malaltia, de la mateixa manera la golafreria, es confon dol normal amb malenconia, es medica el dol, etc.) (36) amb el risc de psiquiatritzar la societat i encarir desproporcionadament l'assistència psiquiàtrica.

En definitiva, anem cap a sistemes de classificació més depurats però es requereix millorar els actuals i superar el plantejament clínic ateuòric.

### ***3. SUPERACIÓ DE L'ENFRONTAMENT ENTRE INVESTIGADORS I CLÍNICS***

Fins l'actualitat la figura de l'investigador i del clínic es fonien en la mateixa persona. Des de la formació clínica sorgia amb el temps i en el context adequat l'investigador, que pel seu sòlid passat clínic era capaç no només de plantejar hipòtesis versemblants sinó de valorar els resultats de la investigació. Aquest equilibri clínic-investigador protegia i garantia la bondat de les conclusions.

No obstant això, en el present la figura de l'investigador, l'activitat professional del qual no sol ser assistencial, està la major part de vegades dissociada de la clínica. Des de molt jove es centra en la investigació d'un sol tema, sense experiència en un ampli exercici de l'especialitat i sense una visió global que li permeti realitzar diagnòstics diferencials, afrontar casos atípics, exercitar l'ull clínic i adquirir estratègies pràctiques de plantejament i tractament. Sobreestima el tema de la seva investigació i tendeix a diagnosticar més casos que els reals. A més a més, els seus ingressos econòmics estan lligats a la seva activitat investigadora.

Ens podem preguntar perquè s'ha produït aquesta situació. Creiem que fonamentalment és degut a: 1) el món actual es va especialitzant, de tal forma que en general, l'home treballa sobre temes cada vegada més concrets, 2) els temes d'investigació es centren en aspectes molt tècnics que requereixen coneixements molt

precisos (genètica, imatge cerebral, estadística) que obliguen a una àrdua i concreta especialització. Per aquesta raó, la tasca que abans realitzava un sol personatge, que actuava de clínic i d'investigador, ara ho fan dos o més professionals, cadascú especialista d'aspectes diferents.

En un altre apartat ja vam assenyalar la perillosa dissociació que comportava la divisió entre clínics i investigadors (37), doncs si bé totes dues figures són indispensables en el marc de la medicina, les dues són complementàries, doncs una planteja problemes reals i l'altre obre fronteres i posa a l'abast dels clínics els resultats de la investigació. El clínic sempre rep amb interès i esperança les dades de la investigació, sempre que no aporti resultats estranys incompatibles amb la seva sòlida experiència clínica.

Així doncs, tots dos perfils han d'aproximar-se novament o treballar corporativa i conjuntament per a que la investigació torni a ésser útil a la clínica.

#### ***4. REDUCCIÓ DE LA COMORBILITAT***

La comorbiditat és un concepte que els clàssics no van considerar perquè es regien pel principi del diagnòstic jeràrquic, que suposava que la presència de trastorns de rang inferior (per ex. ansietat) era secundària i per tant quedava integrada als de rangs superiors (per ex. deliris o trastorns orgànics). Els clàssics de la psiquiatria com ara Bleuler, Mayer-Gros o Ey no consideraven que diferents patologies psíquiques poguessin presentar-se conjuntament (criteri de comorbiditat). En l'àmbit de la psiquiatria la primera publicació sobre comorbiditat va aparèixer al 1985 (38) i des de llavors la xifra a augmentat exponencialment.

En un altre apartat (39) hem analitzat en profunditat els factors que influeixen en la comorbiditat:

#### *4.1. El model de malaltia*

És lògic que variï la comorbilitat segons es consideri que només hi ha una malaltia, com al segle XIX (psicosi única), o varies amb amplies zones de solapament (successius DSM). Així doncs, diferents dades del National Comorbidity Study (40) i de l'Epidemiològic Catchment Area Study (41) van llançar amplies comorbilitats (56% i 54% respectivament), però a Europa, amb criteris de diagnòstic més clàssics i estrictes, basant-se en 27 estudis, es qualifica una xifra molt inferior al 32% de comorbilitat (42).

#### *4.2. Precarietat de símptomes patognomònics*

Si en psiquiatria existissin signes o símptomes patognomònics la presència de malalties concretes seria clara, però no és així, i els trastorns no queden perfectament delimitats. El diagnòstic al DSM se segueix construint per l'anàlisi simple de suma de símptomes, que és un sistema imprecís.

#### *4.3. Confusió entre coexistència de símptomes i coexistència de malalties*

Els mateixos símptomes es troben en diferents malalties. Arribar a la conclusió que la presència de símptomes idèntics o semblants comporta pertànyer a la mateixa malaltia és un greu error. L'ansietat, en concret, és un símptoma inespecífic que es troba en diferents trastorns (depressions, psicosis, fòbies, TOC, etc.) sense que això signifiqui que aquests trastorns siguin idèntics. Tanmateix, aquest error és el que habitualment es produeix, de tal forma que dues patologies que tenen ansietat es consideren properes etiopatogènicament, o dos trastorns, els símptomes dels quals són repetitius s'estableixen en el mateix espectre obsessiu per tenir només la reiteració en comú, encara que faltin tots els altres símptomes diferencials.

#### *4.4. Manca de marcadors biològics específics*

Els marcadors molt específics suposen que estan presents en el 100% de pacients d'una malaltia i absents en la resta de trastorns. Malauradament no s'han pogut identificar marcadors biològics específics dels principals trastorns i els detectats són inespecífics i hi són en varies patologies (TSD, latència REM, receptors plaquetaris, neuropàtics, trastorns del circuit d'Alexander, marcadors inflamatoris, etc.). És possible que en psiquiatria el nucli biològic correspongui a alteracions cerebrals fines difícils de captar amb les tècniques actuals i que es descobriran poc a poc amb el perfeccionament de tècniques exploratòries més fines i sofisticades.

#### *4.5. Abandonament del diagnòstic jeràrquic*

Tal com hem indicat anteriorment, el criteri jeràrquic a la psiquiatria es va imposar. La claudicació del principi jeràrquic a la nova psiquiatria dóna pas a dos nous fenòmens: a) l'increïble augment de la comorbiditat i b) el concepte d'espectre, que indica l'existència de múltiples trastorns a la mateixa dimensió. Així mateix el concepte d'espectre (obsessiu, esquizofreniforme, afectiu) afavoreix l'increment de la comorbiditat. Lògicament considerar les malalties en una mateixa direcció indueix a trobar afinitats clíniques, substrat biològic comú i resposta terapèutica indiferenciada. Per això, desgraciadament, a la psiquiatria actual es tracta inespecíficament diferents trastorns, de vegades amb fàrmacs antagònics, i s'imposa així la megafarmacologia.

En definitiva, la comorbiditat es reduiria sensiblement si s'aconsegüís configurar sistemes de classificació més fiables, si disposéssim de més signes/síntomes patognomònics, si s'aclarís la diferència entre símptomes específics i inespecífics, si augmentessin els marcadors biològics de les malalties i si es tornés a recuperar el criteri jeràrquic en el diagnòstic.

## **5. AUGMENTAR L'ESTABILITAT DIAGNÒSTICA**

El fet que una patologia mantingui un mateix diagnòstic en el temps garanteix la seva solvència, ja que fa creïble i sòlid el diagnòstic inicial. En general, es pensa que l'estabilitat diagnòstica és més sòlida en les patologies psicòtiques que en les neuròtiques o en els trastorns de personalitat que canvien amb més facilitat de diagnòstic.

La gran estabilitat i solidesa del diagnòstic s'evidencia quan diagnòstics efectuats al segle XIX es confirmen cent anys més tard, com es va evidenciar en el treball de Förstl i cols (43) de 1991 sobre 124 casos descrits en el *Journal of Empirical Psychology*, entre 1783 i 1793, en el qual es van analitzar i es van confirmar casos de delírium, deliris, catatonia, histèria, trastorns afectius etc.

En general, l'estabilitat diagnòstica de l'esquizofrènia és la més alta fins un 97.3% al 2005 (44) que confirma les dades anteriors de molts anys de seguiment (45). El trastorn bipolar, per la seva part, té també elevada estabilitat diagnòstica, si més no inferior a l'esquizofrènia (80-90%) (44, 46). Lògicament, els trastorns de personalitat tenen una estabilitat diagnòstica més baixa (47).

Però preocupa que en una patologia clara, precisa i estable com el trastorn obsessiu s'hagi trobat un treball (48) amb una estabilitat sensiblement baixa (19.2%) que adverteix sobre els perills que es plantegi si els diagnòstics no són molt sòlids. A totes les patologies, però especialment en les no psicòtiques, la psiquiatria haurà de ser molt curosa en establir sistemes clars i sòlids de diagnòstic que garanteixin una gran estabilitat.

## **6. PRECISAR EL PERFIL DE MALALTIA VERSUS TRASTORN**

A la psiquiatria actual encara no se situa amb precisió la separació entre les autèntiques malalties mentals, de base biològica com a qualsevol malaltia en medicina i els trastorns psíquics, amb simptomatologia psíquica però de base psicosocial. La societat s'ha

debatut sobre la base i el tractament d'aquestes patologies, en ocasions posant èmfasi en els aspectes socials (època de la antipsiquiatria) i en d'altres, com a l'actual, incidint en allò neurobiològic, però sense precisar quines patologies estan en un o altre lloc, i què es pot esperar dels tractaments en cadascuna d'elles.

En el 20-25% de població afectada per patologies psiquiàtriques es troben tant malalties psiquiàtriques com trastorns, sense que en els llibres i tractats actuals s'analitzi el concepte de malaltia mental segons la implicació (49) més o menys biològica del trastorn.

En general, algunes patologies (psicosi) queden delimitades pels símptomes objectius i subjectius, així com per la pèrdua del judici de realitat. Altres (neurosi), es concreten per símptomes que provoquen malestar subjectiu i interfereixen a la vida del subjecte, però no provoquen pèrdua del judici de realitat. Finalment, d'altres (trastorn de la personalitat) es delimiten no per símptomes psíquics, sinó en funció d'agrupacions de trets peculiars de personalitat, que fan patir al subjecte o li generen importants conflictes en la relació interpersonal i/o social.

En la mesura que es pugui establir la pertinença clara d'una patologia a una família o una altra, la psiquiatria es beneficia perquè permet diagnosticar ràpid, establir curs i pronòstic real i tractament acord amb la etiopatogenia del trastorn. Certament que les patologies menors són les que tenen més dificultats per precisar nivells objectius i distingir amb exactitud entre trastorn i malaltia (50).

A continuació assenyalarem els punts que ens permet distingir els trastorns de les malalties. En general els límits de la malaltia mental són clars com amb les malalties mèdiques, doncs aquestes tenen manifestacions somàtiques pròpies i diferenciades. Pot haver-hi dificultats en distingir si determinats comportaments especials o anormals són patològics, de manera que s'ha d'admetre que a la patologia o no d'una conducta influeix la càrrega filosòfica o social que pot variar en cada moment (51). Així, comportaments abans valorats com a patològics (homosexualitat) no estan inclosos en els

manuals de classificació actual i per contra, conductes considerades vicis (joc patològic), productes de la maldat humana (piromania, cleptomania, pedofília) o normals (trastorns orgànics, frigidesa) s'inclouen en els actuals símptomes diagnòstics.

Els tres tipus de trastorns diferents que formen la psiquiatria (psicosi, trastorns psíquics no psicòtics, trastorns de personalitat) poden ser diferents segons una sèrie de paràmetres:

A les autèntiques malalties (psicosi) l'origen és biològic i de transmissió genètica, a diferència dels trastorns que són d'origen psicosocial (excepte les crisis d'angoixa, els TOC) i dels problemes de personalitat.

A les autèntiques malalties es produeix un trencament biogràfic, de manera que l'estat morbós és qualitativament diferent del premòrbid. Al recuperar-se el pacient es reequilibra cap al seu estat inicial (excepte l'esquizofrènia que pot causar deteriorament de les funcions superiors). En els trastorns, contràriament, no hi ha trencament sinó que es presenten de forma dimensional, de manera que l'estat morbós és una continuïtat del període basal. Només les crisis d'angoixa, els TOC i la malenconia, entre els trastorns no psicòtics, poden presentar-se bruscament i irrompre com un estat nou a la vida del pacient.

A les malalties s'observa una coherència i estabilitat clínica i diagnòstica, mentre que en els trastorns de base psicosocial es produeixen fluctuacions simptomàtiques i els quadres són menys estables, la qual cosa dóna lloc a més canvis diagnòstics que amb les malalties psíquiques.

Les malalties no són sensibles a les influències del medi i són arreactives al mateix, en contra dels trastorns que són reactius a les incidències externes, que poden atenuar, difuminar o exacerbar el quadre clínic i variar el curs i el pronòstic del mateix.

El curs i el pronòstic és previsible en les malalties i més incert en els trastorns.



La resposta als tractaments biològics específics és pròpia de les malalties, si bé les terapèutiques psicològiques i/o la rehabilitació poden contribuir a un millor pronòstic de les mateixes. Contràriament, els trastorns psíquics són refractaris parcialment als tractaments biològics i responen més als tractaments psicològics que les malalties mentals. Així mateix la resposta placebo és nul·la en les malalties mentals i endògenes i elevada a la resta de patologies.

Els trastorns de personalitat nien en un terreny confús en el que encara es debat la base biològica, psicosocial o mixta. La continuïtat històric-vital amb fluctuacions i la reactivitat al medi apunten més a la condició de trastorns que d'autèntiques malalties. La poca resposta als tractaments farmacològics assenyala, així mateix, una base de tipus psicosocial.

\* \* \* \* \*

Així doncs, si estiguéssim davant d'un model categorial de malaltia, si aconseguíssim precisar més símptomes patognòmics, si s'aclarís quins símptomes són específics i inespecífics, si poguéssim aïllar marcadors biològics concrets, si tornéssim a utilitzar el diagnòstic jeràrquic a psiquiatria, si no disminuís sinó tot el contrari augmentés l'estabilitat diagnòstica i si es precisés la distinció entre trastorn i malaltia, la psiquiatria milloraria sensiblement a la seva precisió diagnòstica i terapèutica.

En termes generals hem analitzat diferents temes, la precisió de la qual incrementaria l'eficàcia de la psiquiatria. Concretament, la millora de la precisió clínica i dels criteris nosològics, la formació equidistant entre investigadors i clínics així com l'increment de l'estabilitat diagnòstica i la precisió entre trastorn i malaltia, contribuiran a què la psiquiatria guanyi en credibilitat i eficàcia.

Desitgem que així sigui.

Excel·lentíssim Senyor President, Molt Il·lustres Acadèmics, espero respondre a la seva confiança i treballar amb afany i voluntat per a la RAMC

Moltes mercès per la seva atenció.



## ***BIBLIOGRAFIA***

1. BARCIA D. Historia de la psiquiatría. En: Vallejo J, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Ars Médica. Barcelona, 2005.
2. VALLEJO J. Los vaivenes de la psiquiatría. Rev. Neurol 45 (12), 706, 2007.
3. BERRIOS G. Descriptive psychopathology conceptual and historical aspects. Psychol Med 14: 303-313, 1984.
4. LOPEZ-MUÑOZ F, ALAMO C. Psicofarmacología: el nacimiento de una disciplina. Ed. Alcalá, 1998.
5. VALLEJO J, CUENCA E. Depresión y noradrenalina. Doyma. Barcelona, 2000.
6. RAMOS J. De la antipsiquiatría a la nueva psiquiatría comunitaria: Hacia una psiquiatría de la complejidad. En: Vallejo J. Update Psiquiatría, 2000.
7. VIETA E. La medicina personalizada aplicada a la salud mental. Rev Psiquiatr Salut Ment (Barc) 8 (3): 117-118, 2005.
8. HASHIMOTO R, OHI K, YAMAMORI H, YASUDA Y, FUJIMOTO M, UMEDA-YANO S, WATANABE Y, FUKUNAGA M, TAKEDA M. Imaging genetics and psychiatric disorders. Curr Mol Med. 15(2):168-75, 2015.
9. GATT JM, BURTON KL, WILLIAMS LM, SCHOFIELD PR. Specific and common genes implicated across major mental disorders: a review of meta-analysis studies. J Psychiatr Res. Jan;60:1-13, 2015.

10. SAVITZ JB, RAUCH SL, DREVETS WC. Clinical application of brain imaging for the diagnosis of mood disorders: the current state of play. *Molecular Psychiatry* 18, 528–539, 2013.
11. VALLEJO J. El trastorno obsesivo-compulsivo como paradigma de los cambios conceptuales y etiopatogénicos de la psiquiatría. En: Vallejo J. *Update psiquiatría*, 2002.
12. SHEEHAN D. Current perspectives in the treatment of panic and phobic disorders. *Drug Therapy*, 17-190, 1982.
13. STRAVYNSKI A, GREENBERG D. The treatment of social phobia: a critical assessment. *Acta Psychiatr Scand*, 171-181, 1998.
14. MATAIX-COLS D, BOMAN M, MONZANI B, RÜCK C, SERLACHIUS E, LÅNGSTRÖM N, LICHTENSTEIN P. Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA Psychiatry*. 70(7): 709-17, 2013.
15. CEDERLÖF M, THORNTON LM, BAKER J, LICHTENSTEIN P, LARSSON H, RÜCK C, BULIK CM, MATAIX-COLS D. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*. 14(3):333-8, 2015.
16. CEDERLÖF M, LICHTENSTEIN P, LARSSON H, BOMAN M, RÜCK C, LANDÉN M, MATAIX-COLS D. Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, and Bipolarity: A Longitudinal Cohort and Multigenerational Family Study. *Schizophr Bull*. Sep;41(5):1076-83, 2015.
17. JENIKE M. Obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 24 (2), 89-115, 1983.
18. CHEN Y, SWANN A, BURT D. Stability of diagnosis in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 153: 682-686, 1996.

19. VIETA E. Trastornos bipolares. En: Vallejo J, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Ed. Elsevier (8ª edición), Barcelona, 2015.
20. VALLEJO J. Melancolía. Un tipo básico de depresión. Ed. Panamericana. Madrid, 2011.
21. BALON R. Quo vadis, Psychiatry? *Annals of Clinical Psychiatry* 27(3): 161-2. 2015.
22. KENDLER KS. The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry* Volume 15, Issue 1, pages 5–12, February 2016
23. NASRALLAH HA. 16 New Year's resolutions for psychiatrists in 2016. *Current Psychiatry* 15(1): 23-24, 2016.
24. PIERRE JM. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future. *J Psychiatr Pract.* Nov;16(6): 375-86, 2010.
25. CARRAGHER N, KRUEGER RF, EATON NR, SLADE T. Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Mar; 50(3): 339-50, 2015.
26. SMOLLER JW. Disorders and borders: psychiatric genetics and nosology. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* Oct;162B(7): 559-78, 2013.
27. FISCHER BA. A review of American psychiatry through its diagnoses: the history and development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *J Nerv Ment Dis.* Dec; 200(12): 1022-30, 2013.
28. SHORTER E. The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* Mar;17(1): 59-67, 2015.
29. CUTHBERT BN. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. *Dialogues Clin Neurosci.* Mar;17(1):89-97, 2015.

30. PÓRKSEN N. Kritische Gemekungen zu dem Klinischen Diagnosenschüssel von H. Immisch. *Nervenarzt* 38, 1967.
31. STENGEL E. Classification of mental disorders. *Bull Org Mond Santé WHO* 21: 601-663, 1959.
32. FEIGHNER J, ROBINS E, GUZE S y cols. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 26: 57-63, 1972.
33. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Panamericana, Buenos Aires, 2014.
34. DILLING H. Clasificación. En: Gelder M, López-Ibor JJ, Andreasen N. *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Ars Médica. Barcelona, 2003.
35. PICHOT P. DSM III and its reception: An European view. *Am J Psychiatry* 154, 6: 47-54, 1997.
36. FRANCES A. ¿Somos todos enfermos mentales?. Ariel, Barcelona, 2014.
37. VALLEJO J. Investigadores frente a clínicos. *Psiquiología Biológica* 8 (4): 211, 2001,.
38. EASTWOOD M. Acquired hearing loss and psychiatric illness and estimate of prevalence and comorbidity in a geriatric setting. *Br J Psychiatry* 147: 552-556, 1985.
39. VALLEJO J, CRESPO JM. La comorbilidad en la psiquiatría actual. *Aula Médica Psiquiología* 3: 173-192, 2000.
40. KESSLER R, GONAGLE K, ZHAO S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51: 8-19, 1994.
41. ROBINS L, LOCKE B, REGIER D. An overview of psychiatric disorders in America. En: Robins L, Regier D. *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, Free Press, 1991.

42. WITTCHEN H, JACOBI F. Size and burden of mental disorders in Europe: critical review and appraisal of 27 studies. *Neuropsychoph* 15: 357-376, 2005.
43. FORSTL H, ARGEMAYER M, HOWARD R, PHILIPP MORITZ K. *Journal of Empirical Psychology (1783-1793)*. An analysis of 124 case reports. *Psychol Med* 21: 299-304, 1991.
44. SCHIMMELMANN B, CONUS P, EDWARDS J, McGORRY P, LAMBERT M. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode of psychosis. *J Clin Psychiatry* 66: 1239-1246, 2005.
45. MING T, TSUANG M, WOOLSON A, WINOKUR G, RAYMOND R, CROWE M. Schizophrenic and affective disorders followed up over a 30-to 40 years period. *Arch Gen Psychiatry* 38 (5): 535-539, 1981.
46. WHITTY P, CLARKE M, McTIGUE, BROWNE S, KAMALI M, LARKIN C, O'CALLAGAN E. Diagnostic stability four years after a first episode of psychosis. *Psychiatric Services* 56 (9): 1084-1089, 2005.
47. FERRO T, KLEIN D, SCHWARTZ J, KASCH K, LEADER J. 30 month stability of personality disorder diagnosis in depressed outpatients. *Am. J Psychiatry* 155: 639-659, 1988.
48. SHEA M, STOUT R, ANDERSON J, MOREY L, GRILO C, McGLASHAN T. Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatry* 159: 2036-2041, 2002.
49. NELSON E, RICE J. Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry* 154: 826-831, 1997.
50. VALLEJO J. Trastorno y enfermedad mental. En: Vallejo J. *Proceso a la psiquiatría actual*. Aula Médica, Madrid, 2012.
51. ROSENBERG R. Some themes from the philosophy of psychiatry: a short review. *Acta Psychiatr Scand* 84: 408-412, 1991.





## **DISCURS DE RESPOSTA**

### **DR. MIQUEL VILARDELL I TARRÉS**

Excel·lentíssim Senyor President

Molt Il·lustres Senyor Acadèmics

Digníssimes autoritats

Senyores i senyors

És per mi una gran satisfacció poder respondre al discurs de recepció com acadèmic d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya del Professor Julio Vallejo i Ruiloba.

Junts varen començar la llicenciatura de medicina a la Universitat de Barcelona el 1963 compartint totes les inquietuds d'una època no fàcil en el nostre país, varen fer camí junts fins acabar-la. Aleshores ja era una persona aplicada, analítica, preocupat per l'atenció integral de la persona malalta. Ens els darrers cursos de la llicenciatura era habitual estar intern en una clínica mèdica i varen escollir la Clínica del Professor Agustí Pedro i Pons.

La seva vocació el porta a interessar-se per la psiquiatria. En la Clínica Mèdica del Prof. A. Pedro Pons hi havia el dispensari de Psiquiatria i Medicina Psicosomàtica que dirigia el Prof. Montserrat Esteve. El Prof. Vallejo va tenir la sort de conèixer un mestre a qui imitar i en el seu dispensari comença la seva formació en Psiquiatria. El Prof. Montserrat era un estudiós i un investigador, tenia arrels germàniques i dedicat a l'assistència, docència i recerca amb un ambient on l'amistat i el companyonia s'imposava. Aquest dispensari es convertiria en un nucli aglutinador determinant en la

formació dels psiquiatres més destacats, entre ells cal citar al Prof. Carles Ballús, Prof. Josep M. Costa Molinaria, el Prof. Toro i el citat Prof. Julio Vallejo.

Després del Prof. Montserrat va ser el Prof. Carles Ballús el que va dirigir el camí formatiu del Prof. Vallejo. A l' Hospital Clínic en aquell moment dirigia el Departament de Psiquiatria i Psicologia de la Universitat de Barcelona el Prof. Ramón Samó (que va ser el que va impartir les classes de la llicenciatura al Prof. Vallejo) i més tard el Prof. Obiols.

El 1969 el Prof. Agustí Pedro i Pons es jubila de l' Universitat de Barcelona i se'n va a dirigir el Departament de Medicina del Hospital Vall d'Hebron i amb ell se'n va el Prof. Montserrat. En aquest Hospital del Prof. Montserrat no tendria fàcil desenvolupar un Servei de Psiquiatria. Amb ell es varen desplaçar els Drs. Julio Vallejo, Antoni Porta i Sánchez Planell que exercirien com a psiquiatres durant uns anys on la tasca assistencial dominava a la docent i a la de recerca.

El Prof. Vallejo adquireix experiència clínica però ell tenia vocació docent i investigadora i per desenvolupar-les es desplaça al nou Hospital de Bellvitge on comença la seva carrera. Va participar en la creació d'una estructura assistencial modèlica on la recerca i la docència tenien gran importància durant el anys 1977 fins 1980 després va al Hospital Clínic com a cap de secció des de 1980 a 1989 i torna de nou al Hospital de Bellvitge en 1989 com a Cap del servei de Psiquiatria i Professor Titular de la Facultat de Medicina de la Universitat de Medicina i el 1966 obté la Càtedra. Va dirigir el servei de Psiquiatria des de el 1989 fins el 2013.

En aquesta etapa organitza el servei amb els nous models assistencials en salut mental i centra la seva activitat científica en la depressió i els trastorns obsessius - compulsius, publica més de 350 treballs en revistes nacionals i internacionals de gran prestigi; publica també més de 50 llibres. El seu llibre "Introducció a la Psicopatologia i la Psiquiatria" així com el "Tratado de Psiquiatria"

són llibres de text en moltes universitats. Crea un grup d'investigació molt competitiu obtenint beques que permeten tirar endavant línies de recerca que donen lloc a excel·lents publicacions científiques i a millorar els procediments assistencials dels malalts mentals.

El seu reconeixement dintre dels àmbits acadèmics el porten a ocupar la Presidència de la Fundació Espanyola de Psiquiatria i Salut Mental i de l' Associació Nacional de Trastorns Obsessius-Compulsius, així com la Presidència de la Societat Espanyola de Psiquiatria i de la Societat Catalana de Psiquiatria. Va estar membre de la Comissió Nacional de l' Especialitat i Director de l' Institut d' Estudis Avançats de la Fundació de Psiquiatria i Salut Mental. Organitza el Simpòsium Internacional sobre Actualització i Controvèrsia en Psiquiatria conjuntament amb el Dr. Sánchez Planell.

També ha estat director de les revistes: Psiquiatria Biològica, Psiquiatria i Atenció primària I Aula Medica psiquiàtrica.

Durant els anys de Director del Servei de Psiquiatria del Hospital de Bellvitge, el Prof. J. Vallejo lidera uns dels millors equips d' investigació en l' àmbit de la psiquiatria tant d' Espanya com d' Amèrica Llatina. El Prof. Vallejo al temps que liderava un equip hospitalari sòlid, tenia un gabinet de psiquiatria privat que avui continua atenent problemes psicològics i psiquiàtrics.

Les aportacions de l'equip del Prof. Vallejo a la psiquiatria actual han estat molt rellevants. El seu coneixement de la farmacologia permet que en el camp de la depressió faci classificacions en subgrups amb teràpies ben classificades. En el camp assistencial destaca l' importància de fer el diagnòstic de la malaltia principal per fer un tractament específic, no sobrevalorant la comorbiditat. També aporta el diagnòstic diferencial dels trastorns obsessius – compulsius per poder fer tractaments específics.

Aquesta és una visió del Prof. Julio Vallejo i de la seva aportació al camp assistencial, docent i investigador, el seu llibre “Proceso a la Psiquiatria Actual” afronta els problemes conceptuals que frenen l' avenç de l' especialitat i aporta possibles solucions.

Avui amb el seu discurs d'ingrés en aquesta Reial Acadèmia el Prof. Julio Vallejo s'ha centrat en una primera part explicant les vicissituds històriques de la Psiquiatria i en la segona en els problemes que dificulten l'avenç de l'especialitat.

La psiquiatria és una branca poc coneguda de la medicina, perquè la seva simptomatologia no es concreta en lesions, disfuncions o alteracions objectivables amb proves sinó en fenòmens difícilment valorables des de una visió objectiva. Aquesta situació ha portat dues conseqüències:

1. Entre els psiquiatres l'interpretació d'aquests fenòmens no sempre han estat concordants, sinó que moltes vegades han estat diferents com la que va enfrontar la posició psicoanalítica i la clínica tradicional.
2. Per part de la Medicina no sempre la Psiquiatria ha estat considerada amb el rigor necessari, a vegades perquè el seu llenguatge era crític i estrany i les solucions terapèutiques no eren prou solvents.

Durant els últims anys tot això va canviant. El pensament científic va solidificant-se i l'evidència es va consolidant com a la majoria de les especialitats mèdiques. El camí es obert i les línies d'investigació ben plantejades, amb el temps, junt amb l'excel·lència dels professionals es trobaran les solucions a la majoria dels problemes plantejats.

En la segona part del seu discurs, planteja diverses qüestions que si es resolguessin millorarien la situació de la Psiquiatria actual. Esmentar els problemes entre investigadors i clínics, la seva separació, creu en la seva complementaritat; serà el treball multidisciplinari i interdisciplinari el que farà possible marcar objectius comuns aportant cadascun d'ells el seu coneixement i expertesa. El Prof. Julio Vallejo ens diu que és necessari millorar els criteris diagnòstics, amb més precisió i especificitat, buscant elements patognomònics (clínic, biològic, radiològic etc), que cal diferenciar clarament el que és un trastorn d'una malaltia.

Estic convençut que la llavor sembrada pel Prof. Vallejo farà créixer i desenvolupar el coneixement científic en el camp de la Psiquiatria i la millora de l'atenció en el camp de la salut mental que avui és una realitat. També estic convençut que avui molts deixebles teus s'alegraran de tenir el seu mestre en aquesta Acadèmia, estic segur que t'implicaràs en la mateixa per augmentar el seu prestigi.

Enhorabona per la decisió de fer al Prof. Julio Vallejo membre numerari de l'Acadèmia. Prego al Senyor President, Professor Joan Viñas, que en nom de tots els companys acadèmics imposi la medalla al Professor Julio Vallejo que l'acredita com a acadèmic numerari d'aquesta corporació

Felicitats Julio

Moltes gràcies, Senyor President

Miquel Vilardell Tarrés

