REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 16 - NÚMERO 1 - 2001

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA

PRESIDENT: Josep Laporte i Salas
VICEPRESIDENT: Josep A. Salvà i Miquel
SECRETARI GENERAL: Jacint Corbella i Corbella
VICE-SECRETARI: Francesc Climent i Montoliu
SECRETARI D'ACTES: Jordi Vives i Puiggros
TRESORER: Joaquim Tornos i Solano
BIBLIOTECARI: Josep M. Massons i Esplugas
VOCAL: Jordi Sans i Sabrafèn
ARXIVER: Josep Esteve i Soler
PRESIDENT D'HONOR: Moisès Broggi i Vallès

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA

DIRECTOR: Màrius Foz i Sala
REDACTOR EN CAP: Nicolau Barquet i Esteve
SECRETARI DE REDACCIÓ: Ferran Nonell i Gregori
CONSELL EDITORIAL: Jacint Corbella i Corbella
Josep M. Dexeus i Trias de Bes
Rafael Esteve de Miguel
Joan Sabater i Tobella
Jordi Sans i Sabrafèn
Joaquim Tornos i Solano

REDACCIÓ: Ediciones Doyma, S.A. Travessera de Gràcia 17-21. 2on.
08021 Barcelona

Dipòsit legal: B-3338-86 • ISSN: 1133-3286 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI VOL. 16 Núm. 1 GENER-ABRIL 2001

INAUGURACIÓ DEL CURS 2001
Josep Laporte i Salas **1**

COL·LOQUI: IMPORTÀNCIA DEL DIAGNÒSTIC PRECOÇ EN PSIQUIATRÍA
Introducció
C. Ballús **3**

Detecció precoç de la depressió
J. Vallejo **4**

Importància del diagnòstic precoç en les síndromes demencials
A. Porta i Biosca **7**

Prevenció i diagnòstic precoç a l'esquizofrènia
J.E. Obiols **11**

Diagnòstic precoç de les conductes suïcides
B. Sarró **14**

El diagnòstic psicopatològic en les primeres etapes de la vida
E. Domènech-Llaberia **18**

Memòria de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya (2000) **23**

Convocatòria de Premis de l'any 2001 **26**

Premis de l'Acadèmia de l'any 2000 **27**

Activitats científiques per al primer semestre de l'any 2001 **27**

Composició de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya **28**

INAUGURACIÓ DEL CURS 2001

Senyor President de la Reial Acadèmia de Farmàcia, senyor degà de la Facultat de Medicina, companyes i companys de la nostra institució, senyores i senyors:

Les meves primeres paraules han d'ésser per a regraciar-vos de la vostra assistència a aquest acte que, malauradament, no pot tenir la solemnitat que voldríem en no poder celebrar-se a l'amfiteatre Gimbernat, encara en obres.

Enguany, per torn reglamentari, ha pronunciat el discurs inaugural el Professor Josep Maria Gil-Vernet que ha estat, com molt bé sabeu, un dels principals protagonistes dels grans progressos que, en matèria de trasplantaments, s'han fet al nostre país. La brillant exposició que ens acaba de fer demostra que segueix treballant en la millora de les tècniques emprades en cirurgia renal. Al mateix temps que el felicito, li desitjo que pugui seguir encara molt de temps exercint el seu mestratge.

Agraeixo també al nostre Secretari, doctor Jacint Corbella, la lectura de la Memòria de les activitats de l'Acadèmia durante el passat any 2000. Faré seguidament, una glossa als principals punts que ha ressenyat. Voldria, però, abans d'entrar-hi, sumar-me al record de tots els companys que ens han deixat en el transcurs del darrer any. A tots, els voldria agrair la seva tasca a la nostra institució i, d'una manera especial, evocar la figura d'Alfons Gregorich que durant molts anys exercí al càrrec de Secretari d'actes amb un gran encert.

A la darrera reunió del Plè s'acordà convocar la provisió de quatre places d'acadèmics numeraris que, en un breu termini, vindran a completar el nombre màxim possible que és de seixanta. La Junta és conscient que hi ha força més companys, en els rengles de la sanitat catalana, que tenen la vàlua més que suficient per a acompanyarnos en les nostres tasques i que caldria que els molts que hem arribat a l'edat de jubilació ens veiéssim assistits per d'altres de més joves. Entenem que aquest és un tema prioritari que segurament comportarà una nova reforma dels nostres Estatuts i que, en tot cas, haurà d'ésser estudiat un cop renovada reglamentàriament la nostra Junta de Govern el proper mes de març.

Crec, altrament, que podem sentir-nos ben satisfets de les activitats científiques de la nostra institució, activitats que resten ben reflectides a la nostra Revista.

Tal com s'ha comentat hem seguit discutint temes d'actualitat en els col·loquis i, per mitjà de les reuniones anuals, intentem fixar el criteri corporatiu de l'Acadèmia en qüestions tan importants com l'ensenyament de la Medicina, l'exercici de la nostra professió en el moment actual, l'eutanàsia i el ressò de la sanitat als mitjans de comunicació. També voldria fer constar la nostra satisfacció per la signatura d'un conveni de col·laboració amb l'*Acadèmia Nacional de Medicina* de Mèxic, signat amb el seu President, el doctor Enrique Wolpert.

Un altre fet important, al meu entendre, el constitueix l'activitat del Departament de Presidència de la Generalitat de Catalunya destinat a exercir les seves competències sobre les Acadèmies amb seu a Catalunya. Està en curs l'elaboració d'un decret de creació d'un Consell Interacadèmic, que ja ha estat sotmès a revisió, que –tot respectant escrupulosament la independència i les peculiaritats de cadascuna d'aquestes institucions– estableixi uns mecanismes d'interrelació entre elles i obligui al nostre govern a exercir-hi una certa tutela que comporti ajuts més substanciosos que els que rebem actualment.

En el marc d'aquesta iniciativa es va reinstaurar el costum de celebrar una inauguració de curs conjunta i presidida pel Molt Honorable President de la Generalitat, reunió que es celebrarà, per torn d'antiguitat, a la seu de les diferents Acadèmies existents a Catalunya. Es reprèn així la norma de la Generalitat del temps de la República.

La primera reunió interacadèmica d'aquest època es celebrarà en aquests locals. August Pi i Sunyer –aleshores President d'aquesta institució– digué: «Tot allò que sigui obrir les Acadèmies a la vida social, exterioritzar la nostra obra i cridar tots aquells que puguin contribuir a ella mostrant com n'es d'infós el retret que se'ns feia repetides vegades de viure dins d'un clos inaccessible, és vitalitzar i acordar, i els neguits, l'hora d'avui les nostres més que seculars institucions. Volem ésser cada dia del nostre temps, i assenyalar l'esdevenir. Cap de les inquietuds presents no ens és estranya i nosaltres servirem d'estímul als distrets. Ens abona la nostra història, i la nostra història pesa molt.» Crec que aquestes afirmacions, formulades fa setanta anys en aquests locals pel President Pi i Sunyer segueixen essent ben actuals i poden seguir essent la consigna de la nostra institució.

Les imprescindibles obres de restauració del magnífic edifici que ens hostatja duraran, malauradament, més d'allò que estava previst. Per una banda la reparació de la coberta –final-

ment completada- ha estat més complexa i costosa del que era de preveure. Per altra banda, hi ha també un factor sobreafegit: en contra de les previsions derivades de l'acord del Ministeri de Foment, de febrer de 1999, no s'ha materialitzat per ara el lliurament dels cinquanta milions de pessetes que se'ns havien assignat. La Delegada del Govern assegura que es tracta simplement d'un retard, però el fet és que, mentre no arribin aquests fons no podem procedir a la segona fase de les obres, consistents essencialment en reformar la instal·lació elèctrica. De tota manera, cal consignar que tenim a la nostra disposició una subvenció de trenta-dos milions de pessetes de la Diputació de Barcelona destinats a l'arranjament de l'Amfiteatre Gimbernat que, segons les previsions, podrà acollir les nostres activitats d'aquí a mig any aproximadament amb la seva aranya de Murano restaurada, gràcies a l'aportació d'un donant anònim. A tots ells, a la Diputació de Barcelona, al donant a qui m'he referit i a la Fundació Pere Virgili, que segueix contribuint molt substancialment a les nostres activitats gràcies a les aportacions del Col·legi de Metges, de diverses indústries farmacèutiques i d'altres entitats que en formen part, em complau molt expressar-los el nostre més profund agraïment.

No voldia acabar sense recordar que justament ara es compleixen sis-cents anys de la creació de l'Hospital de la Santa Creu que, de manera progressiva al llarg dels segles, s'anà estenent en altres edificis com la Casa de Convalescència i el Col·legi de Cirurgia, posteriorment seu de la Facultat de Medicina i, finalment, des de 1929, de la nostra Acadèmia. No podem deixar passar la commemoració d'aquest esdeveniment sense l'oportuna celebració. Per això estem en contacte amb totes les institucions que ara ocupen aquest complex (Biblioteca de Catalunya, Escola Massana, Reial Acadèmia de Farmàcia i Institut d'Estudis Catalans) per dur a terme una sèrie d'actes que oportunament anunciarem.

Per finalitzar, només em resta declarar oficialment inaugurat el curs de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya corresponent a l'any 2001.

JOSEP LAPORTE I SALAS

President

Col·loqui: Importància del diagnòstic precoç en Psiquiatria

INTRODUCCIÓ

L'estudi i la comprensió total de qualsevol entitat clínica -incloent-hi els trastorns psiquàtrics que aquí tractem- permet la diferenciació, en el transcurs del seu desenvolupament, de diferents estadis alhora profundament interrelacionats, així com emmarcats sovint per les característiques de la personalitat psicofísica de cada pacient.

Aquests estadis correspondrien a: prevenció amb les seves conegudes diferenciacions en primària, secundària i terciària; diagnòstic-terapèutica-pronòstic, capítol i objectius centrals de tota la patologia i rehabilitació-readaptació, estadi especialmente atès en els darrers decennis i que, és sabut, fa referència a la recuperació d'habilitats perdudes i al restabliment de les capacitats que pot tenir un pacient per a reemprendre les activitats anteriors a la malaltia.

Ara bé; pensem que no estaria fora de lloc admetre un altre estadi que ubicaríem entre els dos primers esmentats. Aquest seria el de diagnòstic precoç de les malalties i trastorns lligats íntimament al diagnòstic clínic.

En el col·loqui que presentem es tracta, precisament, d'aquest estadi en alguns trastorns psiquiàtrics i conductes psicopatològiques, concretament en les depressions, les demències, les esquizofrènies i en les conductes suïcides.

Cal subratllar la necessitat i la conveniència de plantejar aquests temes, atès que l'estadi de diagnòstic precoç, generalment, es tracta i, sobretot, s'actualitza poc, allà on els seus determinants i les seves repercussions en l'evolució clínica de tot procés patològic, així com en el seu pronòstic, en les decisions terapèutiques i, fins i tot, en els importants aspectes sanitaris, en són ben palesos.

És cert que el descobriment i l'avaluació de l'estadi de diagnòstic precoç de molts trastorns psicopatològics, per múltiples raons, no sempre se'ns mostra tan aparent, explícit i significatiu o definidor com l'estadi clínic, ja que no es tracta -des del punt de vista de signes i pròdroms- d'una diferencia quantitativa sinó molt sovint qualitativa que l'individu i amb ell la societat no poden avaluar degudament com es fan, avui dia, en els nostres àmbits, amb molts símptomes de les malalties habituals i manifestes.

Hi ha, per tant, una tasca a fer que resulta moltes vegades laboriosa i problemàtica, tasca que requereix, entre d'altres, la nostra dedicació, el que justifica aquest col·loqui que recullen les pagines següents.

Carles Ballús
Acadèmic numerari

DETECCIÓ PRECOÇ DE LA DEPRESSIÓ

J. Vallejo

Com qualsevol altra malaltia en medicina, la depressió es diagnostica a partir d'una constel·lació clínica que permet identificar el trastorn. En el cas de la depressió, parlem de com són les àrees que delimiten la malaltia (afectivitat, pensament-cognició, conducta, ritmes biològics i símptomes somàtics). En cadascuna d'aquestes àrees s'integren diversos símptomes (taula I), la presentació conjunta dels quals permet, precisament, arribar al diagnòstic de depressió. Per tant, la presència de símptomes aïllats, la prevalença dels quals està situada sobre el 20 % de la població general, no és suficient com per a diagnosticar depressió. És necessari que coincideixin diversos d'aquests símptomes perquè s'estableixi el diagnòstic de depressió, com a síndrome o malaltia, el que succeeix només en el 5 % de la població general.

És obvi, no obstabt això, que la presència de símptomes depressius ha d'alertar sobre una depressió subclínica o un trastorn depressiu emergent. D'altra banda, no totes les depressions es presenten amb la mateixa fesomia clínica i existeixen diferències múltiples i importants entre les depressions endògenes, de causa constitucional-biològica, i les depressions reactives o neuròtiques, de causa psicosocial (taula II). Diferenciar entre aquests dos tipus de depressió té implicacions de curs, de pronòstic i, especialment, de resposta terapèutica, ja que les depressions endògenes responen a aproximacions biològiques, mentre que les no endògenes es beneficien de la combinació d'antidepressius i psicoteràpia.

En el diagnòstic precoç d'una depressió cal tenir en compte no només la simptomatologia sinó també uns altres factors que ajuden a precisar el quadre:

1. *Personalitat.* No és estrany que entre les depressions no endògenes es detectin personalitats depressives o trastorns de personalitat, que propiciïn la claudicació del subjecte i l'emergència d'estats depressius. En les depressions endògenes, per contra, pot no trobar-se cap trastorn de personalitat subjacent o, en tot cas, un estil de personalitat anomenada premalencònica, que gira al voltant de la hiperresponsabilitat i l'ordre.

2. *Antecedents personals.* Episodis depressius previs alerten sobre una nova depressió. Aquesta dada queda avalada per l'elevat índex de recaigudes que tenen les depressions (70% després d'un episodi, 80 % després de dos episodis, i 90 % després de tres o més episodis).

3. *Antecedents familiars.* Els antecedents familiars de trastorn afectiu són freqüents entre les depressions endògenes i els d'alcoholisme i els trastorns de personalitat i conducta ho són entre les depressions no endògenes.

4. *Desencadenants.* No és infreqüent que es detectin esdeveniments de vida negatius en els mesos previs a l'aparició d'un trastorn depressiu. Generalment la natura de tals esdeveniments se centra en les pèrdues (mort de persones estimades, separacions, divorcis, canvis de domicili, etc.) Esdeveniments d'aquest tipus poden presentar-se tant en les depressions endògenes com en les no endògenes, si bé en les primeres se solen observar només en el primer episodi, ja que els següents es presenten de forma autònoma sense necessitat que concorri cap esdeveniment extern.

Després de tot el que s'ha exposat, podem deduir que els límits de la depressió no sempre són precisos i les fronteres

TAULA I
Clínica de la depressió

Afectivitat	Pensament-cognició	Conducta	Ritmes biològics (malenconia)	Trastorns somàtics
Tristesa	Alentiment (malenconia)	Abandonament personal	Inici a la primavera/tardor	Anorèxia
Anhedonisme	Monotemàtic	Hipotonia general	Migtora vespertina	Pèrdua de pes
Apatia, indiferència	Negatiu	Inhibició/agitació (malenconies)	Despertar precoç	Insomnia/hipersòmnia
Ansietat, irritabilitat (depressions tardanes i neuròtiques)	Pèrdua de l'autoestima	Aïllament		Trastorns digestius
Anhedonisme total (malenconies) o parcial (distimies)	Desesperança	Plor		Restrenyiment
Anestèsia afectiva (15%)	Idees de suicidi	Intents de suicidi		Àlgies
	Idees (delirants?) de culpa, ruina i hipocondria (malenconia)			Astènia
	Dèficit de concentració-atenció			Disfuncions sexuals

DETECCIÓ PRECOÇ DE LA DEPRESSIÓ

J. Vallejo

Com qualsevol altra malaltia en medicina, la depressió es diagnostica a partir d'una constel·lació clínica que permet identificar el trastorn. En el cas de la depressió, parlem de com són les àrees que delimiten la malaltia (afectivitat, pensament-cognició, conducta, ritmes biològics i símptomes somàtics). En cadascuna d'aquestes àrees s'integren diversos símptomes (taula I), la presentació conjunta dels quals permet, precisament, arribar al diagnòstic de depressió. Per tant, la presència de símptomes aïllats, la prevalença dels quals està situada sobre el 20 % de la població general, no és suficient com per a diagnosticar depressió. És necessari que coincideixin diversos d'aquests símptomes perquè s'estableixi el diagnòstic de depressió, com a síndrome o malaltia, el que succeeix només en el 5 % de la població general.

És obvi, no obstant això, que la presència de símptomes depressius ha d'alertar sobre una depressió subclínica o un trastorn depressiu emergent. D'altra banda, no totes les depressions es presenten amb la mateixa fesomia clínica i existeixen diferències múltiples i importants entre les depressions endògenes, de causa constitucional-biològica, i les depressions reactives o neuròtiques, de causa psicosocial (taula II). Diferenciar entre aquests dos tipus de depressió té implicacions de curs, de pronòstic i, especialment, de resposta terapèutica, ja que les depressions endògenes responen a aproximacions biològiques, mentre que les no endògenes es beneficien de la combinació d'antidepressius i psicoteràpia.

En el diagnòstic precoç d'una depressió cal tenir en compte no només la simptomatologia sinó també uns altres factors que ajuden a precisar el quadre:

1. *Personalitat.* No és estrany que entre les depressions no endògenes es detectin personalitats depressives o trastorns de personalitat, que propiciïn la claudicació del subjecte i l'emergència d'estats depressius. En les depressions endògenes, per contra, pot no trobar-se cap trastorn de personalitat subjacent o, en tot cas, un estil de personalitat anomenada premalencònica, que gira al voltant de la hiperresponsabilitat i l'ordre.

2. *Antecedents personals.* Episodis depressius previs alerten sobre una nova depressió. Aquesta dada queda avalada per l'elevat índex de recaigudes que tenen les depressions (70% després d'un episodi, 80 % després de dos episodis, i 90 % després de tres o més episodis).

3. *Antecedents familiars.* Els antecedents familiars de trastorn afectiu són freqüents entre les depressions endògenes i els d'alcoholisme i els trastorns de personalitat i conducta ho són entre les depressions no endògenes.

4. *Desencadenants.* No és infreqüent que es detectin esdeveniments de vida negatius en els mesos previs a l'aparició d'un trastorn depressiu. Generalment la natura de tals esdeveniments se centra en les pèrdues (mort de persones estimades, separacions, divorcis, canvis de domicili, etc.) Esdeveniments d'aquest tipus poden presentar-se tant en les depressions endògenes com en les no endògenes, si bé en les primeres se solen observar només en el primer episodi, ja que els següents es presenten de forma autònoma sense necessitat que concorri cap esdeveniment extern.

Després de tot el que s'ha exposat, podem deduir que els límits de la depressió no sempre són precisos i les fronteres

TAULA I
Clínica de la depressió

Afectivitat	Pensament-cognició	Conducta	Ritmes biològics (malenconia)	Trastorns somàtics
Tristesa	Alentiment (malenconia)	Abandonament personal	Inici a la primavera/tardor	Anorèxia
Anhedonisme	Monotemàtic	Hipotonia general	Millora vespertina	Pèrdua de pes
Apatia, i indiferència	Negatiu	Inhibició/agitació (malenconies)	Despertar precoç	Insomni/hipersòmnia
Ansietat, i irritabilitat (depressions tardanes i neuròtiques)	Pèrdua de l'autoestima	Aïllament		Trastorns digestius
Anhedonisme total (malenconies) o parcial (distímies)	Desesperança	Plor		Restrenyiment
Anestèsia afectiva (15%)	Idees de suïcidi	Intents de suïcidi		Àlgies
	Idees (delirants?) de culpa, ruïna i hipocondria (malenconia)			Astènia
	Dèficit de concentració-atenció			Disfuncions sexuals

TAULA II
Diferències entre depressió endògena i neuròtica

	Depressió endògena	Depressió neuròtica
Etiopatogènia	Herència	Trastorns de desenvolupament afectiu
	Factors constitucionals	Factors psicosocials
	Personalitat sana o malencònica	Personalitat neuròtica
Inici	Brusc (primavera-tardor)	Variable
Curs	Fàsic	Continu (fluctuacions)
Afectivitat bàsica	Tristesa vital	Tristesa ansietat
Ritme diürn	Millora vespertina	Empitjorament vesperti
Son	Despertar precoç	Insomni inicial
Psicomotricitat	Inhibició-agitació	Absència de trastorns marcats
Idees delirants	Possibles	Absents
Suïcidi	Possible	Excepcional
Història familiar de trastorn afectiu	Freqüent	Rara
Anàlisi estructural	Ruptura biogràfica	Continuïtat biogràfica
	Falta de contacte i ressonància afectiva	Recerca de contacte
Anomalies biològiques	Freqüents	Absents
Terapèutica	Resposta positiva als ADT	Resposta relativa als antidepressius (superior en els IMAO) i negatives a la TEC
	Psicoteràpia inoperant	Psicoteràpia indicada
Resposta placebo	Nul·la	Al voltant del 40%
Hipomania farmacògena	Possible	Absent

ADT: antidepressius tricíclics; IMAO: inhibidors de la monoaminooxidasa

amb la normalitat i d'altres patologies psíquiques, sobretot l'ansietat, són de vegades difuses. La diferència entre la tristesa normal i la tristesa patològica que caracteritza les depressions és quantitativa i qualitativa, però en general es pot defensar que la tristesa normal és proporcional en duració i intensitat a l'estímul que l'origina, i no afecta profundament al rendiment ni genera simptomatologia de l'esfera somàtica, com succeeix amb la tristesa depressiva.

En relació amb l'ansietat, és freqüent l'associació de símptomes depressius i ansiosos. No és estrany que la depressió es tenyeixi amb símptomes d'ansietat ni que en els trastorns d'ansietat es presentin símptomes depressius, fins al punt que en la CIE-10 es considera la categoria de síndrome mixta ansiosodepressiva, en el qual no predominen símptomes de cap de les dues categories. És fàcil distingir els trastorns d'ansietat amb la depressió endògena (taula 3), però és més difícil

TAULA III
Diagnòstic diferencial entre angoixa i depressió endògena

	Angoixa	Depressió endògena
Inici	Variable	Primavera tardor
	Abans dels 30 anys	Després dels 30 anys
	Angoixa hiperreactivitat	Tristesa-anhedonismea
Clínica	Temor-amenaça	Pensaments pessimistes
	Fòbies	Rumiacions
	Crisis d'angoixa	-
	Inquietud	Inhibició
	Despersonalització	-
	Temor a la mort	Desig de mort. Culpa
	Empitjorament vesperti	Millora vespertina
	Insomni inicial	Despertar precoç
Curs	Continu	Episòdic
Biologia	No anomalies de marcadors biològics	Anomalies de marcadors biològics

establir un correcte diagnòstic diferencial entre les depressions neuròtiques i els trastorns d'ansietat, ja que els símptomes se solapen i moltes vegades corresponen a diferents estadis de la malaltia, amb trastorns de personalitat de base que enllacen amb la personalitat neuròtica.

DETECCIÓ PRECOÇ DE LA DEPRESSIÓ

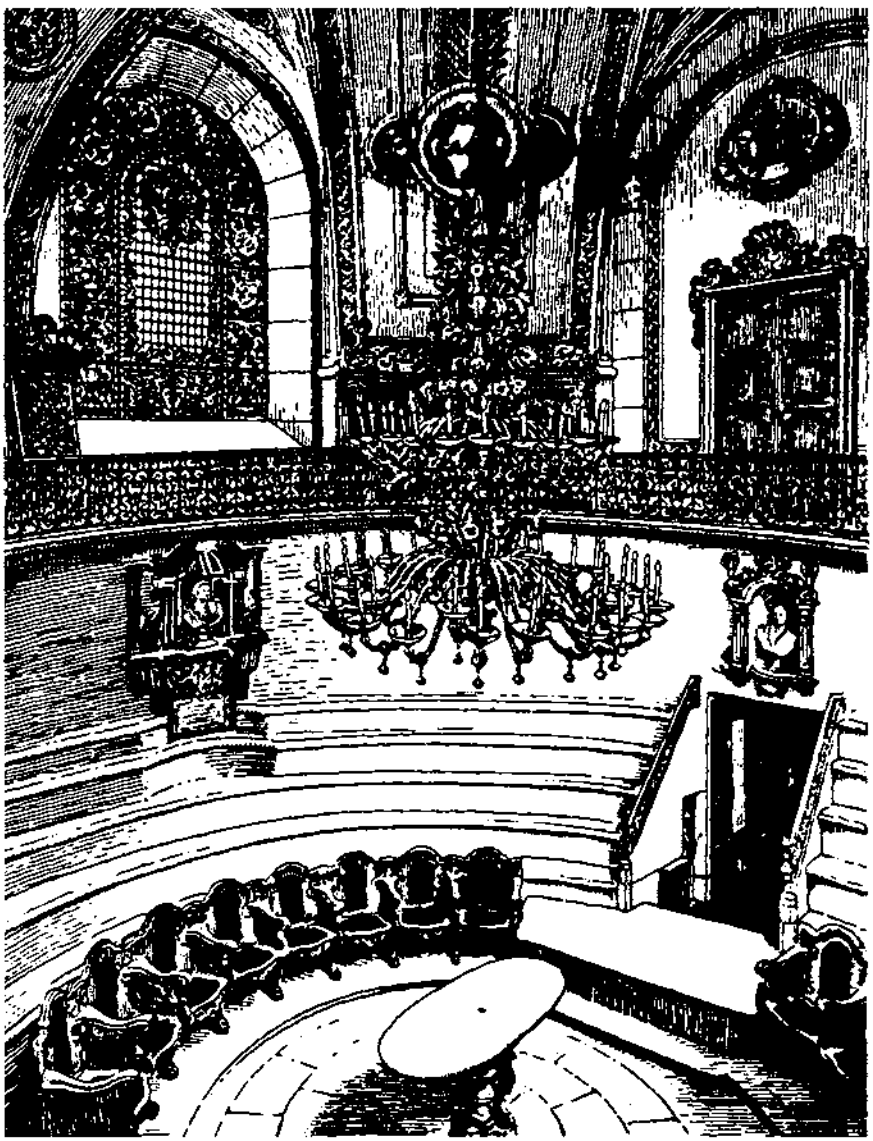
El diagnòstic de la depressió es basa en la constatació d'un conjunt de símptomes distribuïts en diferents àrees: afectivitat, pensament-cognició, conducta, ritmes biològics i trastorns somàtics. La presència de símptomes aïllats, que afecten al 20 % de la població general, no és suficient per a establir el diagnòstic de depressió però sí que alerta sobre l'existència d'una depressió subclínica o un trastorn depressiu emergent. En el diagnòstic precoç de la depressió, a part dels símptomes, s'han de tenir en compte altres factors, com la personalitat (els trastorns de personalitat predisposen a patir depressions no endògenes), els antecedents personals (l'índex de recaigudes de les depressions és molt elevat), els antecedents familiars (trastorns afectius, alcoholisme, trastorns de personalitat) i els desencadenants (esdeveniments de vida negatius en els mesos previs a la aparició d'un trastorn depressiu). En moltes ocasions el diagnòstic no és fàcil, ja que els límits entre la depressió i la normalitat (tristesa normal) i altres trastorns psíquics com l'ansietat no són precisos.

DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN

El diagnóstico de la depresión se basa en la constatación de un conjunto de síntomas distribuidos en diferentes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos. La presencia de síntomas aislados, que afectan al 20% de la población general, no es suficiente para establecer el diagnóstico de depresión pero sí que alerta sobre la existencia de una depresión subclínica o una trastorno depresivo emergente. En el diagnóstico precoz de la depresión, a parte de los síntomas, deben tenerse en cuenta otros factores, como la personalidad (los trastornos de personalidad predisponen al padecimiento de depresiones no endógenas), los antecedentes personales (el índice de recaídas de las depresiones es muy elevado), los antecedentes familiares (trastornos afectivos, alcoholismo, trastornos de personalidad) y los desencadenantes (acontecimientos de vida negativos en los meses previos a la aparición de un trastorno depresivo). En muchas ocasiones el diagnóstico no es fácil, ya que los límites entre la depresión y la normalidad (tristeza normal) y otros trastornos psíquicos como la ansiedad no son precisos.

EARLY DETECTION OF DEPRESSION

A diagnosis of depression is based on confirming a set of symptoms distributed among various areas: affectivity, thought process-cognition, behavior, biological rhythms and somatic disorders. Isolated symptoms, which affect 20% of the general population, are insufficient for establishing a diagnosis of depression but may warn of subclinical depression or an emerging depressive disorder. Among factors other than symptoms that should be taken into account for the early diagnosis of depression are personality (personality disorders that predispose an individual to non-endogenic depression), personal history (the rate of relapse is very high), family history (affective disorders, alcoholism, personality disorders) and triggers (negative life events in the months leading up to the appearance of depression). Diagnosis is often difficult, given that the line between depression and normality (normal sadness) and other psychological disorders such as anxiety are imprecise.



IMPORTÀNCIA DEL DIAGNÒSTIC PRECOÇ EN LES SÍNDROMES DEMENCIALS

Antoni Porta i Biosca[a]

Dels aproximadament 6 milions i mig de persones que viuen a Catalunya, es calcula que gairebé un milió són més grans de 65 anys. Un 11 % d'aquest milió està afectat per quadres demencials amb més o menys grau. La prevalença de les demències es duplica cada cinc anys a partir dels 65. A partir dels 80, es disparen fins arribar al 40 %. Es preveu que l'esperança de vida continuï creixent, sense espectatives que ho faci la vida activa.

Aquestes xifres són un motiu de reflexió sobre un dels reptes que de segur haurà de plantejar-se, de manera molt més seriosa que fins ara, la societat del segle XXI: la tercera edat i la seva qualitat de vida.

És per això que la detecció precoç dels quadres demencials té una importància cabdal per diversos motius: pel volum de malalts; perquè permet posar en pràctica un seguit de mesures rehabilitadores i pal·liatives que contribueixen a retardar l'evolució de la malaltia, i perquè no podem oblidar que -segons els autors- entre el 10 i el 15 % dels casos són tractables i reversibles (processos intracranials, demències metabòliques o tòxiques).

Des de fa uns anys, s'acostuma a parlar de "demències", en plural, en lloc de "demència", per tal de matisar els diversos tipus de trastorns cognitius entesos com a síndrome o com una malaltia que, a més, cursa amb demència.

La definició d'aquesta entitat nosològica ha sofert en el transcurs del temps innombrables canvis, que van des de la definició estrictament etimològica a les actuals, que es basen en criteris operatius i en categories diagnòstiques (taules I a III).

Totes les definicions revisades posen l'accent en els punts següents: procés orgànic adquirit; aquest procés és persistent i amb un nivell de consciència normal; afecció de diverses funcions mentals superiors, i desadaptació social, familiar i emocional.

La definició és important, ja que el diagnòstic de demència és bàsicament clínic. En efecte, podríem aportar exemples de la discordància en què ens trobem amb relativa freqüència entre les dades que ens subministra l'anamnesi i les proves complementàries. També hem de tenir present l'envelliment normal, i els trastorns (diguem-ne) fisiològics de la memòria en la gent gran (taules IV i V).

Hanninen i Soininen[1] creuen que l'AAMI (*age associated memory impairment* o trastorns de la memòria associats a l'envelliment) no descriu cap grup homogeni d'individus, i que els mètodes neupsicològics usats per a diagnosticar l'AAMI són ambigus. Acaben afirmant que calen aproximacions diagnòstiques més fiables en aquells estudis que intenten identificar els factors de risc per la demència.

Segons Bermejo i del Ser[2], la separació del vell normal del que té un lleuger trastorn cognitiu, i aquest d'aquell que té veritablement una demència no està ben delimitada en moltes ocasions. I aquesta falta de separació encara es pot veure més dificultada si tenim en compte paràmetres culturals o so-

TAULA I
Sinopsi dels criteris de DSM-III-R per al diagnòstic de la demència

A. Evidència de trastorn de memòria
B. Al menys un dels següents:
   1) Alteració del pensament abstracte
   2) Alteració del raonament
   3) Altres trastorns de les funcions corticals superiors
   4) Canvi de personalitat
C. A i B interfereixen en les activitats socials o de treball
D. Alerta conservada (cosa que no passa en el delirium)
E. Es pressuposa (o hi ha constància) de factor etiològic orgànic

TAULA II
Concepte de demència en el DSM-IV

Principals conceptes que es matisen, respecte al DSM-III-R:
A. Desenvolupament de múltiples defectes cognitius manifestats per ambdós:
1) Alteració de la memòria
2) Deteriorament cognitiu manifestat almenys per:
   - afàsia
   - apràxia
   - agnòsia
   - destorb en funcions d'execució
B. Déficit cognitiu que interfereix significativament en el treball o les activitats socials i significa un deteriorament del nivell previ

TAULA III
Sinopsi dels criteris del ICD-10 per al diagnòstic de la demència

A. Presència de cadascuna de les premisses següents:
   A) Deteriorament de la memòria
   B) Deteriorament de les capacitats intel·lectives
B. Absència d'alteració de la consciència (alerta)
C. Deteriorament en la conducta social, el control emocional o la motivació
D. Durada de la simptomatologia un mínim de sis mesos

[a]Director Mèdic de la Clínica La Mercè. Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús. Barcelona.

IMPORTÀNCIA DEL DIAGNÒSTIC PRECOÇ EN LES SÍNDROMES DEMENCIALS

Antoni Porta i Biosca[a]

Dels aproximadament 6 milions i mig de persones que viuen a Catalunya, es calcula que gairebé un milió són més grans de 65 anys. Un 11 % d'aquest milió està afectat per quadres demencials amb més o menys grau. La prevalença de les demències es duplica cada cinc anys a partir dels 65. A partir dels 80, es disparen fins arribar al 40 %. Es preveu que l'esperança de vida continuï creixent, sense espectatives que ho faci la vida activa.

Aquestes xifres són un motiu de reflexió sobre un dels reptes que de segur haurà de plantejar-se, de manera molt més seriosa que fins ara, la societat del segle XXI: la tercera edat i la seva qualitat de vida.

És per això que la detecció precoç dels quadres demencials té una importància cabdal per diversos motius: pel volum de malalts; perquè permet posar en pràctica un seguit de mesures rehabilitadores i pal·liatives que contribueixen a retardar l'evolució de la malaltia, i perquè no podem oblidar que –segons els autors- entre el 10 i el 15 % dels casos són tractables i reversibles (processos intracranials, demències metabòliques o tòxiques).

Des de fa uns anys, s'acostuma a parlar de "demències", en plural, en lloc de "demència", per tal de matisar els diversos tipus de trastorns cognitius entesos com a síndrome o com una malaltia que, a més, cursa amb demència.

La definició d'aquesta entitat nosològica ha sofert en el transcurs del temps innombrables canvis, que van des de la definició estrictament etimològica a les actuals, que es basen en criteris operatius i en categories diagnòstiques (taules I a III).

Totes les definicions revisades posen l'accent en els punts següents: procés orgànic adquirit; aquest procés és persistent i amb un nivell de consciència normal; afecció de diverses funcions mentals superiors, i desadaptació social, familiar i emocional.

La definició és important, ja que el diagnòstic de demència és bàsicament clínic. En efecte, podríem aportar exemples de la discordància en què ens trobem amb relativa freqüència entre les dades que ens subministra l'anamnesi i les proves complementàries. També hem de tenir present l'envelliment normal, i els trastorns (diguem-ne) fisiològics de la memòria en la gent gran (taules IV i V).

Hanninen i Soininen[1] creuen que l'AAMI (*age associated memory impairment* o trastorns de la memòria associats a l'envelliment) no descriu cap grup homogeni d'individus, i que els mètodes neupsicològics usats per a diagnosticar l'AAMI són ambigus. Acaben afirmant que calen aproximacions diagnòstiques més fiables en aquells estudis que intenten identificar els factors de risc per la demència.

Segons Bermejo i del Ser[2], la separació del vell normal del que té un lleuger trastorn cognitiu, i aquest d'aquell que té veritablement una demència no està ben delimitada en moltes ocasions. I aquesta falta de separació encara es pot veure més dificultada si tenim en compte paràmetres culturals o so-

TAULA I
Sinopsi dels criteris de DSM-III-R per al diagnòstic de la demència

A. Evidència de trastorn de memòria
B. Al menys un dels següents:
   1) Alteració del pensament abstracte
   2) Alteració del raonament
   3) Altres trastorns de les funcions corticals superiors
   4) Canvi de personalitat
C. A i B interfereixen en les activitats socials o de treball
D. Alerta conservada (cosa que no passa en el delirium)
E. Es pressuposa (o hi ha constància) de factor etiològic orgànic

TAULA II
Concepte de demència en el DSM-IV

Principals conceptes que es matisen, respecte al DSM-III-R:
A. Desenvolupament de múltiples defectes cognitius manifestats per ambdós:
1) Alteració de la memòria
2) Deteriorament cognitiu manifestat almenys per:
   - afàsia
   - apràxia
   - agnòsia
   - destorb en funcions d'execució
B. Dèficit cognitiu que interfereix significativament en el treball o les activitats socials i significa un deteriorament del nivell previ

TAULA III
Sinopsi dels criteris del ICD-10 per al diagnòstic de la demència

A. Presència de cadascuna de les premisses següents:
   A) Deteriorament de la memòria
   B) Deteriorament de les capacitats intel·lectives
B. Absència d'alteració de la consciència (alerta)
C. Deteriorament en la conducta social, el control emocional o la motivació
D. Durada de la simptomatologia un mínim de sis mesos

[a]Director Mèdic de la Clínica La Mercè. Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús. Barcelona.

TAULA IV
Trastorns de memòria en els ancians[a]

1) Alteracions "fisiològiques" de la memòria: · Lleus i sense rellevància clínica 2) Alteracions aïllades i aparents de memòria: · Oblit benigne de la senescència · Trastorns de la memòria associats a l'envelliment ("AAMI" -*age associated memory impairment*-) 3) Trastorns de la memòria associats amb d'altres malalties: - Depressió - Síndrome cerebral orgànica Alzheimer Demència vascular Altres demències

[a]Bermejo F, López L, Pascual LF, Morales F.

TAULA V
Trastorns de la memòria aïllats associats a l'envelliment (AAMI. Age associated memory impairment)

- Més gran de 50 anys - Alteració de la memòria en un termini breu Absència de deteriorament cognitiu - Absència d'una malaltia neurològica, psiquiàtrica o sistèmica que pugui produir deteriorament cognitiu

cials. Persones en un ambient cultural poc exigent i amb un important dèficit cognitiu no tindran tantes dificultats o problemes d'adaptació com si haguessim estat en un ambient més competitiu.

Com bé diu Martínez Lage[3], la demència és una categoria, però també una dimensió. És important tenir en compte que les modificacions neuropatològiques de la malaltia van produint un *continuum* de deteriorament intel·lectual que en un moment determinat podrà complir els criteris de demència, però no abans.

TAULA VI
Diagnòstic diferencial de la síndrome de la demència[a]

La demència s'ha de diferenciar de: 1. Síndromes cerebrals difuses: · Síndrome confusional aguda o delirium 2. Síndromes cerebrals focals: -Amnèsia, disfàsia o afàsia -Síndrome parietal, frontal i altres 3. Trastorns psiquiàtrics (pseudodemències): -Depressió, síndrome de Ganser -Altres (esquizofrènia, histèria, simulació) 4. Pèrdua de memòria benigna de la senescència

[a]Bermejo F.

TAULA VII
Estructura assistencial de la Psicoclínica Ntra. Sra. de la Mercè de les Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús

Àrea de Psiquiatria 42 llits Àrea Psicogeriàtrica[a] UFISS[b] de valoració dels trastorns cognitius Hospital de Dia: 25 places Hospitalització: 48 llits PADES[c] Horta-Guinardó (185.000 habitants)

[a]Concertada amb el programa "Vida als Anys" de les Conselleries de Sanitat i Benestar Social de la Generalitat de Catalunya.
[b]Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària.
[c]Pla d'Atenció Domiciliària. Equip de Suport.

LA DETECCIÓ PRECOÇ

La Gran Enciclopèdia Catalana dóna les següents informacions per a definir la paraula "precoç":

-Que madura abans del temps normal, que apareix massa aviat. Prematur.

-Més desenvolupat que no li pertocaria per l'edat o temps que té.

La nostra experiència clínica ens diu que, ateses les especials característiques d'aquesta malaltia, el diagnòstic precoç és realment difícil.

Volem citar el treball de Roses et al[4] publicat l'any 1997 a l'estat de Hawai, sobre una mostra de 191 homes amb demència, no institucionalitzats i que tenien un fiable informant familiar. Doncs bé, el 21 % dels informants no van reconèixer un problema de memòria entre els seus familiars, sobretot en els casos de demències lleus, i el 13 % no eren capaços de detectar un problema significatiu en el cas de demència greu.

La conclusió d'aquests autors és que existeix un nombre important de demències no detectades, sobretot en les fases inicials, i és per això que cal fomentar programes d'educació pública.

Dins d'aquesta mateixa línia, mencionarem Stoppe et al[5] en relació amb un estudi sobre la diagnosi de demència en assistència primària en un "land" alemany. Vàren presentar a un grup de 145 generalistes d'assistència primària i a 14 neuropsiquiatres d'exercici privat uns casos clínics de pacients amb demència en una entrevista estandaritzada. El resultat final va ser un excés de diagnòstics de depressió, sobretot en les fases de demència inicial, i una tendència excessiva a etiquetar els quadres de demència vascular en detriment de les demències tipus Alzheimer.

Fa poc s'ha publicat una *Guia Ràpida de Referència*[6], creada per un grup interdisciplinari amb representants de famílies de malalts amb demència. S'intenta estudiar els símptomes que poden suggerir un inici de demència i quins passos s'han de seguir per a interpretar correctament un diagnòstic de probable demència.

La realitat social d'aquest malalts, si més no al nostre país, fa que els portin al metge quan, en l'àmbit del seu hàbitat, creen problemes d'adaptació i de convivència. Fa anys, Henderson i Hupper[7] van assenyalar l'absència d'una definició operativa als principals manuals de diagnòstic, amb referència a la demència lleu. A causa d'aquest problema, a nivell epidemiològic, hi ha resultats molt dispars o contradictoris quan es tracta de valorar les taxes de demència lleu en una mostra de població. Com s'ha pogut veure, segons els mètodes de classificació actuals, la detecció de la malaltia es fa quan està ja ben instaurada. De fet seria més precís parlar de graus (lleu, moderat o greu) o de certesa diagnòstica (probable, possible, definitiva, segons els criteris diagnòstics del NINCDS-ADRDA Work Group per a la malaltia Alzheimer) que no de precocitat.

En la detecció precoç és important fer un diagnòstic diferencial acurat, ja que justament ens trobem en un fase evolutiva on sovint falten elements de judici per a arribar a un diagnòstic precís (taula VI). Per això és tan important la conceptualització de la síndrome de demència. Es calcula que hi ha entre el 10 i el 30 % d'errors diagnòstics. Són els fals positius (habitualment malalts psiquàtrics) o els fals negatius (malalts d'edat molt avançada o amb dèficits sensorials).

Bé, ara m'agradaria entrar a la part més pràctica de la meva exposició, i és com actuar davant d'un cas d'un possible quadre demencial (taula VII).

Com podeu veure, un aspecte important de l'activitat assistencial de la Clínica la Mercè de les Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús està destinada a la psicogeriatria i, de manera específica, a les demències.

La nostra metodologia de treball[8] està fonamentada en una filosofia assistencial. Per a nosaltres, l'abordatge terapèutic ha de ser, bàsicamenat, integral, interdisciplinari, individualitzat i sectoritzat.

Arribem al diagnòstic d'una possible demència a través de les fases següents:

A) Detecció del deteriorament cognitiu i neuropsicològic en la seva globalitat, que a la vegada comporta les etapes:

A.1. Entrevista neuropsiquiàtrica. És, sens dubte, la part cabdal de l'anamnesi. Tindrem en compte els següents ítems: estat de consciència, atenció, memòria, afectivitat, pensament, conducta motora, percepció, llenguatge i orientació.

A.2. Anamnesi (amb els familiars i/o cuidadors) la més detallada possible.

A.3. Exploració neurològica i per aparells.

A.4. Exploració de l'estat cognitiu que consta de:

A.4.a. mètodes transversals comparatius.

A.4.2. escales cognitives: MMS (*Mini-Mental State Examination* de Folstein), MEC (Mini-Examen Cognoscitiu de Lobo), NORTWICK PARK, SPMSQ (*Shot Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer), MSQ (*Mental Status Questionnaire* de Kahn).

A.4.3. Avaluació evolutiva a través d'un familiar. IQCODE (*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* de Jorn)

B) Diagnòstic de la síndrome de demència a través dels criteris diagnòstics del DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10.

C) Diagnòstic etiològic

- Criteris diagnòstics per a l'Alzheimer del NINCDSs-ADRDA Work Group[9].
- Escala d'isquèmia de Hachinski.
- Proves complementàries que es poden diferenciar entre necessàries i optatives. Es consideren necessàries: hemograma, bioquímica sèrica, radiologia de tòrax, tiroides, orina, EEG, ECG i tomografia computàritzada (TC). I optatives: serologia pel VIH, resonància magnètica (RM), tomografia per emissió de positrons (TEP), SPECT.

Aquesta diferenciació ve donada bàsicament per motius econòmics, ja que moltes de les proves optatives esmentades no es poden incloure de manera estandaritzada per motiu del seu cost.

D) Avaluació funcional mitjançant escales

D.1. Escales cliniques (graus de deteriorament): escala de Sjögren, GDS (*Global Deteriratic Scale* de Reisberg), CDR (*Clinical Dementia Rating* de Hugues).

D.2. Escales conductuals: Blessed, Índex de Barthel, Katz, Lawton.

D.3. Escales multidimensionals: *Crichton Geriatric Behavial Rating Scale*, *London Psychogeriatric Rating Scale* i Test d'Avaluació La Mercè[10], una escala d'elaboració pròpia que ens permet agrupar els malalts en grups terapèutics segons el seu grau de dependència.

Amb aquesta metodologia diagnòstica s'aconsegueix arribar a la pressumpció de quadre compatible amb un Alzheimer, amb demència de tipus vascular o amb altres tipus de processos demencials. Les dues primeres representen al voltant del 60 i del 20 %, respectivament, de totes les demències.

Comentari final

El diagnòstic precoç d'un quadre demencial és un camí ple de dificultats per la mateixa naturalesa intrínseca d'aquesta entitat nosològica, que com hem vist té molt de *continuum*. Això ens fa plantejar, com ja hem dit en altres ocasions[11], que l'actitud del clínic davant d'una possible demència ha de ser de reavaluació permanent.

L'eina fonamental per a arribar a una sospita diagnòstica és la història clínica.

L'abordatge diagnòstic ha de ser multidisciplinari.

El clínic ha de moure's amb una barreja de sagacitat, capacitat d'observació i prudència durant l'exploració d'un possible quadre demencial.

Com molt bé diu el Profesor Lluís Barraquer Bordas en el seu magnífic pròleg del *Manual de Demències*, editat pels drs. López-Ponsa, Vilalta i Llinàs: "Davant d'un quadre d'aquestes característiques, el metge ha de respondre, a part dels mitjans terapèutics més eficaços existens, amb dedicació, entrega i amor".

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Hanninen T, Soininen H. Age-associated memory impairment: Normal aging or warning of dementia? Drugs Agin 1997

Bermejo PF, del Ser T. Concepto de demência y deterioro cognitivo. En: Demencias. Conceptos actuales. Edit. Diez Santos, 1992.

Martínez Lage J, Martínez-Lage Álvarez P. Concepto, criterios diagnósticos y visión general de las demencias. En: Manual de Demencias. Ed. Prous Science, 1996.

Ross GW, Abbott RD, Petrovitch H, Masaki K, Murdaugh C, Trockman C et al. Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men: The Honolulú-Asia Agin Study. JAMA 1997, 277: 800 805.

Stoppe G, Sandholzer H, Staedt J, Winter S, Kiefer J, Kochen MM et al. Diagnosis of dementia in primary care: results of a representative survey in Lower Saxony, Germany. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1994; 244: 278-283.
Early identification of Alzheimer's disease and related dementias. En: , Pharm Care Pain Sympton Control. 1997; 5: 79-109.
Henderson A, Huppert FA. The problem of mild dementia. Psicol Med 1984; 14: 5-11.
Porta A, Caballero C, Roy P. Plan integral para el tratamiento de la demencia. Informaciones Psiquiátricas 1995; 135: 93-104.
Mickhann G, Drachamn D, Folstein M et al. "Clinical diagnosis of Alzheimer's disease": report of NINCDS ADRDA Work Group under the auspices of department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology 1984; 34: 939-944.
Porta A, Roy P, Caballero C, Ruiz J. Test de evaluación multifactorial 'La Merced' para enfermos con demencia. Informaciones Psiquiátricas 1998; 152: 177-191.
Roy P, Porta A, Caballero C, Ruiz J. Evolución del síndrome de demencia: aspectos clínicos y neuropsicológicos. Symposium II Congreso Nacional de Psiquiatría. Valencia, 1997.

IMPORTÀNCIA DEL DIAGNÒSTIC PRECOÇ EN LES SÍNDROMES DEMENCIALS

La detecció precoç de la demència és difícil, ateses les característiques d'aquesta entitat nosològica que té molt de continuum. És a dir, en un moment determinat, un malalt podrà complir els criteris de demència però no abans.
Fem una revisió de la definició de la demència que es basa actualment en criteris operatius i categories diagnòstiques (DSM-III, DSM-IV, ICD-10). Ens plantegem el diagnòstic diferencial entre l'envelliment normal, els trastorns fisiològics de la memòria en la gent gran i els quadres demencials amb un deteriorament cognitiu detectable i mesurable.
Finalment presentem la metodologia de treball del nostre centre, que consta de les etapes: detecció del deteriorament cognitiu i neuropsicològic en la seva globalitat; diagnòstic de la síndrome de la demència; diagnòstic etiològic, i avaluació funcional.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LOS SÍNDROMES DEMENCIALES

La detección precoz de la demencia es difícil, dadas las características de esta entidad nosológica, que tiene mucho de *continuum*, es decir, que en un momento determinado un paciente podrá cumplir los criterios de demencia, pero no antes. Se hace una revisión de la definición de demencia, que se basa actualmente en criterios operativos y categorías diagnósticas (DSM III, DSM IV, ICD 10). Nos planteamos el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal, los trastornos fisiológicos de la memoria en la gente mayor y los cuadros demenciales con un deterioro cognitivo detectable y medible.
Finalmente, se presenta la metodología de trabajo de nuestro centro, que consta de cuatro etapas: detección del deterioro cognitivo y neuropsicológico en su globalidad; diagnóstico del síndrome de demencia; diagnóstico etiológico, y evaluación funcional.

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS OF DEMENTIAL SYNDROMES

The early detection of dementia is difficult given the characteristics of this entity, as diagnosis is highly related to identifying a specific moment along a continuum at which a patient might begin to meet the criteria for dementia.
This paper reviews the definition of dementia, which is currently based on operative criteria and diagnostic categories (DSM III, DSM IV, ICD 10). We consider the differential diagnosis of dementia against the features of normal aging, physiological memory disorders in the elderly and demential profiles with detectible, measurable cognitive decline.
Finally, we describe our clinic's approach, consisting of four stages: detection of overall cognitive and psychoneurological decline, diagnosis of demential syndrome, etiological diagnosis and functional assessment.

PREVENCIÓ I DIAGNÒSTIC PRECOÇ DE L'ESQUIZOFRÈNIA

Jordi E. Obiols

Com és ben sabut, hi ha tres tipus de prevenció en medicina: la primària o l'evitació de nous casos, la secundària o el tractament i l'evitació de recaigudes, i la terciària o la rehabilitació dels casos afectats. En el camp de la prevenció mèdica les malalties infeccioses ocupen un lloc paradigmàtic: les vacunes per a aquestes malalties constitueix un magnífic exemple de prevenció primària basat en el coneixement precís de l'etiopatogènia (microorganisme patogen, mecanismes de la immunitat). Què sabem, però, de l'etiologia dels trastorns esquizofrènics? Quina base tenim avui dia, per a parlar d'una possible prevenció?

Estudis epidemiològics de famílies, estudis de bessons i estudis de fills adoptius ja han demostrat, de forma palesa i des dels anys 60, la base genètica de l'esquizofrènia. Que hi ha la intervenció de l'herència en aquesta malaltia (o malalties) és actualment tan indubtable com ho és el fet que altres factors de tipus ambiental juguen un paper fonamental. Però, quins factors ambientals? La recerca actual està centrada en les últimes dècades en l'estudi de factors físics que poden alterar els processos del neurodesenvolupament. Aquestes noxes actuarien de forma molt precoç, segurament durant la gestació, i afectarien la formació d'estructures cerebrals crítiques per al funcionament intel·lectual, emocional i social del futur individu. Els factors ambientals que poden incidir en la maduració cerebral i que s'han relacionat amb l'esquizofrènia són de tipus infecciós (especialment el virus de la grip), tòxic i vascular (hipòxia perinatal). Una dada recurrent en aquests treballs és la major prevalença de complicacions obstètriques i perinatals en pacients esquizofrènics.

No sabem encara quin o quins gens estan implicats en l'esquizofrènia ni tampoc quin és el pes específic d'aquests factors ambientals, però sembla dibuixar-se ja un model etiopatogènic prou plausible en el qual s'entén que aquests trastorns greus del comportament humà estan condicionats tant per factors genètics com per factors ambientals (o per la interacció d'ambdós?) i que aquests factors actuen de forma precoç, alterant la normal conformació i funcionament del sistema nerviós central.

Tot això ens aboca a considerar l'esquizofrènia no tant com una malaltia d'inici juvenil sinó més aviat com una malaltia congènita o adquirida en etapes molt inicials de la vida. Cal entendre, òbviament, que la malaltia no es manifesta clínicament i de forma clara fins a l'adolescència o la joventut. Però és important saber que aquests individus ja són vulnerables des de molt de temps abans. El model de vulnerabilitat estrès és doncs un paradigma molt interessant per a entendre avui dia les esquizofrènies. Aquest model postula que hi ha individus que tenen un risc o una vulnerabilitat superior a patir la malaltia. Aquest risc, com hem dit, estaria condicionat genèticament i ambientalment. Un cop l'individu neix i creix, es veurà sotmès a un conjunt d'influències ambientals noves: físiques (drogues, per ex.) i psicosocials (educació, impactes emocionals, etc.). El pes i signe (positiu o negatiu) que tinguin aquests diferents factors constitueixen els anomenats "factors protectors" o "factors d'estrès o desencadenants", que són els que, finalment, decantaran la balança de l'equilibri vital del subjecte vulnerable cap al costat de la malaltia o cap el de la salut.

Ja des dels anys 50, però sobretot des dels 70, una sèrie d'estudis longitudinals arreu del món s'ha dedicat a analitzar les característiques tant biofísiques com psicològiques i conductuals de subjectes vulnerables a l'esquizofrènia. La vulnerabilitat en aquests estudis, anomenats "de risc elevat", ha estat, en la majoria de casos determinada per la condició de ser fill o filla biològics d'una mare esquizofrènica. Els estudis de risc elevat d'esquizofrènia han pogut detectar un conjunt de variables que identifiquen aquests subjectes i els diferencien de subjectes normals o que tenen risc per altres condicions patològiques. Aquestes variables reben el nom de "marcadors de risc" i estan llistades a la taula I.

Com es pot veure, formen un conjunt heterogeni de trets biològics, psicològics i conductuals subtils que tenen en comú el de ser objectivables de forma premòrbida i de predir, amb graus diferents de precisió, la ulterior aparició de clínica esquizofrènica.

TAULA I
Alteracions bioconductuals precesquizofrèniques

Neuroanatòmiques
- dilatació ventricular cerebral
- alteracions dermatoglífiques
Neuromotores
- alteracions en el seguiment ocular
- signes neurològics menors
- alteracions del desenvolupament psicomotor
Neuropsicològiques
- trastorns de l'atenció
- trastorns de la memòria
- baix coeficient d'intel·ligència
Conductuals
- aïllament social
- evitació social

PREVENCIÓ I DIAGNÒSTIC PRECOÇ DE L'ESQUIZOFRÈNIA

Jordi E. Obiols

Com és ben sabut, hi ha tres tipus de prevenció en medicina: la primària o l'evitació de nous casos, la secundària o el tractament i l'evitació de recaigudes, i la terciària o la rehabilitació dels casos afectats. En el camp de la prevenció mèdica les malalties infeccioses ocupen un lloc paradigmàtic: les vacunes per a aquestes malalties constitueix un magnífic exemple de prevenció primària basat en el coneixement precís de l'etiopatogènia (microorganisme patogen, mecanismes de la immunitat). Què sabem, però, de l'etiologia dels trastorns esquizofrènics? Quina base tenim avui dia, per a parlar d'una possible prevenció?

Estudis epidemiològics de famílies, estudis de bessons i estudis de fills adoptius ja han demostrat, de forma palesa i des dels anys 60, la base genètica de l'esquizofrènia. Que hi ha la intervenció de l'herència en aquesta malaltia (o malalties) és actualment tan indubtable com ho és el fet que altres factors de tipus ambiental juguen un paper fonamental. Però, quins factors ambientals? La recerca actual està centrada en les últimes dècades en l'estudi de factors físics que poden alterar els processos del neurodesenvolupament. Aquestes noxes actuarien de forma molt precoç, segurament durant la gestació, i afectarien la formació d'estructures cerebrals crítiques per al funcionament intel·lectual, emocional i social del futur individu. Els factors ambientals que poden incidir en la maduració cerebral i que s'han relacionat amb l'esquizofrènia són de tipus infecciós (especialment el virus de la grip), tòxic i vascular (hipòxia perinatal). Una dada recurrent en aquests treballs és la major prevalença de complicacions obstètriques i perinatals en pacients esquizofrènics.

No sabem encara quin o quins gens estan implicats en l'esquizofrènia ni tampoc quin és el pes específic d'aquests factors ambientals, però sembla dibuixar-se ja un model etiopatogènic prou plausible en el qual s'entén que aquests trastorns greus del comportament humà estan condicionats tant per factors genètics com per factors ambientals (o per la interacció d'ambdós?) i que aquests factors actuen de forma precoç, alterant la normal conformació i funcionament del sistema nerviós central.

Tot això ens aboca a considerar l'esquizofrènia no tant com una malaltia d'inici juvenil sinó més aviat com una malaltia congènita o adquirida en etapes molt inicials de la vida. Cal entendre, òbviament, que la malaltia no es manifesta clínicament i de forma clara fins a l'adolescència o la joventut. Però és important saber que aquests individus ja són vulnerables des de molt de temps abans. El model de vulnerabilitat-estrès és doncs un paradigma molt interessant per a entendre avui dia les esquizofrènies. Aquest model postula que hi ha individus que tenen un risc o una vulnerabilitat superior a patir la malaltia. Aquest risc, com hem dit, estaria condicionat genèticament i ambientalment. Un cop l'individu neix i creix, es veurà sotmès a un conjunt d'influències ambientals noves: físiques (drogues, per ex.) i psicosocials (educació, impactes emocionals, etc.). El pes i signe (positiu o negatiu) que tinguin aquests diferents factors constitueixen els anomenats "factors protectors" o "factors d'estrès o desencadenants", que són els que, finalment, decantaran la balança de l'equilibri vital del subjecte vulnerable cap al costat de la malaltia o cap el de la salut.

Ja des dels anys 50, però sobretot des dels 70, una sèrie d'estudis longitudinals arreu del món s'ha dedicat a analitzar les característiques tant biofísiques com psicològiques i conductuals de subjectes vulnerables a l'esquizofrènia. La vulnerabilitat en aquests estudis, anomenats "de risc elevat", ha estat, en la majoria de casos determinada per la condició de ser fill o filla biològics d'una mare esquizofrènica. Els estudis de risc elevat d'esquizofrènia han pogut detectar un conjunt de variables que identifiquen aquests subjectes i els diferencien de subjectes normals o que tenen risc per altres condicions patològiques. Aquestes variables reben el nom de "marcadors de risc" i estan llistades a la taula I.

Com es pot veure, formen un conjunt heterogeni de trets biològics, psicològics i conductuals subtils que tenen en comú el de ser objectivables de forma premòrbida i de predir, amb graus diferents de precisió, la ulterior aparició de clínica esquizofrènica.

TAULA I
Alteracions bioconductuals preesquizofrèniques

Neuroanatòmiques
- dilatació ventricular cerebral
- alteracions dermatoglífiques
Neuromotores
- alteracions en el seguiment ocular
- signes neurològics menors
- alteracions del desenvolupament psicomotor
Neuropsicològiques
- trastorns de l'atenció
- trastorns de la memòria
- baix coeficient d'intel·ligència
Conductuals
- aïllament social
- evitació social

En aquest marc conceptual es pot entendre que parlem de diagnòstic precoç de l'esquizofrènia, ja no com una entelèquia futurista, sinó com una possibilitat ben real a curt o mig termini. Cal només afinar i precisar, dins d'aquest grup de variables, quines són o quins patrons són els que ens permetran fer la detecció precoç amb un grau suficient d'especificitat i de sensibilitat. Un cop aquest objectiu sigui assolit, serà el moment de plantejar seriosament l'acció preventiva dels trastorns de l'espectre esquizofrènic. Fent, aquí sí, una prospectiva futurista, podem especular que la tasca preventiva es centrarà en els següents àmbits: 1) manipulació i consell genètic; 2) intervenció pre/perinatal (prevenció d'infeccions, control millorat de tòxics, etc...); 3) tractament farmacològic preventiu en individus de molt alt risc i/o que presentin signes subtils premòrbids de la malaltia, i 4) tractamant psicosocial preventiu, encarat a tractar patrons de comunicació desviada, carències afectives, dèficits educacionals, etc... Cal esperar, però, que les fites de la recerca bàsica es vagin acomplint per tal que aquest *desideratum*, el de la prevenció de l'esquizofrènia, es pugui convertir en una realitat.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Cornblatt BA, Winters L, Erlenmeyer-Kimling L. Attentional markers of schizophrenia: evidence from the New York Hight Risk Study. En: Schultz SC, Tamminga CA ed. Schizophrenia: Scientific Progress. Nueva York, NY: Oxford University Press, 1989; 83-92.

Erlenmeyer-Kimling L. Biological markers for the liability to schizophrenia. En: Helmchen H, Henn FA, ed. Biological perspectives of schizophrenia. John Wiley, 1987.

Fish B, Marcus J, Hans SL, et al. Infants at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 221-235.

Jones P, Done DJ. From birth to onset: a developmental perspective of schizophrenia in two national birth cohorts. En: Keshavan MS, Murray RM, ed. Neurodevelopment and adult psychopathology. Cambridge University Press 1997; 119-136.

Jones P, Murray RM. The genetics of schizophrenia is the genetics of neurodevelopment. Br Psychiatry 1991; 158: 615-623.

Kendell RE, Kemp IW. Maternal influenza in the etiology of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 878-882.

Keshavan MS, Anderson Ss, Pettegrew JW. Is schizophrenia due to excessive synaptic pruning in the prefrontal cortex? J Psychiatr Res 1994; 28: 239.

Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. J Psychiatr Res 1968; 6: 345-362.

Kovelman JA, Sheibel AB. A neurohistological correlate of schizophrenia. Biol Psychiatry 1984; 19: 1601-1621.

McNeil TF. Obstetric factors and perinatal injuries. En: Tsuang MT, Smipson JC, ed. Handbook of Schizophrenia. Nosology, Epidemiology and Genetics, vol. 3. Nueva York, NY: Elsevier Science Publishers 1988; 319-343.

Mednick SA, Machon RA, Huttenen MO et al. Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 189-192.

Murray RM, et al. The neurodevelopmental origins of dementia praecox. En: Bebbington, McGuffin ed. Schizophrenia: The major issues. Oxford: Heinemann, 1988.

Murray RM. Neurodevelopment schizophrenia: the rediscovery of dementia praecox. Br J Psychiatry 1994; 165: 6-12

Obiols JE, Serrano F, Barrantes N, García-Marimón M, Gras E, Bosch S et al. Frontal dysfunction and psicosis proneness in CPT-linked vulnerable adolescents. Personality Individual Differences 1997; 23: 677-683

Obiols JE, Barrantes N, Serrano F, Caparrós B, Subirá S. Neurological soft signs in CPT linked vulnerable adolescents: markers of liability for schizophrenia spectrum disorders? Psychiatry Res (en prensa).

Stevens JR. Abnormal reinnervation as a basis for schizophrenia: a hypothesis. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 238-243.

Weinberger DR. Schizophrenia as a neurodevelopmental disorder: a review of the concept. En: Hirsch SR, Weinberger DR, ed. Schizophrenia. Londres: Blackwood, 1995.

PREVENCIÓ I DIAGNÒSTIC PRECOÇ DE L'ESQUIZOFRÈNIA

La prevenció de les malalties es basa en el coneixement de la seva etiopatogènia. Estudis epidemiològics duts a terme en els anys seixanta ja van establir les bases d'una més que probable intervenció de factors genètics en l'aparició de l'esquizofrènia. Avui dia es considera que sobre una base genètica influeixen una sèrie de factors ambientals que alteren la maduració cerebral; aquestes noxes, que actuarien de forma precoç, durant la gestació, podrien ser de tipus infecciós (especialment el virus de la grip), tòxic i vascular (hipòxia perinatal). De fet, s'ha objectivat una prevalença superior de complicacions obstètriques i perinatals en pacients amb esquizofrènia. És possible definir un model de vulnerabilitat-estrès, que definiria a aquells individus amb un risc superior de patir la malaltia. En un futur, la tasca preventiva es centrarà en els àmbits següents: consell i, en el cas adient, manipulació genètica, intervenció prenatal i perinatal, tractament farmacològic preventiu en els individus de molt alt risc i tractament psicosocial preventiu.

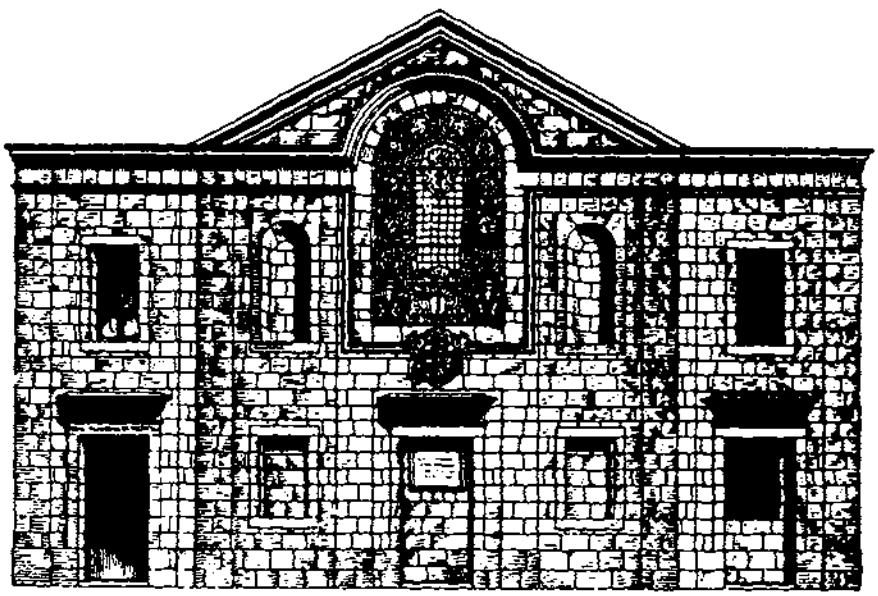
PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ESQUIZOFRENIA

La prevención de las enfermedades se basa en el conocimiento de su etiopatogenia. Estudios epidemiológicos realizados en los años sesenta ya sentaron las bases de una más que probable intervención de factores genéticos en la aparición de la esquizofrenia. Hoy día se considera que sobre una base genética influyen una serie de factores ambientales que alteran la maduración cerebral; estas noxas, que actuarían de forma precoz, durante la gestación, podrían ser de tipo infeccioso (especialmente el virus de la gripe), tóxico y vascular (hipoxia perinatal). De hecho, se ha objetivado una mayor prevalencia de complicaciones obstétricas y perinatales en pacientes con esquizofrenia. Es posible definir un modelo de vulnerabilidad-estrés, que definiría a aquellos individuos con un riesgo superior de sufrir la enfermedad. En un futuro, la tarea preventiva se centrará en los siguientes ámbitos: consejo y, en su caso, manipulación genética, intervención pre y perinatal, tratamiento farmacológico preventi-

vo en los individuos de muy alto riesgo y tratamiento psicosocial preventivo.

PREVENTION AND EARLY DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA

The prevention of diseases is based on an understanding of their etiology. Epidemiological studies performed in the 1970s pointed to the great likelihood that genetics played a role in the appearance of schizophrenia. Currently, a series of environmental factors that affect cerebral maturation are thought to play a contributing role in addition to genetic predisposition: such factors (which would act early, during gestation) might be infections (particularly by flu virus), toxins and vascular events (perinatal hypoxia). A higher prevalence of obstetric and perinatal complications has been observed in schizophrenic patients. It may be possible to define a vulnerability-stress model that would identify those individuals with greater risk of suffering schizophrenia. In the future prevention will involve the following factors: counseling and, as applicable, gene therapy, pre- and perinatal treatment, preventive drug therapy in very high-risk individuals, and preventive psychosocial therapy.



DIAGNÒSTIC PRECOÇ DE LES CONDUCTES SUÏCIDES

Blanca Sarró

La informació sobre els factors o grups de risc de suïcidi i la seva incidència com a demanda assistencial mèdica són la primera contribució perquè la prevenció del suïcidi sigui reconeguda com un problema de la salut pública i es pugui plantejar la possibilitat d'establir un diagnòstic precoç de les conductes suïcides.

El suïcidi és cada vegada més un problema pluridimensional, com assenyala Soubrier[1], que es troba "en qualsevol part de la nostra experiència professional: amb el VIH, l'abús i la dependència de substàncies tòxiques, el càncer, els accidents de tràfic, les reaccions a un estrès greu, etc."... A la consulta mèdica és on es pot establir la primera baula per a la prevenció del suïcidi, que ha de concernir no només als metges de família i als psiquiatres sinó també a altres professionals de la salut.

EPIDEMIOLOGIA

El suïcidi és una causa de mortalitat infreqüent, que afecta tots els països, però que no en tots es presenta amb la mateixa freqüència. La taxa d'incidència varia des de 3 a 30 suïcidis per 100.000 habitants/any. En el món d'occident representa el 1 o 2 % de les causes de mortalitat.

El patró de mortalitat per causa del suïcidi augmenta amb l'edat. Amb la prolongació de l'esperança de vida, en els grups d'edat més grans de 74 anys s'ha incrementat la taxa de morts per suïcidi.

Estudis sobre el suïcidi consumat a Barcelona recullen una taxa mitjana de 10 suïcidis per 100.000 habitants/any[2,3]. A Barcelona ciutat, entre l'any 1983 i el 1993, el suïcidi constava entre les primeres quatre causes de mort en els grups d'edat de 15 a 34 anys, després dels accidents de tràfic, la infecció VIH/sida i les sobredosis de substàncies tòxiques. En aquests grups joves, la mortalitat en general té una importància relativa ja que és baixa, però representa una causa de mort prematura pels anys potencials de vida perduts (APVP) i per això té una repercussió sanitària i socioeconòmica. En el suïcidi consumat els mètodes més utilitzats a Catalunya són l'ofegament i la precipitació i la intoxicació per medicaments en les temptatives de suïcidi.

Martínez i Llácer[4] recullen que l'any 1994, a Espanya, el suïcidi i l'enverinament accidental (opiacis i narcòtics anàlegs, analgèsics sense especificar i drogues sense especificar) constaven entre les cinc primeres causes de mort en edats joves. En el grup d'edat de 15 a 24 anys i en els dos sexes, s'assenyala com a segona causa de mort, després dels accidents de tràfic. En l'home de 25 a 34 anys, era la quarta causa, després del VIH/SIDA, els accidents de tràfic i l'enverinament, i en la dona va representar la cinquena causa, després del VIH/SIDA, els accidents de tràfic, la malaltia cardíaca i el càncer de mama. A partir dels 35 anys passa a ser la setena causa i a més edat augmenta el nombre de suïcidis però ja no està inclòs en les primeres causes de mort.

En referència a l'epidemiologia de la temptativa de suïcidi, segons les dades d'un estudi multicèntric de l'OMS[5], que s'ha fet a Europa, es recull que els pacients que duen a terme una temptativa de suïcidi representen una demanda assistencial en les urgències hospitalàries d'uns 165 per cada 100.000 habitants/any i que el 1 % d'aquests pacients se suïcida en el curs dels 12 mesos següents.

Es valora que per a cada vint temptatives de suïcidi hi ha un suïcidi consumat, però la proporció varia segons l'edat, atès que els joves fan moltes més temptatives de suïcidi.

La ideació suïcida és freqüent en certes etapes del desenvolupament. Els estudis assenyalen que uns vint de cada cent adolescents o adults joves refereixen idees de suïcidi. A Catalunya, Viñas[6], en un estudi amb una mostra d'una població escolar de 8 a 12 anys, obtenia una prevalença d'un 10,3 % amb idees de mort poc estructurades i d'un 3,3 % amb idees de suïcidi. Doménech i els seus col·laboradors[7], en un estudi longitudinal de 3 anys sobre la ideació suïcida en escolars catalans d'11 a 14 anys, assenyalaven una persistència de la ideació en el 21% d'aquesta mostra.

FACTORS DE RISC SUÏCIDA

No s'ha identificat una causa *única* que provoqui la mort per suïcidi, però els estudis han assenyalat un risc superior en certs factors biològics, socials o psicològics que correlacionen amb les diverses formes de les conductes suïcides (ideació, temptativa de suïcidi consumat i suïcidi consumat). Tampoc no hi ha cap grup d'alt risc suïcida que sigui fàcilment identificable o que representi un grup de la població que pugui ser controlat de forma concloent. Però hi ha uns subgrups més definits, com es recull en la revisió de Gunnel i Frankel[8]: la po-

DIAGNÒSTIC PRECOÇ DE LES CONDUCTES SUÏCIDES

Blanca Sarró

La informació sobre els factors o grups de risc de suïcidi i la seva incidència com a demanda assistencial mèdica són la primera contribució perquè la prevenció del suïcidi sigui reconeguda com un problema de la salut pública i es pugui plantejar la possibilitat d'establir un diagnòstic precoç de les conductes suïcides.

El suïcidi és cada vegada més un problema pluridimensional, com assenyala Soubrier[1], que es troba "en qualsevol part de la nostra experiència professional: amb el VIH, l'abús i la dependència de substàncies tòxiques, el càncer, els accidents de trànsit, les reaccions a un estrès greu, etc."... A la consulta mèdica és on es pot establir la primera baula per a la prevenció del suïcidi, que ha de concernir no només als metges de família i als psiquiatres sinó també a altres professionals de la salut.

EPIDEMIOLOGIA

El suïcidi és una causa de mortalitat infreqüent, que afecta tots els països, però que no en tots es presenta amb la mateixa freqüència. La taxa d'incidència varia des de 3 a 30 suïcidis per 100.000 habitants/any. En el món d'occident representa el 1 o 2 % de les causes de mortalitat.

El patró de mortalitat per causa del suïcidi augmenta amb l'edat. Amb la prolongació de l'esperança de vida, en els grups d'edat més grans de 74 anys s'ha incrementat la taxa de morts per suïcidi.

Estudis sobre el suïcidi consumat a Barcelona recullen una taxa mitjana de 10 suïcidis per 100.000 habitants/any[2,3]. A Barcelona ciutat, entre l'any 1983 i el 1993, el suïcidi constava entre les primeres quatre causes de mort en els grups d'edat de 15 a 34 anys, després dels accidents de trànsit, la infecció VIH/sida i les sobredosis de substàncies tòxiques. En aquests grups joves, la mortalitat en general té una importància relativa ja que és baixa, però representa una causa de mort prematura pels anys potencials de vida perduts (APVP) i per això té una repercussió sanitària i socioeconòmica. En el suïcidi consumat els mètodes més utilitzats a Catalunya són l'ofegament i la precipitació i la intoxicació per medicaments en les temptatives de suïcidi.

Martínez i Llácer[4] recullen que l'any 1994, a Espanya, el suïcidi i l'enverinament accidental (opiacis i narcòtics anàlegs, analgèsics sense especificar i drogues sense especificar) constaven entre les cinc primeres causes de mort en edats joves. En el grup d'edat de 15 a 24 anys i en els dos sexes, s'assenyala com a segona causa de mort, després dels accidents de trànsit. En l'home de 25 a 34 anys, era la quarta causa, després del VIH/SIDA, els accidents de trànsit i l'enverinament, i en la dona va representar la cinquena causa, després del VIH/SIDA, els accidents de trànsit, la malaltia cardíaca i el càncer de mama. A partir dels 35 anys passa a ser la setena causa i a més edat augmenta el nombre de suïcidis però ja no està inclòs en les primeres causes de mort.

En referència a l'epidemiologia de la temptativa de suïcidi, segons les dades d'un estudi multicèntric de l'OMS[5], que s'ha fet a Europa, es recull que els pacients que duen a terme una temptativa de suïcidi representen una demanda assistencial en les urgències hospitalàries d'uns 165 per cada 100.000 habitants/any i que el 1 % d'aquests pacients se suïcida en el curs dels 12 mesos següents.

Es valora que per a cada vint temptatives de suïcidi hi ha un suïcidi consumat, però la proporció varia segons l'edat, atès que els joves fan moltes més temptatives de suïcidi.

La ideació suïcida és freqüent en certes etapes del desenvolupament. Els estudis assenyalen que uns vint de cada cent adolescents o adults joves refereixen idees de suïcidi. A Catalunya, Viñas[6], en un estudi amb una mostra d'una població escolar de 8 a 12 anys, obtenia una prevalença d'un 10,3 % amb idees de mort poc estructurades i d'un 3,3 % amb idees de suïcidi. Doménech i els seus col·laboradors[7], en un estudi longitudinal de 3 anys sobre la ideació suïcida en escolars catalans d'11 a 14 anys, assenyalaven una persistència de la ideació en el 21% d'aquesta mostra.

FACTORS DE RISC SUÏCIDA

No s'ha identificat una causa *única* que provoqui la mort per suïcidi, però els estudis han assenyalat un risc superior en certs factors biològics, socials o psicològics que correlacionen amb les diverses formes de les conductes suïcides (ideació, temptativa de suïcidi consumat i suïcidi consumat). Tampoc no hi ha cap grup d'alt risc suïcida que sigui fàcilment identificable o que representi un grup de la població que pugui ser controlat de forma concloent. Però hi ha uns subgrups més definits, com es recull en la revisió de Gunnel i Frankel[8]: la po-

blació que ha dut a terme temptatives de suïcidi, els pacients amb diagnòstic de trastorn mental i els pacients psiquiàtrics en els primers mesos d'una alta hospitalària. La mortalitat per suïcidi d'aquests grups és més gran comparada amb la mort per suïcidi de la població general.
En els programes per a reduir les taxes de suïcidi en països com Austràlia, Estats Units o Gran Bretanya, s'assenyala que els serveis de salut han d'intervenir en la seva prevenció. Un revisió de 24 estudis, elaborada per Pirkis i Burgess[9], recull que una elevada proporció (20-61%) de les persones que se suïciden han acudit a una consulta prèvia en els serveis de la salut pública, però que és difícil determinar la identificació i el tractament dels pacients amb major risc suïcida. Els factors de més risc[10] que s'han identificat en població amb temptativa de suïcidi en comparació amb grups de control no suïcides inclouen:

1. Trastorns psiquiàtrics, que específicament estan associats a un major risc suïcida: trastorns afectius, esquizofrènia, dependència de l'alcohol i altres substàncies tòxiques, trastorns de personalitat.
2. Factors sociodemogràfics: importància de l'edat, el sexe i l'ètnia, situació laboral inestable, el viure sol, etc.
3. Vulnerabilitat psicològica i social associada a esdeveniments vitals estressants o negatius.
4. Factors clínics, com un antecedent personal de temptativa de suïcidi, la comorbiditat física o psíquica.
5. Alguns trets específics de la personalitat (inestabilitat emocional, agressivitat, impulsivitat, etc.), els quals estan relacionats als factors descrits prèviament.
6. La història familiar i genètica, que està en procés d'investigació.

Geogràficament i temporalment, hi ha variacions en els actes suïcides (freqüència, mètodes utilitzats...), fet que planteja tant les influències culturals i socials, com el fet d'estar determinat per múltiples causes, a semblança dels accidents de tràfic.
La relació amb l'edat i els diferents factors de risc suïcida és difícil d'establir, però en els grups de joves l'associació a abús o a dependència de substàncies tòxiques, a esdeveniments vitals estressants i uns trets de personalitat específics són freqüents. En els grups d'edat superior, els factors de major risc són els trastorns mentals greus i les malalties somàtiques.

AVALUACIÓ DE RISC SUÏCIDA

L'avaluació del suïcidi està representada amb la identificació dels factors i grups de risc que recullen els estudis estadístics. Els estudis assenyalen que, dels pacients que fan temptatives de suïcidi, més de la meitat repetiran l'intent a curt termini, però també persisteix atenuat un risc a llarg termini. Un altre predictor d'elevat risc de suïcidi és la presència d'un trastorn psiquiàtric[11]. El 90 % de les persones que se suïciden tenen un diagnòstic psiquiàtric en el moment de la seva mort, i els més freqüents són els trastorns afectius, les esquizofrènies, l'alcoholisme i sobretot la comorbiditat amb trastorns de personalitat i dependència de l'alcohol o altres substàncies tòxiques.
Les dues terceres parts dels pacients que se suïciden han estat visitats pel seu metge un mes abans del seu acte. Pocs pacients expliquen espontàniament les seves idees de suïcidi i la intencionalitat, però la consulta pot ser una demanda d'ajuda. Una part dels pacients que se suïciden o que ho intenten utilitzen com a mètodes els medicaments receptats pel seu metge, però una elevada proporció no seguia el tractament prescrit. L'avaluació de risc suïcida i les intervencions per a la seva prevenció són aspectes importants no només per als professionals de la salut mental, sinó també per als metges de família[12].
Els metges han d'estar informats sobre els símptomes que plantegen un possible risc de suïcidi del pacient[13]. Però a vegades el professional té el temor de preguntar sobre les idees de mort o de suïcidi, per l'hipotètic risc de reforçar aquestes idees en forma indirecta. Pel que fa a això, no hi ha evidències que recolzin aquesta hipòtesi i és important preguntar sobre les idees o els actes de suïcidi actuals o si hi ha antecedents personals o familiars, i que constin en l'anamnesi.
La dificultat o facilitat en la recollida d'informació per a saber si hi ha risc suïcida és similar a la que hi ha quan es pregunta sobre el possible abús d'alcohol o d'altres substàncies, o sobre problemes sexuals, etc. Si s'identifica la ideació de mort s'ha d'avaluar si hi ha risc de suïcidi a curt termini.
L'avaluació dels factors de risc suïcida, el tractament dels trastorns mentals, sobretot la depressió i l'alcoholisme, i la col·laboració de l'entorn familiar i social del pacient pot prevenir alguna mort.

DIFICULTATS DE L'AVALUACIÓ DEL RISC DE SUÏCIDI

Existeix la dificultat d'inferir en un pacient que presenta idees de suïcidi o que ha dut a terme una temptativa de suïcidi quin factor o factors de risc poden desencadenar l'acte suïcida a curt termini i, sobretot, a llarg termini, atès que els factors de risc presenten variacions temporals i es modifiquen en les diverses etapes del desenvolupament biogràfic.
Molts treballs assenyalen que, dels pacients que duen a terme temptatives de suïcidi, més de la meitat repetiran l'intent, sobretot en el curs del primer any, però el risc roman encara atenuat a llarg termini.
Cap grup d'alt risc suïcida és fàcilment identificable, ni representa un grup de la població que pugui ser controlada de forma concloent, encara que, com recullen Gunnel i Frankel[6], hi ha uns subgrups de població de risc superior.

CONCLUSIÓ

El diagnòstic precoç del risc suïcida necessita un abordatge pluridimensional, però en l'actualitat els mitjans de prevenció primària són només esperances per al futur (les tècniques per a la identificació de factors de risc en la població actual). Les estratègies utilitzades en la prevenció secundària i terciària es basen en la identificació i el tractament dels grups amb un risc superior de suïcidi, però l'eficàcia de la prevenció a llarg termini i de les tècniques terapèutiques en certs grups, com per exemple en l'adolescència, roman en un coneixement imprecís[14], fet pel qual és necessari seguir la investigació sobre aquest aspecte de la conducta humana tan complex. Els objectius que plantegen els programes de prevenció del suïcidi són des d'evitar la primera temptativa de suïcidi, la repetició de l'acte i l'eventual mort. Per a això, la perspectiva clínica i la investigació han de col·laborar paral·lelament per a obtenir resultats que permetin el diagnòstic precoç del risc suïcida. Actualment s'hauria de recomanar als professionals de la salut que valoressin el pacient que fa una temptativa de suïcidi com un *supervivent*, tant si ha dut a terme un acte amb escàs risc letal com si ha tingut una elevada gravetat somàtica, tant si hi ha una repetició de l'acte suïcida a curt termini com si ho fa després d'anys, per a ajudar a la necessitat d'un tractament, per a prevenir alguna d'aquestes morts.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Soubrier JP. International Perspectives. Reflections of Suicidology for 1997. En: Maris RW, Silverman MM, Canetto S, ed. Review of Suicidology, 1997. Nova York: Guilford Press, 1997; 271-279.
2. Montella N, Borrell C, Brugal MT, Plasència A. Evolución de la mortalidad en los jóvenes de la ciudad de Barcelona: 1983-1993. Med Clin (Barc) 1997; 108: 241-247.
3. Valero LF, Mangas I. Patrón de mortalidad en menores de 25 años. Med Clin (Barc) 1997.
4. Martínez de Aragón MV, Llácer A. Mortalidad en España en 1994. Bol Epidemiol Sem 1997; 5: 57-68.
5. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lönnqvist J et al. A repetition. Predictory study of European parasuicide populations: a summary of the first report from part II of the WHO:EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerned Action on Aattempted Suicide. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 81-86.
6. Viñas F. Ideación suicida en la población escolar de tercero, cuarto y quinto de Enseñanza General Básica (EGB) de la comarca del Gironès (ponencia). VII Jornada de Suicidología. Barcelona, 1995.
7. Domènech E, Canals J, Fernández-Ballart J. Suicidal ideation among Spanisch school children: a three year follow up study of a pubertal population. Personality Individual Differences 1992; 13: 1055-1057.
8. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. BMJ 1994; 308: 1227-1233.
9. Firkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts: a systematic review. Br J Psychiatry 1998; 173: 462-474.
10. Sarró B, De la Cruz C. Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
11. Harris eC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 170: 205-228.
12. Pérez-Blanco J, Tejedor C. Detección del riesgo suicida. JANO 1996; 1161: 46, 49-51.
13. Sarró B, De La Cruz C. Médicos de atención primaria y conducta suicida. Salud Mental 1998; I, 2: 100-109.
14. Zimmerman JK, Asnis GM. Treatment approaches with suicidal adolescents. Nova York: J Wiley&Sons, Inc, 1995.

DIAGNÒSTIC PRECOÇ DE LES CONDUCTES SUÏCIDES

La prevenció del suïcidi és complexa, especialment en l'avaluació i la predicció del suïcidi dels joves, perquè l'etiologia dels actes suïcides té la peculiaritat d'associar tots els factors possibles de risc (biològic, social i psicològic) i aquesta correlació planteja dificultats per al diagnòstic precoç.

Molts estudis assenyalen una incidència superior de les temptatives de suïcidi entre determinats grups de la població (adolescents i adults joves, malalts amb trastorns mentals, població amb antecedents de temptativa de suïcidi). El seguiment d'aquests subgrups indica que la idea de suïcidi i la temptativa de suïcidi tendeixen a ser recurrents. S'estima que el risc de mortalitat per suïcidi en la població que ha dut a terme intents de suïcidi per qualsevol mètode és 38 vegades superior que el de la població general. L'antecedent d'un intent de suïcidi té una correlació superior amb la repetició de l'acte en forma de temptativa (més del 50 %) o de suïcidi (un 1-2 % d'aquestes persones consuma el suïcidi en el curs del primer any i un 10-15 %, en el curs de la vida).

Els actes suïcides haurien de tenir un reconeixement com a problema de la salut pública, ja que no només representen un problema de la salut mental, sinó també de la comunitat, per la implicació dels aspectes socials.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

La prevención del suicidio es compleja, especialmente la evaluación y predicción del suicidio de los jóvenes, porque la etiología de los actos suicidas tiene la peculiaridad de asociar todos los factores posibles de riesgo (biológico, social y psicológico) y esta correlación plantea dificultades para el diagnóstico precoz.

Muchos estudios señalan una mayor incidencia de las tentativas de suicidio entre determinados grupos de la población (adolescentes y adultos jóvenes, enfermos con trastornos mentales, población con antecedentes de tentativa de suicidio). El seguimiento de estos subgrupos indica que la idea de suicidio y tentativa de suicidio tiende a ser recurrente. Se estima que el riesgo de mortalidad por suicidio en la población que ha realizado intentos de suicidio por cualquier método es 38 veces mayor que el de la población general. El antecedente de un intento de suicidio tiene una mayor correlación con la repetición del acto en forma tentativa (más del 50 %) o de suicidio (el 1-2 % de estas personas consuma el suicidio en el curso del primer año y el 10-15 %, en el curso de la vida).

Los actos suicidas deberian tener un reconocimiento como problema de salud pública, por representar no sólo un problema de salud mental, sino de la comunidad, por la implicación de los aspectos sociales.

EARLY DIAGNOSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR

Suicide prevention is complex, particularly with regard to the assessment and prediction of suicide in young people, given that the causes of suicide attempts are in fact associated with all possible risk factors (biological, social and psychological), makin g early diagnosis difficult.

Many studies point to a higher incidence of attempts among certain population groups (adolescents and young adults, the mentally ill, individuals with a history of attempted suicide). Studies of these subgroups indicate that the idea of suicide and suicide attempts tend to recur. The risk of death by suicide in the population that has attempted suicide by any method is estimated to be 38 times higher than in the general population. A history of a suicide attempt correlates more highly with repetition of an attempt (over 50%) or suicide (1 to 2 % of these persons consummate the act within one year and 10 to 15 % do so over the course of a lifetime).

Suicide should be recognized as a public health problem, as it constitutes not only a metal health problem but also a community problem given the social implications involved.

EL DIAGNÒSTIC PSICOPATOLÒGIC EN LES PRIMERES ETAPES DE LA VIDA

Edelmira Domènech-Llaberia

El diagnòstic precoç és bàsic en qualsevol especialitat médica. Un exemple il·lustratiu és el cas del càncer de mama, que ha portat a explorar, mitjançant mamografies repetides, totes les dones a partir dels quaranta anys, i més joves si són persones amb risc reconegut de patir la malaltia. En aquest cas parlem de diagnòstic precoç en dones de quaranta anys.

Entenem per diagnòstic precoç el tractar una patologia ja apareguda. No contemplem en aquest concepte ni l'ús de tamoxifè com a tractament profilàctic de persones amb alt risc de càncer de mama ni el receptar dosis baixes de risperidona a nens o adolescents amb indicadors de risc de malaltia esquizofrènica.

El diagnòstic precoç es considera prevenció secundària, dins de la clàssica classificació de Caplan en primària, secundària i terciària. La segona consisteix a detectar tan aviat com es pugui una patologia a fi i efecte de fer-ne un diagnòstic precoç que permeti tractar tan aviat com sigui possible la malaltia i evitar la cronificació i les recaigudes.

La prevenció ideal seria la primària; això és, evitar nous casos d'una malaltia actuant abans que hagi començat a afectar un organisme. La prevenció primària requereix un coneixement precís de la etiopatogènia. I que no es té encara en la gran majoria de malalties mentals. Quan la veritable prevenció primària no és possible, cal promoure la detecció precoç a fi i efecte d'aturar l'evolució patològica.

Per a evitar la consolidació de comportaments sovint irreversibles, si no s'intervé molt aviat, els psiquiatres hem de dirigir també l'atenció vers la salut mental de la població des d'etapes inicials de la vida. Dintre d'aquesta línia, em centraré aquí en el diagnòstic psicopatològic abans dels sis anys.

Ja s'han fet i s'estan fent avanços notables en la detecció precoç de la deficiència mental i dels retards profunds del desenvolupament. Però encara es presta poca atenció a les alteracions de caràcter emocional, relacional i de la conducta.

Les primeres manifestacions d'una patologia emocional, depressiva o ansiosa passen massa sovint desapercebudes a aquelles persones que estàn habitualment amb els menuts, com són els pares, els educadors de parvulari o els pediatres. Això no és extrany pel que fa a la patologia emocional: als pares els costa admetre que els seus fills estan deprimits o angoixats, és a dir, que no són feliços i els mateixos nens no tenen en general adquirides les capacitats per a trasmetre la seva experiència subjectiva.

El problema és un altre pel que fa a les manifestaciones agressives i asocials. Hom pensa que és normal que un nen no pari mai quiet i manifesti comportaments agressius o cruels. Es desconeixen sovint els límits entre el que és normal i el que no ho és; alguns pares són molt permissius i els petits no aprenen a tolerar petites frustracions ni a autocontrol·lar-se. Però no saben que molts dels greus trastorns de conducta a l'adolescència ja es manifesten abans dels sis anys, quan encara es pot intervenir de forma eficaç. Desgraciadament, no s'hi pensa i no es detecten ni es diagnostiquen.

El diagnòstic d'una patologia mental abans dels sis anys és possible

Recentment tota la etapa preescolar ha adquirit importància en psiquiatria. Concretament els nens entre 3 i 6 anys constitueixen una població òptima per al diagnòstic precoç d'alguns trastorns. En ser obligatòria a casa nostra l'escolarització a partir dels 3 anys, l'etapa 3-6 és una població diana que està reunida en els parvularis i, a partir dels 3 anys, ja és possible detectar alguns dels trastorns descrits en les grans classificacions internacionals, si es té en compte les diferències d'expressió dels símptomes entre un preescolar i un adult o un nen més gran.

Abans del 1975, encara se'n sabia poc: era un fet conegut que molts malalts obssessius i depressius que veien els psiquiatres de grans ja havien presentat de menuts manifestacions d'aquestes patologies, però no hi havia proves que permetessin preveure el pronòstic dels trastorns infantils. Fou en la dècada dels setanta que aprenguérem dues coses: que l'autisme infantil no era cap precursor de l'esquizofrènia i que els trastorns de conducta severs i persistents dels nens acostumaven a evolucionar cap a un trastorn de la personalitat en un adult.

En la dècada dels anys 80, quan s'iniciaren els estudis epidemiològics longitudinals seguint una metodologia científica en paidopsiquiatria, es començà a obtenir dades serioses sobre la continuitat, versus la discontinuitat, de la patologia mental infantil. A partir del 1985, fou quan es començaren a publicar resultats d'aquests primers estudis.

Gràcies als resultats ja obtinguts, els psiquiatres de nens podem oferir algunes dades fonamentades sobre el futur d'un

EL DIAGNÒSTIC PSICOPATOLÒGIC EN LES PRIMERES ETAPES DE LA VIDA

Edelmira Domènech-Llaberia

El diagnòstic precoç és bàsic en qualsevol especialitat médica. Un exemple il·lustratiu és el cas del càncer de mama, que ha portat a explorar, mitjançant mamografies repetides, totes les dones a partir dels quaranta anys, i més joves si són persones amb risc reconegut de patir la malaltia. En aquest cas parlem de diagnòstic precoç en dones de quaranta anys.

Entenem per diagnòstic precoç el tractar una patologia ja apareguda. No contemplem en aquest concepte ni l'ús de tamoxifè com a tractament profilàctic de persones amb alt risc de càncer de mama ni el receptar dosis baixes de risperidona a nens o adolescents amb indicadors de risc de malaltia esquizofrènica.

El diagnòstic precoç es considera prevenció secundària, dins de la clàssica classificació de Caplan en primària, secundària i terciària. La segona consisteix a detectar tan aviat com es pugui una patologia a fi i efecte de fer-ne un diagnòstic precoç que permeti tractar tan aviat com sigui possible la malaltia i evitar la cronificació i les recaigudes.

La prevenció ideal seria la primària; això és, evitar nous casos d'una malaltia actuant abans que hagi començat a afectar un organisme. La prevenció primària requereix un coneixement precís de la etiopatogènia. I que no es té encara en la gran majoria de malalties mentals. Quan la veritable prevenció primària no és possible, cal promoure la detecció precoç a fi i efecte d'aturar l'evolució patològica.

Per a evitar la consolidació de comportaments sovint irreversibles, si no s'intervé molt aviat, els psiquiatres hem de dirigir també l'atenció vers la salut mental de la població des d'etapes inicials de la vida. Dintre d'aquesta línia, em centraré aquí en el diagnòstic psicopatològic abans dels sis anys.

Ja s'han fet i s'estan fent avanços notables en la detecció precoç de la deficiència mental i dels retards profunds del desenvolupament. Però encara es presta poca atenció a les alteracions de caràcter emocional, relacional i de la conducta.

Les primeres manifestacions d'una patologia emocional, depressiva o ansiosa passen massa sovint desapercebudes a aquelles persones que estàn habitualment amb els menuts, com són els pares, els educadors de parvulari o els pediatres. Això no és extrany pel que fa a la patologia emocional: als pares els costa admetre que els seus fills estan deprimits o angoixats, és a dir, que no són feliços i els mateixos nens no tenen en general adquirides les capacitats per a trasmetre la seva experiència subjectiva.

El problema és un altre pel que fa a les manifestaciones agressives i asocials. Hom pensa que és normal que un nen no pari mai quiet i manifesti comportaments agressius o cruels. Es desconeixen sovint els límits entre el que és normal i el que no ho és; alguns pares són molt permissius i els petits no aprenen a tolerar petites frustracions ni a autocontrol·larse. Però no saben que molts dels greus trastorns de conducta a l'adolescència ja es manifesten abans dels sis anys, quan encara es pot intervenir de forma eficaç. Desgraciadament, no s'hi pensa i no es detecten ni es diagnostiquen.

El diagnòstic d'una patologia mental abans dels sis anys és possible

Recentment tota la etapa preescolar ha adquirit importància en psiquiatria. Concretament els nens entre 3 i 6 anys constitueixen una població òptima per al diagnòstic precoç d'alguns trastorns. En ser obligatòria a casa nostra l'escolarització a partir dels 3 anys, l'etapa 3-6 és una població diana que està reunida en els parvularis i, a partir dels 3 anys, ja és possible detectar alguns dels trastorns descrits en les grans classificacions internacionals, si es té en compte les diferències d'expressió dels símptomes entre un preescolar i un adult o un nen més gran.

Abans del 1975, encara se'n sabia poc: era un fet conegut que molts malalts obssessius i depressius que veien els psiquiatres de grans ja havien presentat de menuts manifestacions d'aquestes patologies, però no hi havia proves que permetessin preveure el pronòstic dels trastorns infantils. Fou en la década dels setanta que aprenguérem dues coses: que l'autisme infantil no era cap precursor de l'esquizofrènia i que els trastorns de conducta severs i persistents dels nens acostumaven a evolucionar cap a un trastorn de la personalitat en un adult.

En la dècada dels anys 80, quan s'iniciaren els estudis epidemiològics longitudinals seguint una metodologia científica en paidopsiquiatria, es començà a obtenir dades serioses sobre la continuïtat, versus la discontinuïtat, de la patologia mental infantil. A partir del 1985, fou quan es començaren a publicar resultats d'aquests primers estudis.

Gràcies als resultats ja obtinguts, els psiquiatres de nens podem oferir algunes dades fonamentades sobre el futur d'un

trastorn mental infantil. El psiquiatre general hauria de prestar especial atenció a l'inici de la malaltia que tracta. Crec essencial establir contactes estrets entre els psiquiatres que tracten els nens, els que tracten els adolescents i els que tracten els adults. El pont entre els uns i els altres esdevé cada dia més important, a mesura que sabem millor quin tipus de trastorns poden cronificar-se i quins aparentment curar-se però reaparèixer en un altre moment del cicle vital.

En la literatura científica es poden trobar bastants estudis longitudinals de psiquiatria infantil, però són escassos els que fan un seguiment de molts anys, que són realment els més interessants. També son molt escassos els que comencen el seguiment en els anys preescolars. Com diuen Raine et al, els estudis longitudinals prospectius iniciats a l'edat preescolar són especialment importants per a identificar mecanismes causals, però ara per ara aquests són més l'excepció que la regla. Dels que hem pogut reunir fins ara, presentaré els més representatius en cadascuna de les patologies concretes, en les quals consideraré el diagnòstic precoç.

Diagnòstic precoç de la depressió

Els estudis longitudinals de depressió són molt recents. La raó és obvia: durant gran part del segle XX es va ignorar la depressió infantil, no s'hi creia ni apareixia en la majoria de manuals ni publicacions. Però hi ha excepcions. Cal mencionar l'estudi de Harrington et al (1993). Aquests autors feren un seguiment de 32 anys de vuitanta nens i adolescents als quals s'havia diagnosticat una síndrome depressiva segons criteris operatius de diagnòstic. Assenyalaren dos resultats importants: primer, que el patir un trastorn depressiu a la infantesa augmenta quatre cops el risc de patir un trastorn depressiu quan s'és adult, i segon, que el diagnòstic de depressió en un nen no incrementa el risc de cap altra categoria de patologia mental quan és adult. El risc és més alt per a les formes típiques, com pot ser una depressió major, i disminueix quan la depressió infantil s'acompanya d'un trastorn manifest de la conducta.

Aquests resultats recolzen la idea de fer diagnòstics precisos en psiquiatria infantil en la mesura que sigui possible. I van en contra de l'opinió dels que rebutjen els diagnòstics bé sigui per por a les etiquetes, per ideologia o per ignorància.

El diagnòstic d'un trastorn depressiu abans dels sis anys és difícil, perquè la majoria d'aquests nens no arriben al psiquiatra infantil per a poder ser diagnosticats. No obstant això, la prevalença, tot i essent inferior a la d'edats més grans, no és gens despreciable. Kashani i Carlson (1987), en un estudi pioner d'epidemiologia preescolar, van trobar una prevalença del 0,9 %. La mostra era de 1000 nens i nenes, i l'edat mitjana de quatre anys i mig. En un estudi en població general de la ciutat d'Olot hem trobat una prevalença de depressió superior al 0,85 % quan fem el diagnòstic seguint els criteris del DSM-IV.

A l'estudi d'Olot es varen contactar tots els nens i nenes escolaritzats a preescolar el 1999. Com no és possible fer-ho extensiu a tota la població de Catalunya, el que es pot fer és sensibilitzar els educadors i els pediatres i proporcinar-los instruments d'aplicació senzilla per a ajudar a detectar els signes i símptomes que poden ser senyal d'alarma d'un trastorn depressiu en un nen o una nena preescolar.

Actualment ja tenim alguns d'aquests instruments validats en població catalana. Un és l'escala GRASP (Kashani, Olcomb i Orvaschel, 1986) . Es tracta d'un qüestionari de 24 items que el poden contestar els educadors i/o els pares i que ha estat traduit, adaptat i validat en una mostra de preescolars de Sant Cugat del Vallés (Araneda, 1996; Araneda et al, 1998). Un altre és l'ESDMP (Domènech-Llaberia, 1996, Domènech-Llaberia, 1999), que consta de 19 items que consisteixen a preguntes que fan referència a diferents aspectes de la psicopatologia depressiva que acostumen a manifestar-se dins l'àmbit escolar. L'ESDMP ha estat validada en una mostra de 450 preescolars de Sabadell (alfa de Cronbach 0,81; validesa concurrent amb la GRASP 0.84) i s'ha estudiat la fiabilitat test-retest i el punt de tall de l'escala en un altra mostra de 600 preescolars de Barcelona.

Diagnòstic precoç de conductes suïcides

Tenint en compte que la conducta suïcida no és solament l'acte consumat d'autòlisi ans tot un contínuum que va des de les idees de mort i de suïcidi que poden ser passatgeres, fenòmen molt freqüent, o bé reiteratives, la planificació de com matar-se, fins als intents, esporàdics o repetits, i tenint en compte que tota aquesta seqüència al llarg de la vida d'una persona pot començar de nen i durar molts anys abans de la consumació de l'acte, la prevenció precoç és molt important.

Els estudis longitudinals que recolzen la hipòtesi de contínuum de la conducta suïcida són dels més antics. Ja en la dècada dels anys vint, Lewis Terman va iniciar el seguiment de 1528 superdotats. No va pretendre fer cap treball sobre el suïcidi. Però, cinquanta anys més tard deixebles seus van poder observar que 28 individus de la mostra s'havien suïcidat i, entre ells, estudiaren els antecedents de cinc que s'assemblaven per la data i la tècnica de l'autòlisi i observaren que presentaven els mateixos antecedents infantils, que eren una ideació mòrbida i conflictes amb el pare. En un altre seguiment llarg que tenia per objectiu l'estudi de la patologia coronària en 50.000 històries clíniques d'estudiants de Harvard, es trobaren antecedents d'ideació suïcida i de conflictes infantils en els que feren un suïcidi consumat molts anys més tard. Si es fes una detecció precoç dels infants amb ideació mòrbida i suïcida persistent, es podria fer el diagnòstic precoç del contínuum conductual suïcidi i prevenir els intents i els actes consumats futurs.

La ideació suïcida pot aparèixer molt aviat. No és freqüent en preescolars, però l'hem trobada present en alguns infants d'a-

questa edat en mostres clíniques. En mostres de població general, l'hem trobada present a diverses edats. Així, en el primer estudi epidemiològic de depressió infantil a l'Estat Espanyol (Domènech i Polaino, 1990), a Barcelona ciutat el 27 % dels nens i nenes de 9 i 10 anys havien pensat en el suïcidi els últims 15 dies i el 1,1 % havia manifestat la intenció de fer-ho. En un altre estudi que abraçava tots els adolescents de 13 a15 anys escolaritzats a Barcelona l'any 1993 a vuitè d'EGB (Domènech et al, 1995), es detectà ideació suïcida en el 21,8 %. Però un any després ens assabentàrem de 10 intents entre els adolescents d'aquesta mostra; d'aquests 10, 9 formaven part del grup amb ideació prèvia. Finalment, en un seguiment de tres anys d'adolescents de Reus es va poder demostrar que el 27 % dels que tenien idees de suïcidi el primer any de l'estudi persistien en aquestes idees tres anys després (Domènech et al, 1992). Això fa que, a més del diagnòstic precoç dels intents de suïcidi tan freqüents actualment a l'adolescència, suggerim que es faci el diagnòstic de la ideació suïcida persistent en molt més menuts.

Diagnòstic precoç dels trastorns d'ansietat

L'ansietat és una emoció normal que és i ha de ser present al llarg de tota la vida. Té una funció defensiva i adaptativa però esdevé patològica quan és desproporcionada, incontrolable, provoca un sofriment exagerat i interfereix en la vida diària. Els nens, des de molt menuts, poden patir trastorns d'ansietat semblants als que apareixen en d'altres edats. Així, per exemple, el trastorn per estrès postraumàtic és la categoria diagnòstica que ocupa més espai en la classificació diagnòstica dels trastorns mentals de 0 a 3 anys (*Zero to Three*, 1994). Però de l'avenir dels trastorns emocionals ansiosos abans dels sis anys encara se'n sap massa poc. Els primers estudis longitudinals (Rutter, 1972 i 1995) tendien a trobar un avenir en general bo en la vida adulta d'aquests infants. Estudis posteriors assenyalaven una continuïtat dels trastorns ansiosos de la primera infantesa en ansietat, depressió o trastorns de la personalitat en l'adult. Però els estudis longitudinals encara són escassos i és prematur treure massa conclusions al respecte.
D'altra banda, existeix la hipòtesi que els nens que de molt petits manifesten un estil de comportament tímid, inhibit, susceptible, evitatiu esdevindrien fàcilment persones amb un alt risc de patir trastorns d'ansietat. Aquests infants amb "inhibició conductual" poden ja detectar-se des de les primeres etapes del desenvolupament.

Diagnòstic precoç dels trastorns de conducta

La idea que el comportament infantil permetia preveure el comportament social ulterior no és nova (Trembley et al, 1994). Aquests autors al·ludeixen una cita de la *República* de Plató on es defensa per aquest motiu la necessitat de triar els guardians de l'Estat quan són molt petits. Però els estudis longitudinals que confirmen aquesta hipòtesi no s'han fet fins al segle XX i són els partidaris d'un model de psicopatologia evolutiva els que han fet més aportacions interessants a aquest tema. En citarem algunes de les més significatives.
Dos estudis ja clàssics de seguiment longitudinal de trastorns del comportament són el de Thomas i Chess (1986) i el de Block et al, (1988). El primer, conegut com a l'estudi de Nova York, va descriure un prototip de nen petit difícil o *difficult child* que presentava greus problemes als pares per a poder-lo educar i al qual sovint se'l trobava a l'adolescència amb conflictes amb la justícia. L'estudi de Block et al és un altre seguiment des de l'etapa de preescolar fins a l'adolescència i relaciona característiques de comportament a la primera infantesa amb problemes d'adaptació a l'adolescència.
Un altre estudi de seguiment que considera nens preescolars, ja que una part de la mostra tenia quatre anys a l'inici del treball, és el de Offord et al (1992). Es van valorar els trastorns de conducta i la hiperactivitat amb criteris DSM-III. El seguiment fou de quatre anys. Es va demostrar una vegada més la persistència de la patologia de conducta.
Més recentment, Caspi et al (1996) han publicat resultats en una mostra àmplia i representativa de nens en un seguiment des dels 3 als 21 anys. Aquest treball, conegut com a estudi de Dunedin, té interès entre altres coses perquè relaciona diferències de conducta dels nens a la primera infantesa amb trastorns mentals específics a l'edat adulta com, per exemple, trastorn de personalitat antisocial, conducta homicida, alcoholisme o suïcidi. Els autors descriuen un tipus de nen de tres anys amb una manca de control, impulsiu, irritable i incapaç de persistir en una tasca que recorda molt el *difficult child* de Thomas i Chess.
Tant aquest últim estudi com l'inicial de Thomas i Chess relacionen trets de temperament presents des de la més tendra infantesa amb patologies de la vida adulta. El treball de Raine et al (1998) també relaciona el temperament difícil de petit amb les futures conductes agressives i asocials. D'altres, com Offord, estudien més la influència de l'entorn: de privació cultural i econòmica, d'inestabilitat familiar, d'absència o fracàs escolar, etc.
Si considerem que la personalitat normal o patològica d'un adult és el resultat d'una constant interacció entre el bagatge genètic i temperamental i la relació amb l'entorn al llarg del desenvolupament, el diagnòstic tant d'uns trets temperamentals anòmals com la detecció d'un àmbit familiar i social no adequats s'haurien de fer el més aviat possible i el diagnòstic d'un trastorn de conducta una mica sever ja s'hauria de poder fer abans dels sis anys.
Amb aquesta perspectiva hem iniciat un estudi epidemiològic dels trastorns de conducta dels preescolars en diferents ciutats i comarques del nostre país: Montcada i Reixach, Girona, Priorat i Ribera d'Ebre. Una metodologia amb un disseny de doble fase ha permès classificar els nens i nenes en tres grups:

normals, infants amb signes i simptomes de risc i nens amb diagnòstic de trastorn de conducta. Resultats preliminars indiquen que el 10 % de la població de preescolars presenta signes de risc i que del 3 al 4,5 % ha estat ja diagnosticat de trastorn de la conducta. El percentatge depèn de la procedència de la mostra i del sexe (és més alt el percentatge en nens que en nenes, especialment en l'àmbit rural). L'objectiu d'aquest estudi és la detecció i el diagnòstic en una edat precoç, que és quan realment pot ser eficaç una intervenió adequada.

Comentari final

En acabar aquesta aportació voldria puntualitzar alguns aspectes:

Primer, que el diagnòstic precoç és possible en psiquiatria i que els trastorns psiquiàtrics dels infants d'edat inferior a sis any passen massa sovint desapercebuts.

Segon, que està demostrat que existeix una continuïtat entre el comportament antisocial abans dels sis anys i les conductes delictives que apareixen a l'adolescència i que també existeix una continuïtat en molts trastorns emocionals, fet que està ja clarament demostrat en el cas de la depressió.

Tercer, que la intervenció en edats primerenques és possible: la modificació de certes dimensions bàsiques de personalitat es pot aconseguir a partir de la intervenció precoç (Tremblay et al, 1994); això pot prevenir les conductes asocials i delictives, tan difícils d'aturar passada la pubertat. El diagnòstic precoç d'un trastorn depressiu també podria evitar la cronificació d'aquesta patologia.

Per tot això, el diagnòstic en les primeres etapes del cicle vital és essencial per al capitol de la prevenció en psiquiatria, la qual com la majoria de les altres branques de la medicina, ha copsat la importància de la prevenció. A moltes de les malalties mentals i dels comportaments anòmals que estan fent estralls entre la població adulta i els joves d'avui, únicament s'hi pot aportar alguna mesura eficient si es va a buscar les seves arrels a l'inici de la vida de l'individu. Per aquest motiu penso que caldria prestar més atenció a les manifestacions primerenques de la patologia psiquiàtrica.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Araneda E. Adaptación de la Escala The General Rating of Affective Symptoms for Preschoolers (GRASP). Tesis de Licenciatura, Universitat Autònoma de Barcelona, 1996.

Araneda NT, Moreno C, Jané MC, Domènech-Llaberia E. Características psicométricas de la escala GRASP: estudio preliminar en población española. Infanto, 1998; VI (2): 56 64.

Block J, Block J, Keyes S. Longitudinal foretelling drug usage in adolescence: early childhood personality and environmental precursors, Child Development 1988; 59: 336-355.

Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1996; 553 (11): 103-110.

Domènech-Llaberia E. Escala de depresión infantil para maestros de preescolares: ESDMP. Manuscrit no publicat. Universitat Autònoma de Barcelona, 1996.

Domènech-Llaberia E. Detección de síntomas depresivos y ansiosos en el preescolar: escalas de evaluación. Sasot AJ, Moragas FA, ed. Psicopedagogía en atención primaria. Nuevas estrategias preventivas y terapéuticas. Barcelona: Prous Science SA 1999; 15-24.

Domènech-Llaberia E, Polaino-Lorente F. Epidemiología de la depresión infantil. Barcelona: Espaxs, 1990.

Domènech E, Canals J, Fernández Ballart J. Suicidal ideation among Spanish schoolchildren: a three-year follow-up study of a pubertal population. Personality Individual Differences 1992; 13 (9): 1055-1057.

Domènech E, Aliaga A, Cornellas MJ, Mitjavila M, Obiols J, Gras MF. Ideació suïcida en els adolescents de 13 a 15 anys a Barcelona. Rev Reial Acad Med Catalunya 1995; 10 (1): 37-44.

Harrington RC, Fudge H, Rutter M, Bredenkamp D, Groothues C, Pridham J. Child and adult depression: a test of continuity with data from a family study. Br J Psychiatry 1993; 162: 627-633.

Kashani J, Carlson G. Seriously depressed preschoolers. Am J Psychiatry 1987; 144: 348-350.

Kashani J, Holcomb WR, Orvaschel H. Depression and depressive symptoms in preschool-age children from the general population. Am J Psychiatry 1986; 143: 1138-1143.

Offord DR, Boyle MH, Racine YA, et al. Outcome, prognosis and risk in a longitudinal follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31: 916 923.

Raine A, Reynolds Ch, Venables PH, Mednick SA, Farrington DP. Fearlessness, stimulation-seeking, and latge body size at age 3 years as early predispositions to childhood agression at age 11 years. Arch Gen Psychiatry 1998; 55 (8): 745 751.

Rutter M. Relationship between child and adult psychiatric disorders. Acta Psychiatr Scand 1972; 48: 3-21.

Rutter M. Relationships between mental disosrders in childhood and adulthood. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 73-85.

Thomas A, Chess S. The New York Longitudinal Study: from infancy to early adult life. En Plomin R, Dunn J (ed.). The study of temperament: changes, continuities and challenges. Hillsdale, NH: Erlbaum, 1986; 39-52.

Tremblay RC, Phil R, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. Arch Gen Psychiatry 1994; 51 (9): 1-12.

Zero to Three/ National Center for Clinical Programs. Diagnostic Classification 0-3. Washington, D.C.

EL DIAGNÒSTIC PSICOPATOLÒGIC EN LES PRIMERES ETAPES DE LA VIDA

El diagnòstic precoç és bàsic en qualsevol especialitat mèdica i, per tant, també en psiquiatria. Malgrat això, els trastorns psiquiàtrics dels nens menors de 6 anys amb freqüència passen desapercebuts. Hi ha diverses raons que recolzen la importància d'un diagnòstic en les primeres etapes de la vida, entre les quals es poden assenyalar les següents: la demostració del fet que hi ha una continuïtat entre el comportament antisocial abans dels 6 anys i les conductes delictives, que apareixen en la adolescència; el diagnòstic precoç d'una depressió pot evitar la cronificació d'aquesta malaltia; la intervenció en edats primerenques és possible i la modificació de certes conductes es pot aconseguir per mitjà d'una intervenció precoç (això podria prevenir conductes asocials i delictives tan difícils d'aturar quan s'ha assolit la pubertat); molts trastorns mentals i del comportament tenen les seves arrels en l'inici de la vida de l'individu. Per tot això, s'hauria de fer més atenció a les manifestacions primerenques de la patologia psiquiàtrica.

Amb aquesta finalitat, a Catalunya s'ha posat en marxa un estudi epidemiològic dels trastorns de conducta en la població preescolar; resultats preliminars indiquen signes de risc en el 10 % de la població estudiada i una prevalença de trastorns de conducta en el 3-4,5 % (més alta en **nens** que en **nenes**, especialment en l'àmbit rural).

EL DIAGNÓSTICO PSICOPATOLÓGICO EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA VIDA

El diagnóstico precoz es básico en cualquier especialidad médica y, por lo tanto, también en psiquiatría. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos de los niños menores de 6 años con frecuencia pasan desapercibidos. Existen varias razones que apoyan la importancia de un diagnóstico en las primeras etapas de la vida, entre las que pueden señalarse las siguientes: la demostración de que existe una continuidad entre el comportamiento antisocial antes de los 6 años y las conductas delictivas que aparecen en la adolescencia; el diagnóstico precoz de una depresión puede evitar la cronificación de esta enfermedad; la intervención en edades tempranas es posible y la modificación de ciertas conductas se puede conseguir a través de una intervención precoz (esto podría prevenir conductas asociales y delictivas tan difíciles de parar cuando se ha alcanzado la pubertad); muchos trastornos mentales y del comportamiento tienen sus raíces en el inicio de la vida del individuo. Por todo ello, se debería prestar más atención a las manifestaciones tempranas de la patología psiquiátrica. Con esta finalidad, en Catalunya se ha puesto en marcha un estudio epidemiológico de los trastornos de conducta en población preescolar; resultados preliminares indican signos de riesgo en el 10 % de la población estudiada y una prevalencia de trastornos de conducta en el 3-4,5 % (más alta en niños que en niñas, especialmente en el ámbito rural).

THE DIAGNOSIS OF MENTAL ILLNESS IN YOUNG CHILDREN

Early diagnosis is important in psychiatry as it is in any medical specialty. However, psychiatric disorders of children under the age of 6 years often go unnoticed. Diagnosis in this age group is important for various reasons, among them the following: evidence that there is a continuity between antisocial behavior before age 6 years and delinquency appearing in adolescence; the early diagnosis of depression can prevent it from become chronic; intervention in childhood is possible and the modification of certain behaviors can be achieved by early intervention (possibly preventing asocial and delinquent behaviors that are so difficult to stop once puberty has started); many mental and behavioral disorders have their roots in the patient's early years. Therefore, greater attention should be paid to early signs of psychiatric disease. To that end, an epidemiological study of behavior disorders in preschool children has begun in Catalonia. Preliminary results indicate signs of risk in 10 % of the studied population and a prevalence of behavior disorders in 3 to 4.5 % (higher in boys than in girls, particularly in rural areas).

Vida Acadèmica

MEMÒRIA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA (2000)

I. MOVIMENT DE PERSONAL ACADÈMIC

Ingrés de nous acadèmics

Durant l'any 2000 han formalitzat l'acte d'ingrés a l'Acadèmia un total de sis acadèmics: cinc corresponents i un corresponent estranger. No ha ingressat cap acadèmic numerari.

– Han ingressat com acadèmics corresponents:

*Dia 22 de febrer. Ingrés dels doctors:

– Lluís Ferrer i Caubet, vice-rector de la UAB, amb el treball: «Leishmaniosis canina: infecció versus malaltia».

– Antoni Concellón i Martínez, amb el treball: «Antecedentes históricos de los mataderos de Barcelona y la inspección de las carnes (1300-1891).

*Dia 4 d'abril. Ingrés del doctor Emilio Fernández Espejo, guanyador del premi instituit conjuntament per la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i la Societat Catalana de Trasplantament, al millor article publicat l'any anterior sobre trasplantament. Va llegir un treball sobre el tema: «Eficacia antiparkinsoniana de trasplantes de ganglios carotideo y renal».

*Dia 12 de desembre. Ingrés dels doctors:

– Mercè Durfort i Coll, amb el treball: «Òrgans diana de les principals parasitosis de mol·lusc bivalves d'interès gastronòmic».

– Romà Massot i Punyed, amb el treball: «Malalties neuroinfeccioses a Catalunya, Visió històrica».

*El dia 14 de novembre va ingressar, com a acadèmic corresponent estranger, el doctor Josep Garcia i Llauradó, que treballa actualment als Estats Units, amb el treball: «Zeitgeist i medicina nuclear».

En aquest moment hi ha, com acadèmics electes encara pendents de formalitzar el seu ingrés quatre numeraris: els doctors Manuel Camps i Surroca, i Lluís Salleras i Sanmartí, elegits l'any 1999; i els doctors Jesús Gonzàlez Merlo i Albert Agustí Vidal, elegits el 2000. També hi ha pendent l'ingrés de set acadèmics corresponents, elegits l'any 2000.

Elecció

Durant l'any 2000 han estat elegits setze nous acadèmics: dos numeraris, nou corresponents i cinc corresponents estrangers.

Han estat elegits acadèmics numeraris, en el ple del dia 3 d'octubre, els doctors:

– Jesús Gonzàlez Merlo, catedràtic emèrit d'Obstetrícia i Ginecologia de la Universitat de Barcelona.

– Albert Agustí Vidal, antic cap de servei de Pneumologia de l'Hospital Clínic de Barcelona.

*En el ple del dia 2 de maig van ser elegits nous acadèmics corresponents, els doctors: Francesc Gonzàlez Sastre, Jordi Setoain i Quinquer, Ferran Palomar-Petit, Mercè Durfort i Coll, Josep Maria Grau Veciana, Sergi Serrano i Figueras, Lluís Viñas i Borrell, Jordi Obiols i Llandrich, i Julio Vallejo i Ruiloba.

*Han estat elegits cinc nous acadèmics corresponents estrangers. En el ple del dia 2 de maig, els doctors Eduardo A. Santiago Delpín, de Puerto Rico, i Josep Garcia Llauradó, que treball a Califòrnia. En el ple del 3 de juny, el doctor Fernando Mañé Garzón, professor d'Història de la Medicina a Montevideo. En el ple del 5 de desembre, els doctors Enrique Wolpert, president de l'Acadèmia Nacional de Medicina de Mèxic i Antoine Dhem, antic professor d'anatomia de Brussel·les.

Baixes

Durant l'any 1999 l'Acadèmia ha hagut de lamentar la pèrdua de nou dels nostres membres, els acadèmics doctors:

*Santiago Vidal i Sivilla, acadèmic numerari, traspassat el mes de maig. Nascut a Talarn l'any 1916, catedràtic de Fisiologia de la Universitat de Barcelona, va ingressar el 20 de febrer de 1983, amb un discurs sobre «Regulación de la expresión genética i diferenciación celular en los organismos eucariotas", que fou contestat pel doctro Adolf Azoy. Fou subdirector de la revista de l'Acadèmia, la nostra revista groga, en la seva etapa anterior.

*Alfons Gregorich i Servat, acadèmic numerari, traspassat el mes de juliol. Nascut a Barcelona l'any 1916, antic president de la Mutual Mèdica, especialista en cardiologia, va ingressar el 12 de juny de 1988, amb un discurs sobre «El Sindicat de Metges de Catalunya (1920-1940) i el seu llegat», que fou contestat pel doctor Bellarmi Rodríguez-Arias. Va ser durant dotze anys, de 1988 fins el mateix any 2000, secretari d'actes de la Junta de Govern de l'Acadèmica. Va fer la seva feina amb una meticulositat i detall que mereix el nostre agraïment.

*Enric Fernàndez i Pellicer, acadèmic d'honor, traspassat el mes de setembre. Tenia 104 anys. Nascut a Porrera, al Priorat, era acadèmic corresponent des del 1932. Quan ja havia compert els cent anys encara venia a alguna sessió solemne. El 1998 fou elegit acadèmic d'honor. Havia estat cap del servei d'anàlisi de l'Hospital de la Sant Creu i Sant Pau. Havia començat la seva tasca en aquesta mateixa zona on som ara, quan l'hospital encara estava aquí.

*Jaume Pi-Suñyer i Bayo, també havia estat elegit membre corresponent a la llarga fornada de l'any 1932. Membre de l'Institut de Fisiologia, catedràtic de Fisiologia de Santiago l'any 1936, exiliat després de la guerra, primer a Mèxic, on va seguir amb la recerca, i des del 1945 a Nova York, on tingué una responsabilitat molt destacada en els Laboratoris Winthrop, va morir el mes de maig a Nova York, als 95 anys. La fuetada de la guerra va tallar una de les carreres que semblaven més brillants de la nostra medicina.

*Antoni Rodríguez-Arias, acadèmic corresponent, morí el mes de gener. Era corresponent des de l'any 1979. Havia destacat com a cultivador de l'angiologia.

*Josep M. Guix i Melcior, acadèmic corresponent des de feia gairebé cinquanta anys, morí el mes de gener. Destacà en l'especialitat de radiologia.

Vida Acadèmica

MEMÒRIA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA (2000)

I. MOVIMENT DE PERSONAL ACADÈMIC

Ingrés de nous acadèmics

Durant l'any 2000 han formalitzat l'acte d'ingrés a l'Acadèmia un total de sis acadèmics: cinc corresponents i un corresponent estranger. No ha ingressat cap acadèmic numerari.

– Han ingressat com acadèmics corresponents:

*Dia 22 de febrer. Ingrés dels doctors:

- Lluís Ferrer i Caubet, vice-rector de la UAB, amb el treball: «Leishmaniosis canina: infecció versus malaltia».

- Antoni Concellón i Martínez, amb el treball: «Antecedentes históricos de los mataderos de Barcelona y la inspección de las carnes (1300-1891).

*Dia 4 d'abril. Ingrés del doctor Emilio Fernández Espejo, guanyador del premi instituit conjuntament per la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i la Societat Catalana de Trasplantament, al millor article publicat l'any anterior sobre trasplantament. Va llegir un treball sobre el tema: «Eficacia antiparkinsoniana de trasplantes de ganglios carotideo y renal».

*Dia 12 de desembre. Ingrés dels doctors:

– Mercè Durfort i Coll, amb el treball: «Òrgans diana de les principals parasitosis de mol·lusc bivalves d'interès gastronòmic».

– Romà Massot i Punyed, amb el treball: «Malalties neuroinfeccioses a Catalunya, Visió històrica».

*El dia 14 de novembre va ingressar, com a acadèmic corresponent estranger, el doctor Josep Garcia i Llauradó, que treballa actualment als Estats Units, amb el treball: «Zeitgeist i medicina nuclear».

En aquest moment hi ha, com acadèmics electes encara pendents de formalitzar el seu ingrés quatre numeraris: els doctors Manuel Camps i Surroca, i Lluís Salleras i Sanmartí, elegits l'any 1999; i els doctors Jesús González Merlo i Albert Agustí Vidal, elegits el 2000. També hi ha pendent l'ingrés de set acadèmics corresponents, elegits l'any 2000.

Elecció

Durant l'any 2000 han estat elegits setze nous acadèmics: dos numeraris, nou corresponents i cinc corresponents estrangers.

Han estat elegits acadèmics numeraris, en el ple del dia 3 d'octubre, els doctors:

– Jesús González Merlo, catedràtic emèrit d'Obstetrícia i Ginecologia de la Universitat de Barcelona.

– Albert Agustí Vidal, antic cap de servei de Pneumologia de l'Hospital Clínic de Barcelona.

*En el ple del dia 2 de maig van ser elegits nous acadèmics corresponents, els doctors: Francesc González Sastre, Jordi Setoain i Quinquer, Ferran Palomar-Petit, Mercè Durfort i Coll, Josep Maria Grau Veciana, Sergi Serrano i Figueras, Lluís Viñas i Borrell, Jordi Obiols i Llandrich, i Julio Vallejo i Ruiloba.

*Han estat elegits cinc nous acadèmics corresponents estrangers. En el ple del dia 2 de maig, els doctors Eduardo A. Santiago Delpin, de Puerto Rico, i Josep Garcia Llauradó, que treball a Califòrnia. En el ple del 3 de juny, el doctor Fernando Mañé Garzón, professor d'Història de la Medicina a Montevideo. En el ple del 5 de desembre, els doctors Enrique Wolpert, president de l'Acadèmia Nacional de Medicina de Mèxic i Antoine Dhem, antic professor d'anatomia de Bruxelles.

Baixes

Durant l'any 1999 l'Acadèmia ha hagut de lamentar la pèrdua de nou dels nostres membres, els acadèmics doctors:

*Santiago Vidal i Sivilla, acadèmic numerari, traspassat el mes de maig. Nascut a Talarn l'any 1916, catedràtic de Fisiologia de la Universitat de Barcelona, va ingressar el 20 de febrer de 1983, amb un discurs sobre «Regulación de la expresión genética i diferenciación celular en los organismos eucariotas", que fou contestat pel doctro Adolf Azoy. Fou subdirector de la revista de l'Acadèmia, la nostra revista groga, en la seva etapa anterior.

*Alfons Gregorich i Servat, acadèmic numerari, traspassat el mes de juliol. Nascut a Barcelona l'any 1916, antic president de la Mutual Mèdica, especialista en cardiologia, va ingressat el 12 de juny de 1988, amb un discurs sobre «El Sindicat de Metges de Catalunya (1920 1940) i el seu llegat», que fou contestat pel doctor Bel·larmi Rodriguez-Arias. Va ser durant dotze anys, de 1988 fins el mateix any 2000, secretari d'actes de la Junta de Govern de l'Acadèmica. Va fer la seva feina amb una meticulositat i detall que mereix el nostre agraïment.

*Enric Fernàndez i Pellicer, acadèmic d'honor, traspassat el mes de setembre. Tenia 104 anys. Nascut a Porrera, al Priorat, era acadèmic corresponent des del 1932. Quan ja havia complert els cent anys encara venia a alguna sessió solemne. El 1998 fou elegit acadèmic d'honor. Havia estat cap del servei d'anàlisi de l'Hospital de la Sant Creu i Sant Pau. Havia començat la seva tasca en aquesta mateixa zona on som ara, quan l'hospital encara estava aquí.

*Jaume Pi-Suñyer i Bayo, també havia estat elegit membre corresponent a la llarga fornada de l'any 1932. Membre de l'Institut de Fisiologia, catedràtic de Fisiologia de Santiago l'any 1936, exiliat després de la guerra, primer a Mèxic, on va seguir amb la recerca, i des del 1945 a Nova York, on tingué una responsabilitat molt destacada en els Laboratoris Winthrop, va morir el mes de maig a Nova York, als 95 anys. La fuetada de la guerra va tallar una de les carreres que semblaven més brillants de la nostra medicina.

*Antoni Rodriguez-Arias, acadèmic corresponent, morí el mes de gener. Era corresponent des de l'any 1979. Havia destacat com a cultivador de l'angiologia.

*Josep M. Guix i Melcior, acadèmic corresponent des de feia gairebé cinquanta anys, morí el mes de gener. Destacà en l'especialitat de radiologia.

*Xavier Farrerons i Co, acadèmic corresponent des de l'any 1943, va morir el mes de maig. Havia destacat principalment en el camp de l'estudi de les al·lèrgies.
*Joan Torras i Trias, acadèmic corresponent des de l'any 1980, morí el mes d'agost. Era catedràtic d'Arquitectura i havia ajudat a l'Acadèmia en aspectes de la seva competència. Era un dels corresponents potser més assidus de les sessions.
*Pere Vallribera i Puig. La llista de baixes es va cloure el 22 de novembre amb la mort sobtada del doctor Vallribera, acadèmic corresponent des del 1994. Aquest mateix any, el mes de setembre, havia publicat el llibre «Les topografies mèdiques de la Reial Acadèmica de Medicina de Catalunya» on feia esment i anàlisi d'un dels paquets més importants, consultats i demanats, del nostre fons històric. És un llibre important.
A data d'avui la composició de l'Acadèmia és de 303 membres, dels quals 52 són numeraris, 4 electres, més 4 places en curs d'elecció, 1 emèrit, 11 d'honor i 231 corresponents (60 per premi, 113 per elecció i 58 estrangers).

II. SESSIONS DE L'ACADÈMIA

Durant l'any 2000 s'han celebrat onze actes científics, que es distribueixen de la següent manera:
A) Acte d'inauguració oficial del curs:
El diumenge 30 de gener. La lliçó inaugural fou llegida pel doctor Ramon San Martín i Casamada, acadèmic numerari al qual li corresponia per torn. Presentà el treball «¿Volver a la medicina verde?».
B) Actes de recepció d'acadèmics, ja esmentats en el moviment de personal acadèmic, distribuïts en quatre sessions.
C) Col·loquis de l'Acadèmia
• Dia 14 de març. Col·loqui sobre el tema: «Xenotrasplantament».
Moderador Dr. Jordi Vives i Puiggros, amb la col·laboració del doctors J. Torras, J. Matorell, A. Moreno J.M. Cruzado i J. Vilardell.
• Dia 6 de juny. Col·loqui sobre el tema «Malalties infecciosis a l'inici del nou mil·leni».
Moderador Dr. Màrius Foz i Sala, amb la col·laboració dels doctors F. Gudiol, M. Sabrià, B. Clotet i L. Salleras.
D) Reunió Anual de l'Acadèmia
Sobre el tema «Eutanàsia».
• Ponència coordinada pel doctor Moisès Broggi i Vallès, acadèmic numerari amb la col·laboració dels doctrs Alfons Gregorich, Josep M. Massons, Francesc Abel, Jacint Corbella, Emili Huguet, Antoni Caralps i Riera i Marc Antoni Broggi.
• Elaboració d'un text que reflecteixi la posició de l'Acadèmia en aquest punt.
E) Altres sessions:
*Dia 23 d'octubre. Sessió solemne conjunta, amb l'Acadèmia Nacional de Medicina de Mèxic, presentant el llibre «Hacia las raíces de la actividad mental» i amb la signatura d'un conveni de col·laboració entre les dues acadèmies. Foug signat pels doctors Enrique Wolpert i Josep Laporte, presidents d'ambdues institucions.
*Dia 7 de novembre. Sessió necrològica «in memoriam» recordant els qui foren acadèmics numeraris i d'honor:
– Doctor Santiago Vidal Sivilla, a càrrec del doctor Josep A. Salvà i Miquel.
– Doctor Alfons Gregorich i Servat, a càrrec del doctor Joaquim Tornos i Solano.
– Doctor Enric Fernàndez i Pellicer, a càrrect del doctor Joaquim Tornos i Solano.
*Dia 19 de desembre. Vè curs sobre «L'Humanisme en Medicina», organitzat pel doctor Antoni Caralps i Riera, amb la col·laboració dels senyors N. Gorchs, A. Pérez González, T. Kreisler, A. Caralps i M. Casado.
*A més, la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya participà en la reunió conjunta de totes les Acadèmices catalanes celebrada el dia 24 d'octubre a la seu de la Reial Acadèmica de Bones Lletres de Catalunya. Amb aquest acte es reprèn el costum, iniciat els anys de la República, de fer una sessió conjunta anual de totes les acadèmies.

III. LA REVISTA DE L'ACADÈMIA

En el tercer any de la nova etapa i format la revista s'ha publicat amb plena normalitat i dins dels terminis fixats. Cada número ha tingut com a centre una de les activitats monogràfiques celebrades per l'Acadèmia.
El primer ha recollit el col·loqui sobre «Novetats en Cirurgia», moderat pel doctor Josep M. Dexeus, i el text de la lliçó inaugural de curs.
El segon reuní el text del col·loqui sobre «La contaminació del medi», moderat pel doctor Jacint Corbella.
El tercer ha publicat el text de les aportacions a la segona Reunió Anual, sobre «Futur de l'exercici de la medicina amb el progrés tecnològic», moderat pel doctor Jordi Sans.
L'edició de la revista s'ha pogut fer gràcies al suport per la Fundació Pere Virgili, que aporta el pressupost integre de la despesa.

IV. FUNDACIÓ PERE VIRGILI

La Fundació, creada l'any 1997, continua essent un dels elements bàsics, indispensable, pel finançament de les activitats de l'Acadèmia que van més enllà dels límites estrictes de supervivència. Amb l'ajut continu dels membres honorifics i protectors de la Fundació, i dels amics de la Fundació, s'ha subvencionat íntegrament l'edició de la revista i una part important de les despeses (una tercera part aquest any), de les obres de restauració de l'edifici.

V. OBRES DE L'EDIFICI

Les obres de restauració de l'edifici de l'Acadèmia van seguint amb resultats positius, tot i que no sempre ven visibles. La primera fase de les obres ja està acabada i comprenia principalment la restauració de la coberta, la teulada de la casa. És una obra absolutament imprescindible, encara que poc lluida si es mira des de fora perquè no es veu. També s'han restaurat els vitralls, tasca delicada que ha permés que ara estiguin molt més segurs que abans.
La segona fase, en sentit estricte, que se centrava principalment en l'adaptació de les instal·lacions elèctriques, està pendent de la seva consolidació pressupostària.
En canvi, ja està resolt el tema de la restauració de la il·luminària de l'Amfiteatre Gimbernat. Ha exigit un trasllat a Murano i la reposició de nombroses peces. Ha estat possible gràcies a la contribució d'un donant que prefereix restar en l'anonimat.
Una tercera fase, que està a punt de començar, és la restauració i adaptació de l'amfiteatre Gimbernat, possible gràcies a la col·laboració de la Diputació Provincial de Barcelona. El pressupost de l'ordre dels

32 milions de pessetes, està finançat directament per la Diputació de Barcelona, per l'acord signat el dia 18 de desembre entre els Srs. Manuel Royes i Josep Laporte, presidents de la Diputació i de l'Acadèmia.

VI. ALTRES ACTIVITATS

*Els dies 29 i 30 de setembre i 1 d'octubre es va celebrar en els locals de l'Acadèmia l'XI Congrés d'Història de la Medicina Catalana, presidit pels doctors Moisès Broggi i Edelmira Domènech, acadèmics numeraris. S'hi van presentar 60 comunicacions, al llarg de cinc sessions. Es van repartir als assistents un total de vuit llibres, entre ells els de Topografies Mèdiques, ja esmentat, del doctor Pere Vallribera, i una biografia de qui fou acadèmic numerari doctor Joan Carol i Montfort, feta pel doctor Josep M. Ustrell i patrocinada per la família del doctor Carol. Es proposà que el proper congrès, el XIIè, se celebrés a Pollença, presidit pel doctor Francesc Bujosa, catedràtic d'Història de la Ciència de la Universitat de les Illes Balears.

*L'Acadèmia ha mantingut la seva col·laboració amb l'arxiu històric de Ciències de la Salut del Bages, en l'atorgament del premi Oleguer Miró per a treballs d'Història de la Medicina, en sessió del mes d'octubre.

VII. PREVISIONS PER L'ANY 2001

Està previst reprendre els actes solemnes d'ingrés dels nous acadèmics numeraris, que aquest any s'han alentit per raó de les obres. Com que aquests, sortosament, continuen, ja s'ha demanat la cessió d'una sala adient a una institució propera. Cal recordar que en aquest moment tenim pendent l'ingrés de quatre acadèmics electes i que ja està en curs la provisió de les quatre places que manquen per tenir complet l'escalafó de seixanta acadèmics numeraris.

Igualment, entre les activitats ja previstes per l'any 20001, a més a més de la continuitat de les obres de reparació i de restauració, cal assenyalar la celebració de dos altres col·loquis de l'Acadèmia, que seran els números 20 i 21, des que van començar. Un serà coordinat pel doctor Francesc Domènech Torné sobre el tema «Avenços en el diagnòstic per la imatge». L'altre, coordinat pel doctor Jaume Planas i Guasch, tractarà el tema «Problemes en el trasplantament de la mà de cadàver».

La quarta Reunió Anual serà dedicada a analitzar la importància del paper dels mitjans de comunicació per la difusió i divulgació dels avenços i coneixements científics. Estarà coordinada pel doctor Jordi Vives i Puiggròs.

I fins a finals de juny està prevista la celebració de quatre sessions d'ingrés d'acadèmics corresponents.

L'Acadèmia col·laborarà també, amb una sessió solemne, als actes nombrosos del VIè centenari de l'Hospital de Santa Creu de Barcelona, que tenen com a seu central l'Hospital de Sant Pau, successor directe de la vella institució.

Jacint Corbella i Corbella

Secretari General

CONVOCATÒRIA DE PREMIS DE L'ANY 2001

I. EN HONOR DE L'ACADÈMIC DR. FRANCESC SALVA I CAMPILLO

Tema: *Descripció d'alguna epidèmia o epizoòtia d'observació recent.*
És el premi més antic de l'Acadèmia, atorgat per primera vegada l'any 1792.

II. PREMI DE MEDICINA I SANITAT COMARCALS

Tema: *Estudi de qualsevol aspecte sanitari referit a alguna localitat o comarca de Catalunya.*

III. PREMI DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

Serà concedit a la *millor tesi doctoral* presentada, llegida en alguna de les facultats de medicina de Catalunya, dins de l'any natural anterior a la convocatòria del premi.
Aquests tres premis seran guardonats amb el títol d'Acadèmic corresponent de la institució.

IV. PREMI DELS PROFESSORS SALVADOR I JOSEP MARIA GIL-VERNET

Tema: *Embriologia, Anatomia, Histologia, Anatomia Patològica, Clínica i Terapèutica, mèdica o quirúrgica, urològiques.*
Dotació: Dues-centes mil pessetes.

V. PREMI ASSISTÈNCIA SANITÀRIA COL·LEGIAL - AUTOGESTIÓ SANITÀRIA, SOCIETAT COOPERATIVA

Tema: *Estudi comparatiu entre la medicina social pública i la medicina social privada, en els vessants assistencials, polítics, socials i econòmics.*
Dotació: Dues-centes cinquanta mil pessetes.

VI. PREMI DOCTOR ANTONI PUIGVERT I GORRO

El premi serà lliurat a un metge uròleg, de menys de 45 anys, que faci un treball, clínic o de recerca, sobre un tema de l'especialitat d'urologia, amb el suport de l'experiència del centre on treballi.
Dotació: Cinc-centes mil pessetes.

VII. PREMI DE LA FUNDACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT

Serà concedit a l'autor espanyol que consti com a primer signant del millor article sobre trasplantament publicat en el curs de l'any anterior a la data de la convocatòria.
Dotació: Dues-centes cinquanta mil pessetes i títol d'acadèmic corresponent.

CONDICIONS GENERALS DELS PREMIS:

1. Poden optar-hi tots els titulats en ciències sanitàries, espanyols i estrangers.
2. No poden optar-hi els membres numeraris de l'Acadèmia.
3. Els treballs han de ser inèdits.
4. S'han d'enviar, per duplicat, a la Secretaria de l'Acadèmia (carrer del Carme núm. 47, 08001 Barcelona). El termini d'admissió és fins a les 12 hores del dia 29 d'octubre de 2001.
5. Cada treball ha d'estar identificat únicament amb un lema, i sense que en cap lloc visible hi consti el nom de l'autor, llevat del cas de les tesis doctorals.
6. Junt amb el treball els autors faran constar la seva identificació personal en un sobre tancat, al davant del qual hi haurà solament el lema. Allí han d'expressar les seves dades d'identificació personal i, en les memòries de tipus clínic o de recerca, la institució on s'ha fet el treball.
7. Les pliques dels treballs premiats seran obertes en sessió de la Junta de Govern, informant-se als autors dels treballs premiats. El lliurament del premi es farà en el transcurs de l'acte d'inauguració del curs 2002. Les pliques dels altres treballs seran destruïdes sense obrir-les.
8. Els treballs premiats passaran a ser propietat de l'Acadèmia, d'acord amb l'article 39 dels seus estatus. Totes les memòries restaran dipositades i conservades a l'arxiu de l'Acadèmia, sense que cap d'elles sigui retornada.
9. En el cas de que el treball sigui guardonat amb el títol d'acadèmic corresponent, aquest es concedirà només al primer signant, o al següent, si l'anterior ja el tenia.

Barcelona, 18 de gener de 2001

Josep Laporte i Salas — *President*

Jacint Corbella i Corbella — *Secretari General*

PREMIS DEL CONCURS DE L'ANY 2000

PREMI DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA:

Tesi Doctoral:
«Cirugía Experimental en el Tratamiento Quirúrgico de las Lesiones Espinomedulares Traumáticas».
Autor: Gabriel Gili i Cirera.

PREMI DEL LLEGAT PROFESSOR LLUÍS SAYÉ

Desert.

PREMI DE LA FUNDACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT:

«Intention-to-treat Analysis of Surgical Treatment of Early Hepatocellular Carcinoma: Resection Versus Transplantation».
Autor: Josep M. Llovet i Bayer.

ACTIVITATS CIENTÍFIQUES PROGRAMADES DURANT EL PRIMER SEMESTRE DE L'ANY 2001

- 23 de gener. Ingrés del Dr. Eduardo A. Santiago-Delpin, de Puerto Rico, com a acadèmic corresponent estranger.
- 28 de gener. Sessió d'inauguració de curs. Lliçó a càrrec del Dr. Josep M. Gil Vernet i Vila, acadèmic numerari.
- 30 de gener. Ingrés dels acadèmics corresponents doctors Patricio Palomar-Petit i Lluís Viñas i Borrell.
- 20 de febrer. Ple monogràfic sobre la tercera Reunió Anual: Eutanàsia.
- 6 de març. Ingrés dels acadèmics corresponents doctors Francesc Gonzàlez Sastre, Josep M. Grau Veciana i Sergi Serrano Figueras.
- 25 de març. Ingrés del doctor Manuel Camps i Surroca, com a acadèmic numerari.
- 3 d'abril. Col·loqui sobre el tema «Avenços en el diagnòstic per la imatge», coordinat pel doctor Francesc Domènech i Torné, acadèmic numerari.
- 8 de maig. Ingrés dels acadèmics corresponents doctors Jordi Obiols Llandrich i Jordi Setoain Quinquer.
- 10 de juny. Ingrés del doctor Lluís Salleras i Sanmarti, com a acadèmic numerari.

Composició de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENT:	Josep Laporte i Salas
VICEPRESIDENT:	Josep A. Salvà i Miquel
SECRETARI GENERAL:	Jacint Corbella i Corbella
VICESECRETARI:	Francesc Climent i Montoliu
SECRETARI D'ACTES:	Jordi Vives i Puiggròs
TRESORER:	Joaquim Tornos i Solano
BIBLIOTECARI:	Josep M. Massons i Esplugas
ARXIVER:	Josep Esteve i Soler
VOCAL:	Jordi Sans i Sabrafèn
VOCAL:	Josep M. Dexeus i Trias de Bes
PRESIDENT D'HONOR:	Moisès Broggi i Vallès

ACADÈMICS NUMERARIS

SECCIÓ PRIMERA (FONAMENTALS)

1961 Jordi Gras i Riera (president)
1978 Domingo Ruano i Gil
1983 Lluís Vallmitjana i Rovira
1992 Soledat Woessner i Casas
1993 Antoni Cardesa i García
1996 Antoni Tejedo i Mateu
1996 Josep Domènech i Mateu

SECCIÓ SEGONA (MEDICINA)

1974 Àngel Ballabriga i Aguado (president)
1974 Alfons Balcells i Gorina
1981 Joaquim Tornos i Solano
1984 Antoni Caralps i Riera
1988 Lluís Barraquer i Bordas
1989 Jordi Sans i Sabrafèn
1990 Ciril Rozman i Borstnar
1990 Francesc Vilardell i Viñas
1993 Josep M. Moragas i Viñas
1993 Miquel Torner i Soler
1995 Màrius Foz i Sala
1996 Lluís Revert i Torrellas
1998 Josep M. Mascaró i Ballester
1998 Manuel Cruz Hernández
Albert Agustí Vidal (electe)

SECCIÓ TERCERA (CIRURGIA)

1966 Moisès Broggi i Vallès (President)
1981 Josep M. Gil-Vernet i Vila
1988 Joaquim Barraquer i Moner
1982 Rafael Esteve de Miguel
1990 Josep Traserra i Parareda
1993 Jaume Planas i Guasch
1994 Emili Sala i Patau
1994 Josep M. Caralps i Riera
1995 Josep M. Dexeus i Trias de Bes
1997 Francesc Solé i Balcells
Jesús Gonzalez Merlo (electe)

SECCIÓ QUARTA (HIGIENE I MEDICINA SOCIAL)

1984 Francesc Climent i Montoliu (president)
1991 Josep Esteve i Soler
1994 Josep Espriu i Castelló
1995 Gabriel Ferraté i Pascual
1995 Miquel A. Asenjo i Sebastián
1995 M. Àngels Calvo i Torras
1996 Jordi Vives i Puiggròs
Lluís Salleras Sanmarti (electe)

SECCIÓ CINQUENA (FARMACOLOGIA I TERAPÈUTICA)

1966 Francisco García Valdecasas i Santamaría (president)
1974 Josep A. Salvà i Miquel
1978 Josep Laporte i Salas
1978 Ramon San Martín i Casamada
1983 Joan Sabater i Tobella
1987 Joan Uriach i Marsal
1998 Ricard Castillo i Cofiño
1998 Francesc Domènech i Torné

SECCIÓ SISENA (MEDICINA LEGAL, PSIQUIATRIA I HISTÒRIA DE LA MEDICINA)

1977 Francesc Puchal i Mas (president)
1985 Jacint Corbella i Corbella
1992 Josep M. Massons i Esplugas
1996 Carles Ballús i Pascual
1997 Edelmira Domènech i Llaberia
1999 Francesc Abel i Fabre
2001 Manuel Camps Surroca

ACADÈMIC EMÈRIT

Francesc González i Fustè

ACADÈMICS D'HONOR

ESPANYOLS

1977 Joan Oró i Florensa
1984 Juan José Barcia Goyanes
1984 Pedro Laín Entralgo
1989 Frederic Mayor i Zaragoza
1996 Valentí Fuster de Carulla
1999 Carles Vallbona

ESTRANGERS

1978 Miguel Herrera Figueroa
1978 C. David Pedro
1983 Andor Syentivany
1985 George Lanteri-Laura
1996 Salvador Moncada

ACADÈMICS CORRESPONENTS AMB CARÀCTER NAT

Tots els acadèmics numeraris de les RR.AA. de Medicina de l'Estat

ACADÈMICS CORRESPONENTS PER PREMI

1949 Joan Ripoll i Borrell
1951 Ignasi Ponce de León i Castell
1951 Gaspar Alomar i Guinart
1951 Josep M. Masnera i Sagalés
1952 Juan Jiménez-Castellanos i Calvo-Rubio
1954 Fèlix Pumarola i Busquets
1954 Carles Soler i Durall
1954 Felip Bastos i Mora
1955 Francesc Salamero i Raymundo
1959 Juan Ocaña Sierra
1960 María de la O. Rodríguez i López
1960 Frederic Corominas i Beret
1962 Pere Costa i Batllori
1964 Pedro Páramo González
1964 José de Portugal Álvarez
1964 Antoni Subias i Fages
1965 José M. Usandizaga Pombo
1967 Antoni Rodríguez i Torres
1968 Pere de March i Ayuela
1969 Antoni Secanell i Sala
1970 Josep M. Capdevila Mirabet
1971 Maria Beltrán i Dubon
1972 August Corominas i Vilardell
1973 Antoni Bayés de Luna
1974 Jaume Guàrdia i Massó
1977 Carles Ibàñez i Fina
1977 Joan L. Vives i Corrons
1978 Maria Teresa Jiménez de Anta i Losada
1978 Carles Piqué i Vidal
1982 Cristóbal Zaragoza Fernández
1983 Bartomeu Nadal i Moncadas
1984 Elisabet del Amo i Laforga
1984 Francesc X. Cabañes i Sanz
1984 Gerard Martí i Rodríguez
1985 Miquel Vilardell i Tarrés
1985 Josep Vidal i Tort
1989 Roser Monforte i Martínez
1990 Joan Faig i Garrober
1991 Margarida Luna i Descalzo
1992 Manuel Escudé i Aixelà
1992 Conrad Curtó i Soler
1993 Miquel Vilardell i Ynaraja
1993 Josep M. Campistol i Plana
1994 Rafael Albiol i Molné
1994 Daniel Montañà i Buchaca
1994 Carles Esteve de Miguel i Honour
1995 Manuel Gené i Badia
1995 Nicolau Barquet i Esteve
1996 Joan Ribas i Deix
1997 Josep Ramis i Pujol
1997 Ramon Balius i Matas
1997 Joan Figueras i Felip
1998 Cristina Gutiérrez i Fornés
1998 Vicenç Martí i Claramunt
1999 Eduardo Garrido Marín
1999 José M. Morales Cerdán
2000 Jordi Pau i Roigé
2000 Xavier González i Compta
2000 Emilio Fernández Espejo
2001 Josep M. Llovet i Bayer

ACADÈMICS CORRESPONENTS PER ELECCIÓ

1946 Enric Juncadella de Ferrer
1948 Víctor Salleras i Linares (3)
1949 Josep M. Biel i Casals
1949 Josep M. Ferrando i Botet
1950 Rafael Pulido i Cuchi
1952 Carles Oliveras de la Riva
1953 Jaume Vall i Bañeras
1958 Lluís Carol i Murillo
1959 Joan Pedro-Botet i Pons (2)
1960 Santiago Tintoré i Ferrer (2)
1977 Manuel Carreras i Padrós
1977 Isidre Claret i Corominas
1977 Santiago Ripoll i Girona (5)
1979 Josep Ramon Armengol i Miró
1979 Ramon Jordi i González (6)
1979 Josep Maria Calbet i Camarasa (6)
1979 Jaume Palou i Monzó (3)
1979 Xavier Piulachs i Clapera (3)
1980 Ramon Trias i Rubies (3)
1980 Ignasi M. Aragó i Mitjans (4)
1982 Demetri Pita i Salorio (3)
1983 Alfred Arruga i Forgas (3)
1983 Lluís Cornudella i Mir (1)
1983 Francesc Barnosell i Nicolau
1983 Guillem Mayoral i Herrero (3)
1983 Gerard Manresa i Formosa (2)
1983 Abelard Guarner i Vila (6)
1983 Gabriel Gili i Cirera (3)
1983 Maria Teresa Ribera i Martí (1)
1983 Josep M. Suñé i Arbussà (5)
1983 Camil Mundet i Torrellas (3)
1984 Juan Carlos García-Valdecasas i Salgado (3)
1984 Felip Cid i Rafael
1988 Lluis Treserra i Llauradó
1990 Ramon Balius i Juli (3)
1990 Maria Teresa Gallart i Gallart
1990 Joaquim Gironella i Coll

1990 Josep Lluís Martí i Vilalta (2)
1990 Eulàlia Planas i Domingo (5)
1990 Margarida Puig i Riera de Conias (5)
1990 Jordi Puig i Lacalle (3)
1990 Miquel A. Nalda i Felipe (3)
1990 Antoni Nadal i Valldaura (3)
1990 Lluís Daufí i Moreso (2)
1992 Marc A. Broggi i Trias
1992 Eduard Tolosa i Sarró (2)
1992 Manuel Guix i Pericàs
1992 Ramon Calsapeu i Cantó
1992 Josep Tomàs i Cabot (6)
1992 Simeó Selga i Ubach (6)
1992 Josep M. Sànchez i Ripollès (6)
1992 Francesc Jané i Carrencà (5)
1992 Cosme Gay i Escoda (2)
1992 August Moragas i Redecilla (1)
1992 Josep Costa i Llòpez (1)
1993 Manuel Ribas i Munidó (2)
1993 Manuel Galofré i Folch (3)
1993 Antoni Gallardo i Ballart
1993 Ramon Segura i Cardona (1)
1994 Miquel Ingelmo i Morín (2)
1994 Adolf Pou i Serradell (2)
1994 Joan Rodés i Teixidor (2)
1994 Manuel García-Valdecasas i Salgado (3)
1994 Josep Temprano i Acedo (3)
1994 Carles E. Torner i Baduell (3)
1994 Oriol Casassas i Simó (4)
1994 Xavier Form i Dalmau (5)
1994 Pau Salvà i Lacombe (5)
1994 Emili Huguet i Ràmia (6)
1994 Josep Adserà i Martorell (6)
1994 Manuel Camps i Clemente (6)
1994 Josep L. Domingo i Roig (1)
1994 Ferran García-Bragado i Dalmau (2)
1994 Lluís Guerrero i Sala (6)
1994 Pere Pardo i Peret (2)
1994 Pompeu Pascual i Busquets (2)
1994 Manuel Ballester i Boix (4)
1996 Carles Besses i Rabel (2)
1996 Santiago Dexeus i Trias de Bes (3)
1996 Ernest Mallar i Desplats (3)
1996 Romà Massot i Punyet (2)
1996 Marc Mayer i Oliver
1996 Josep Ramon Navarro i Carballo (6)
1996 Antonio Olivella i Casals (3)
1996 Eduard Padrós i Fradera (3)
1996 Pau Umbert i Millet (2)
1998 Josep A. Bombí Latorre, (1)
1998 Josep Carreras i Barnés, (1)
1998 Agustí Codina i Puiggrós, (2)
1998 Celestino Rey-Joly i Barroso, (2)
1998 Carles Hervàs i Puyal, (3)
1998 Josep M. Ustrell i Torrent, (3)
1998 Lluís Ferrer i Caubet, (4)
1998 Antoni Concellón i Martínez, (4)
1998 Joan M. Llobet i Mallafré, (5)
1998 Jaume Bech i Borràs, (5)
1998 José M. López Gómez, (6)
1998 Francesc X. Buqueras i Bach, (6)
1999 Joan Viñas i Salas
1999 Ignasi Balaguer i Vintró
2000 Francesc González Sastre
2000 Jordi Setoain i Quinquer
2000 Ferran Palomar-Petit
2000 Mercè Durfort i Coll
2000 Josep M. Grau Veciana
2000 Sergi Serrano i Figueras
2000 Lluís Viñas i Borrell
2000 Jordi Obiols i Llandrich
2000 Julio Vallejo i Ruiloba

ACADÈMICS CORRESPONENTS ESTRANGERS
(elegits des de 1970)

1972 Albert Oehling (Alemanya)
1972 Joseph Radermecker (Bèlgica)
1972 Víctor Soriano (Uruguay)
1973 Arturo Achard (Uruguay)
1973 Roberto Caldeyro Barcia (Uruguay)
1973 Dietrich W. Comberg (Alemanya)
1973 Salvatore Donati (Itàlia)
1974 Jorge-Ricardo Salazar (Argentina)
1977 John Brunedel (Regne Unit)
1977 Carlos Heredia García (R. Dominicana)
1979 Aldo Enrique Imbriano (Argentina)
1981 Monique Sage (França)
1983 Pedro Simón Rahal (Xile)
1983 Francis Tayeau (França)
1983 Alberto Emilio Fontana (Argentina)
1983 José Daniel Luis Minoprio (Argentina)
1983 Giovanni Pende (Itàlia)
1984 Javier Arias Stela (Perú)
1985 Jacques Reynier (França)
1986 J. Stewart Cameron (Regne Unit)
1986 Jacques Dubarry (França)
1987 M. Carmelo Martínez (Mèxic)
1988 Dominique Droz (França)
1988 Kay Clauson (EUA)
1988 Horacio Rodríguez Castells (Argentina)
1989 Jean Berger (França)
1989 Herman E. Berrios (Regne Unit)
1980 Diego De Caro (Itàlia)
1990 Albert Esconville (Bèlgica)
1991 Víctor Espinosa de los Reyes Sánchez (Mèxic)
1991 Francisco Durazo Quiroz (Mèxic)
1991 Antonio Fraga Mouret (Mèxic)
1991 Manuel Velázquez Juárez (Mèxic)
1991 Filippo M. Ferro (Itàlia)
1991 Marie Claire Gluber (França)
1992 Alfredo D. Bonsignore (Itàlia)
1992 Sergio B. Curri (Itàlia)
1992 Liberto J. Di Dio (EUA)
1992 Adolfo Martínez Palomo (Mèxic)

1993 Ian A.D. Bouchier (Regne Unit)
1993 Paul Fleury (França)
1993 José M. García de Valdecasas Rath (Mèxic)
1993 Emilio Barragán Hernández (Mèxic)
1993 Ricardo P. Cabral (Portugal)
1994 Hugo Arechiga Urtuzuastegui (Mèxic)
1994 Carlos Campillo Serrano (Mèxic)
1994 Pelayo Vilar Puig (Mèxic)
1995 Anthony S. Fauci (EUA)
1997 Francisco Giral González (Mèxic)
1998 Alfredo Kohn-Longarica (Argentina)
1999 Maurizio Luca-Moretti (Itàlia)
1999 Fabio A. Cabrera Polanco (R. Dominicana)
1999 Meinhard Claasen (Alemanya)
2000 Eduardo A. Santiago Delfín (P. Rico)
2000 Josep Garcia Llauradó (USA)
2000 Fernando Mañé Garzón (Uruguay)
2000 Enrique Wolpert (Mexic)
2000 Antoine Dhem (Bèlgica)

La Fundació Pere Virgili dóna suport a la publicació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Membres Honorifics de la Fundació

Almirall Prodesfarma S.A.
Col.legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Uriach 1838
Grup Ferrer Internacional S.A.
Grup Novartis a Espanya
Laboratorios Menarini S.A.
Laboratoris del Dr. Esteve S.A.
Química Farmacéutica Bayer S.A.

Protectors de la Fundació

Grup Bristol Myers Squibb
Laboratoris Astra
Laboratoris Fardi S.A
Sanofi Winthrop S.A.