

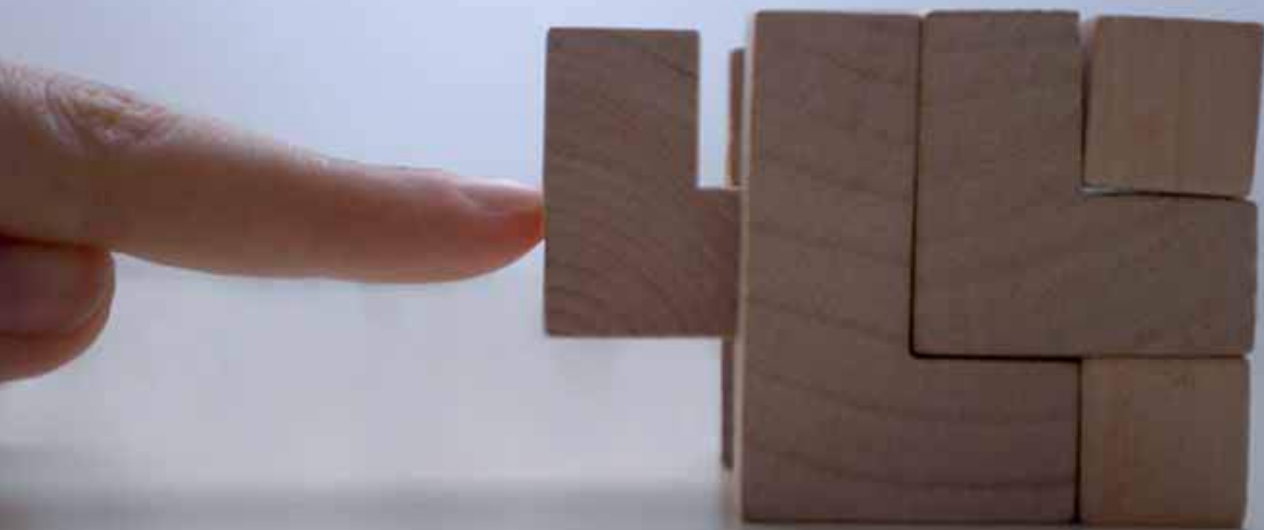
NORTE



DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VIII nº 37 Junio 2010



“Una portada para Norte”

NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa de la Universidad del País Vasco. El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola más concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura “Diseño Gráfico Publicitario” del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles portadas de Norte.

Autor de portada: Esther Iglesias Cañarte

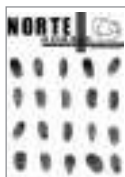
He querido plasmar la idea de recuperación no como curación, sino como integración. Esta integración es a dos niveles, tanto de la persona con su enfermedad, con la que debe aprender a vivir; como de la persona con la sociedad, donde debe formar parte de forma integrada y completa.

El proceso de recuperación es complejo, pero necesario para poder llevar una vida plena, en la que sea el paciente quien ponga orden y quien le de sentido.

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

Volumen IV



Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

NORTE de Salud Mental

Revista de:

- Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Osasun Mentalaren Elkartea, (OME).
- Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, (ACLSM).
- Asociación Canaria de Neuropsiquiatría, (ACN).
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, (AEN).

Consejo Editorial:

Chicharro, Francisco
Colina, Fernando
Martínez-Azumendi, Óscar
Martínez de Benito, Roberto
Medrano, Juan

Molina, Germán
Retolaza, Ander
Rodríguez Pulido, Francisco
Santander, Fernando
Uriarte, José Javier

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Esteban, M. Luz	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Saraceno, Benedetto
Álamo, Cecilio	Esteban, Ramón	Laespada, Teresa	Sepúlveda, Rafael
Álvarez, José M ^a	Fernández Liria, Alberto	Lamas, Santiago	Susparregui, J. M ^a
Angosto, Tiburcio	Ferrera, Beatriz	Lasa, Alberto	Thornicroft, Graham
Aparicio, Victor	Filgueira, José	Lázaro, José	Tizón, Jorge Luis
Arias, Paz	Garnica, Eva	Levav, Isaac	Torrens, Marta
Ayuso, José Luis	Gay, Eudoxia	Marín, Mónica	Vallina, Oscar
Ballesteros, Javier	Gil, Eugenia	Marquínez, Fernando	Villasante, Olga
Berrios, Germán E.	Gómez, Chus	Meana, Javier	Ylla, Luis
Bravo, Mari Fe	Gómez-Beneyto, Manuel	Meneses, Carmen	Zuazo, José Ignacio
Collazos, Francisco	González Brito, Natalia	Mezzich, Juan	
Caldas d'Almeida, José	González-Pinto, Rodrigo	Morchón, J.	
Comelles, Josep M ^a	González Torres, Miguel Á.	Moreno, Ana	
De la Gandara, Jesus	Guimón, José	Olabarría, Begoña	
De la Rica, José Antonio	Gutiérrez Fraile, Miguel	Pérez, Fermín	
De la Viña, Pilar	Hernández, Mariano	Pérez-S, Pau	
Desviat, Manuel	Hernández Padilla, María	Polo, Cándido	
Elortegi, Izaskun	Hernanz, Margarita A.	Redero, J. M ^a	
Erkizia, Blas	Huertas, Rafael	Rendueles, Guillermo	
Escudero, Consuelo	Irurzun, Juan Carlos	Rodríguez, Beatriz	

Acceso disponible en: www.ome-aen.org/norte.htm • Correo-e: norte@ome-aen.org

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de *NORTE de Salud Mental* salvo que esté así especificado.

Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: www.ome-aen.org

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- DOAJ
- IME (Índice Médico Español)
- Psiquiatría Sur
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental
Vol VIII nº 37, Junio 2010
www.ome-aen.org/norte.htm

Realización y Administración:

Ekimen-2000

Apdo. Correos nº 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

E-mail: norte@ome-aen.org

Autor de la portada: Esther Iglesias Cañarte

Logo Norte de Salud Mental: **Eduardo Chillida**

Fotografías: **Archivo OM Editorial**

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 € Instituciones 150 €

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:



OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

- Laboratorios farmacéuticos: **Angelini, Lilly, Rovi, Schering-Plough, Servier.**

NORTE de salud mental no tiene conflicto de intereses con las firmas de la industria farmacéutica colaboradoras.

© Copyright 2008 NORTE de salud mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

ISSN: 1578-4940

Dépósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.

Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



www.ome-aen.org



www.aen.es

Sumario

NORTE de salud mental nº 37. Junio 2010

Editorial	5
• La recuperación de la psiquiatría comunitaria. <i>Francisco Pulido.</i>	7
Originales y revisiones	8
• Memes y psiquiatría (y 2): Los memes y la Industria y la Literatura científicas. Biología de los memes y Defensas frente a su actuación. <i>Juan Medrano, Pablo Malo, José Juan Uriarte.</i>	11
• Características de los inmigrantes con Síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. <i>Joseba Achotegui, María M. Morales, Pablo Cervera, Celia Quirós, Jose Vicente Pérez Fuster, Natalia Gimeno, Agustín Llopis, Jorge Moltó, Alberto Manuel Torres, Carme Borrell.</i>	23
• ¿Son tan malos los psicofármacos?: reflexiones desde la práctica psiquiátrica. <i>Luis Pacheco y otros.</i>	31
• Combinación de mirtazapina más duloxetina: Una opción para el tratamiento de depresiones resistentes. <i>Jesús de la Gándara; Luis Agüera; Emilio Rojo; Salvador Ros; Honorio Hernández.</i>	47
Historia	57
• Una breve introducción a la vida y la obra del Dr. Patrick de Maré. <i>Pere Mir.</i>	59
Metalogos	66
• Contra el estigma, Radio Nicosia. Entrevista a “parte del colectivo nikosiano”. <i>Iñaki Markez.</i>	67
Formación continuada	75
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (VIII) Trastornos somatomorfos y psicósomáticos. <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor</i>	77
• Formación continua en la empresa de salud. <i>Estibaliz Izarzugaza.</i>	84
• Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general. <i>Yanet Pintado; Yener Jiménez; Manuel O Padilla; Juan Miguel Guerra; María Elena Antelo.</i>	89
Informes	101
• Programa de atención a personas jóvenes con psicosis GAZTE 2009. <i>Juan Carlos Irurzun, Maite Bastida, Carmen Campos, Natalia Neira, Amparo Oyarzabal, Elena Palomo, Karmele Zarraga.</i>	103
• La psicología clínica en Osakidetza. <i>Ramona Casado, Cristina Azpilicueta, Manuel Hernanz, Miriam Azpiri, Tomas Berasategui, Montse Argemi, Guadalupe Garbizu, Helena Senra, Yolanda Ballorca.</i>	112
Actualizaciones	123
Agenda	129

Summary

NORTE de salud mental No 37. June 2010

Editorial	5
• The recovery of community psychiatry. <i>Francisco Pulido.</i>	7
Original and reviews articles	8
• Memetics and Psychiatry (2): Memes, Drug Industry and Scientific Literature. Biology of memes and defenses against memes. <i>Juan Medrano, Pablo Malo, José Juan Uriarte.</i>	11
• Characteristics of the chronic stress Syndrome, or Ulysses Syndrome, in immigrants. <i>Joseba Achotegui; María M. Morales; Pablo Cervera; Celia Quirós; Jose Vicente Pérez Fuster; Natalia Gimeno; Agustín Llopis; Jorge Moltó; Alberto Manuel Torres; Carme Borrell.</i>	23
• Are psychotropic drugs so bad?: Reflections from psychiatric practice. <i>Luis Pacheco et als.</i>	31
• More duloxetine mirtazapine combination: An option for the treatment of resistant depression. <i>Jesús de la Gándara; Luis Agüera; Emilio Rojo; Salvador Ros; Honorio Hernández.</i>	47
History	57
• A brief introduction to the life and work of Dr. Patrick de Maré. <i>Pere Mir.</i>	59
Metalogos	66
• Against the stigma, Radio Nicosia. Interview with a “part of the collective nikosiano”. <i>Iñaki Markez.</i>	67
Continuing Education	75
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: psychosomatic disorders Self Opinion (VIII) Somatoform disorders and Somatoform disorders and psychosomatic. <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor</i>	77
• Continuous training in the healthcare enterprise. <i>Estibaliz Izarzugaza.</i>	84
• Psychological upheavals in the adolescents. A general vision. <i>Yanet Pintado; Yenier Jiménez; Manuel O Padilla; Juan Miguel Guerra; Maria Elena Antelo.</i>	89
Report	101
• Program attention to young people with psychosis GAZTE 20. <i>Juan Carlos Irurzun, Maite Bastida, Carmen Campos, Natalia Neira, Amparo Oyarzabal, Elena Palomo, Karmele Zarraga.</i>	103
• The Clinical Psychology in Osakidetza. <i>Ramona Casado, Cristina Azpilicueta, Manuel Hernanz, Miriam Azpiri, Tomas Berasategui, Montse Argemi, Guadalupe Garbizu, Helena Senra, Yolanda Ballorca.</i>	112
Book reviews	123
Calendar	129

La recuperación de la psiquiatría comunitaria

La llamada rehabilitación psicosocial ha experimentado un notable auge en la última dos décadas en el conjunto del estado. Numerosos recursos, profesionales, paraprofesionales, técnicas, organizaciones, valores y sistemas conforman el mundo de la rehabilitación destinada a las personas con trastorno mental grave. Ahora bien, la rehabilitación es más que una actividad, la rehabilitación es más que un espacio específico, la rehabilitación es más que unos recursos, la rehabilitación es más que un sentido de la ética. Desde la clínica la rehabilitación es más que una práctica. Probablemente debajo de la palabra amor se encuentran muchas relaciones y significados, al igual, que debajo de la palabra rehabilitación nos encontraríamos con diferentes realidades. Por ello pasado un tiempo, debemos profundizar en estas realidades y extraer los discursos y las metodologías imperantes, y valorar con más detenimiento las fortalezas y debilidades del constructo llamado psiquiatría comunitaria.

La psiquiatría comunitaria precisamente cobra su sentido en los procesos intelectuales, afectivos, conductuales y éticos implícitos en la rehabilitación. La comunidad, la continuidad de cuidados, la autonomía personal, lo epistemológico, la recuperación, la clínica, la relación terapéutica, el acompañamiento, la atención en domicilio propio, la construcción de redes de redes, son palabras que dotadas de su verdadero significado teórico y práctico cobran una fuerza vital suficientemente arrolladora para construir un discurso vinculado al sujeto como protagonista, de acuerdo a sus narrativas personales, sus necesidades y en sus singulares procesos de empoderamiento. Lejos están estas palabras de reducir la observación de las personas como cosas sometidas a pruebas estadísticas capaces de decirnos la verdad y la objetividad.

Nos pasamos cerca de treinta años -no ha sido posible otra manera- de romper los muros mani-

comiales como instituciones totales, incorporando la asistencia psiquiatría a la asistencia general a través de nuevos recursos, y acercando al sistema sanitario al conjunto de subsistemas. Buscar e innovar en otros espacios para hacer otra psiquiatría. Ingenuamente pensamos que solamente con nuevos recursos tendríamos la beatificación de otras prácticas. Este automatismo mental y pensamiento mágico nos exige hoy día su derrota. Recuperar las palabras de siempre, sus conceptos, volver a los contenidos, reflexionar de forma crítica y autocrítica, revisar las prácticas, los modelos y sistemas, que hemos construidos desde nuestros compromisos, a la luz, de mayor protagonismo que por fin van apoderándose los usuarios, se nos hace una tarea urgente. Si la última década del siglo XX la salud mental centro su atención en los recursos o dispositivos, en el siglo XXI, se centrara en las personas. La misión la organización sanitaria, fíjense que no digo los recursos de rehabilitación- no estará destinada a la estabilización de la psicopatología sino orientada hacia la recuperación, que probablemente conlleve incluso a cambiar el concepto de hospitalización hoy para algunos inamovible.

Finalizamos esta década con una grave crisis económica generada por los de siempre y pagada por los de siempre. Esto abrirá nuevos desafíos y nuevas oportunidades. Mantener redes sociales fuertes y solidarias, a través de la creación de FOROS, nos hará el camino más llevadero para todos, mas aun, cuando la perspectiva de crecimiento- según los economistas del capital- hasta dentro de cinco años no se vislumbran brotes de cambios. La suma de fuerzas, la combinación de lo global con lo particular, la reflexión desde otras disciplinas, la observación y el estudio de nuestro quehacer, y la defensa de los derechos humanos y de las identidades, nos posicionaran lejos del reduccionismo, el practicismo y del infantilismo: Este esfuerzo colectivo

acumulara fuerza para hacer posible otra psiquiatría y bienaventurar el avance de las reformas para la transformación democrática de nuestro país y de las estructuras asistenciales, adquiriendo un verdadero sentido comunitario no formal.

La continuidad de cuidados de forma coherente y con una focalización clínica particularizada es lo que hace factible una medicina del siglo XXI, una *clínica personalizada*, mas aun, cuando los avances científicos permiten vivir mas a pesar de las limitaciones que la propia enfermedad pueda originarnos o los entornos excluirnos. El relato biográfico, la relación terapéutica, la red como el entramado de vínculos, el cerebro que es modulado por el medio, el empoderamiento de las personas, las relaciones de iguales, la provisión de servicios de soporte comunitario en cada espacio, la autonomía personal como valor, la reconstrucción del sujeto, la escucha desde el deseo del otro, las políticas de cooperación, acompañar al sujeto, continuidad de cuidados y trato, las actividades asistenciales y las técnicas como meros instrumentos de mediación y soporte para la creación de la subjetividad, la investigación a servicio del bienestar de la humanidad y la formación como inyección para la calidad, la cohesión, la calidez y la creatividad, son mas que palabras que juntas fecundan, germinan en nuestra visión, nuestro quehacer y proyectan un futuro mejor.

Francisco Rodriguez Pulido

Norte

La Presentación de esta revista *Norte de salud mental*, allá por el inicio de 2001, bajo el título “Norte en la salud mental” tenía tres apartados cuyos encabezamientos eran “¿Nuevo siglo en el año 2001?”, “¿Salud Mental en el 2001?” y “¿Norte en el 2001?”. Un párrafo en este último comentaba:

NORTE de salud mental de profesionales dispuestos a dinamizar los próximos ejemplares. Norte como “fin a que se tiende o que se pretende conseguir”, diccionario dixit o “punto cardinal del horizonte situado frente al observador...”. Norte como punto guía, sin ampuliosidad ni pretenciosidades, hacia donde quisiéramos avanzar en este campo tan controvertido, el de la salud mental. Incluso entre quienes siendo agentes o huéspedes de la gestión, la investigación o la intervención clínica directa sobre las personas afectadas por enfermedades mentales.

Norte que en la esfera geopolítica nos sitúa entre los ricos y desarrollados, en contraposición con el Sur, el de los países pobres y/o en vías de un desarrollo que difícilmente alcanzarán, los de impagables deudas externas, los no casualmente afectados por múltiples desgracias “naturales”, los expoliados en sus recursos. Sería adecuado que nos acordemos que fuimos sur cuando hoy acuden a nuestro norte gentes que huyen de la miseria.

Ahora, en este anexo editorial, pretendemos saludar la nueva etapa con la participación de diferentes asociaciones autonómicas integradas en la AEN. *Norte de salud mental* pretende consolidarse con aspiraciones crecientes, crecer en sus páginas y en quienes accedan a su lectura, facilitar diversidad y calidad de sus contenidos, mejorar en la financiación y en la distribución, ser un buen recurso. Ser una buena referencia. Ser norte.

I.M.

Memos y psiquiatría (y 2): Los memos, la Industria y la Literatura científicas. Biología de los memos y defensas frente a su actuación

Memetics and psychiatry: Memes, Drug Industry and Scientific Literature. Biology of memes and defenses against memes

Pablo Malo Ocejo, Juan Medrano Albéniz, José Juan Uriarte Uriarte.

Psiquiatras, Txori Heri Medical Association, Bilbao

Resumen: En esta segunda parte se propone que las hipótesis y la literatura psiquiátricas son memos vehiculizados de forma oportunista por la Industria farmacéutica. Asimismo, se analiza la Biología de los memos a partir de las ideas de Henson, y las Defensas que pueden ponerse en práctica frente a los memos. Se concluye con una crítica a la idea de memos.

Palabras clave: Meme, Memética, Industria farmacéutica, Literatura Científica, Biología, Tratamiento.

Abstract: In this second part the authors put forward the notion that psychiatric hypotheses and bibliography are memos borne by the Drug Industry. The Biology of memos is reviewed according to Henson's ideas, as well as the possible defenses against memos. Finally, a criticism of Memetics is advanced.

Key Words: Memetics, Drug Industry, Bibliography, Biology, Treatment.

Memos e Industria Farmacéutica

La Industria es una fuente, un productor de memos. El buen vendedor no vende Coca-Cola, sino sed. Stallone dice al malo en una película: "tú eres la enfermedad y yo soy el remedio". Si vendemos enfermedades las boticas se venderán solas, y la Industria, promociona enfermedades para promocionar sus fármacos, como sucedió con los ataques de pánico (la llamada "Enfermedad de Upjohn"). Los que tenemos cierta edad recordamos los artículos sobre ataques de pánico provocados por lactato que el *American Journal of Psychiatry* y los *Archives of General Psychiatry*

publicaban en los años 80, un número sí y otro también. Nadie sabe qué ha sido de ese meme, desaparecido de la literatura. Hay otros muchos ejemplos. Las modas diagnósticas vienen y van como oleadas coincidiendo casi siempre con la aprobación de la indicación de un fármaco para ese diagnóstico o la publicación "casual" de estudios epidemiológicos que muestran la frecuencia e importancia de cierta patología. Un día se pone de moda la Fobia Social, otro, el Trastorno por Déficit de Atención en el Adulto y otro más el Trastorno Bipolar. Esos movimientos no se deben a vaivenes científicos sino a necesidades de mercado y detrás existen personas -departamentos

de marketing- que activan esos memes pensando fundamentalmente en sus propios intereses. El objetivo es que prendan en el cerebro de los psiquiatras y se traduzcan en recetas.

El truco funciona. Un meme reciente es el de los antipsicóticos atípicos, de nueva generación, o nuevos antipsicóticos, un grupo con supuestas características comunes pero que si nos fijamos en su perfil receptorial veremos que la amisulprida y la olanzapina, por ejemplo, no se parecen en nada. Si se hubiera comercializado en fechas recientes algún antipsicótico típico o antiguo se le habría considerado, atípico y viceversa. De hecho la loxapina consiguió presentar credenciales creíbles de atipicidad (1) que no le salvaron de desaparecer del mercado. Lo que fundamentalmente tienen en común todos los “atípicos” es la época de su comercialización y un precio muy superior al de los viejos. Pero aun a riesgo de que se pueda acusar a su vez a nuestro razonamiento de poner en marcha el meme de la conspiración, es fácil entender que detrás de todo había fuertes intereses de mercado, cuyo objetivo básico era reemplazar a los viejos antipsicóticos, que ya no eran rentables. Esto no quiere decir que debamos descartar por completo una voluntad sincera de crear fármacos más seguros y eficaces. Han debido pasar 10 años para que se reconocían sus efectos secundarios o aparecían estudios como el CATIE que cuestionan eficacia del nuevo grupo, pero estos estudios no financiados por laboratorios han llegado cuando algunas patentes ya habían caducado. Lo más llamativo es que los psiquiatras no son conscientes de que son infectados por estos memes.

En “*The Meme Machine*” (2) Blackmore analiza otros factores meméticos implicados en la relación psiquiatras-laboratorios. La Psicología Social conoce bien la “regla de reciprocidad”: la

gente se siente obligada a devolver los favores que han recibido y se sienten en deuda si no lo hacen. Esta tendencia está muy extendida culturalmente y probablemente evolucionó a partir del mecanismo más básico del altruismo recíproco¹. Según la teoría memética sobre el altruismo, la gente tiende a imitar a los altruistas, por lo que una persona podría pagar su deuda por haber recibido un favor aceptando los puntos de vista del otro. Es decir C le da a D un regalo, D se siente en deuda con C y puede pagar su deuda mostrándose de acuerdo con C o aceptando sus memes de alguna manera. Son por todos conocidas las grandes inversiones en todo tipo de instituciones -no sólo médicas- que realiza la industria farmacéutica y creemos muy lógico pensar que su objetivo es propagar los memes que a ellos les interesan. Blackmore pone otro ejemplo que bien puede aplicarse a nuestro caso para ilustrar la regla de la reciprocidad. Se le pide a Janet que exprese su opinión sobre un tema mientras Meg escucha. A continuación, Janet actúa generosamente con Meg (la invita a tomar un café o a comer o se ofrece a ayudarla en cualquier cosa). Después se le pide a Meg que exprese la opinión que tiene de Janet. Lo esperable es que tenga una mejor opinión de Janet si es amable con ella que si no lo es. Si más tarde se le pide que muestre su opinión sobre el tema que ha tratado Janet, también es más esperable que muestre su acuerdo con Janet si le cae bien que si le cae mal. Esta mayor probabilidad de estar de acuerdo con ella o no contradecirla sería una manera de pagar el favor recibido.

La increíble capacidad para imitar del ser humano es la base de la transmisión de los memes y entre todas las reglas de la imitación hay una muy destacada, comentada más arriba, que dice: “imita al que tiene éxito”. Es decir, la capacidad de transmitir e influir en los demás no es igual en

¹ La teoría de altruismo recíproco, propuesta por Trivers en 1971 (Trivers RL *The evolution of reciprocal altruism*. *Q Rev Biol* 1971; 46:35-57), pretende explicar el (aparente) altruismo entre organismos no relacionados, incluso entre miembros de especies diferentes. Según Trivers, el coste de ayudar se compensa por la probabilidad de beneficiarse de la devolución, que permite que el comportamiento evolucione por selección natural. No es necesario que los dos individuos participen en un altruismo recíproco estén genéticamente relacionados, ni siquiera que sean miembros de la misma especie. La condición necesaria es que los individuos interactúen entre sí más de una vez y sean capaces de reconocer a los individuos con los que han interactuado en el pasado. Si los individuos interactúan sólo una vez en su vida y nunca se vuelven a encontrar, no hay posibilidad de recibir una devolución, un beneficio de retorno, por lo que la ayuda al otro no ofrece ninguna ganancia o compensación futura. Sin embargo, si se encuentran a menudo, y son capaces de identificar y castigar a ‘tramposos’ que no les ayudaron en el pasado, la conducta de colaboración puede ser provechosa y será seleccionada.

todas las personas. Quienes tengan poder, prestigio, belleza o status conseguirán que sus memes sean más copiados e imitados. Esto lo sabe muy bien la industria farmacéutica, por lo que su acción se ha caracterizado por aliarse de una manera o de otra con las personalidades del mundo de la Psiquiatría que más destacan en cada campo. Emplean a estos profesionales en congresos, cursos o conferencias para que hablen de temas relacionados con el producto que quieren promocionar, como auténticos vectores de los memes a propagar. La implicación de la figura de autoridad varía desde el servilismo más evidente a un elegante distanciamiento pero, en cualquier caso, se produce una asociación entre el prestigio de la figura y el producto.

Y pocas cosas gozan de tanto prestigio como la Ciencia. Por ello, los laboratorios siempre han utilizado un lenguaje aparentemente científico para envolver sus productos. Su discurso describe los mecanismos de acción con todo lujo de detalles, adornándolos con bonitos y modernos esquemas llenos de receptores, siglas y referencias a prestigiosos artículos en las revistas especializadas. Dudar de la seriedad de sus planteamientos sería tanto como dudar de la Ciencia misma. No toda la inversión que comentábamos antes se destina a pagar cafés o comidas, sino que una buena porción se dirige a los grupos de investigadores que publican en las principales revistas y a las mismas revistas, aunque todo esto está empezando a cambiar. La mayor parte de lo que leen los clínicos está por ello muy contaminado por los memes difundidos por la Industria. Puesto que es mínima la investigación de origen público o independiente, los estudios abordan principalmente lo que encaja con determinados intereses (2), dando como resultado el entorno pseudocientífico en que nos movemos la mayoría de los psiquiatras, que reduce la complejidad de la mente humana y de las enfermedades mentales a uno o dos receptores de moda. Como en el chiste del borracho que buscaba las llaves alrededor de la farola porque allí había luz, las investigaciones se centran durante décadas en uno o dos receptores porque actúan sobre ellos los productos que queremos vender. Y si la moda es la serotonina es imposible hablar de la dopamina, el glutamato o la glía. Habrá que esperar a que los laboratorios enciendan una

farola en otro sitio para que un nuevo campo de investigación quede oficialmente inaugurado. A medida que van apareciendo indicios de algún efecto sobre los factores de crecimiento neuronal surgen artículos (3) y “literaturas” que aseguran que estas moléculas son la clave del mecanismo de acción de los antidepresivos, y no es descabellado predecir que en los próximos años todo el mundo hablará de ellos. Si queremos difundir nuestros memes al margen de la Industria estamos perdidos porque ellos controlan los tiempos y el flujo de los memes en Psiquiatría.

Pero la Industria no es homogénea; se compone de laboratorios en feroz lucha para conformar un entorno donde entra en funcionamiento la selección natural y la competencia memética. Los laboratorios son unos oportunistas de las ideas y siguen también la máxima de copiar al que tiene éxito. Eso implica reflejos, capacidad de adaptación. El que dé con la idea (el meme) más pegadiza seguramente venderá mejor su producto, y los competidores imitarán su estrategia. Cuando sale al mercado un producto innovador no tardan en aparecer fármacos similares con pequeñas variaciones respecto del original, los llamados fármacos “*me too*”. Estas nuevas variantes son a veces notoriamente similares (todos los inhibidores de la bomba de protones son “*prazoles*”, todos los inhibidores de la ECA, “*priles*”; los denominados “ARA-II” son “*sartanes*”, y no podemos olvidar a las estatinas ni, en Psicofarmacología, a los “*zepames*”). Otras veces, como sucede con los atípicos, ya comentados, las clases son un paraguas interesado para cubrir moléculas de perfil y estructura química dispar. Healy, a este respecto, indica que el término ISRS (SSRI, en inglés), una invención de Beecham para la paroxetina, fue mimetizado gracias a su éxito no sólo por las moléculas posteriormente comercializadas... sino también por la fluoxetina y la fluvoxamina, que llevaban años en el mercado.

Asimismo, el lenguaje pseudocientífico del marketing farmacológico es muy moldeable y adaptable a las nuevas necesidades. Cuando sólo existían los antidepresivos tricíclicos llegó el meme moderno de que como eran muy sucios era mucho más científico y preciso utilizar los inhibidores selectivos. Con la posterior llegada

de los duales o de doble acción, nos los presentan como más eficaces porque actúan sobre dos neurotransmisores, lo que recuerda a cuando Gillette lanzó al mercado la cuchilla de afeitar con dos hojas como el último avance para el afeitado. Las cuchillas de afeitar ya van por 5 hojas, y tal vez veamos en el futuro antidepressivos de acción triple o cuádruple antes de que aparezcan nuevos memes que presenten como mecanismo de acción principal de los antidepressivos su potenciación de los factores neurotróficos y de la regeneración neuronal. En ese momento se abandonarán con toda tranquilidad las viejas explicaciones, como se cambia de indumentaria para adaptarse a la moda, porque las modas científicas también cambian. Ejemplos de memes abandonados en el camino podrían ser la transmetilación, que originó suplementos completos en las revistas, o el kindling que irrumpió en la literatura psiquiátrica coincidiendo con el momento en que se comenzó a utilizar antiepilépticos en el Trastorno Bipolar. En Medicina General otro meme venido a menos es el de la “falta de riego”, hoy en día desacreditado y ridiculizado, pero que en su tiempo sustentó ventas millonarias de todo tipo de vasodilatadores cerebrales. Y si hace menos de 20 años, la glibencamida era el antidiabético oral de elección, mientras que se echaba en cara a la metformina el riesgo acidosis láctica, en nuestros días la metformina se prescribe con una asiduidad extrema como si fuera un producto no ya milagroso, sino imprescindible, mientras que la glibencamida se considera inadecuada por su prolongada vida media. No olvidemos, en todo caso, que los memes son virtualmente inmortales y que en el momento menos pensado uno que hibernaba olvidado puede volver a reactivarse, por lo que habrá que estar siempre expectantes.

Memos y Literatura científica

El saber científico va aumentando de una manera incremental, progresiva, por medio de pequeños experimentos y variaciones de experimentos que se realizan todos los días. Lo que cambia de manera más brusca, tal vez, es la interpretación de estos datos. A lo largo del tiempo se van viendo anomalías o incongruencias que no encajan con el saber establecido. Entonces surge alguna nueva teoría o visión que da cuenta de estas

anomalías y se sigue investigando hasta que se vuelven a acumular anomalías y hay que cambiar el esquema teórico de nuevo.

En la literatura científica se sigue un sistema de citas que permite seguir el flujo de las ideas. Cuando un autor publica algo y utiliza ideas previas debe citarlas en la bibliografía. El problema es la enorme cantidad de artículos científicos que se publican al año (millones) y de libros y revistas. Este enorme material que crece de forma ingente hace que tengamos bibliotecas llenas de cosas que no encuentran lector, ya que se calcula que más de la mitad de todo lo que se publica al año no lo lee nadie. A pesar de ello, todo este material se guarda porque su mera existencia se considera valiosa. De cada 40 artículos se estima que 39 no tienen más que redundancias y en muchos campos del saber científico con leer 100 artículos entre los varios miles que se publican sería suficiente para conseguir lo esencial de la materia. El problema es que no sabemos cuáles son esos 100 artículos hasta que no nos hemos leído 4000.

La Memética nos puede ayudar a entender en parte este fenómeno. La información puede concebirse como una enfermedad (4). Las ideas se extienden igual que las infecciones, y los modelos matemáticos de ambas se superponen. Los científicos son meros huéspedes del parásito y los artículos son los vectores de la enfermedad. Si pudiéramos observar a los grupos de científicos como si fueran colonias celulares veríamos cómo las ideas se extienden dentro de una colonia primero y luego dan el salto a otras colonias o grupos de científicos exactamente igual que lo haría cualquier germen biológico. El crecimiento exponencial de la información médica se debe también a epidemias recurrentes. Periódicamente surge una nueva cepa, una variación de los memes existentes que se extiende como la pólvora y domina su campo. Por ejemplo, en el terreno de las Psicosis aparece el meme de los primeros episodios psicóticos y todo el mundo se lanza a publicar en este campo disparándose el número de publicaciones. Otro ejemplo podría ser el meme de la Medicina Basada en la Evidencia y la avalancha de metaanálisis que ha originado. El éxito es difícil de conseguir y normalmente sigue la regla 80/20: el 20% de los autores acaparan el

80% de las citas. Algunos autores son más infectantes que otros y el resto de los infectados no hace más que repetir las mismas ideas. Los memes tienen un éxito mayor o menor según el prestigio y la personalidad del emisor o vector, que los hace más o menos contagiosos. La competencia entre memes es feroz y muchos memes se quedan en el camino y no llegan a los cerebros de los científicos ya que un investigador puede leer un promedio de unos 200 artículos al año. Del resto de artículos que caen en sus manos leerá el título y tal vez el abstract. Por ello, el meme que quiera triunfar tiene que escoger un buen título para su artículo. El título, de hecho, es para el meme a propagar por el artículo algo similar a las proteínas que los virus despliegan en su superficie para favorecer el anclaje y la entrada en la célula huésped. Las epidemias siguen una curva de expansión: crecimiento inicial lento, luego una rápida diseminación y después una progresión más lenta porque la población ya está saturada. Es importante saltar al vagón en el momento justo, cuando se inicia la explosión, y posiblemente, como ya hemos comentado al hablar de la industria farmacéutica, se estudien estas curvas -existen programas informáticos para ello- de modo que puedan realizarse las inversiones en el momento en que se empieza a disparar la curva consiguiendo así una mayor rentabilidad.

Por otro lado, habría que decir que en el mundo científico se ha impuesto un meme previo, el metameme que dice que publicar es bueno (se tenga algo que decir o no). Nadie critica esto, hasta el punto de que se ha incorporado con éxito y peso a los criterios de valoración de la carrera profesional. Si existen autores que piensan que no es bueno publicar tanto, lo más seguro es que, siendo consecuentes con su idea, no la publiquen y, por lo tanto, el meme de no publicar no se extiende. Hasta tal punto ha triunfado este meme que se mide a científicos, profesionales y departamentos universitarios de acuerdo a su producción literaria de la que dependen sus becas, ayudas o presupuestos.

Nos gustaría acabar con una reflexión sobre la manipulación o el apropiamiento indebido que puede hacerse de la ciencia o del saber científico, asunto de una gravedad potencial inestimable.

Más arriba hablábamos del barniz científico que la industria farmacéutica da a sus productos. Lo vemos también en los anuncios de la televisión donde aparece a menudo alguien con bata blanca y título de doctor que nos dice que tal pasta de dientes o tal yogur tiene un efecto demostrado científicamente en la salud de nuestros dientes o de nuestro intestino. Parece un tema baladí, pero la bata confiere a quien la porta una dignidad sacerdotal que apoya la cada vez mayor tendencia a dogmatizar, a cerrar los temas científicos como si ya lo supiéramos todo y nadie pudiera disentir. No queremos dar ejemplos por no herir susceptibilidades pero polémicas como la que gira alrededor del calentamiento global con un bando de creyentes furibundos y otro de negacionistas pertenecen más al campo de la religión que al de la ciencia. Cada vez vemos con mayor frecuencia también cómo aparecen las autoridades públicas o algún organismo internacional para decir la última palabra. A nivel profesional tenemos el ejemplo de las guías o de los consensos de expertos. Todo este tipo de productos y de planteamientos puede obstaculizar en realidad el progreso de la ciencia al impedir que se acepten nuevas ideas. Ya hemos dicho que las teorías existentes en cualquier área científica van cambiando para adaptarse a los nuevos datos y que los dogmas son cosa de la religión, no de la ciencia, por lo que hay que desconfiar siempre de los sumos sacerdotes que se visten con la túnica (o la bata) de la ciencia para decirnos lo que tenemos que hacer, por mucho organismo internacional o autoridad sanitaria que sea. Dentro de décadas revisaremos nuestros conocimientos actuales en cualquier campo y nos dará la risa probablemente al ver lo que las guías y los expertos recomendaban.

Con esto no queremos decir que las autoridades sanitarias no tengan que tomar decisiones y que asociaciones profesionales, colegios, etc., no puedan producir documentos que reflejen el estado actual de conocimientos. Lo que deseamos es que lo hagan siempre con una actitud humilde, abierta y escéptica. Como suele decirse, la ciencia hace preguntas y la religión da respuestas. No debemos olvidar que la esencia misma de la ciencia es la duda y la crítica.

Biología de los memes

Como ya hemos comentado, poco puede decirse sobre la biología de los memes. Por lo que sabemos, el único que se ha arriesgado en este terreno es Keith Henson, cuyas ideas (las serias y las que van un poco en broma) comentaremos a continuación. Posiblemente a estas alturas el lector tendrá una cierta curiosidad por los memes aunque no pase de verlo como una metáfora o una analogía interesante. Pero cuesta imaginarse a los memes, a las ideas, como un replicador dotado de vida propia. Por ello, haremos un pequeño comentario sobre la biología de los virus y otros parásitos, ya que pueden ayudar a asimilar mejor el concepto de meme y las ideas de Henson.

Si nos fijamos, por ejemplo, en el virus del mosaico del tabaco observaremos que al deshidratarlo se obtienen cristales que se pueden conservar durante años en un recipiente, como si fuese de sal o azúcar. En este estado el virus ni se reproduce, ni se mueve, ni asimila ninguna sustancia, es decir que no muestra ninguna señal de actividad biológica. Es un cristal. Si un día se le agrega agua, y se coloca un poco de la solución en una hoja de tabaco, la planta pronto muestra señales de infección: el virus se ha reactivado. Esto ilustra cómo es muy difícil trazar una frontera entre el ser vivo y el que no lo es. Los virus son parásitos que necesitan estructuras vivas para reproducirse. Utilizan la célula del huésped como una fotocopiadora para hacer copias de sí mismos, pero ellos mismos carecen de la maquinaria necesaria. Lo ocurre con los memes.

Un fenómeno fascinante del mundo natural es el de los parásitos que controlan la conducta de su huésped y la dirigen en su propio beneficio (5). Suelen ser parásitos con un ciclo vital muy complicado que discurre por diferentes huéspedes y que muestran diferentes formas vitales. Comentaremos brevemente algunos espectaculares ejemplos para relacionarlos después con los memes y con las ideas de Henson.

El primero es el *Toxoplasma Gondii*, protozoo causante de la Toxoplasmosis, con un ciclo vital que incluye una fase sexual y otra asexual. Su huésped definitivo es el gato, que elimina a través de las heces unos ooquistes, forma esporulada muy resistente a los factores ambientales.

Otros animales (el humano o más normalmente las ratas) ingieren los ooquistes y se convierten en huéspedes intermedios al entrar los parásitos en los macrófagos de la pared intestinal y extenderse de ahí por todo el organismo. En el huésped intermedio se forman unos quistes que contienen bradizoitos, la forma de replicación lenta del toxoplasma, y que se sitúan principalmente en músculos y cerebro. El ciclo se cierra cuando el gato caza una rata infectada e ingiere los quistes, que sobreviven al paso por el estómago del gato e infectan las células epiteliales de su intestino delgado, donde pasan por la fase de reproducción sexual y vuelven a formar ooquistes que son eliminados por las heces. Pero lo verdaderamente increíble es que se ha comprobado que las infecciones por *T. gondii* tienen la facultad de cambiar el comportamiento de ratas y ratones, haciendo que se acerquen al olor de los gatos, en vez de huir. Este efecto, lógicamente, es beneficioso para el parásito y conlleva la muerte del huésped intermedio. Se especula que el efecto tiene lugar en el rinocortex o corteza olfativa, pero tal vez participe la amígdala -estrechamente relacionada con el miedo- haciendo que el ratón se muestre desinhibido y osado ante los gatos. Lo asombroso es que el efecto sobre el miedo es totalmente específico, ya que no afecta a los otros temores de la rata, tal como el miedo a los espacios abiertos o al olor de alimentos desconocidos. Se ha sugerido que el comportamiento humano puede igualmente verse afectado de algún modo, y se han encontrado correlaciones entre las infecciones latentes por *Toxoplasma* y comportamientos de alto riesgo, como una lentitud para reaccionar, sentimientos de inseguridad y neurosis. Por supuesto, es conocida también la hipótesis de Fuller Torrey que establece una relación entre toxoplasmosis y esquizofrenia (6).

Otro parásito muy interesante es el trematodo *Dicrocoelium dendriticum*, muy similar a la fasciola hepática y causante en humanos de la dicroceliosis, con afectación de las vías biliares y hepatopatía. Su ciclo vital incluye fases con nombres como huevo, miracidio, cercaria y metacercaria, según se encuentre en el medio exterior o en alguno de los huéspedes en los que habita. El huésped definitivo es la oveja y los intermedios son primero el caracol y después la

hormiga. En esta última, la mayoría de las cercarias evoluciona a metacercarias, salvo una de ellas, que se dirige al cerebro de la hormiga (el ganglio subesofágico) para formar lo que en inglés se conoce como *brainworm* (gusano cerebral). El *brainworm* modifica la conducta de la hormiga, que en vez de retirarse por la noche a su nido trepa a la parte alta de las hierbas y se engancha allí fuertemente con las mandíbulas. Repite esta conducta noche tras noche y esto hace que al final sea comida por alguna oveja. Hay que decir como curiosidad que el *brainworm* muere con la hormiga, pero no sucede lo mismo con las metacercarias, por lo que estamos ante un ejemplo más de conducta suicida para el beneficio de los genes (*inclusive fitness*)².

Cerraremos el repaso a los parásitos multihuésped que transforman a sus víctimas en zombies que actúan en su beneficio con los gusanos Gordian, nematomorfos (*Nematomorpha*) o gordiáceos (*Gordiacea*). Estos gusanos parasitan grillos y saltamontes principalmente, a los que llegan como larva en el agua que bebe el huésped. Para reproducirse el gusano necesita volver al agua, por lo que llegado el momento libera unos productos químicos que actúan sobre el cerebro del huésped haciéndole lanzarse al agua, una conducta insólita, ya que en condiciones normales, los grillos y saltamontes tienen fobia al agua y no son capaces de nadar. El insecto muere y de su parte posterior surge un largo gusano (mayor en longitud que el huésped) que nada a buscar pareja³. Un nematodo similar a estos gusanos parasita a abejas y llegado el momento hace que el huésped se lance también al agua en plan kamikaze.

En su artículo “*Sex, Drugs an cults*” (7), Henson explica que aunque los memes normalmente son beneficiosos o neutrales para sus huéspedes, algunos llegan a ser muy destructivos y patógenos

incluso para éstos. Estos memes incluyen las religiones, las sectas, o movimientos sociales y políticos como el nazismo o el comunismo y similares. Varios de ellos han originado algunos de los sucesos históricos más espectaculares, como genocidios, suicidios en masa, guerras, cruzadas, limpiezas étnicas y demás, hasta el punto de que estos memes (ideas) destructivos han causado más muertes en el siglo XX que ninguna de las infecciones biológicas conocidas. Henson se pregunta por qué son los seres humanos tan susceptibles a estos memes. Y la respuesta la encuentra en el sistema de recompensa del cerebro. Algunos ex-miembros de sectas le comentaron que mientras pertenecieron a ellas tuvieron una vivencia similar al subidón que producen las drogas, por lo que concluyó que tanto las drogas como las sectas o los memes tienen un efecto adictivo porque actúan sobre el sistema de recompensa del cerebro.

Henson relaciona el sistema de recompensa del cerebro con el status, que es probablemente el mejor indicador de éxito reproductivo, tanto en hombres como en mujeres. Históricamente, los hombres de mayor status (poder es una palabra equivalente) han tenido más hijos y aunque las mujeres de más status no hayan tenido más hijos, la supervivencia de los mismos ha sido mayor (esto ha cambiado, por cierto, en las sociedades modernas y la causa no está del todo clara pero no podemos detenernos ahora en ello). El status se relaciona, en chimpancés y en humanos, con la cantidad de atención que recibe una persona, de modo que las personas de alto status reciben mucha más atención. Las actividades que generan un incremento del status (o de la sensación subjetiva de aumento de status) son muy gratificantes e inducen estados de placer en el cerebro debido a la liberación de ciertas sustancias químicas (dopamina, endorfinas) y las personas repiten las conductas que generan placer.

² Este término, que se traduce a veces con la expresión “*eficacia biológica inclusiva*” extiende la capacidad o adaptación al medio (*fitness*) desde el individuo a todos los individuos emparentados con él por parentesco. La evolución tiende a desarrollar conductas que favorecen el *inclusive fitness* de cada individuo. En mamíferos y aves es patente la ayuda mutua entre madres e hijos o en colonias de algunas especies. También se da entre hermanos y en general, en otros tipos de parentesco. Cada individuo actúa de modo que favorece a los congéneres con los que está más emparentado o tiene más probabilidades de estar emparentado. Este *inclusive fitness* tiene una gran capacidad de predicción de comportamientos de colaboración y de preferencia en todo el reino animal, desde las hormigas a los seres humanos. En el ejemplo que presentamos, el *brainworm* se “sacrifica” en aras de la supervivencia de las metacercarias, que serán las que transmitan y perpetúen los genes.

³ Puede observarse el proceso en Youtube: www.video.google.com/videoplay?docid=-522051385066049121&q=worm&hl=en#.

En otras palabras, si una acción (éxito en la caza) conlleva un aumento de atención (indicador de status) y una liberación de sustancias que inducen placer (recompensa), se genera un ciclo (Acción-Atención-Recompensa) por el que las acciones que conducen a ese placer se vuelven placenteras en sí mismas. Así ha surgido a lo largo de la evolución un circuito de recompensa que se puede estimular con deporte, comida, sexo, jugando a las máquinas o de muchas otras formas. Las drogas, en cambio, secuestran o puentean el circuito estimulándolo y activándolo sin necesidad de que concurra otra conducta que no sea la mera administración de la droga. La importancia de este circuito y de la atención y el status no debe subestimarse, pues probablemente la atención social es el mecanismo motivador más importante de las acciones humanas. En muchas sectas se hace que el sectario reciba mucha atención por parte de los demás (un entrenamiento de la Iglesia de la Cienciología consiste precisamente en mirar sin pestañear a un compañero durante largos periodos). Si a esto unimos que los sectarios (al igual que los adictos a las drogas debido a sus trastornos de conducta) pierden la relación con amigos y familiares, bien porque rechazan sus ideas, bien porque la secta como parte de su adoctrinamiento busca aislar al sujeto de otras influencias, el resultado es que se refuerza la pertenencia a la secta.

En casos extremos, los memes utilizan el circuito de recompensa de modo que las víctimas llegan a tal estado de posesión, que la vida del sujeto pasa a segundo plano. Henson llama a estos sujetos “memeoides” (8) y pone como ejemplos a los sujetos que lanzan aviones contra rascacielos o a los que se rodean el cuerpo con explosivos y los hacen explotar en medio de la gente. Y es aquí donde vemos el gran parecido entre los fanáticos parasitados por memes y los saltamontes o grillos que se suicidan tras ser convertidos en zombies por gusanos que actúan sobre sus estructuras cerebrales. Decida el lector si estamos llevando las cosas demasiado lejos.

Forzando esta comparación podríamos equiparar a los memes con estos parásitos multihuésped de ciclo vital complicado. Lo mismo que la fasciola hepática, por ejemplo, tiene múltiples formas (huevo, miracidio, esporoquistes y redias, cercaria

y metacercaria) según se encuentre en el medio exterior o en alguno de los huéspedes en los que habita, los memes podrían mostrar etapas o estadios similares. Podríamos considerar forma adulta al meme cerebral, el que prende en el cerebro que es su huésped definitivo, mientras que las copias escritas o digitalizadas de los memes serían equivalentes a las esporas y otras formas resistentes al ambiente que muestran estos parásitos.

Concluiremos la reflexión sobre la potencialidad destructiva de las ideas con un comentario más distendido de Henson en una lista de Internet sobre memes, en el que postula que existirían receptores en la mente para los memes de la misma manera que existen receptores en las neuronas para neurotransmisores. Concretamente plantea la analogía para el meme religioso. No es habitual que una persona tenga simultáneamente dos religiones (católico y calvinista, por ejemplo) pero sí hay conversiones, o abandonos de una religión para pasarse a otra. Esto sugiere que existen diferentes memes religiosos más o menos equivalentes funcionalmente que compiten por el mismo receptor dentro del espacio mental de una persona. Por otro lado la probabilidad de que un miembro del partido comunista no pertenezca a ninguna asociación religiosa es mayor del 90%, lo que sugiere que aunque no sea una religión, el partido comunista compete fuertemente con los memes religiosos por fijarse a un mismo receptor. También es posible que un meme provoque cambios en esos receptores o en estructuras cercanas que favorezcan la anidación de memes similares y que dificulten la de memes opuestos.

Nos daríamos por satisfechos si llegados a este punto, aunque no hayamos convencido al lector de la existencia de los memes y de su importancia, al menos sí hayamos estimulado su imaginación, desafiado algunas de sus ideas y creado una cierta inquietud e interés por el tema.

Defensas contra los memes. Tratamiento y prevención de sus infecciones

Tras abordar las graves patologías transmitidas por memes no podemos cerrar el capítulo sin hablar aunque sea someramente de las posibles

defensas que podemos orquestar para defenderlos de ellos o mantenerlos parcialmente controlados. Debemos ser humildes en nuestros objetivos y aceptar que una destrucción total de los memes no es posible ni deseable. Nuestra vulnerabilidad a los memes es el resultado de una larga historia evolutiva que ha moldeado nuestro cerebro. La mayoría de los memes son beneficiosos, y se encuadra en la categoría de inventos o desarrollos técnicos altamente positivos, como hacer fuego, hacer zapatos, etc. La imitación de conductas, ideas y creencias es un atajo para no tener que aprender todo desde cero por medio de ensayo y error. Podríamos comparar la mayoría de los memes a bacterias saprófitas o simbióticas intestinales que nos ayudan a digerir la celulosa.

Pero existe un subtipo altamente destructivo y es urgente -para Henson un problema de salud pública- buscar mecanismos que lo inactiven. Una primera defensa es la tolerancia, posiblemente relacionada en su origen con el comercio. Cuando la sociedad se va haciendo más compleja y se llega a un intercambio de bienes con sujetos de otras culturas hay que tolerar hasta cierto grado otras costumbres si queremos conseguir los productos que nos interesan. En principio ser tolerante no es una ventaja para un meme, porque desaparecería al ser desplazado por los memes intolerantes, pero, al igual que la evolución genética ha dado lugar a la colaboración y el altruismo, la evolución memética ha dado lugar a la tolerancia. Con raíces en la cultura griega y romana, la tolerancia se redescubre en el Renacimiento. El agotamiento producido por las sucesivas guerras religiosas en Europa puede haber sido la causa de su consolidación y extensión por el área occidental. Gracias a ella, actualmente todo tipo de memes compiten de manera bastante razonable en nuestra cultura.

Otra defensa sería la Ciencia, una metameme o conjunto de memes capaz de examinar la validez de otros memes. Una función similar la cumple la lógica y el escepticismo. Ciertamente los tres pueden ser útiles. Pero no hay que perder de vista que todos ellos se basan en la razón y el hombre es un animal sólo parcialmente racional. La mayor parte de nuestras decisiones se toman sin el concurso de la razón así que es dudoso apelar a la razón para sacarnos del atolladero.

Como venimos repitiendo, los memes son comparables a los gérmenes biológicos, por lo que el mejor enfoque para su tratamiento puede ser el mismo que utilizamos contra cualquier otra enfermedad infecciosa. En este sentido, lo mejor sería descubrir algún tipo de vacuna. Henson ha llegado a considerar a las religiones establecidas como una especie de vacuna contra infecciones peores. El cristianismo o el calvinismo, por ejemplo, se han ido amortiguando con los siglos y no tienen ahora la virulencia que tenían hace 300 años, por decir algo. Una medida que utilizan muchos parásitos es proteger a su huésped de otros parásitos y si la infección se cronifica, se va llegando a un cierto entendimiento (salvo en el caso de los más patógenos). Las personas que han vivido bajo un régimen comunista seguramente están vacunadas contra el meme del comunismo. Lo mismo puede pasar con el nazismo y otros movimientos sociales. Pero si otras personas que no los han conocido se ven expuestas al meme pueden sufrir una infección. Por otro lado, los memes están evolucionando continuamente y aparecen nuevas cepas por mutación y transformación de memes conocidos.

En este sentido los medios de comunicación y de transporte son un aspecto de vital importancia para la expansión de los memes. Se acepta, por ejemplo, el enorme papel jugado por la escritura en la transmisión de las religiones. Prácticamente todas las religiones importantes tienen un libro que resume su doctrina y que suele considerarse sagrado. Antes de que existiera la escritura era impensable que una religión pudiera diseminarse de la manera en que lo hicieron posteriormente. También se ha hablado de que la propaganda nazi no habría conseguido el éxito que logró de no haber sido por el hábil control que ejerció Goebbels sobre la radio, que permitía llegar prácticamente a toda la población, casi en tiempo real, de una manera totalmente novedosa. Hoy en día adelantos tecnológicos como Internet o los vuelos intercontinentales están al alcance de grandes masas de población, y vivimos una auténtica explosión de los medios de difusión, lo que puede ser un arma de doble filo. Por una parte se abren vías de diseminación a los memes para llegar casi a toda la población del planeta. Es fácil pensar que memes de diferentes tipos pueden aprovechar la oportunidad para producir

un daño nunca visto. Como contrapartida, estas mismas vías pueden transportar los antimemes necesarios para combatirlos. Es difícil profetizar hacia qué lado se inclinará la balanza en el futuro.

El reto por tanto es controlar las vías de difusión de los memes y encontrar lo antes posible alguna vacuna contra los altamente patógenos, objetivo que no está todavía a nuestro alcance pero que debe ser una prioridad siempre presente en nuestro horizonte.

Una crítica al concepto de meme

Para concluir, y aunque ya hemos dejado caer algunas pinceladas de escepticismo, exponremos una visión crítica de los memes. Diferentes posturas teóricas aceptan que la Cultura evoluciona según parámetros darwinianos de herencia, variación y selección. Los conocimientos de cada grupo cultural (religión, desarrollo tecnológico, mitos y leyendas, costumbres, música, etc.) se transmiten de forma vertical a los descendientes mediante la educación y las tradiciones orales y escritas. Frente a este componente heredable, el acervo cultural sufre modificaciones por causas diversas, como errores en la transmisión, fallos de memoria, circunstancias ambientales (un material determinado puede no estar disponible y se utiliza otro) o por la creatividad de los individuos, que aportan matices a lo largo del proceso. Por lo tanto, es posible la variación o mutación. Y además sobre ese material cultural actúa la selección: determinadas variaciones se imponen y desplazan a otras. Una técnica más fácil o económica para realizar una receta o un arma o un producto sustituirá a la previa; en general, las nuevas ideas y costumbres desplazan a las viejas. El monoteísmo de origen judío desplazó a las religiones anteriores, los números arábigos, a los romanos y el ordenador, a la máquina de escribir. Hasta aquí la mayoría de nosotros no tenemos problemas con la visión evolucionista de la cultura.

Pero el concepto de meme va bastante más allá y el primer obstáculo con el que se encuentra es con el sentido común. La Memética propone una visión evolucionista que no gira alrededor del individuo ni del grupo, sino del propio meme. Si ya nos cuesta aceptar la visión centrada en el

gen en Biología, cómo no los vamos a tener para aceptar unos memes autónomos que funcionan al margen de nosotros. Primero nos dijeron que cuando queremos algo (comer, tener relaciones sexuales...) en realidad no somos nosotros los que lo queremos sino que estamos siguiendo los dictados de unos genes egoístas que sólo quieren hacer copias de sí mismos. Y ahora, para rematar la faena, nos dicen que no somos los dueños de nuestros pensamientos sino que, poco más o menos, son nuestras ideas las que nos utilizan a nosotros. Esto ya es demasiado. La mayoría de nosotros tenemos muy claro que detrás de las ideas hay personas. Detrás de cada adelanto técnico, de cada idea, de cada descubrimiento existe un individuo con nombre y apellidos y así nos lo han enseñado desde la escuela al obligarnos a aprender listas de hombres y mujeres -reyes, escritores, pintores, científicos o filósofos- que cambiaron la historia y marcaron a las generaciones venideras el rumbo a seguir. Ahí están Copérnico, Lutero, Colón, da Vinci, Miguel Angel, Curie o Einstein.

Es evidente que esto es así, pero también es verdad que ningún individuo (por muy extraordinario que sea) crea sus ideas y avances de la nada; casi siempre es posible encontrar antecedentes o precursores de todo. También ha ocurrido muchas veces que una idea ha aparecido en varios sitios a la vez cuando los tiempos estaban maduros para ello; el ejemplo más oportuno es la idea de la evolución, que apareció casi simultáneamente en Charles Darwin y Alfred Russell Wallace. Curiosamente ambos llegaron a la misma conclusión después de leer la obra de Malthus sobre el crecimiento de la población y la limitación de los recursos naturales disponibles (espacio y alimento). Aunque no hubiera existido Darwin como individuo excepcional todo indica que la idea de la evolución habría acabado apareciendo, y de hecho Lamarck y el abuelo de Darwin, Erasmus, hicieron formulaciones parecidas. Alguien habría acabado relacionando la idea de la limitación de recursos y la de las variaciones entre los individuos de una especie que permitirían sólo la supervivencia de los más adaptados a ese ambiente concreto. ¿O podemos decir que los memes de la limitación de recursos y de la variación entre individuos irían infectando cerebros y en algún momento se unirían de forma simbiótica

en un meme más complejo, mucho más atractivo y por lo tanto con mucha mayor capacidad de diseminación? Parece un salto muy grande...

A muchas grandes ideas les costado triunfar y han permanecido olvidadas en el cajón de la Historia. Allí reposaron las obras de Mendel hasta 1900, entre muchos otros ejemplos. Ya en 1893 el biólogo alemán Shimper propuso que las partes fotosintéticas de las células vegetales podían proceder de cianobacterias, una idea a la habían llegado independientemente, a principios del siglo pasado tanto el estadounidense Wallin como el ruso Mereschovsky. Este último publicó en 1910 las mismas ideas básicas sobre la formación de la célula eucariota que Lynn Margulis conseguiría introducir en los libros de texto más de 70 años después. ¿Es el individuo el que encuentra las ideas o son las ideas las que encuentran al individuo? ¿Es inevitable que algunas ideas acaben siendo pensadas, algunas melodías cantadas? Paul McCartney cuenta que compuso “Yesterday”, la canción más radiada en el mundo y para el propio autor su mejor canción, a partir de un sueño. Al despertarse, corrió al piano, puso en funcionamiento una grabadora y la tocó, para no olvidarla junto con su sueño. Inicialmente McCartney temió haber plagiado una composición ajena. Según dijo, “Durante cerca de un mes fui a ver gente del negocio de la música, preguntándoles si conocían esa melodía. Fue como si hubiera llevado algo encontrado a la policía. Pensé que si en unas semanas nadie lo reclamaba entonces sería mía”. Una vez convencido de que no había plagiado la melodía, McCartney empezó a decidir qué letra le iría bien... ¿De verdad somos los dueños de nuestras ideas? ¿Es el individuo el agente del cambio cultural? ¿Puede la Memética ayudarnos a explicar porqué unas ideas triunfan y se extienden y otras no?

La Memética tiene el grave problema de que no cuenta con una definición operativa de meme. Tomemos una receta culinaria o cómo se hace el nudo Windsor de corbata. Si meme es todo aquello que se transmite por imitación, ¿cuál es el meme?, ¿el papel que contiene receta?, ¿el nudo de la corbata? ¿O la idea, la representación en el cerebro, de cómo se hace la receta o el nudo de corbata? Gatherer (9) sostiene que este problema

retrasa el progreso de la Memética, ya que medir cosas que están dentro del cerebro de un huésped es muy problemático. Por ello da una definición de meme que sólo incluye las conductas, las informaciones o los artefactos, es decir, aquello que podemos medir. Es difícil que una ciencia avance si no hay una idea clara de su objeto.

Por otro lado, una teoría científica tiene que ser capaz de hacer predicciones imposibles para otras teorías; no es suficiente que explique las cosas con otro lenguaje. La Memética no ha aportado explicaciones suficientemente convincentes para algunos fenómenos que precisan una explicación (el crecimiento del cerebro, el desarrollo del lenguaje) y para otros fenómenos que explica hay alternativas que no exigen creer en la existencia de unos memes autónomos que andan por ahí contaminando cerebros.

Por estas y otras deficiencias la Memética está de capa caída y en decadencia. Tras una explosión inicial, el número de publicaciones fue disminuyendo y el buque insignia de la corriente, el *Journal of Memetics*, ha dejado de publicar, por falta de originales de calidad y después de constatar que la Memética no ha sido capaz de responder a los retos metodológicos y conceptuales que hubieran permitido su subsistencia (10), al tiempo que alguno de los autores más prolíficos no ven a la Memética otro futuro que el de auxiliar mediante procedimientos simulados por ordenador para la comprensión de modelos coevolutivos o culturales (11).

A día de hoy, pues, parece que los memes no son más que una bonita metáfora capaz de estimular nuestra imaginación. Pero aunque sólo sea por eso tienen su interés. La idea de los memes ha llamado la atención sobre el contagio de las ideas y la Humanidad necesita con urgencia abordar ese problema. Si contabilizamos las muertes debidas, a lo largo del pasado siglo XX, a infecciones naturales como la malaria o el SIDA y las comparamos con las muertes que han tenido su origen en infecciones “mentales” como el nazismo o el socialismo real en Rusia, China o Camboya, por citar sólo algunas, nos daremos cuenta de la enorme dimensión del problema que suponen los virus de la mente. El intento por comprenderlo ha valido la pena.

Correspondencia:

Pablo Malo Ocejo

correo electrónico: pindal@terra.es

Referencias bibliográficas

1. Kapur S, Zipursky R, Remington G, Jones C, McKay G, Houle S. PET evidence that loxapine is an equipotent blocker of 5-HT₂ and D₂ receptors: implications for the therapeutics of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1525-9.
2. Blackmore S. *The Meme Machine*. New York: Oxford University Press. 1999.
3. Healy DT. The psychopharmacological era: notes toward a history. *J Psychopharmacology* 1990; 4: 152-167. Traducción accesible en: www.txorisherri.com/histpsic.htm
4. Calabrese F, Molteni R, Maj PF, Cattaneo A, Gennarelli M, Racagni G, et al. Chronic duloxetine treatment induces specific changes in the expression of BDNF transcripts and in the subcellular localization of the neurotrophin protein. *Neuropsychopharmacology* 2007; 32: 2351-9.
5. Kelly K. Information as a communicable disease. *Coevolution Q* 1984; 42: 98-103.
6. Thomas F, Adamo S, Moore J. Parasitic manipulation: where are we and where should we go? *Behav Processes* 2005; 68: 185-199.
7. Torrey EF, Yolken RH. Schizophrenia and toxoplasmosis. *Schizophr Bull* 2007; 33: 727-8.
8. Henson HK. Sex, Drugs, and cults. An evolutionary psychology perspective on why and how cult memes get a drug-like hold on people, and what might be done to mitigate the effects. *The Human Nature Review* 2002; 2: 343-355.
9. Henson K. Two early meme papers of historical interest (2a) Accesible en: www.cfpm.org/~majordom/memetics/2000-16179.html
10. Gatherer D. Why the Thought Contagion Metaphor is Retarding the Progress of Memetics *J Memetics Evol Mod Information Transmission*, 1998; 2. Accesible en: www.cfpm.org/jom-emit/1998/vol2/gatherer_d.html
11. Edmonds B. The revealed poverty of the gene-meme analogy - why memetics per se has failed to produce substantive results. *J Memetics Evol Mod Information Transmission*, 2005; 9. Accesible en: www.cfpm.org/jom-emit/2005/vol9/edmonds_b.html
12. Gatherer D. Finding a Niche for Memetics in the 21st Century. *J Memetics Evol Mod Information Transmission*, 2005; 6. Accesible en: www.cfpm.org/jom-emit/2005/vol9/gatherer_d.html

- Recibido: 1-12-2009.
- Aceptado: 15-02-2010.

Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises

Characteristics of the chronic stress syndrome, or Ulysses syndrome, in immigrants

Joseba Achotegui, María M. Morales, Pablo Cervera, Celia Quirós, Jose Vicente Pérez, Natalia Gimeno, Agustín Llopis, Jorge Moltó, Alberto Manuel Torres, Carme Borrell.

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia de Síndrome de Ulises en los inmigrantes que demandan asistencia sanitaria y describir sus características sociodemográficas, trasfondo cultural y familiares, comparándolas con las de los inmigrantes demandantes de atención sanitaria sin este cuadro.

Metodología: Se reclutó inmigrantes mayores de 14 años demandantes de asistencia sanitaria en el Departamento Sanitario 10 de la Comunidad Valenciana, en cualquiera de sus 6 Centros de Atención Primaria, la Unidad de Urgencias Hospitalaria o el Centro de Atención Continuada. Se les realizó una entrevista personal por un psicólogo que incluía aspectos sociodemográficos, de trasfondo cultural y familiares y de la presencia de los síntomas que definen el Síndrome de Ulises (depresivos, ansiosos, somatomorfos y disociativos). El diagnóstico fue confirmado por un especialista en psiquiatría.

Resultados: La prevalencia total de Síndrome de Ulises fue del 17,02%. 17,65% en hombres y 15,38% en mujeres sin diferencias estadísticamente significativas. La principal procedencia fue subsahariana en hombres y sudamericana en mujeres y las lenguas maternas mayoritarias las subsaharianas en hombres y el castellano en mujeres. Los inmigrantes con Síndrome de Ulises resultaron ser mayoritariamente casados, recientemente llegados a España en patera y un número significativo de ellos sin vivienda. Los que no presentan el Síndrome fueron mayoritariamente solteros, con larga residencia en España (6 años o más) y con vivienda de alquiler.

Conclusiones: Se perfilan como estresores para el desarrollo del cuadro el ser casado, el haber llegado recientemente al país en patera y el vivir en la calle o en asentamiento.

Palabras clave: Inmigrantes, Síndrome de Ulises, Características sociodemográficas, trasfondo cultural y familiares.

Abstract

Objectives: Determine the prevalence of Ulysses Syndrome in immigrants who require health care and describe their socio-demographic characteristics and their cultural/family background by comparing them with immigrants requiring health care without this syndrome.

Methods: Immigrants older than 14 years requiring health care in any of the six medical centres of Health Department 10 (Valencian Community), at the hospital A+E or in the Continuous Care Centre were recruited. A psychologist conducted a personal interview which included socio-demographic, cultural/family background aspects and symptoms defining the Ulysses syndrome (depression, anxiety, and somatiform and disassociative disorders). Diagnosis was confirmed by a specialist in psychiatry.

Results: Overall prevalence of the Ulysses Syndrome was 17,02% (men 17,65%, women 15,38%) with no statistically significant differences. There were more sub-Saharan and South American victims whose mother tongues were sub-Saharan and Spanish for men and women, respectively. Immigrants diagnosed with the Ulysses Syndrome were mainly married, had recently arrived in Spain in small boats, of whom a considerable number were homeless. Those who did not present symptoms were mainly single, had lived in Spain for 6 years or more, and lived in rented residencies.

Conclusions: We conclude that the stressors that develop symptoms are being married, recently arriving in Spain in small boats, and being homeless or living in a colony.

Key words: Immigrants, Ulysses Syndrome, Socio-demographic characteristics; Cultural/family background.

Introducción

Según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM)¹ el estrés provocado por el cambio radical de cultura y hogar y el sentimiento de discriminación que sienten muchos ciudadanos extranjeros son causa de una creciente emergencia de pérdida de salud mental entre los inmigrantes en España. Mientras que actualmente la prevalencia de patologías mentales entre los demandantes españoles de atención primaria es del 20%, en demandantes inmigrantes es ya del 50%².

Un problema de salud mental recientemente detectado en esta población inmigrante es el llamado Síndrome de Estrés Crónico del Inmigrante o Síndrome de Ulises, un cuadro reactivo múltiple y crónico que padece el inmigrante al afincarse en su nuevo país^{3,4}. Se generalizó a partir del año 2000 cuando las condiciones de los inmigrantes se complicaron, convirtiéndose en uno de cuadros psiquiátricos más frecuentes entre esta población⁵.

Ha sido descrito en inmigrantes ilegales o con riesgo de serlo (se estima que el 2% en España), es decir, que entran de forma clandestina o que pasan a ser ilegales al finalizar su permiso de residencia o visado⁶. Entre los inmigrantes en situación regular, que llevan años en nuestro país, los diagnósticos más frecuentes siguen siendo los trastornos de ansiedad, adaptativos y depresivos, de forma semejante a la población autóctona española, pero no el Síndrome de Ulises⁵.

Consiste en una sintomatología ansioso-depresiva, considerándose un cuadro a caballo entre el estrés agudo y los trastornos adaptativos, pero que no se ajusta específicamente a ninguno de ellos al presentar algunos aspectos propios: presencia de múltiples estresores, cronicidad (>3 meses), posibilidad de interpretación cultural (mágica) del inmigrante, estresores de gran intensidad y relevancia, con peligro de autoagresión, sin existencia de apatía, sentimiento de culpa, pensamientos de muerte o baja autoestima, sentimiento indefensión, déficit de apoyo

social que empeora el pronóstico, los síntomas son un handicap para salir de la situación, presencia de nueva lengua, cultura, paisaje, falta de atención adecuada del sistema sanitario, banalización del problema y diagnóstico, tratamientos inadecuados y somatizaciones no entendidas⁶.

Se considera que el Síndrome de Ulises engloba cuatro áreas sintomatológicas, depresiva (tristeza, llanto), ansiosa (ansiedad, lucha, pensamientos recurrentes e intrusivos, tensión, irritabilidad, insomnio, preocupación), somatomorfa (cefalea (sobretudo tensional), astenia, fatiga, molestias osteoarticulares, sudores) y disociativa (confusión, desorganización, despersonalización, desrealización, desorientación temporoespacial, déficit de atención y memoria)^{5,8}.

La etiología del área depresiva está originada por las “pérdidas” o “duelo migratorio”. Este duelo migratorio no desaparece nunca, es recurrente, tiende a cronificarse y renace con las adversidades. Se trata de un duelo múltiple, constituido por 7 duelos: por la separación de personas queridas (familia y amigos), de la lengua materna, de la cultura, de la tierra, de la situación social, del contacto con el grupo étnico y por pérdida de la seguridad física. De estos duelos los más importantes son los que se hacen por la familia, por la situación social y por la pérdida de la seguridad física⁹.

También es transgeneracional, siendo más complejo en hijos, que como no se tienen que preocupar de la subsistencia comienzan a desarrollar conflictos con la nueva cultura.

En su elaboración puede tener una influencia el contexto histórico y social. El desarrollo del último siglo en Europa ha propiciado que el inmigrante tenga que cambiar rápidamente, que los medios de comunicación generen en ocasiones rechazo por parte de los autóctonos y que, debido al fenómeno de globalización, el inmigrante permanezca en continuo contacto con su país^{7,8}.

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de Síndrome de Estrés Crónico del Inmigrante o Síndrome de Ulises en los inmigrantes que demandan asistencia sanitaria y conocer sus características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares, comparándolas con

las de los inmigrantes demandantes de atención sanitaria sin este cuadro.

Material y métodos

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal de tres meses de duración.

Población de estudio

Inmigrantes mayores de 14 años, de cualquier procedencia y sexo, legales e ilegales, afincados en España con demanda sanitaria.

Metodología empleada

A aquellos inmigrantes que durante tres meses demandaron asistencia en el Departamento Sanitario 10 de la Comunidad Valenciana, concretamente en cualquiera de sus 6 centros de atención primaria, en su unidad de urgencias hospitalaria y en su centro de atención continuada, se les ofertó participar en el estudio.

A aquellos que aceptaron participar se les realizó una entrevista personal por un psicólogo del equipo. Se trabajó en castellano y en aquellos casos en que se detectó algún problema de comprensión o entendimiento se recurrió a un mediador cultural.

La entrevista incluyó preguntas, tanto abiertas como cerradas, relativas a las características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares del inmigrante: país de procedencia, estado civil (soltero, casado, separado/divorciado, viudo), lengua materna, dominio de otras lengua diferentes a la materna, tiempo de estancia en España, tipo de transporte utilizado para acceder a España (avión, barco, patera, turismo, tren, camión, combinación de varias de estas opciones), tipo de alojamiento en España (alquiler, propiedad, albergue/centro de acogida, calle, asentamiento, otras). También incluyó preguntas acerca de presencia de los síntomas que definen el Síndrome de Ulises^{3,4}: depresivos (tristeza, llanto), ansiosos (ansiedad, lucha, pensamientos recurrentes e intrusivos, tensión, irritabilidad, insomnio, preocupación), somatomorfos (cefalea, astenia, fatiga, molestias osteoarticulares, sudores) y disociativos (confusión, desorganización, des-

personalización, desrealización, desorientación temporoespacial, déficit de atención y memoria). Cuando el individuo reconoció presentar uno o más de estos grupos de síntomas fue catalogado como sospechoso de presentar Síndrome de Ulises y fue supervisado por especialistas en Psiquiatría quienes llevaron a cabo el diagnóstico.

Análisis estadístico

Se calculó la prevalencia de Síndrome de Ulises clínicamente diagnosticado en la población estudiada. Se analizaron las características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares de los inmigrantes con Síndrome de Ulises y se compararon con las de los inmigrantes sin Síndrome de Ulises.

Las variables se estudiaron mediante su frecuencia absoluta y relativa y se compararon aplicando una prueba de homogeneidad utilizando el estadístico Chi-cuadrado de Pearson.

Todos los cálculos se realizaron con el programa SPSS v.15.

Resultados

Prevalencia de Síndrome de Ulises

Un total de 94 inmigrantes contestó correctamente al cuestionario, 68 hombres (72,34%) y 26 mujeres (27,66%). De los 94 inmigrantes participantes, 16 fueron diagnosticados de Síndrome de Ulises por un especialista en psiquiatría (17,02%). La prevalencia de este cuadro fue del 17,65% en hombres y del 15,38% en mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de Síndrome de Ulises en los inmigrantes demandantes de asistencia sanitaria (N=94)

	N	Sin Síndrome de Ulises	N	Con Síndrome de Ulises	N	%
Mujer	22	84,62 (66,94-94,91)	4	15,38 (5,09-33,06)	26	100
Hombre	56	82,35 (71,93-90,07)	12	17,65 (9,93-28,07)	68	100
Total	78	82,98 (74,37-89,58)	16	17,02 (10,41-25,63)	94	100

Características de la población con Síndrome de Ulises y sin Síndrome de Ulises

La tabla 2 muestra las características de los inmigrantes con y sin Síndrome de Ulises. En ella se observa que la principal procedencia de los inmigrantes participantes en el estudio, tanto con Síndrome de Ulises como sin él, es subsahariana (50,00% y 41,03% respectivamente). Si estratificamos por sexo observamos que en hombres se mantiene esta procedencia mayoritaria global (58,33%) mientras que la principal procedencia en mujeres es sudamericana (50,00%).

Las lenguas maternas predominantes en los inmigrantes participantes, tanto con Síndrome de Ulises como sin él, son el castellano (25,00% y 36,36% respectivamente) y las lenguas del África Subsahariana (25,00% y 25,97%). En el caso de las mujeres, con y sin Síndrome de Ulises, es el castellano la lengua predominante (50,00% y 61,90% respectivamente) y en el caso de los hombres las lenguas del África Subsahariana (33,33%

y 32,14%). Prácticamente la mitad de los inmigrantes reconoce hablar y entender el castellano pese a no ser su lengua materna.

Entre los inmigrantes con Síndrome de Ulises el estado civil predominante es el matrimonio, tanto para el total de participantes (50,00%) como en el caso de las mujeres (50,00%). En cuanto a los hombres, la mitad son casados y la otra mitad solteros. Entre los inmigrantes sin Síndrome de Ulises predomina la soltería tanto en hombres (50,00%) como en mujeres (59,09%).

Gran parte del total de inmigrantes con Síndrome de Ulises (37,50%) presenta un tiempo de estancia en España corto, de entre 1 y 2 años mayoritariamente, especialmente en el caso de los hombres (41,67%). Por el contrario, los inmigrantes que no presentan Síndrome de Ulises reportan una estancia en España mayoritariamente larga, de 6 años o más (35,90%).

El avión fue el principal medio de transporte utilizado para llegar a España tanto para el total de in-

migrantes encuestados, con y sin Síndrome de Ulises (31,25 y 65,39% respectivamente) como para el caso concreto de las mujeres (50,00% y 79,26%). Los hombres que no presentan este cuadro también reconocen haber llegado a España en avión en su mayoría (60,71%). Sin embargo, entre los hombres que presentan Síndrome de Ulises predomina la patera como medio utilizado (33,34%).

El tipo de alojamiento mayoritario en todos los inmigrantes participantes de ambos sexos es el alquiler. Sin embargo, entre los inmigrantes con Síndrome de Ulises (tanto hombres como mujeres), aún viviendo mayoritariamente en alquiler se observa un incremento significativo de vivienda en la calle (25,00% tanto en hombres como en mujeres) y de asentamientos (18,75%, 16,67% en hombres y 25,00% en mujeres).

Discusión

En nuestro estudio hemos detectado una prevalencia total de Síndrome de Ulises entre los inmigrantes demandantes de asistencia sanitaria del 17,02%, algo superior en hombres que en mujeres (17,65% versus 15,38%) pero sin diferencias estadísticamente significativas.

El número de estudios realizados en España para determinar la prevalencia de las patologías mentales en población inmigrante es muy escaso. Además, los estudios que hay al respecto aportan prevalencias muy dispares. Esta escasez de estudios y esta variabilidad de resultados nos hace difícil la comparación de nuestros resultados con los derivados de otros estudios. No obstante, existen algunos estudios recientes realizados también en población inmigrante demandante de atención sanitaria que, aunque su objetivo no sea determinar la prevalencia de Síndrome de Ulises estrictamente, revelan datos acerca de patologías muy relacionadas como la depresión y la ansiedad. Un estudio realizado por Esteban MM muestra una prevalencia de depresión del 11,00% en la población inmigrante demandante de atención sanitaria¹⁰. Pertiñez J, et al determinaron una prevalencia de depresión del 15,20% en esa misma población población¹¹. Dado que por definición los pacientes con Síndrome de Ulises presentan depresión, estos datos los pode-

mos considerar en coherencia con nuestros resultados.

Por otro lado, un estudio realizado por Barro S, et al reveló una prevalencia de depresión mucho más elevada (40,70%), aportando además una prevalencia de ansiedad en esta misma población todavía más alta (51,90%)¹². En el otro extremo, Pardo G, et al detectaron una prevalencia de depresión significativamente más baja (5,40%)¹³. Este último estudio añade que tanto la ansiedad como el estrés son algunos de los problemas más frecuentes entre la población estudiada pero no aporta datos concretos de la prevalencia de estas patologías.

Es preciso subrayar la necesidad de la realización de nuevos estudios en población inmigrante para poder hacernos una idea real de la dimensión de esta creciente problemática.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población estudiada, podemos destacar que la procedencia es mayoritariamente subsahariana en hombres y sudamericana en mujeres, sin diferencias en cuanto a la presencia o no de Síndrome de Ulises. No detectamos por tanto una procedencia de riesgo para padecer este cuadro reactivo. En coherencia con esto, las lenguas maternas que predominan en los participantes son el castellano entre las mujeres y las lenguas del África Subsahariana entre los hombres, también por igual en inmigrantes con y sin Síndrome de Ulises.

En cuanto al estado civil, destacar que entre los inmigrantes con Síndrome de Ulises predomina el matrimonio, mientras que entre los inmigrantes sin Síndrome de Ulises predomina la soltería tanto en hombres como en mujeres.

Respecto al momento de aparición del cuadro, resulta relevante el hecho de que el tiempo de estancia en España sea significativamente menor en los inmigrantes con Síndrome de Ulises que en los que no lo presentan. Esto nos hace pensar que se trata de un cuadro que aparece al poco tiempo de la llegada al país y que con los años va disminuyendo, según el inmigrante se va adaptando al país que lo recibe y su situación se va regularizando. Tradicionalmente se pensaba que existía un periodo inicial de euforia tras la

llegada al país de acogida y un posterior periodo de crisis psicológica. Sin embargo, actualmente lo que se acepta es que el estrés aumenta en el inmigrante durante los 2 primeros años y posteriormente va disminuyendo hasta los valores previos, siempre que paralelamente se vaya regularizando su situación administrativa y sociolaboral^{5,14}, lo cual apoya nuestros resultados.

En cuanto al medio de transporte utilizado para llegar al país, observamos que es mayoritariamente el avión en mujeres tanto sanas como con Síndrome de Ulises y en hombres sin Síndrome de Ulises. Sin embargo, los hombres que presentan Síndrome de Ulises reportan en su mayoría haber accedido a España en patera. Esto se observa solo en hombres posiblemente debido a las diferencias de procedencia entre hombres (mayoritariamente subsahariana) y mujeres (mayoritariamente sudamericana). No obstante, este dato nos está indicando una asociación entre el cuadro y una situación traumática y difícil de acceso al país.

También observamos que, aunque el tipo de alojamiento sea mayoritariamente el alquiler tanto en inmigrantes con Síndrome de Ulises como sin él, existe un importante aumento de casos de vivienda en la calle y de asentamientos. Esto apoya la idea de la asociación entre la presencia del Síndrome y una situación de desesperación.

Como conclusión, diremos que de los resultados del presente estudio se extrae que el perfil del paciente con Síndrome de Ulises será un inmigrante casado, recientemente llegado al país en unas condiciones de viaje estresantes (como la patera) y cuyo alojamiento pudiera ser en la calle o en asentamiento. Estas conclusiones están totalmente en coherencia con la bibliografía publicada al respecto, apoyando la existencia ya descrita por otros autores de la existencia de tres focos de tensión o estresores esenciales para el desarrollo del cuadro^{6,7}:

- Familiares: al ser casados tienen una familia a su cargo de la que se sienten responsables, que en muchas ocasiones está además lejos, en su país de origen, lo que añade el problema de la soledad.
- De posición social: presentan un importante sentimiento de fracaso al no progresar, al no conseguir trabajo y al estar sometidos a duras situaciones de supervivencia (falta de comida y de vivienda).
- Riesgos para la integridad física: a las duras situaciones de supervivencia se añaden las situaciones traumáticas de acceso al país (pateras, mafias...).

Agradecimientos: Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Dra. Carmen Snnab Galbis, Directora del Departamento Sanitario 10 de la Comunidad Valenciana, y a la Dra. Juana Cantero Llorca, Directora de Atención Primaria de este mismo Departamento, por su apoyo al proyecto y por su labor de gestión, así como a todos los profesionales asistenciales y no asistenciales que han hecho posible su ejecución.

Correspondencia:

María M. Morales Suárez-Varela. Doctora en Medicina y Cirugía. Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación. Hospital Universitario Dr Peset de Valencia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal.

Universidad de Valencia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Avda. Vicent Andrés Estellés s/n. 46100 Burjasot (Valencia), España.

Teléfono: 34 96 3544951 • Fax: +34 96 3 544954 • correo electrónico: maria.m.morales@uv.es

Resto de autores:

Joseba Achotegui Loizte. Ldo. en Medicina y Cirugía. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

Pablo Cervera Boada. Lda. en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Dr Peset de Valencia.

Celia Quirós Bauset. LLda. en Medicina y Cirugía. Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación. Hospital Universitario Dr Peset de Valencia.

Jose Vicente Pérez Fuster. Ldo. en Medicina y Cirugía. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.

Natalia Gimeno Clemente. Lda. en Farmacia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Agustín Llopis González. Doctor en Farmacia. Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Jorge Moltó Lorenzo. Ldo. en Psicología. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Alberto Manuel Torres Cantero. Doctor en Medicina y Cirugía. Dpto. de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Carme Borrell Thió. Doctora en Medicina y Cirugía. Agència de Salut Pública de Barcelona. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Referencias bibliográficas

1. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. www.fepsm.org
2. El estrés por desarraigo afecta cada vez a más inmigrantes en España. *Nueva Línea* 8/11/07.
3. Achotegui Loizte J. Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental* 2004; 21: 39-52.
4. Achotegui Loizte J. Migración y crisis: el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple. *Avances en Salud Mental Relacional* 2008; 7: 1-29.
5. Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. *Rev Clin Esp.* 2005; 205: 116-8.
6. Marcos González E, Rodríguez-Palancas Palacios A. Presentaciones clínicas de estrés en inmigrantes. *Psiquiatría.com* [citado 7 feb 2005].
7. Mora Mínguez F. Psiquiatría e inmigración. Una perspectiva transcultural. *SaludMental.Info* [citado sep 2007]. www.saludmental.info
8. Romaní O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC* 2002; 9: 498-504.
9. López Abuín JM. El médico de familia ante el abordaje socio-sanitario del inmigrante. *FMC* 2002; 9: 492-7.
10. Esteban Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001;27:25-8.
11. Pertíñez Mena J, Viladás Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Sole M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002; 29: 6-13.
12. Barro Lugo S, Saus Arús M, Barro Lugo A. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria* 2004; 34: 106.
13. Pardo Moreno G, Engel JL, Agudo Polo S. Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Aten Primaria* 2007; 39: 609-14.
14. García-Campayo J, Sanz Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 187-91.

• Recibido: 01-12-2009.

• Aceptado: 13-02-2010.

Tabla 2. Características sociodemográficas, de trasfondo cultural y familiares de los inmigrantes demandantes de atención sanitaria

	Sin Síndrome de Ulises			Con Síndrome de Ulises		
	Mujer N (%)	Hombre N (%)	Total N (%)	Mujer N (%)	Hombre N (%)	Total N (%)
País de procedencia						
África árabe	4 (18,18)	11 (19,64)	15 (19,23)	-	1 (8,33)	1 (6,25)
África subsahariana	3 (13,64)	29 (54,78)	32 (41,03)	1 (25,00)	7 (58,33)	8 (50,00)
América latina	12 (54,54)	15 (26,79)	27 (34,61)	2 (50,00)	2 (16,67)	4 (25,00)
Europa	3 (13,64)	1 (1,79)	4 (5,13)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Lengua materna						
Castellano	13 (61,90)	15 (26,79)	28 (36,36)	2 (50,00)	2 (16,67)	4 (25,00)
Inglés	1 (4,77)	3 (5,36)	4 (5,20)	-	1 (8,33)	1 (6,25)
África subsahariana	2 (9,52)	18 (32,14)	20 (25,97)	-	4 (33,33)	4 (25,00)
Árabe	1 (4,77)	4 (7,14)	5 (6,49)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Otras lenguas europeas	2 (9,52)	1 (1,78)	3 (3,90)	-	1 (8,33)	1 (6,25)
Indio	-	3 (5,36)	3 (3,90)	-	-	-
Bilingüe	2 (9,52)	12 (21,43)	14 (18,18)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Dominio otras lenguas						
Castellano	8 (36,36)	31 (55,36)	39 (50,00)	2 (50,00)	5 (41,67)	7 (43,75)
Inglés	2 (9,09)	9 (16,07)	11 (14,10)	-	3 (25,00)	3 (18,75)
Francés	-	6 (10,71)	6 (7,69)	-	3 (25,00)	3 (18,75)
Otras	4 (18,19)	-	4 (5,13)	1 (25,00)	-	1 (6,25)
Ninguna	8 (36,36)	10 (17,86)	18 (23,08)	1 (25,00)	1 (8,33)	2 (12,50)
Estado civil						
Soltero	13 (59,09)	28 (50,00)	41 (52,56)	1 (25,00)	6 (50,00)	7 (43,75)
Casado	4 (18,18)	21 (37,50)	25 (32,05)	2 (50,00)	6 (50,00)	8 (50,00)
Separado/divorciado	4 (18,18)	6 (10,71)	10 (12,82)	-	-	-
Viudo	1 (4,55)	1 (1,79)	2 (2,57)	1 (25,00)	-	1 (6,25)
Tiempo de estancia en España (años)						
1 < 2	2 (9,09)	18 (32,14)	20 (25,64)	1 (25,00)	5 (41,67)	6 (37,50)
2 < 3	4 (18,18)	7 (12,50)	11 (14,10)	1 (25,00)	1 (8,33)	2 (12,50)
3 < 4	4 (18,18)	4 (7,14)	8 (10,26)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
4 < 5	1 (4,55)	5 (8,93)	6 (7,69)	1 (25,00)	1 (8,33)	2 (12,50)
5 < 6	2 (9,09)	3 (5,36)	5 (6,41)	-	-	-
≥ 6	9 (40,91)	19 (33,93)	28 (35,90)	-	3 (25,00)	3 (18,75)
Tipo de transporte						
Avión	17 (77,26)	34 (60,71)	51 (65,39)	2 (50,00)	3 (25,00)	5 (31,25)
Barco	1 (4,55)	5 (8,93)	6 (7,69)	1 (25,00)	1 (8,33)	2 (12,50)
Patera	1 (4,55)	17 (30,36)	18 (23,08)	-	4 (33,34)	4 (25,00)
Turismo	1 (4,55)	-	1 (1,28)	-	-	-
Tren	-	-	-	-	1 (8,33)	1 (6,25)
Camión	-	-	-	-	1 (8,33)	1 (6,25)
Combinado	2 (9,09)	-	2 (2,56)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Tipo de alojamiento						
Alquiler	17 (77,27)	20 (35,71)	37 (47,44)	1 (25,00)	5 (41,66)	6 (37,50)
Propiedad	3 (13,64)	7 (12,50)	10 (12,82)	1 (25,00)	-	1 (6,25)
Albergue ó centro de acogida	2 (9,09)	16 (28,57)	18 (23,08)	-	2 (16,67)	2 (12,50)
Calle	-	11 (19,64)	11 (14,10)	1 (25,00)	3 (25,00)	4 (25,00)
Asentamiento	-	1 (1,79)	1 (1,79)	1 (25,00)	2 (16,67)	3 (18,75)
Otros	-	1 (1,79)	1 (1,79)	-	-	-

¿Son tan malos los psicofarmacos?: Reflexiones desde la práctica psiquiátrica

Luis Pacheco (1)*, Juan Medrano (1)**, M^a José Zardoya (2)***,
Teresa Conget (4)*, Ariane Arroita (3)*, Lucía Pérez-Cabeza (3)*,
Angel Segura (1)*, Laura Uriarte (1)*, Mainer Prieto (1)*, María Aragüés (1)****,
María Etxebeste (1)*, Pablo Malo (1)* y Enrique Aragüés (1)*.

* CSM de Bombero Echaniz, Red de Salud Mental de Bizkaia. Bilbao. Osakidetza.

** Servicios Extrahospitalarios de Salud Mental de Álava. Vitoria. Osakidetza.

*** S^o de Farmacia, Hospital Psiquiátrico de Zamudio. RSM de Bizkaia. Osakidetza.

**** S^o de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Servicio Madrileño de Salud.

(1) Psiquiatra; (2) Farmacéutica; (3) MIR-Psiquiatría; (4) ATS Psiquiátrica.

Resumen: La reciente publicación de un artículo sobre la relación entre el uso de anti-depresivos y el desarrollo posterior de diabetes, junto a los innumerables trabajos sobre los supuestos efectos secundarios de diversos psicofármacos publicados en los últimos años, ha llevado a los autores a plantearse una serie de reflexiones sobre el uso de los mismos y su potencial implicación en el desarrollo de patologías iatrogénicas.

Palabras clave: *antidepresivos y diabetes, efectos secundarios de los psicotropos, daño orgánico y psicotropos.*

Summary: The recent publication of an article on the relationship between antidepressant use and the subsequent development of diabetes, along with countless works on the alleged side effects of various psychotropic drugs published in recent years, has led the authors to consider a series of reflections on their use, and their potential involvement in the development of iatrogenic diseases.

Key words: *antidepressant and diabetes, side effects of psychotropic drugs, organic damage and psychotropic drugs.*



Introducción

En los últimos años venimos asistiendo, quizás de una manera un tanto pasiva por parte de los psiquiatras, a una especie de “demonización” de los psicofármacos, respecto a los cuales se están publicando cada vez más artículos sobre los “posibles” -que no siempre “probables”- efectos secundarios los mismos. Esto provoca, lógicamente, una cierta alarma entre los profesionales sanitarios aunque la misma es mucho más acentuada en la población general y especialistas no psiquiatras, máxime si las noticias al respecto se publican en la prensa no especializada.

Pero la cuestión no es, obviamente, que los psicofármacos estén relacionados con efectos secundarios. Todos los fármacos -psicofármacos y no psicofármacos- lo están.

Sin entrar en los innumerables problemas metodológicos de muchos de estos artículos, que hacen en ocasiones cuestionarse sus resultados, resulta llamativa en los últimos años la proliferación de los denominados “metaanálisis”, que con el fin de reunir un número muy amplio de sujetos, intentan homogeneizar trabajos -y lo que es peor, poblaciones y resultados de los mismos-, muchos de los cuales ya tienen serios problemas de validez interna por sí mismos, con lo cual en innumerables ocasiones se mezclan “churras” y “merinas” a la hora de vender las ovejas. Y esto es especialmente curioso en una época en la que -afortunadamente- los clínicos “de a pie” ponen ya en tela de juicio, sin ningún complejo, la aplicación práctica de los ensayos clínicos realizados en poblaciones seleccionadas con rígidos criterios de inclusión/exclusión, cuyos resultados resultan luego irrelevantes, en muchas ocasiones, a la hora de evaluar la efectividad de esos fármacos en la población psiquiátrica tratada en las consultas diarias.

También resultaría mucho más interesante que el mayor riesgo de efectos secundarios de un fármaco concreto se explique, por ejemplo, en términos “absolutos” y no en términos “relati-

vos”, ya que una cosa es que el resultado de un riesgo o efecto secundario de un fármaco sea “estadísticamente significativo” y otra que esto tenga una “significativa” relevancia clínica. Por ejemplo, hoy en día se sabe que el uso de litio en el primer trimestre del embarazo aumenta la malformación de Ebstein entre 10-20 veces respecto a la no exposición al fármaco. Puesto que en términos absolutos en ausencia de litio el riesgo es del 0,005% (1 caso por cada 20.000 nacidos vivos), el fármaco afectará al 0,1-0,05% de los niños expuestos (es decir, entre 1 de cada 1000-2000 casos) (1). Así pues, según se exprese el riesgo -absoluto o relativo- se puede generar mayor o menor alarma en la población. Es decir, es muy diferente afirmar que los hijos de las embarazadas que toman litio en el primer trimestre tienen un riesgo de 10 a 20 veces superior de la malformación, que afirmar que se verá afectado 1 de cada 1000-2000 casos expuestos, lo cuál puede ser asumible, dado el riesgo de recaída del trastorno bipolar si se deja la medicación, cifrado en torno al 70%.

No es el único caso en Psiquiatría en que la presentación del riesgo en términos absolutos o relativos transmite una impresión diferente. Cuando se introdujo el visado para antipsicóticos atípicos en mayores de 75 años se informó que en un ensayo clínico, uno de los productos implicados triplicaba el riesgo (términos relativos) de accidente cerebrovascular en comparación con el placebo. Sin embargo, si se acudía a los datos crudos y absolutos, la proporción de pacientes afectados era el 1,3%, frente al 0,4% de placebo. Aunque, efectivamente, esto supone triplicar el riesgo del placebo, el aumento del riesgo en términos absolutos no llega al 1%.

Además, a la hora de valorar la relación causa/efecto de un fármaco, respecto a los secundarismos, hay que ser extremadamente prudentes, ya que no son pocos los ejemplos en Medicina en los que durante mucho tiempo se atribuyó un secundarismo a un fármaco o sustancia -o por el contrario, se negó la relación del fármaco con el mismo- y años después ha habido que rectificar (piénsese, por

ejemplo, en todas las relaciones causales atribuidas durante años a ciertos alimentos y el aumento del colesterol plasmático). Como dicen algunos autores (2) "...el hecho de cruzar una barrera invisible, que separa lo que uno cree y lo convierte en lo que uno sabe, puede tener implicaciones que, en su momento, se nos escapan...". Ya que existen muy pocas situaciones en las que se pueda demostrar, de un modo científicamente válido y de manera inequívoca, la relación causa-efecto entre un medicamento y un efecto secundario, lo más lógico es interpretar con prudencia los resultados, situándose en un intermedio entre los extremos de la negación de cualquier relación o la incondicional de la misma. Esto es especialmente importante si se tiene en cuenta que esas supuestas implicaciones podrían tener, además, repercusiones legales importantes para los prescriptores. No se trata de que los psiquiatras se asusten a la hora de prescribir psicofármacos porque entonces podríamos caer en la prescripción defensiva de dosis más bajas o durante menos tiempo del debido, o incluso de fármacos más inocuos aunque no fueran los más oportunos para el proceso que tratemos. Lo más lógico sería un seguimiento estrecho para vigilar si aparecen secundarismos y, sobre todo, tener en cuenta las muchas otras circunstancias y factores de riesgo que pueden estar presentes en el desarrollo de una enfermedad presuntamente desencadenada por los fármacos, como por ejemplo, la diabetes (3).

En relación a lo que estamos diciendo, Skrabanek y Mc Cormick señalan, en su ya revolucionario trabajo (4) que cuando existe una relación entre dos cosas o sucesos A y B, esta relación puede expresarse de cuatro formas distintas:

1. A es causa de B (Causa).
2. B es causa de A (Consecuencia).
3. A y B comparten una causa común (Colateral).
4. A y B están asociados por azar (Coincidencia).

Para estos autores, nuestra necesidad de comprender, explicar y tratar las enfermedades, nos hace caer en la tentación de atribuir causalidad a lo que puede no ser sino asociación, y esto motiva algunos de los más importantes errores cometidos en Medicina.

En paralelo, lo que habría que valorar también es el riesgo de no tratar la enfermedad mental, frente al riesgo de tratarla con determinados psicofármacos. Es decir, qué puede pasar si se deja una enfermedad mental grave a su libre evolución. A este respecto y para mostrar un ejemplo, señalamos las siguientes consecuencias descritas en algunas de las enfermedades mentales graves dejadas a su libre evolución (5):

- *De las Psicosis en general*: Deterioro progresivo del paciente, severa distorsión familiar, divorcio, repercusiones negativas en la educación de los hijos, consumo de sustancias tóxicas, problemas legales, problemas económicos, suicidio y homicidio.
- *De las Psicosis Puerperales*: Infanticidio y suicidio.
- *De la Depresión Mayor*: Empeoramiento del paciente, severa distorsión familiar, divorcio, repercusiones negativas en la educación de los hijos, consumo de sustancias tóxicas, problemas laborales, problemas económicos y suicidio.
- *Del Síndrome Maniforme*: Empeoramiento del paciente, severa distorsión familiar, divorcio, repercusiones negativas en la educación de los hijos, consumo de sustancias tóxicas, problemas laborales, problemas legales, problemas económicos y conductas impulsivas de gran riesgo vital.

Por tanto, habrá que considerar siempre cuál sería la relación "riesgo/beneficio" de tratar la enfermedad con psicofármacos, frente a no tratarla, y no pensar solo en los posibles efectos secundarios ligados a los psicofármacos, exactamente igual que cuando nos planteamos cómo abordar cualquier enfermedad grave de carácter no psiquiátrico.



Algunos efectos secundarios con los que se ha asociado a los psicofarmacos

Antidepresivos

• **Diabetes:**

La reciente publicación de un artículo en el *American Journal of Psychiatry* (6) sobre el riesgo aumentado de padecer diabetes al usar antidepresivos - y que mereció para la revista la consideración de su publicación online previa -, fue lo que motivó inicialmente la redacción de este trabajo. Contra sus resultados ya se ha argumentado que no todos los antidepresivos dan lugar a los mismos secundarismos y varias moléculas (fluoxetina, citalopram y sertralina) no se relacionan con el desarrollo de diabetes (7). De hecho, cabe recordar que se advirtió al principio del uso de la fluoxetina sobre sus posibles efectos hipoglucémico y de disminución del peso. En nuestro país el artículo también ha merecido una editorial especializada (3) y otro trabajo previo (8) cuestiona la asociación, al considerar que algunos antidepresivos podrían no ser más que un marcador “de riesgo” de diabetes, por su efecto favorable - por ejemplo - sobre la ganancia de peso, la cual a su vez es un factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes. Los mismos autores también critican la metodología de trabajos previos sobre esta cuestión (9,10), dejando entrever que la relación causa-efecto entre antidepresivos y diabetes está aún lejos de demostrarse, a pesar de su mayor asociación estadística, en tanto no se controlen todos los factores intervinientes en el desarrollo de la enfermedad (herencia genética, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo, dieta inadecuada, etc.).

• **Riesgo de suicidio:**

Este es otro de temas polémicos que provoca cierta alerta a los profesionales de la Psiquiatría y que por sí solo justificaría el presente trabajo. Como consecuencia de las primeras investigaciones sobre el tema, la *British Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* sugirió, en 2003, el cese del uso de

antidepresivos - salvo fluoxetina - en niños menores de 18 años, y en 2004 la FDA americana aconsejó restringir y vigilar el uso de antidepresivos en pacientes adultos, ante la posibilidad de una intensificación de los síntomas depresivos y la ideación suicida. Curiosamente, la mayor parte de los estudios en los que se basó la FDA tenían menos de 12 semanas, por lo que no parece muy razonable evaluar en tan corto plazo el impacto del tratamiento (11). En síntesis, parece que el uso de ciertos antidepresivos, puede provocar un aumento del riesgo de suicidio en los pacientes depresivos, especialmente al comienzo del tratamiento. Dicho así - y de esta manera se publicó en ocasiones en la prensa no especializada - lo lógico es pensar que resulta preferible no tratar la depresión con antidepresivos. Pero también es evidente que la tasa de suicidios en pacientes depresivos se redujo notablemente desde la introducción de los antidepresivos como norma de tratamiento, lo cual resultaría una incongruencia respecto al “maligno” papel de los antidepresivos en el suicidio (11). Además, los psiquiatras experimentados saben que en cualquier proceso depresivo grave, las primeras dos o tres semanas representan un período de mayor riesgo suicida, no por el papel directo de los antidepresivos, sino por el predominio de la mejoría psicomotriz del cuadro, en disonancia con la mejoría psíquica del proceso depresivo, lo cual puede favorecer el *acting* suicida.

Los antiepilépticos, que en su mayor parte son de frecuente uso psiquiátrico, aunque se empleen más en la epilepsia o en los síndromes dolorosos, también han sido relacionados con un riesgo de suicidio. A este respecto, la FDA (12,13) revisó 199 estudios publicados entre 2005 y 2008, que comparaban 11 de estos fármacos con placebos y encontró que los pacientes que tomaban los fármacos tenían alrededor del doble de riesgo de conducta suicida en comparación con los pacientes que tomaban los placebos. Señala la FDA que “...de hecho, de los casi 44.000 pacientes de los estudios, cuatro personas de las que tomaban fármacos antiepilépticos se suicidaron, mientras que ninguna de las que toma-

ban los placebos lo hicieron...” (13). Sorprenden las conclusiones de la FDA y nuevamente tenemos que referirnos -en el mejor de los casos- a los conceptos de riesgo “absoluto” y riesgo “relativo”. Y eso, dando por válido, a priori, el metaanálisis de la FDA, porque como ya hemos señalado anteriormente esta asociación puede ser mera coincidencia. Quizá la FDA debería plantarse -entre otras cosas- que esos cuatro pacientes fallecidos pudieran padecer un severo episodio depresivo u otros trastornos psiquiátricos, que son situaciones mucho más relacionadas con el suicidio que los propios antiepilépticos.

Solo para reflexionar sobre lo ridículo -a veces- de las decisiones de las autoridades sanitarias, cabe señalar que en los EE.UU., la FDA ha ordenado poner el aviso de riesgo suicida en dos benzodiazepinas (BZD) -clorazepato dipotásico y clonazepam- aprobados allí como antiepilépticos (14). En nuestro país, este último solamente está también aprobado como antiepiléptico y no como ansiolítico, aunque numerosas guías clínicas avalan su uso ansiolítico/antipánico/antimaníaco. Sin embargo, el clorazepato no está autorizado en España como antiepiléptico (¿Por qué habrá tantas discrepancias entre la FDA y la EMEA, a la hora de aprobar las indicaciones psiquiátricas de un fármaco? ¿Serán muy distintas las opiniones de los expertos que asesoran a ambas? ¿Tienen alguna relevancia los intereses comerciales de la industria farmacéutica?). No creemos que ningún clínico medianamente formado piense que el clorazepato incrementa el riesgo de suicidio. Es más, la mayoría lo podríamos prescribir en una situación de riesgo, precisamente para minimizarlo, dado su efecto ansiolítico. ¿No será que la FDA ha puesto dicha etiqueta a todos los antiepilépticos solo por el hecho de estar autorizados como antiepilépticos, sin discernir entre ellos y estimando sin prueba alguna que el riesgo de suicidio es un efecto de grupo?

También la vareniclina, de reciente aparición en el mercado español y aprobada para la deshabitación tabáquica, ha sido relacionada con ideas de suicidio (15), si bien en este caso,

la propia Agencia Europea del Medicamento advierte que es difícil determinar si este fenómeno se debe al medicamento, a la abstinencia de tabaco, o a ambas cosas, dado que dejar de fumar -especialmente en pacientes con sintomatología psiquiátrica previa- se puede asociar con síntomas depresivos que pueden incluir ideación suicida. Un reciente estudio, en cualquier caso, cuestiona que el producto se asocie a ideación suicida (16).

• *Disfunción sexual:*

Aunque la disfunción sexual inducida por antidepressivos ha sido clásicamente infravalorada en la práctica psiquiátrica, hoy en día es mucho mejor conocida, así como las pautas de actuación cuando se presenta, que permiten actuar al respecto de una manera mucho más adecuada. También se sabe que dicha disfunción no provoca secuelas permanentes, y disminuye o desaparece al bajar la dosis del antidepressivo o lo retirarlo. Incluso, hoy en día están ya bastante identificadas las moléculas antidepressivas que no provocan disfunción (17). Y rizando el rizo, el último de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) introducido en el mercado se orienta al tratamiento de la eyaculación precoz, aprovechando y depurando la acción del grupo sobre la función sexual (18). A pesar de todo, es recomendable que para evitar equívocos se evalúe la función sexual antes de la instauración de un antidepressivo, para identificar si los pacientes, sobre todo mujeres, padecen previamente una disfunción.

• *Síndrome de Discontinuación:*

La discontinuación que se produce al disminuir la dosis de ciertos antidepressivos comenzó describirse hacia 1983, pero se hizo mucho más popular en literatura científica en la década de los noventa, a raíz del uso generalizado de ISRS. Más común con paroxetina y venlafaxina, inicialmente desató la polémica sobre si se trataba de un nuevo síndrome de abstinencia, sugestivo de una supuesta “dependencia”, que implicaría a su vez un nuevo proble-



ma atribuible a los antidepresivos. El concepto de “dependencia” ya está superado, y existen numerosos argumentos que avalan que los antidepresivos no la producen. Además es difícil que el síndrome de discontinuación, aparezca si en la retirada se usan, cuando sea posible, formulaciones que permitan una lenta disminución del producto, como puedan ser las gotas orales (19).

Antipsicóticos

• *Síndrome Metabólico*

El “síndrome metabólico” fue descrito en 1988 para englobar una serie de alteraciones metabólicas ligadas a la resistencia a la insulina, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la dislipemia. Progresivamente se han ido estableciendo unos criterios que han llevado a diferentes asociaciones médicas a establecer unas guías de uso en el seguimiento del mismo. En nuestro país, dada la mayor asociación estadística de este síndrome con los pacientes esquizofrénicos, diversas sociedades científicas han consensuado unos protocolos al respecto (20,21).

Sin embargo, y retomando lo expuesto anteriormente en cuanto a la asociación de dos factores y la prudencia para interpretarla como “causa-efecto”, hay que señalar que aunque la prevalencia de obesidad y diabetes en los pacientes esquizofrénicos o bipolares es hasta dos veces superior a la de la población general, aparece también aumentada en pacientes nunca tratados con antipsicóticos y - lo que es más importante -, se conocía ya mucho antes de la introducción de los antipsicóticos en la farmacopea (22,23).

En nuestro país, Montejo y cols. (23) señalan al respecto que la conclusión más prudente, a la luz de los conocimientos actuales sería la siguiente: Los pacientes esquizofrénicos tienen un riesgo mayor que la población general de padecer diabetes; el tratamiento con antipsicóticos aumenta ese riesgo; ese riesgo es mayor con el uso de antipsicóticos atípicos

que típicos y el aripiprazol y la ziprasidona no han mostrado, por ahora, que estén implicados en el aumento del riesgo.

Evidentemente, en la producción de los factores ligados a la aparición del síndrome metabólico en pacientes esquizofrénicos influyen numerosos factores, que deberían ser estrictamente controlados como variables en los análisis estadísticos que muestren la relación entre los mismos y la esquizofrenia, antes de concluir que la relación causa-efecto es inequívoca. Nos referimos, por ejemplo, al consumo de tabaco, el sedentarismo, los malos hábitos dietéticos, el estrés crónico, la menor frecuencia de cuidados médicos, los antecedentes familiares de dislipemias e hipertensión arterial, la obesidad, etc.

Finalmente, cabe considerar que si hasta ahora los clínicos defendemos que los antipsicóticos atípicos han demostrado ventajas para los pacientes respecto a los “clásicos”, habrá que ser consecuentes con ello y no obviar su prescripción, sino controlar los riesgos. Merece la pena recordar como ejemplo que la clozapina –que es precisamente el antipsicótico con mayor riesgo metabólico– es también el antipsicótico de referencia en las psicosis resistentes (22).

• *Cardiotoxicidad*

Aunque las primeras observaciones sobre la posible cardiotoxicidad de la tioridazina (autorizada en España desde 1959), se remontan a 1963, en 1995 se publicó un trabajo (24) que mostraba que era el neuroléptico con más efectos cardiotóxicos (arritmias, taquicardias, prolongación del QTc, etc.) en sobredosis. Sin embargo, hubo que esperar hasta el año 2000 para que la FDA americana impusiera una serie de restricciones y recomendaciones en su uso, tomando como base la evidencia de que el fármaco podía aumentar la duración del intervalo QTc, con las implicaciones clínicas que ello suponía. Finalmente, el fármaco fue retirado en 2005 en la mayor parte del mundo. Sorprende el retraso de la FDA en descubrir la severa capa-

cidad arritmogénica del fármaco. Tal vez durante muchos años los psiquiatras hayan estado usando un fármaco peligroso con mucha ligereza (entre 1976 y 1985 fue el neuroléptico más prescrito en determinados ámbitos clínicos de los EE.UU.), a pesar de las publicaciones ya existentes, pero puesto que se ha tardado casi cuarenta años en constatar lo supuestamente peligroso que era, también podemos preguntarnos si es realmente casual que la divulgación del riesgo cardiotoxico de la tioridazina coincidiera con la progresiva aparición de los nuevos antipsicóticos, a cuya implantación favoreció (24). Posteriormente, se ha apuntado que otros antipsicóticos son cardiotoxicos. Por ejemplo, el sertindol autorizado en España en 1997 para el tratamiento de la esquizofrenia, fue retirado del mercado a finales de 1998, por provocar una prolongación dosis-dependiente del intervalo QTc superior a 500 ms. en aproximadamente un 3-4% de los pacientes expuestos. Este fenómeno ya se había detectado en los estudios precomercialización, con lo que cabe preguntarse entonces que parámetros siguen las autoridades sanitarias a la hora de aprobar un fármaco. Años después, la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos - EMEA- reevaluó positivamente este fármaco, y a finales de 2005 aprobó su reintroducción en la Unión Europea, con unas condiciones especiales de aplicación, tanto previas, como posteriores al uso del fármaco, exhaustivamente detalladas en la ficha técnica del producto (25).

¿Es por tanto muy malo el sertindol, o simplemente debe usarse con unas condiciones concretas, como sucede con gran parte de los fármacos? Creemos que nadie aceptaría la retirada del mercado, por ejemplo del litio, por el hecho de que sea potencialmente mortal en sobredosis -que lo es-, sino que todo el mundo está de acuerdo en hacer litemias periódicas para evaluar las dosis del fármaco.

• **Accidente cerebrovascular en demencias:**

Tras las primeras noticias sobre este tema, muchos médicos comenzaron a tomar conciencia del daño que se podía hacer a la prác-

tica médica cotidiana con la divulgación de noticias no suficientemente contrastadas, las cuales primero surgían en un contexto especializado, pero al poco tiempo se hacía eco de las mismas la prensa no especializada, provocando la lógica alarma en la población general. La polémica cuestión de la asociación del uso de antipsicóticos atípicos con la aparición de accidentes cerebrovasculares en pacientes con demencias con provocó en España que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (25) impusiese, en 2004, el conocido ya como “Visado para antipsicóticos”, que -en la práctica y con su desarrollo posterior- supone una fiscalización administrativa del uso clínico de los mismos en personas sin demencia, mayores de 75 años. El Ministerio correspondiente hizo caso omiso a las recomendaciones que entonces le fueron sugeridas por diversas sociedades de profesionales y pacientes, entre las que se incluían, por ejemplo, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (26). Sin embargo, un ejemplo curioso del “visado”, fue que -en aras de un supuesto beneficio clínico para los pacientes- no se obligó al mismo para la prescripción de tioridazina en pacientes psicóticos, un antipsicótico cuya cardiotoxicidad estaba contrastada desde 1998.

Con el paso del tiempo han ido apareciendo diversos trabajos que cuestionan la mayor asociación de los atípicos, - respecto a los típicos -, en los accidentes cerebrovasculares de pacientes con demencia, pero ello no ha servido para que las autoridades sanitarias rectifiquen su postura. Puesto que, además, el visado no deja de ser un problema añadido en la práctica psiquiátrica tanto para los médicos como para los pacientes, dio la impresión de que el visado estaba motivado, mucho más, por una cuestión económica que clínica, y de que en la imposición del Ministerio subyacía subliminalmente la intención de volver a generalizar el uso de los antipsicóticos típicos



u otros psicofármacos en la demencia y –por extensión– en el resto de enfermedades psicóticas, a pesar de la notable mayor presencia de efectos secundarios de los típicos, respecto a los atípicos (27,28). Estas sospechas, que tal vez parezcan exageradas, se habrían disipado si el Ministerio hubiera aprovechado en la nota de la AEMPS el aumento de la mortalidad observado en pacientes con demencia tratados con antipsicóticos clásicos, para instaurar un visado similar para este grupo. Un visado que hubiera sido especialmente lógico teniendo en cuenta que el documento concluía que *“los datos disponibles hasta la fecha no muestran diferencias entre los antipsicóticos clásicos y los atípicos en relación a los trastornos del ritmo o los trastornos isquémicos cerebrales”* (29).

• *Discrasias sanguíneas*

La clozapina, registrado en 1975, es el primer antipsicótico atípico de que se dispuso en España. Se había comercializado por primera vez en 1962 en Suiza y posteriormente en 34 países más. En 1972 se encontraban en tratamiento 2900 pacientes, y únicamente se habían recogido 4 casos de agranulocitosis, con una sola muerte, lo que supone una incidencia similar a otros neurolépticos. En 1975 se comunicaron en Finlandia 16 casos de agranulocitosis, con 8 muertes (30), en lo que se denominó la “epidemia finlandesa”. Con notorio retraso, esto condujo en 1988 a la retirada del fármaco, que se reintrodujo en 1993 en España como medicamento de especial control médico (31). Así, solo puede ser prescrito por especialistas en Psiquiatría y los pacientes deben ser sometidos a controles hematológicos semanales -con una pauta de actuación perfectamente estandarizada- durante las 18 primeras semanas (período de mayor riesgo) y posteriormente mensuales de manera indefinida, al margen de que el paciente debe haberse mostrado refractario previamente al uso de dos antipsicóticos.

Con estas medidas se han conseguido, básicamente, dos cosas:

- Que la clozapina se haya convertido en el fármaco de referencia, actualmente, para el tratamiento de la esquizofrenia resistente y los trastornos psicóticos severos (31), (al margen del muy inferior número de discinesias que produce, comparada con los antipsicóticos clásicos), a pesar de últimamente se relaciona al producto con un posible riesgo de miocarditis (32).
- Que la incidencia de agranulocitosis en diferentes países, observada en los primeros ensayos clínicos entre el 1%-2%, haya disminuido al 0,38%-0,74% (31).

Esto corrobora, como ya hemos señalado, que ante la presencia de un secundarismo, por grave que sea, no hay que retirar necesariamente al fármaco del mercado y menos aún si resulta ser el medicamento más eficaz del que se dispone para una enfermedad concreta, sino establecer los mecanismos de vigilancia y control de dichos efectos secundarios.

Queda por responder una interesante cuestión que se planteaba Hippius, ya en 1989 y que hoy cobra mucha más actualidad: “...si el número de accidentes con el uso de clozapina puede ser reducido a un mínimo, es muy importante preguntarse: ¿podemos justificar entonces una incidencia del 10%-20% de casos de discinesia tardía en pacientes tratados con neurolépticos clásicos?...”. Al decir de Álamo y cols. (30), el propio Hippius responde rotundamente “no”.

• *Eutimizantes*

Afortunadamente, no se han descrito -al menos últimamente- problemas relevantes respecto al uso de eutimizantes, más allá de los descritos hace muchos años sobre el litio; si bien es cierto que los problemas ligados a este fármaco -y las cuestiones legales inherentes al mismo- sean probablemente la causa de que en los EE.UU. su uso haya decrecido en beneficio del ácido valproico o la olanzapina (33), a pesar de que el litio sigue siendo el patrón de uso en el trastorno bipolar. De hecho, fue permitido por la FDA solo a partir de 1970 para el

tratamiento de la manía aguda y de 1974 como profiláctico del trastorno bipolar (12).

Ansiolíticos e hipnóticos

• Síndrome de dependencia

Las BZD constituyen uno de los grupos de medicamentos más prescritos en la práctica psiquiátrica desde los inicios de la misma y desde hace muchos años se polemiza sobre el desarrollo de un síndrome de dependencia respecto a las mismas. Sin embargo, este fenómeno no se da en la mayor parte de los pacientes que las consumen y menos aún si siguen las pautas terapéuticas prescritas. La mayoría de los individuos a los que se las prescriben no encuentran que los efectos de las BZD les resulten placenteros y por consiguiente no suelen tener problemas relevantes, siempre que su retirada se haga de manera muy lenta y paulatina. Como señalan Saiz e Ibáñez (34): "...se ha desatado un amplio debate sobre el riesgo de dependencia y tolerancia a las BZD. En realidad, no se ha podido demostrar de forma clara un efecto de tolerancia respecto a su efecto ansiolítico, aunque sí se desarrolla para los efectos adversos y para su acción hipnótica. La dependencia física es un riesgo real cuando se emplean durante períodos prolongados y a dosis altas, lo que condicionará la retirada del tratamiento que debe realizarse de forma gradual para evitar la aparición de síntomas de abstinencia. El abuso y la escalada de dosis se produce casi exclusivamente en sujetos con historia previa de otras drogodependencias, en los que se deberían plantear otras opciones terapéuticas..." (Pág. 576).

De hecho, algunos autores consideran que el riesgo adictivo de las BZD y, antes de ellas, del meprobamato, fue una construcción de la FDA que carecía de cualquier base científica y que fue décadas después aprovechada para desplazar a estos fármacos en la promoción de los ISRS (35).

Parece, pues, que las dos variables más estrechamente ligadas clásicamente a la posibilidad

de una dependencia serían la prescripción de dosis altas de estos fármacos y el mayor tiempo de consumo (34,36), si bien no se ha determinado aún fiablemente cuál es la "barrera" de tiempo de consumo, ni la dosis pormenorizada de cada fármaco en particular a partir de la cuál se desarrollaría dependencia.

Se han descrito, por tanto, poblaciones especialmente proclives al desarrollo de una dependencia y estas serían principalmente las siguientes (37):

- Politoxicómanos que también consumen BZD por su cuenta o a dosis más altas de las prescritas.
- Alcohólicos que abusan de las BZD que se les ha prescrito para el tratamiento de la ansiedad crónica o el insomnio.
- Pacientes comúnmente con depresión, insomnio o trastornos de pánico, a los que se les han prescrito dosis altas de BZD o durante períodos de tiempo prolongados, si bien no es infrecuente que aumenten ellos las dosis por su cuenta ante la presencia de sintomatología que no toleran.

• El curioso caso del triazolam

En 1977 irrumpió en el mercado mundial un hipnótico denominado triazolam, que pronto se convirtió en el fármaco más prescrito mundialmente para combatir el insomnio. Se comercializó en España en 1979 y se recomendaban dosis diarias de hasta 1 mg. Pocos meses después, tras recibirse numerosas notificaciones adversas, algunos países (Holanda) retiraban el producto, mientras otros lo hacían solo con las presentaciones de dosis más altas del mismo. A pesar de todo, en 1983 se comercializó en los EE.UU. tras la aprobación de la FDA. y en 1990 se reintrodujo en Holanda a dosis menores (0,25 y 0,125 mg.). En 1991, en EE.UU., una paciente que mató a su madre a tiros fue absuelta porque los psiquiatras certificaron que había actuado bajo los efectos de dicho fármaco. Esa misma mujer contrademandó después al fabricante del producto y durante el proceso se mostró que el laboratorio había



ocultado pruebas en los protocolos de algún ensayo clínico precomercialización. Posteriormente, el triazolam se retiró en varios países, mientras que en otros - entre ellos, España -, se mantuvo en el mercado a dosis muy bajas del fármaco (0,125 mg.), que han llegado hasta nuestros días (38).

Tras toda esta rocambolesca historia hay que preguntarse varias cuestiones. Entre ellas:

- ¿Por qué la FDA aprueba su comercialización en 1983, si ya desde 1979 existían numerosas comunicaciones de efectos adversos que llevaron a la retirada del producto en Holanda y a la disminución de dosis en otros países?
- ¿Por qué se mantiene el producto en el mercado en varios países, entre ellos España, aunque sea a dosis menores?
- ¿Las reacciones adversas severas fueron solo producto de dosis altas o de mecanismos de tipo hipersensibilidad? (En este caso, lo mismo pudiera suceder con dosis bajas).
- ¿Se controlaron todas las variables intervinientes en las reacciones adversas severas?. Por ejemplo, ¿Se valoró si los pacientes habían consumido alcohol, mezclaban el producto con otros fármacos sedantes o autorregulaban las dosis a su criterio, mientras se medicaban con triazolam?. Todos estos factores han sido, clásicamente, descritos como factores de riesgo en los secundarismos de los hipnóticos.

Reflexiones finales

Con lo expuesto hasta ahora hemos pretendido, quizá de una manera un tanto “apasionada” y probablemente influida por el uso diario que hacemos de los psicofármacos, una defensa del uso general de estos productos, frente a los posibles inconvenientes asociados a los mismos y especialmente frente al dislate de dejar una enfermedad grave a su libre evolución, sin tratamiento psicofarmacológico.

Pero, sobre todo, hemos querido llamar la atención sobre el riesgo de atribuir de manera inequívoca un secundarismo a un fármaco concreto, sin haberse controlado en los estudios un sinnúmero de variables intervinientes en el proceso que muestre la asociación uso del fármaco/efectos secundarios. A punto de acabar este trabajo y en relación a lo que estamos comentando, leemos la publicación de un estudio en el que se concluye que “dejar de fumar aumenta el riesgo de padecer diabetes” (39). El trabajo analiza a 10.892 adultos de edad media que no tenían diabetes entre 1987 y 1989. Los pacientes fueron sometidos a seguimiento durante más de 17 años y se estudiaron en intervalos regulares los datos sobre el estado de diabetes, niveles de glucosa y el peso. Los investigadores sospechan que el riesgo elevado de diabetes en estos sujetos se debe al peso que ganan tras renunciar al tabaco, lo cual parece -en principio- una hipótesis razonable, pero insuficiente aún para establecer una relación de causa/efecto inequívoca y harán falta más estudios sobre el tema. Baste recordar que otros trabajos asocian el hecho de fumar, con el riesgo de desarrollar diabetes y no encuentran problemas de aumento de riesgo -sino todo lo contrario- si se deja de fumar (40).

Finalmente, entendemos que las enfermedades psiquiátricas y los psicofármacos padecen un estigma que redundará en un flaco favor a los enfermos y sus familiares.

En la Tabla 1 hemos pretendido mostrar que numerosos efectos secundarios relacionados con los medicamentos lo están, no solo con los psicofármacos, sino con otros muchos fármacos, como es lógico que así sea. Pero no creemos que se les dispense el mismo trato a unos y otros -aunque produzcan efectos similares- tanto por la sociedad en general, como por muchos estamentos sanitarios.

Tabla 1. Algunos efectos adversos relacionados tanto con los psicofármacos, como con fármacos de uso no psiquiátrico (I)

Efecto adverso	Psicofármacos más relacionados	Otros fármacos más relacionados
Accidente cerebrovascular en Demencias	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos atípicos 	<p>Acenocumarol, Ácido acetilsalicílico, Anticolinérgicos, Antihipertensivos, Antiinflamatorios no esteroideos, Betabloqueantes, Corticoides, Clopidogrel, Heparina, Hormonas tiroideas, Pergolida, Simpaticomiméticos, Warfarina</p>
Afectación cardiaca	<ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos tricíclicos - Ciertos Antipsicóticos (Clozapina, Levomepromazina, Sertindol, Ziprasidona) - Litio 	<p>Anticolinérgicos, Astemizol, Atropina, -Cabergolina, Cisaprida, Digitálicos, Doxorubicina, Ergotamina, Fluoroquinolonas, Guaditidina, Halofantrina, Hormonas tiroideas, Levacetimetadol, Levodopa, Macrólidos, Pentamidina, Pergolida, Probucof, Procaína, Procainamida, Propranolol, Rosiglitazona, Simpaticomiméticos, Teofilina, Terfenadina, Vasopresina</p>
Afectación renal	<ul style="list-style-type: none"> - Litio - Carbamazepina - Clozapina - Topiramato 	<p>Aciclovir, Ácido acetilsalicílico, Alopurinol, Amoxicilina-clavulánico, Analgésicos opiáceos, Anticonceptivos orales, Antiinflamatorios no esteroideos, Ciprofloxacino, Corticoides, Bromocriptina, Digoxina, -Ergotamina, Inhibidores de la bomba de protones, Inhibidores de la ECA, Metamizol, Metotrexate, Paracetamol, Penicilamina, Sales de magnesio, Sales de oro, Tiazidas, Topiramato</p>
Afectación respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiolíticos e hipnóticos benzodiazepínicos - Clometiazol 	<p>Ácido acetilsalicílico, Amiodarona, Analgésicos opiáceos, Anestésicos, Antagonistas del calcio, Antiinflamatorios no esteroideos, Betabloqueantes, Bleomicina, Ciclosporina A, Corticoides, Daunorubicina, Doxorubicina, D-penicilamina, Estreptomina, Estrógenos, Gentamicina, Levodopa, Metisergida, Metotrexate, Neomicina, Nitrofurantoina, Procainamida, Quinidina, Sales de oro</p>
Alteraciones dermatológicas importantes	<ul style="list-style-type: none"> - Acido valproico - Antipsicóticos fenotiazínicos - Lamotrigina - Carbamazepina 	<p>Ácido acetilsalicílico, Alopurinol, Amoxicilina-clavulánico, Ampicilina, Antiinflamatorios no esteroideos, Cimetidina, Corticoides, Cotrimoxazol, Dapsona, Dextrometorfano, Difenhidantoina, Diltiacem, Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Hidralacina, Isoniazida, Metotrexate, Nifedipino, Penicilinas, Quinidina, Sales de oro, Sulfamidas, Tetraciclinas, Trimetoprim-sulfametoxazol, Vancomicina, Vigabatrina, Zidovudina</p>



Tabla 1. Algunos efectos adversos relacionados tanto con los psicofármacos, como con fármacos de uso no psiquiátrico (11)

Efecto adverso		Psicofármacos más relacionados	Otros fármacos más relacionados
Discrecias sanguíneas	- Carbamazepina - Clozapina - Mirtazapina	Acenocumarol, Antiparkinsonianos, Antiepilepticos, Ácido acetilsalicílico, Cloranfenicol, Fluorouracilo, Metotrexate, Penicilinas, Sales de oro, Sulfonamidas, Tiafenicol	
Disfunción sexual	- Antidepresivos: (SRS, heterocíclicos, ISRSN) - Antipsicóticos típicos y atípicos - Alprazolam - Buspirona - Clonazepam - Diacepan - Ketazolam	Acido aminocaproico, Analgésicos opiáceos, Antagonistas del calcio, Atropina, Baclofeno, Betabloqueantes, Carbegolina, Cimetidina, Clonidina, Corticoides, Dicumarol, Digoxina, Diuréticos, Esteroides anabolizantes, Estrógenos, Ganciclovir, Hidralazina, Inhibidores de la ECA, Levodopa, Metidopa, Pravastatina, Prazosina, Ritonavir, Simvastatina, Tamoxifeno	
Hepatotoxicidad	- Acido valproico - Antipsicóticos - Antidepresivos - BZD - Carbamazepina	Acenocumarol, Acido acetilsalicílico, Amiodarona, Amoxicilina-clavulánico, Analgésicos opiáceos, Anticonceptivos orales, Antiepilepticos, Antiinflamatorios no esteroideos, Anticolinérgicos, Benzbromarona, Cloxacilina, Corticoides, Dicloxacilina, Eritromicina, Felbamato, Flucloxacilina, IECA, Inhibidores de la bomba de protones, Ketoconazol, Metildopa, Metformina, Metotrexate, Nitrofurantoina, Penicilinas, Paracetamol, Rifampicina, Sulfonamidas, Tacrina, Tetraciclina, Tolcapona, Troleandomicina, Varios productos de fitoterapia.(Consuelda, Cimicífuga racemosa, Muérdago, Poleo, Sasafra, Senecio, etc), Warfarina	
Hipertensión arterial	- Venlafaxina - Duloxetina	Analgésicos con cafeína, Anticonceptivos orales, Antiinflamatorios no esteroideos, Ciclosporina, Corticoides, Descongestivos nasales con simpaticomiméticos, Eritropoyetina recombinante, Fitoterapia (Ginseng, Regaliz), Ketamina, Metoclopramida, Mineralcorticoides, Sibutramina, Triptanes	
Obesidad	- Ácido valproico - Antidepresivos heterocíclicos - Antidepresivos ISRS - Antipsicóticos atípicos (salvo ziprasidona y aripiprazol) - Antipsicóticos típicos (en menor grado que los típicos) - Litio	Antiandrogénos,Anticonceptivos, Anti diabéticos orales, Corticoides	
Pancreatitis	Ácido valproico	Azatioprina, Asparaginasa, Cimetidina, Didanosina, Diuréticos tiazídicos, Estrógenos, Furosemida, Mercaptopurina, Mesalazina, Metildopa, Olasalazina, Oxifenbutazona, Pentamida, Sulfamidas, Sulfazalazina, Sulfindaco, Tetraciclina	

Tabla 1. Algunos efectos adversos relacionados tanto con los psicofármacos, como con fármacos de uso no psiquiátrico (III)

Efecto adverso	Psicofármacos más relacionados	Otros fármacos más relacionados
Riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos ISRS - Carbamazepina -Lamotrigina - Pregabalina -Valproato 	Felbamat, Gabapentina, Interferon alfa, Levetiracetam, Oxcarbazepina, Pregabalina, Tiagabina, Zonisamida, Vareniclina, Rimonabant
Riesgo de Sd. de Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> - BZD -Clometiazol -Metilfenidato - Metadona - Zolpidem 	Analgésicos con cafeína, Analgésicos opiáceos, Esteroides anabolizantes/androgenizantes
Sd. Confusional	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos - Antidepresivos - BZD - Eutimizantes 	Aciclovir, Acido acetilsalicílico, Analgésicos opiáceos, Anfotericina-B, Anticolinérgicos, Antidiabéticos, Antiepilepticos, Antihistamínicos, Antiparkinsonianos, Cefoxitina, Ciclopentolato, Ciclosporina, Cimetidina, Cisplatino, Clindamicina, Clonidina, Cloroquina, Corticoides, Digoxina, Famotidina, Ganciclovir, Gentamicina, Hormonas tiroideas, Indometacina, Inhibidores de la ECA, Interferón alfa, Isoniazida, Levofloxacino, Metotrexate, Pergolida, Ranitidina, Tobramicina, Sales de oro, Sulfonamidas, Tiabendazol, Vincristina, Zidovudina
Sd. de Discontinuasión	<ul style="list-style-type: none"> -Antidepresivos ISRS y ISRSN - BZD - Zolpidem - Zopiclona 	Corticoides orales, nasales y tópicos, Inhibidores de la bomba de protones, Betabloqueantes, Antihipertensivos
Sd. Extrapiramidal	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos - Antidepresivos - Litio 	Antiparkinsonianos, Cleboprida, Cinarizina, Diltiazem, Flunarizina, Metoclopramida, Reserpina, Tetrabenazina
Sd. Hemorrágico	<ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos ISRS 	Acenocumarol, AcidoAcetilsalicílico, Antiinflamatorios no esteroideos, -Clopidogrel, Corticoides, D-penicilamina, Gingseng, Heparina, Nitrofurantoina, Warfarina
Sd. Metabólico	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos atípicos (salvo ziprasidona y aripiprazol) - Antipsicóticos típicos (en menor grado que los atípicos) - Carbamazepina 	Antipsorásicos retinoides, Antivirales inhibidores de la proteasa, Asparaginasa, Betabloqueantes, Ciclosporina, Clonidina, Corticoides, Diazóxido, Didanosina, Diuréticos tiazídicos, Encainida, Hormona del crecimiento, Isotretinoína, Nandrolona, Progestágenos, Salbutamol, Tamoxifeno, Teoflina
Sedación excesiva	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos - Antidepresivos - BZD - Clometiazol - Eutimizantes - Hipnóticos no benzodiazepínicos 	Alfa metildopa, Aciclovir, Analgésicos opiáceos, Anestésicos, Anticolinérgicos, Antihipertensivos, Antihistamínicos, Antiparkinsonianos, Betabloqueantes, Cicloserina, Cleboprida, Clofazimina, Clonidina, Didanosina, Flurazolidina, Ganciclovir, Interferon alfaI, Isoniazida, Mefloquina, Metoclopramida, Yodo



Correspondencia:

Luis Pacheco Yáñez. Psiquiatra
Red de Salud Mental de Bizkaia. Bilbao
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Correo electrónico: LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.net

Referencias bibliográficas

1. Aragües M^a. Uso de eutimizantes en el embarazo. En: Uso de psicofármacos en el embarazo y la lactancia (Medrano J, Zardoya M^a J y Pacheco L, editores). Badalona. Euromédice SL. 2009: 77-88.
2. Centro de Farmacovigilancia del País Vasco. Editorial: La relación de causalidad en farmacovigilancia. Aspectos prácticos a tener en cuenta. Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco. Hospital de Galdakao. Vizcaya. Boletín nº 17. Septiembre. 1999.
3. Baca E, Bernardo M, Giberte J, Roca M (Comité de Redacción). Psiquiatría News. ¿Todos producen diabetes? 2009; Nº 51. Septiembre: 7.
4. Skrabanek P, Mc Cormick J. Sofismas y desatinos en Medicina. Barcelona. Doyma SA. 1992.
5. VV.AA. Tratado de Psiquiatría. (Kaplan HI y Sadock BJ. Editores). Traducción de la 6^a ed. en inglés. Buenos Aires. Editorial Inter-Médica SAICI. 1997.
6. Andersohn F, Schade R, Suissa S, Garbe E. Long-term use of antidepressants for depressive disorders and the risk of diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 2009; 166:591-598. Publicado por AJP in advance el 1 de Abril. 2009.
7. Jindal RD. Long-term antidepressant use and risk for diabetes: Cause for concern and optimism. Letter. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(9): 1065-6.
8. Rubin RR, Ma Y, Marrero DG, Peyrot M, Barrett-Connor EL, Kahn SE y cols. Elevated depression symptoms, antidepressant medicine use, and risk of developing diabetes during the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2008; 31:420-6.
9. Knol MJ, Geerlings MI, Egberts ACG, Gorter KJ, Grobbee DE, Heerdink ER: No increased incidence of diabetes in antidepressant users. *Int Clin Psychopharmacol* 2007; 22:382-6.
10. Brown LC, Majumdar SR, Johnson JA: Type of antidepressant therapy and risk of type 2 diabetes in people with depression. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008; 79, 1:61-7.
11. Múgica Eizmendi MA. Riesgo de suicidio inducido por antidepresivos. En Tratado de Psicofarmacología. 2^a ed. (Salazar M, Peralta C y Pastor J, editores). Madrid. Panamericana. 2009:828-30.
12. FDA. En: <http://www.fda.gov> Accedido el 4-12-2009.
13. Escuela Andaluza de Salud Pública. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME) Consejería de Salud. 9-9-2008. En: www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/aetsa/pdf/AE%20PAC-r.pdf Accedido el 18-11-2009.
14. Pacheco L, Medrano J. (Editores). Uso autorizado de psicofármacos en España. Barcelona. Glosa. 2005.
15. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Agamed). Ministerio de Sanidad y Consumo. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota informativa:

- Vareniclina (Champix®): Revisión de la información de seguridad en Europa. Ref: 2008/01. 9 de Enero de 2008.
16. Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM. Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database. *BMJ* 2009;339:b3805, doi: 10.1136/bmj.b3805.
 17. Montejo AL y Majadas S. Disfunción sexual inducida por antidepresivos. En: En Tratado de Psicofarmacología. 2ª ed. (Salazar M, Peralta C y Pastor J, editores). Madrid. Panamericana.2009: 821-7.
 18. Pryor JL, Althof SE, Steidle C, Rosen RC, Hellstrom WJG, Shabsigh R, y cols. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 2006; 368: 929 – 937.
 19. Pacheco Yáñez L. Síndrome de discontinuación a antidepresivos. En Tratado de Psicofarmacología. 2ª ed. (Salazar M, Peralta C y Pastor J, editores). Madrid. Panamericana. 2009:831-35.
 20. Sanmartí A , Moreno B, Baca E, Esmatjes E, Rodríguez-Artalejo F, Salvador J y cols. Valoración y control del riesgo metabólico y cardiovascular en los pacientes con esquizofrenia. *Med Clin (Barc)*. 2006;127: 542-8.
 21. Bobes J, Saiz-Ruiz J, Bernardo M, Gutiérrez M, Bousño M, Sanjuan J, y cols. and on behalf of the Consensus Group of Experts in Physical Health in Patients with Schizophrenia. Consensus guideline for the evaluation of physical health in patients with schizophrenia. 15 th European Congress of Psychiatry. Madrid. Marzo 2007.
 22. Medrano Albéniz, J. El consenso norteamericano sobre efectos metabólicos de los antipsicóticos atípicos. Documentos O.M.E.-Asociados. Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. 2004. Disponible en: www.ome-aen.org/document.htm Accedido el 30-11-2009.
 23. Montejo AL, Majadas S, Martin N, Vega FN. Efectos secundarios endocrinos de los antipsicóticos: glucemia, peso y prolactina. En Guía GEOPTe 2005. (Bosño M, Gonzalez MA, Montejo AL, Mayoral F, Olivares JM; Ros S, Sanjuan J. (Grupo GEOPTe). Ed. Lilly. 2005: 325-67.
 24. Medrano J, Malo P, Uriarte JJ. Cardiotoxicidad por tioridazina. *NORTE de Salud Mental*. 2001; 4,11: 45-8.
 25. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Agemed). Ministerio de Sanidad y Consumo. Web en: www.aemps.es/ Accedido el 19-11-2009 y el 20-11-2009.
 26. Medrano Albéniz J. Visado para “Antipsicóticos atípicos. *NORTE de Salud Mental*. 2005; 22: 60-5.
 27. Pacheco L, Medrano J, Malo P, Etxebeste Mª, Aragües E. Uso de antipsicóticos en las psicosis y trastornos comportamentales asociados a Demencia. Revista electrónica Newsletter Psiquiatría Legal. Junio. 2004. Disponible en: www.psiquiatrialegal.org/newsletter9.pdf Accedido el 26-11-2009.
 28. Medrano J, Pacheco L. Uso no autorizado de psicofármacos. Revista electrónica Newsletter Psiquiatría Legal. Julio.2007. Disponible en: www.psiquiatrialegal.org/usonoautorizadopsicofarmacos.pdf Accedido el 30-11-2009.
 29. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Antipsicóticos clásicos y aumento de mortalidad en pacientes ancianos con demencia. Ref 2008/19, 28 de noviembre de 2008. Accedido el 7-12-2009. Disponible en: www.aemps.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/docs/NI_2008-19_antipsicoticos.pdf
 30. Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. El desarrollo de la clozapina y su papel en la conceptualización de la atipicidad psicótica. Primer Congreso Virtual de Psiquiatría. Psiquiatría.com. 1 de Febrero al 15 de



- Marzo de 2000. En: www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_d.htm
Accedido el 7-12-2009.
31. Elizondo Armendáriz JJ. Clozapina: Una visión histórica y papel actual en la esquizofrenia resistente al tratamiento. *Ars Pharm.* 2008; 49, 2:135-144.
 32. TxoriHerri Medical News. (Uriarte JJ, Malo P, Medrano J, Editores). Editorial: Clozapina y miocarditis. 4 de marzo de 2002. En: www.txoriherri.com/THMNews102.htm
Accedido el 7-12-2009.
 33. Tohen M, Greil W, Calabrese JR, Sachs GS, Yatham LN, Oerlinghausen BM y cols. Olanzapine versus lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder: A 12-month, randomized, double-blind, controlled clinical trial. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1281-90.
 34. Saiz J, Ibañez A. Trastornos de ansiedad. En: Manual de Terapéutica Médica. Rodés J, Carné X, Trilla A. (Directores). Barcelona. Masson SA. 2002:569-580.
 35. Shorter E. Before Prozac. The troubled history of mood disorders in Psychiatry. New York. Oxford University Press.2009.
 36. Ernguer JC, Padilla J, De la Fuente JA, De las Cuevas C, Sanz EJ. Dependencia a benzodiazepinas entre los consumidores habituales. *Psiquis.* 1999; 20, 4: 129-135.
 37. Torrens M. Dependencia de benzodiazepinas: Clínica y tratamiento. En: www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias5/Dependencia_de_benzodiazepinasx_clnca_y_tratamiento.pdf
Accedido el 7-12-2009.
 38. Institut Catalá de Farmacologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Butlletí Groc. La dudosa seguridad del triazolam. Octubre-Diciembre. 4,4: 13-18. 1991.
 39. Yeh H-C, Duncan BB, Schmidt M^{al}, Wang N-Y, Brancati FL. Smoking, smoking cessation, and risk for Type 2 diabetes mellitus. A cohort study. *Ann Intern Med* 2010;5, 152:10-17.
 40. Ko GTC y Cockram CS. Causa y efecto: Tabaquismo y diabetes. *Diabetes Voice.* Ed. Española. Número especial. 2005; 50:19-22.
 41. Centro de Farmacovigilancia del País Vasco. Efectos adversos causados por productos de origen natural. Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco. Hospital de Galdakao. Vizcaya. Boletín nº 11. Junio. 1995.
 42. VV.AA. Farmacología Humana. (Florez J. Director). 4^a ed. Barcelona. Masson SA. 2008.
 43. Cañigueral S, Vanaclocha B, Vila R. Principios fitoterapéuticos. En: En Tratado de Psicofarmacología. 2^a ed. (Salazar M, Peralta C y Pastor J, editores). Madrid. Panamericana.2009: 542-62.
 44. Malo P, Uriarte JJ y Medrano J. Trastornos psiquiátricos inducidos por no psicofármacos. En Tratado de Psicofarmacología. 2^a ed. (Salazar M, Peralta C y Pastor J, editores). Madrid. Panamericana.2009: 77-87.
 45. VV.AA. Medimecum. Guía de terapia farmacológica. L. F. Villa Alcázar (Director). Madrid. AdisWolters Kluwer Health Pharma Solutions España. 2009.

- Recibido: 8-2-10.
- Aceptado: 3-5-10.

Combinación de mirtazapina más duloxetina: Una opción para el tratamiento de depresiones resistentes

Jesús de la Gándara Martín.

Complejo Asistencial. Burgos.

Luis Agüera Ortiz.

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Emilio Rojo Rodés.

CASM-Hospital General de Granollers. Barcelona.

Salvador Ros Montalbán.

Hospital del Mar. Barcelona.

Honorio Hernández Herrero.

Complejo Asistencial. Burgos.

Resumen

Objetivo: Evaluar la utilidad y riesgos de la asociación de duloxetina más mirtazapina en el tratamiento de depresiones resistentes en condiciones de práctica clínica.

Metodología: Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, prospectivo y abierto que incluyó a 38 pacientes (22 mujeres, 16 hombres; edad media 52 años) con depresión resistente. Para evaluar la respuesta de eficacia se utilizó la ICG y la Escala de Hamilton de depresión, al inicio, al primer mes y a la finalización del seguimiento. Los efectos adversos aparecidos quedaron reflejados en el cuaderno de recogida de datos.

Resultados: Todos los pacientes habían tomado o estaban tomando otros tratamientos: 23,7% ISRS, 31,6% un AD dual (venlafaxina, mirtazapina, duloxetina), 34,2% un ADT, 10,5% una asociación de AD, así como BZD o antipsicóticos ocasionalmente. Al inicio del nuevo tratamiento se asoció mirtazapina en el 57,9%, o duloxetina 42,1%. La dosis habitual de mirtazapina fue 30 mg, mientras que las de duloxetina oscilaron entre 60 y 120 mg. El motivo para iniciar la nueva asociación fue en el 40,0% la resistencia total, en el 18,4% respuesta parcial, en el 31,6% síntomas asociados (ansiedad, insomnio, impulsividad). El tiempo de seguimiento osciló entre 4 y 49 semanas (media 23,1 semanas). La puntuación media del HAM-D al inicio fue 24,2 (DT=5,2), al primer mes 20,2 ($p<0.0001$), y en la última fue de 13,2 puntos ($p<0.0001$). Igualmente se observó una reducción significativa de la ICG el primer mes ($p<0,05$), y en la visita final ($p<0.0001$). Se observó respuesta clínica en 21 de los 38 casos (55%), y remisión (HAM-D igual o menos de 7 puntos) en 12 casos (31,5%). En el 52,6% no se observó ningún efecto adverso. En el resto se observaron algunos efectos adversos del tipo ansiedad-insomnio-inquietud, o bien sedación-cansancio-cefalea, que motivaron el abandono en el 18,4% de los casos.

Conclusiones: La asociación de mirtazapina con duloxetina se ha mostrado como una opción eficaz y segura en el abordaje terapéutico de depresiones resistentes, si bien debería ser adecuadamente controlada por la posibilidad de aparición de efectos adversos.

Palabras clave: Duloxetina. Mirtazapina. Asociación/combinación de antidepresivos. Depresión resistente.

Abstract

Objective: To evaluate the usefulness and risks of duloxetine and mirtazapine combination in the treatment-resistant depression in clinical practice conditions.

Methodology: We conducted a multicenter, observational, prospective, open study including 38 patients (22 women, 16 men, mean age 52 years) with treatment-resistant depression. To assess the efficacy response we used the ICG and the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17), at the beginning, the first month and at the end of follow up. Adverse events occurred were reflected in the data collection notebook.

Results: All patients had taken previously or were taking other antidepressants treatments: SSRI, 23,7%, a dual AD (venlafaxine, mirtazapine, duloxetine), 31,6%, a TCA, 34,2% and 10,5% an antidepressant, antipsychotics or BZD combination. Mirtazapine was associated in 57,9%, or duloxetine, 42,1% at the beginning of the new antidepressant treatment. Mirtazapine usual dose of mirtazapine was 30 mg and duloxetine was ranged from 60 to 120 mg. The reason to start the new combination was: no response to the treatment, 40,0%, partial response, 18,4% or associated symptoms (anxiety, insomnia, impulsivity) 31,6%. Study follow-up ranged from 4 to 49 weeks (mean 23,1 weeks). The average score of the HAMD-17 at baseline was 24,2 (SD = 5,2), the first month 20,2 ($p < 0,0001$), and the end of the study was 13,2 points ($p < 0,0001$). A significant score reduction was also observed at ICG in the first month ($p < 0,05$) and at the final visit ($p < 0,0001$). Clinical response was observed in 21 of the 38 cases (55%) and remission (HAMD-17 equal or less than 7 points) in 12 cases (31,5%). In 52,6% there was no adverse events observed. In the rest of the sample there were some adverse events such anxiety-insomnia-restlessness or sedation- fatigue-headache, which led to 18,4% of dropouts.

Conclusions: Mirtazapine and duloxetine combination has been shown as an effective and safe option at the therapeutic approach of treatment-resistant depression, although it should be adequately controlled by the possibility of adverse effects.

Keywords: Duloxetine. Mirtazapine. Association/combinación of antidepressants. Treatment-resistant depression.

Introducción

Las resistencias de las depresiones a una pauta de tratamiento antidepresivo regular -un fármaco, a dosis y tiempos apropiados- son muy frecuentes. Entre las estrategias más habituales y usadas en la actualidad para vencer dichas resistencias se encuentran las asociaciones o combinaciones de antidepresivos (AAD), con las que en general se logran altas tasas de respuesta o remisión sin grandes complicaciones (1-4).

Aun así hay casos resistentes a AAD, o que tras haber respondido a una determinada pauta terapéutica sufren recaídas o recidivas resistentes a esas mismas pautas. En esos casos los clínicos tienden a utilizar alternativas de segundo nivel, entre las que se encuentran las nuevas opciones de asociación o combinación con antidepresivos

de nueva introducción, como ocurre en nuestro país con escitalopram, duloxetina o bupropion.

Ahora bien, las pautas de asociación de estos fármacos, su eficacia y riesgos aun no han sido suficientemente analizadas, pese a que se utilicen de forma empírica. Una de ellas es la combinación de duloxetina con mirtazapina, de la que hasta ahora sólo se dispone de algunas comunicaciones breves.

La primera de ellas (5) fue a propósito de un caso de una paciente con depresión y un linfoma en remisión, que a las 6 semanas de iniciar un tratamiento con mirtazapina más duloxetina y tras un incremento de la dosis de ésta presentó ictericia marcada y fallo hepático fulminante. Este caso supuso una seria advertencia sobre la utilización

de dicha asociación, sobre todo cuando en la vigilancia postcomercialización de este fármaco se había detectado casos aislados de ictericia colostática e incrementos de transaminasas, de hasta 20 veces sobre lo normal en pacientes con hepatopatías crónicas.

La segunda (6) fue una mujer de 83 años que con trastorno depresivo severo sin respuesta a diversos antidepresivos, solos o en asociación. Tras dos semanas de retirada del tratamiento previo (citalopram, risperidona, levomepromazina, bromazepam), se inició escitalopram (20 mg/día) más mirtazapina (30 mg/día), sin ninguna mejoría, por lo que se retiró escitalopram y se añadió duloxetina (30 mg/día), observándose una respuesta parcial, por lo que al mes se aumentó a 60 mg/día. Con este tratamiento se observó una mejoría global del cuadro clínico, con remisión de las alteraciones del estado de ánimo, desaparición de la ideación autolítica, y mejoría de la ansiedad, el insomnio y la actividad. Durante el seguimiento se realizaron sucesivas exploraciones, incluyendo tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, ECG y analítica (Hematimetría, bioquímica y estudio tiroideo), que no mostraron alteraciones significativas.

Asimismo se ha informado de la opción de combinar duloxetina con bupropión, y duloxetina con reboxetina con resultados favorables y escasos riesgos (6-8).

Así pues, y dado que desde un punto de vista clínico la asociación mirtazapina más duloxetina podría representar una nueva alternativa terapéutica, hasta ahora no bien estudiada, decidimos realizar el presente estudio, mediante un seguimiento naturalista, multicéntrico y abierto, de 38 pacientes tratados con dicha asociación en la práctica clínica cotidiana.

Metodología

Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, prospectivo y abierto en condiciones de práctica clínica normal, sobre 38 pacientes, 22 mujeres y 16 hombres con diferentes tipos de depresiones resistentes a al menos una pauta de tratamiento antidepresivo previo, a dosis y tiempos correctos.

Las variables utilizadas como criterio de evaluación fueron la Escala de Depresión de Hamilton

(HAM-D, 17 ítems) y la ICG gravedad (7 niveles) que se evaluaron al inicio del tratamiento, al primer mes y al final del estudio. Se evaluó igualmente como criterio de respuesta la reducción del 50% en la puntuación inicial, tanto del HAM-D, como de la ICG. El resto de variables consideradas fueron sexo, edad, tiempo total del tratamiento en semanas, diagnósticos Eje I (distintas clases de depresiones resistentes agrupadas en TDM simples y TDM comórbidos), Eje II (si tenían algún diagnóstico o no), Eje III (si tenían alguna condición médica o no), tratamiento previo, primer AD utilizado; segundo AD, dosis de MTZ inicial y final, dosis de duloxetina inicial y final, otros fármacos asociados, motivo para indicar la asociación, efectos adversos, intensidad y duración de los mismos, abandono del tratamiento y motivo del abandono. Todas ellas se trataron como variables numéricas para simplificar el estudio las dosis de MTZ y duloxetina y las puntuaciones ICG.

Se describen las variables con un recuento de frecuencias y porcentajes. En el análisis de las puntuaciones sucesivas en el test de HASM-D e ICG se empleó la prueba T para muestras relacionadas, tal como la computa el paquete SPSS.

Resultados

La muestra final estudiada estuvo compuesta por 38 casos; 22 mujeres y 16 hombres. La edad oscilaba entre los 22 y 85 años, con una media de 51,9 años y una DT de 21,9.

Diagnósticos

EJE-I: Todos presentaban algún trastorno dentro de las categorías DSM-IV-TR de patología afectiva (Tabla II). Concretamente, se podrían agrupar en:

- a. Trastorno depresivo mayor (TDM) sin especificaciones; TDM episodio único; TDM recidivante de gravedad leve o moderada y un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y depresión: 14 pacientes (36,8%).
- b. TDM recidivante grave no psicótico: 7 pacientes (18,4%).
- c. TDM psicótico: 4 pacientes (10,5%).
- d. Trastorno distímico: 4 pacientes (10,5%).
- e. Trastorno afectivo por uso de sustancias o debido a enfermedad: 3 pacientes (7,9%).

f. Trastornos depresivos comórbidos u otros: 6 pacientes (15,8%). (2 casos de TDM + TOC; 1 caso de TDM + hipocondría; 1 caso de TDM + deterioro cognoscitivo; 1 caso de TDM + trastorno distímico y 1 caso de trastorno por estrés postraumático).

g. Simplificando aun más, podrían agruparse en TDM típicos, 21 casos (55,3%); y TDM comórbidos y otros, 17 casos (44,7%).

EJE II: Doce personas (31,6%) tenían un diagnóstico de personalidad frente a 26 (68,4%) que no lo tenían.

EJE III: En 9 casos (23,7%) se detectó alguna condición física anómala, como hipertensión arterial, diabetes, hiperlipemia, insuficiencia cardíaca, neurocirugía previa, ictus, síndrome vascular cerebral, artrosis, dolor, fatiga crónica mientras que en las 29 restantes (76,3%) no se apreciaban (Tabla I).

Tabla 1. Diagnósticos DSM-IV-TR

Variables	Número	Porcentaje (%)
Diagnóstico Eje I		
TDM/ Único/Adaptativo	14	36,8
TDM Recidivante grave, no psicótico	7	18,4
TDM psicótico	4	10,5
T. distímico	4	10,5
T. afectivo orgánico/sustancias	3	7,9
Comórbido/ Estrés Postraumático	6	15,8
Diagnóstico Eje I agrupado		
TDM	21	55,3
TDM Comórbido/ Otros	17	44,7
Eje II		
Sí	12	31,6
No	26	68,4
Eje III		
Sí	9	23,7
No	29	76,3

Tratamientos

Tratamiento previo: Trece casos (34,2%) tenían prescrito un ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopran, escitalopran); 12 (31,6%) tomaban un antidepresivo dual (venlafaxina, mirtazapina, duloxetina) y 13 (34,2%) tenían otros antidepresivos (ADT: clomipramina, amitriptilina) o asociaciones de varios de ellos o de AD con BZD o con AP. Estos tratamientos fueron retirados por insuficiente respuesta o mala tolerancia, salvo en el caso de que estuvieran tomando cualquiera de los fármacos objeto del estudio actual (tabla II).

Tratamiento asociado: El tiempo total de tratamiento con las asociaciones prescritas osciló entre las 4,4 y 49,4 semanas con una media de 23,1 semanas y una DT de 12,3. En el 57,9% de los

casos (22 sujetos) el primer antidepresivo asociado fue mirtazapina y en el 42,1% (16 casos) lo es duloxetina. Como segundo antidepresivo utilizado se obtienen los casos y porcentajes complementarios a éstos (Tabla III).

Mirtazapina: La dosis media inicial fue de 30,79 mg/día. En el 76,3% de los casos (29 sujetos) se comenzó con 30 mg/d de MTZ; en 10,5% (4 casos) se comenzó con 15 mg/d; en otros 4 casos (10,5%) con 45 mg/d y sólo en 1 caso (2,6%) con 60 mg/d (Tabla III). En el reajuste final de la dosis la media en mg/d resultó ser de 29,19 (Tabla I): En 4 casos persiste la dosis de 15 mg/d; al grupo de 30 mg/d emigran dos casos para llegar hasta 31 sujetos (81,6%); en 45 mg/d continúan 2 (5,3%) de los cuatro iniciales y el único de 60 mg/d desaparece.

Duloxetina: La dosis media de duloxetina inicial fue de 66,32 mg/d (Tabla I). El 65,8% de los casos (25 sujetos) inician el tratamiento de duloxetina con 60 mg/d; un 13,2% (5 casos) con 30 mg/d, un 7,9% (3 casos) con 90 mg/d y otro 13,2% (5 casos) con 120 mg/d. (Tabla III). La dosis media final de duloxetina fue de 70 mg/d (Tabla I). Dieciséis casos (42,1%) persisten en 60 mg/d; 7 (18,4%) en 30 mg/d; otros 7 (18,4%) en 90 mg/d y 6 (15,8%) pasan en 120 mg/d.

Otros fármacos asociados: En 13 casos (34,2%) no se asociaron otros fármacos; en otros 13 (34,2%) se prescribió una BZD (alprazolam, benzotazepam, lorazepam, lormetazepam, diazepam, clorazepato dipotásico); en 6 casos (15,8%) se añadió un antipsicótico (quetiapina, olanzapina); en 4 (10,5%) un eutimizante (gabapentina, pregabalina, topiramato); en 2 (5,3%) se asocianon dos psicofármacos más (lorazepam+risperidona y topiramato+quetiapina).

Tabla 2. Tratamientos previos y descripción de las asociaciones empleadas

VARIABLES	Número	Porcentaje (%)
Tratamiento previo agrupado		
ISRS	13	34,2
Duales	12	31,6
ADT/ Asociaciones	13	34,2
Primer AD utilizado		
Mirtazapina	22	57,9
Duloxetina	16	42,1
Segundo AD utilizado		
Duloxetina	22	57,9
Mirtazapina	16	42,1
Dosis MTZ inicial		
15 mg/d	4	10,5
30 mg/d	29	76,3
45 mg/d	4	10,5
60 mg/d	1	2,6
Dosis MTZ final		
15 mg/d	4	10,5
30 mg/d	31	81,6
45 mg/d	2	5,3
Missing	1	2,6
Dosis duloxetina inicial		
30 mg/d	5	13,2
60 mg/d	25	65,8
90 mg/d	3	7,9
120 mg/d	5	13,2
Dosis duloxetina final		
30 mg/d	7	18,4
60 mg/d	16	42,1
90 mg/d	7	18,4
120 mg/d	6	15,8
Missing	2	5,3
Otros fármacos asociados		
BZD	13	34,2
Eutimizantes	4	10,5
Antipsicóticos	6	15,8
Asociaciones varias	2	5,3
Ninguno	13	34,2

Tabla 3. Tratamientos (medias de dosis y tiempo)

Variables	Media	DT	Mediana	Mínimo	Máximo
Dosis MTZ inicial (mg/d)	30,8	8,5	30,0	15,0	60,0
Dosis MTZ final (mg/d)	29,2	6,1	30,0	15,0	45,0
Dosis Duloxetina inicial (mg/d)	66,3	25,3	60,0	30,0	120,0
Dosis Duloxetina final (mg/d)	70,0	29,6	60,0	30,0	120,0
Tiempo de tratamiento (semanas)	23,1	12,3	19,8	4,4	49,4

Respuesta clínica

Cambio en HAM-D: La puntuación media en el HAM-D al inicio del tratamiento fue de 24,24 con una DT de 5,2 (min 18, max 38). La puntuación tras el primer mes había descendido a 20,24 con una DT de 7,7 (min 9, max 40), y al final fue de 13,29 con una DT de 6,3 (min 5, max 29) (Tabla IV y V).

Cambio en ICG de gravedad: La puntuación media de la ICG-g inicial fue de 5,03; o dicho de otra forma, en 13 casos (34,2%) la ICG-g inicial fue de 4; en 11 (28,9%) de 5 y en 14 (36,8%) de 6. (Tabla IV). Al primer mes de tratamiento la puntuación media de la ICG-g descendió a 4,16, es decir, en 2 (5,3%) fue de 1; en 4 (10,5%) de 3; en 16 (42,1%) de 4; en 10 (26,3%) de 5 y en 5 (13,2%) de 6. Al finalizar el estudio la ICG-g media fue de 2,75; es decir, en 6 (15,8%) fue de 1; en 12 (31,6%) de 2; en 5 (13,2%) de 3; en 7 (18,4%) de 4; en 4 (10,5%) de 5 y en 1 (2,6%) de 6 (Tabla IV y V).

Análisis de las respuestas observadas (HAM-D; ICG-g)

HAM-D: Como vimos la puntuación media en el HAM-D bajó significativamente desde el inicio del tratamiento al primer mes ($T=3,91$; $P=0,000$), y desde este al final ($T=5,90$; $P=0,000$). Este cambio no se relacionó significativamente con variables como la edad, el sexo, el grupo diagnóstico, la presencia de comorbilidad, o la existencia de algún diagnóstico en eje II o eje III. Tampoco con el AD prescrito en primer lugar (mirtazapina o duloxetina), ni con los tratamientos previos o con la duración total del tratamiento (Tabla IV-V).

Por el contrario las dosis iniciales de MTZ son más altas a puntuaciones mayores de HAM-D tanto al inicio ($F=3,55$; $P=0,025$), como al primer

mes ($F=5,94$; $P=0,006$), pero no al final del estudio. Lo mismo ocurre con las dosis duloxetina, tanto iniciales ($F=4,39$; $P=0,010$) como al primer mes ($F=4,76$; $P=0,007$), pero no al final del estudio, lo que sugiere que a mayor gravedad se usan dosis mayores de fármacos.

Asimismo, la puntuaciones de HAM-D al primer mes y finales son mayores en los que abandonan el tratamiento tienen unas puntuaciones Hamilton al primer mes y al final de estudio que los que no abandonan ($T=2,72$; $P=0,01$; $T=6,04$; $P=0,000$).

Por su parte la existencia de efectos adversos no se relaciona con las puntuaciones iniciales en el HAM-D, pero sí con las obtenidas al primer mes ($F=2,96$; $P=0,046$) y al final del estudio ($F=3,87$; $P=0,018$).

ICG-G: El descenso observado de las puntuaciones medias de la ICG-g fue significativo tanto al primer mes ($T=3,59$; $P=0,001$) como al final del estudio ($T=6,95$; $P=0,000$). En el resto de contrastes los cambios observados fueron superponibles a los del HAM-D. Como variable categorial la **ICG-g inicial** presenta grados 4, 5 y 6, es decir indicativos de la elevada gravedad del cuadro clínico al inicio. Al **primer mes** los valores se desplazan en general hacia grados de menor gravedad. Las diferencias, salvando la escasez de componentes estarían en el límite de la significación (Chi cuadrado=17,85; $P=0,058$). Entre la ICG-g al primer mes y la final ocurren los mismos fenómenos pero más acentuados (Chi cuadrado =84,85; $P=0,000$) Las relaciones de la ICG-g con otras variables las ICG-g son difíciles de explorar ya que se dispersan excesivamente los componentes entre los diversos grados de gravedad (Tabla IV-V).

Tabla 4. Descripción de las variables cuantitativas de respuesta

Variables	Media	DT	Mediana	Mínimo	Máximo
HAM-D inicial	24,2	5,2	23,0	18,0	38,0
HAM-D 1º mes	20,2	7,7	18,0	20,0	40,0
HAM-D final	13,3	6,3	12,0	5,0	29,0
ICG-g inicial	5,0	0,9	5,0	4,0	6,0
ICG-g 1º mes	4,2	1,3	4,0	0,0	6,0
ICG-g final	2,7	1,5	2,0	0,0	6,0

Tabla 5. Diferencias entre evaluaciones sucesivas de HAM-D e ICG-g

Variables	Diferencia de medias	DT	Prueba	Signif.
HAM-D inicial vs 1º mes	4,00	6,31	T=3,91	P=0,000
HAM-D 1º mes vs final	6,95	7,26	T=5,90	P=0,000
HAM-D inicial vs final	10,95	7,98	T=8,46	P=0,000
ICG-g inicial – 1º mes	0,87	1,49	T=3,59	P=0,001
ICG-g 1º mes – final	1,36	1,18	T=6,95	P=0,000
ICG-g inicial – final	2,22	1,73	T=7,73	P=0,000

Tolerabilidad y seguridad

Efectos adversos: En 20 casos (52,6%) no se detectaron efectos adversos significativos. En segundo lugar se observaron efectos de tipo “adrenérgico” (ansiedad, insomnio, inquietud, irritabilidad, sudoración, etc.) en 9 pacientes (23,6%). El resto de los efectos adversos observados fueron de menor frecuencia e intensidad, destacando los de tipo mareo, cansancio, somnolencia o cefalea en otros 8 pacientes (21,1%). El resto de los efectos adversos observados se recogen en la Tabla VI.

La intensidad de los efectos adversos en una escala de 1 a 7 varió entre 2 y 6 para cada efecto individual, siendo el valor 3 el más repetido (16 veces), seguido del 4 (9 veces). La duración media de los efectos adversos fue de 8,15 semanas con una DT de 4,3.

Abandono del tratamiento: Siete casos (18,4%) abandonaron el tratamiento a lo largo de estudio (Tabla VI). Los dos motivos importantes fueron efectos adversos y falta de eficacia.

Tabla 6. Efectos adversos; abandono del tratamiento

Variables	Número	Porcentaje (%)
Ningún efecto adverso	20	52,6
Algún efecto adverso	18	47,4
Tipos		
Ansiedad	8	21,7
Sudoración	4	10,5
Mareos	4	10,5
Insomnio	4	10,5
Aumento de peso	4	10,5
Somnolencia	3	7,8
Sequedad de boca	3	7,8

VARIABLES	Número	Porcentaje (%)
Temblor	2	5,2
Nauseas	2	5,2
Irritabilidad	1	2,6
Inquietud	1	2,6
Cefalea	1	2,6
Cansancio	1	2,6
Anorgasmia	1	2,6
Abandono del tratamiento		
Sí	7	18,4
No	31	81,6

Seguridad: Durante el seguimiento de los casos se realizaron las exploraciones clínicas de rutina, incluyendo exploraciones somáticas, EEG y pruebas analíticas, en las que en ningún caso se detectó ninguna anomalía clínica relevante. Adicionalmente en 11 pacientes (28,9%) en los que se estimó algún tipo de factor de riesgo o comorbilidad somática, se realizaron exploraciones analíticas al comienzo y al final del tratamiento, incluyendo hematimetría, bioquímica y pruebas hepáticas, no observándose tampoco ninguna alteración significativa.

Discusión

Según los datos que presentamos, parece que la asociación de mirtazapina con duloxetina podría representar una nueva alternativa terapéutica en casos de depresión resistente.

Se trata de dos fármacos que podrían promover una potenciación farmacodinámica, al sumar dos mecanismos de acción diferentes, sobre dos sistemas de neurotransmisión diferentes: adrenérgico y serotoninérgico. Duloxetina es un bloqueador inhibitorio potente y equilibrado del transportador presináptico de serotonina y noradrenalina. Por su parte mirtazapina aumenta la actividad de las neuronas centrales noradrenérgicas y serotoninérgicas mediante el bloqueo de los autorreceptores y heterorreceptores adrenérgicos α_2 , antagonizando los receptores postsinápticos 5-HT₂ y 5-HT₃, impidiendo que el exceso sináptico de serotonina de lugar a efectos adversos serotoninérgicos. Por lo tanto hay razones farmacodinámicas para pensar que su uso asociado puede potenciar la neurotransmisión 5HT y NA, más de la que teóricamente se hubiese logrado mediante la utilización de un antidepresivo "dual" potente por sí solo.

Desde el punto de vista farmacocinético no es presumible que ninguno de ambos fármacos interactúe con el otro, por lo que a este nivel no habría, al menos teóricamente, y a expensas de estudios más específicos, inconvenientes para asociarlos.

Según nuestras observaciones una respuesta clínica satisfactoria se alcanzó en 21 de los 38 casos (55%), lográndose una remisión clínica (HAM-D igual o menos de 7 puntos) en 12 casos (31,5%); o bien una ICG-g de 2 o menos en 18 casos (47 %).

La respuesta fue independiente de las mayoría de las variables demográficas y clínicas (tipo de diagnóstico, comorbilidad, ejes II y III, gravedad inicial de los casos, etc.).

No se observó relación con el hecho de que el inicio de la asociación se haga con uno o con otro fármaco, ni con los tratamientos previos. Tampoco hubo una relación clara de la respuesta final con la duración del tratamiento. Las dosis con las que se inicia y realiza el tratamiento tienen más que ver con la gravedad inicial, que con otras características clínicas o de respuesta. Igualmente el hecho de usar otros fármacos asociados (antipsicóticos, combinaciones varias de fármacos y eutimizantes, etc.) vino determinado por las peculiaridades clínicas y la gravedad inicial de los casos, pero tampoco se relacionó con la respuesta final.

En cuanto a la tolerabilidad destacan los casos en los que se presentan varios efectos adversos juntos, generalmente de tipo adrenérgico o serotoninérgico, y menos casos que sufren síntomas aislados, como ansiedad, insomnio, aumento de

peso, somnolencia, etc. En general las observaciones de respuesta y remisión tienden a ser peores en los pacientes en los que se observa algún tipo de intolerancia. Asimismo los abandonos del tratamiento se relacionan esencialmente con los efectos adversos (7 de 38 casos), y en cuatro de ellos no hubo una respuesta clínica relevante a lo largo del seguimiento. Finalmente, y aunque no se ha realizado un estudio sistemático de la seguridad somática, los datos disponibles de analíticas y otras exploraciones físicas no han revelado problemas significativos. Ningún caso tuvo que ser suspendido por este motivo.

En definitiva, según nuestras observaciones, y a falta de estudios clínicos controlados, parece que la asociación de mirtazapina más duloxetina

puede ser útil en algunos casos de depresión con mala respuesta previa a otros tratamientos, incluyendo asociaciones de antidepresivo u otros fármacos.

En nuestra experiencia no ha planteado problemas graves de tolerabilidad y ninguna caso de riesgo para la seguridad clínica, si bien la presencia de efectos adversos en casi la mitad de los pacientes (18 de 38 casos) obligan a ser cautos y recomendar un exquisito cuidado a la hora de utilizar esta asociación, reservándola para “segundos” niveles, cuando otras mejor estudiadas y más experimentadas en la práctica clínica, como mirtazapina más un ISRS o venlafaxina, hubiesen fracasado.

Correspondencia:

Jesús de la Gándara Martín.

Hospital Divino Valles, Ctra. de Santander, s/n. 09001

Teléfono: 947 244 833 • correo electrónico: jgandara@saludcastillayleon.es

Referencias bibliográficas

- De la Gándara J.J (Editor): Antidepressant combinations: How and when to use them. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112 (Supp 428) 2005.
- Rojo JE, Ros S, Aguera L, de la Gándara J, de Pedro JM. Combined antidepressants: clinical experience. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2005; (428): 25-31, 36.
- Ros S, Aguera L, de la Gándara J, Rojo JE, de Pedro JM. Potentiation strategies for treatment-resistant depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2005;(428):14-24, 36.
- Carpenter L, Zeljko J, Hall J, Rasmussen S, Price L. Mirtazapine augmentation in treatment of refractory depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 45-49.
- Hanje AJ, Pell LJ, Votolato NA, Frankel WL, Kirkpatrick RB. Case report: fulminant hepatic failure involving duloxetine hydrochloride. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006 Jul;4(7):912-7.
- De la Gándara J. J.: Caso clínico: Asociación de antidepresivos de segundo nivel (mirtazapina más duloxetina). *Psicotropías*, nº 1; 2-3, 2007.
- De la Gándara J.J., Agüera L.F., Rojo E., Ros S., Hernández H., Cuesta S. Combinación de mirtazapina más duloxetina: Una nueva oportunidad para las depresiones resistentes. Póster presentado en el XI Congreso Nacional de Psiquiatría, Santiago de Compostela, 24-28 septiembre 2007.
- Papakostas GI, Worthington JJ 3rd, Iosifescu DV, Kinrys G, Burns AM, Fisher LB, Homberger CH, Mischoulon D, Fava M. The combination of duloxetine and bupropion for treatment-resistant major depressive disorder. *Depress Anxiety.* 2006; 23(3): 178-81.
- Seguí J, López-Muñoz F, Álamo C., Camarasa X, García-García P.: Effects of adjunctive reboxetine in patients with duloxetine-resistant depression: a 12-week prospective study. *Journal of Psychopharmacology*, Mar 2009; vol. 0: pp. 0269881109102641v1.

Una breve introducción a la vida y la obra del Dr. Patrick de Maré

A brief introduction to the life and work of Dr. Patrick de Maré

Pere Mir.

Psicólogo. Grupoanalista. Barcelona.

Resumen: El autor revisa de manera sucinta la vida y la obra del Dr. Patrick de Maré como una destacada figura en el campo del trabajo grupal. Además, el autor describe los diferentes procesos grupales que acontecen en los grupos grandes y señala algunas ideas sobre el futuro de este tipo de grupos.

Palabras clave: *Patrick de Maré, grupo grande, grupoanálisis, trabajo grupal, S.H. Foulkes.*

Abstract: The author reviews very briefly the life and work of Dr. Patrick de Maré as an outstanding figure in the field of group work. Also, the author goes over the different group processes that take place in large groups and points out some ideas about the future of this type of groups.

Key words: *Patrick de Maré, large group, groupanalysis, group work, S.H.Foulkes.*

Introducción

El Dr. Pat de Maré(1916-2008) fue un hombre profundamente apasionado y comprometido en el trabajo con grupos. Sus esfuerzos en este sentido fueron titánicos y trató de crear- pienso que lo consiguió- un valioso armazón teórico para las pioneras experiencias en grupo grande que él inicio a mediados de los años70. Ello no es óbice para admitir la complejidad y, en ocasiones, la evidente dificultad de entender algunos de los razonamientos filosóficos, sociológicos y metapsicológicos que recorren su obra.

Con este breve trabajo intento arrojar cierta luz sobre sus escritos en general para, de este modo, hacer más asequible su lectura y comprensión de los mismos. Como sea que estoy

firmemente convencido de que la vida y la obra de un autor -en este caso también es válido el calificativo de pensador para glosar la figura de Pat de Maré- están indisolublemente unidas, empezaré comentando ciertos pasajes relevantes en la biografía del personaje en cuestión que dejaron una profunda e imborrable huella en su espíritu.

Años de formación y aprendizaje

Pat de Maré nació en Londres en 1916. Sus padres suecos llegaron a Inglaterra antes de la Primera Guerra Mundial y bien pronto, gracias al negocio de la madera, alcanzaron una envidiable posición económica que fundamentalmente se utilizó en la educación de los hijos. Pat era el menor de seis hermanos. Uno de los incidentes

que Pat recordaba con extraordinaria viveza era estar delante de los lujosos almacenes Harrods con toda su familia mientras contemplaba a un grupo de mineros en paro cantando a voz en grito. Luego, mientras almorzaba en el elegante comedor de los grandes almacenes acompañada por los sonos de una pequeña orquesta, experimentó el horror del contraste entre el puñado de hombres que canturreaban en la puerta y la atmósfera de lujo que lo envuelve. Toda la escena le produjo una profunda sensación de incomodidad y de vergüenza que le aterró. Pat más tarde aludiría a esta época como el momento en el que empezó a sentir las desigualdades sociales y la importancia del compromiso social, que con el paso de los años impregnaría para siempre su pensamiento, reflejado en sus escritos y en la idea seminal del grupo grande. Pat consideraba que no sólo era necesario sino imprescindible hacer algo para mejorar la convivencia entre los hombres con el objetivo de alcanzar un estadio de la humanidad donde se pueda convivir de manera pacífica y creativa. A ello dedicó toda su vida.

Otra de las experiencias que indefectiblemente marcaron la trayectoria personal y profesional de Pat fue su encuentro -mientras estudiaba medicina en Cambridge y trabajaba en el St. George Hospital de Londres- con una pequeña asociación denominada Sociedad para la Psicología Creativa, cuyo presidente era un joven de veintisiete años entre extravagante y carismático que se hacía llamar conde Ragotsky pero cuyo verdadero nombre era Benny Beaumont. El folleto de presentación de la sociedad se titulaba «La Técnica del Trabajo Grupal» y se había publicado en 1935. Pat se sintió atraído por la lectura del folleto y empezó a participar en las experiencias grupales dirigidas por Beaumont. En aquella época, el compromiso político y social de Pat era ya muy evidente: estaba afiliado al Partido Comunista y participaba en las manifestaciones revolucionarias que recorrían las calles de Londres. Pat era un activista convencido en la lucha por las conquistas sociales. Sus experiencias grupales en la Sociedad para la Psicología Creativa no hicieron más que incre-

mentar su interés por los grupos y los movimientos de masas. A grandes rasgos, los objetivos de la mencionada sociedad expuestos hace más de siete décadas mantienen una rabiosa actualidad. Como muestra, destaco algunas de las frases relevantes del folleto: «Los objetivos principales del grupo no son sólo solucionar problemas individuales, sino también la enseñanza y la práctica de la integración, lo que requiere la cooperación de cada miembro del grupo». Y más adelante continúa: «La técnica utilizada en los grupos [...] consiste en sacar a la superficie y estudiar las reacciones mutuas de los miembros individuales y sintetizar las diversas actitudes en un Todo constructivo, y este Todo constructivo será de mayor beneficio individual a cada miembro que su propia actitud separada». Con respecto a la conducción del grupo apunta: «En un grupo bien llevado cada miembro contribuirá con su experiencia, y la función del líder del grupo será la de ayudar en la coordinación y la síntesis de estas experiencias». El trabajo grupal lo entiende como «base para el estudio de todas las ramas de la actividad humana, sea ésta social y política, cultural o individual». De los participantes en los grupos se espera que «después de haber sido ayudados en la solución de sus problemas individuales y de haber alcanzado cierto grado de integración, deseen estudiar psicología con el objetivo de convertirse a su vez en líderes de grupo». Para concluir señalando que el objetivo de la Sociedad para la Psicología Creativa es la de «construir una red de grupos en todo el mundo». La influencia que Pat recibió de la mencionada sociedad fue en muchos aspectos decisiva para consolidar si cabe el profundo interés que éste sentía por los grupos.

Cuando estalló la Segunda Guerra Mundial, Pat no había terminado sus estudios de medicina y se alistó en el Air Raid Patrol (ARP) como camillero, puesto en el que continuó por espacio de un año hasta que obtuvo la licenciatura en medicina y se incorporó a un hospital mental en el que permaneció once meses. Después, fue llamado a filas y se convirtió en médico castrense. Los crueles acontecimientos

tos de la contienda mundial se sucedieron a una velocidad vertiginosa: el ejército británico sufrió un importante descalabro militar en Dunquerque que provocó la deserción masiva de soldados. En este contexto desolador, la Oficina de Guerra aconsejó que se crearan más plazas de médicos psiquiatras puesto que al inicio de la conflagración el ejército británico contaba con sólo cinco especialistas. Así, Pat de Maré mediante un proceso de selección —que tuvo en cuenta su psicoanálisis con la Dra. Karen Stephen, que se había prolongado escasamente por un año, y la mitad de los cursos en una diplomatura en medicina psicológica— fue enviado al hospital de Northfield, en diciembre de 1942, para recibir la correspondiente formación como psiquiatra del ejército durante seis meses a cargo de los comandantes W. Bion y John Rickman. En Northfield, Pat fue testigo privilegiado del I Experimento Northfield, conducido por Bion y Rickman y que terminó de manera abrupta debido, en gran parte, al enfoque radicalmente grupal propuesto por ambos, que no encajaba con la autoritaria y rígida jerarquía militar. Concluida su formación como psiquiatra, Pat se trasladó al 21 Exhaustion Centre (centro de recuperación), en Normandía, para dirigirlo a lo largo de toda la campaña europea de la guerra. Después de permanecer once meses en el centro, Pat regresó a Northfield en el verano de 1944 y conoció a S. H. Foulkes y T. Main. Ambos profesionales, especialmente el primero, ejercieron una decisiva influencia en el posterior recorrido personal y profesional de Pat. Entretanto, Foulkes había iniciado el que se conoce como II Experimento Northfield en julio de 1943 y lo concluyó, coincidiendo con la desmovilización, en diciembre de 1945. Pat cooperó activamente con Foulkes en el II Experimento Northfield cuando éste aplicó los principios de la psicoterapia grupoanalítica -el grupoanálisis- al hospital como un todo. Pat observó fascinado que la institución entera funcionaba en líneas grupales. Para que ello sucediera tuvieron que darse algunas circunstancias -entre las que cabe destacar el minucioso trabajo preparatorio que Foulkes realizó

entre 1943 y 1944- antes de que los mandos militares vieran con buenos ojos la propuesta y se implicaran en el proyecto. Por un lado, Foulkes introdujo el nivel psicosocial en las psicoterapias de grupo y, por otro, logró aplicarlo operativamente al funcionamiento de la institución como un todo.

T. Main también influyó en el pensamiento de Pat con sus planteamientos teóricos. Según Main, en el medio hospitalario se producía lo que él denominó un «efecto desocializador» creándose una atmósfera de pasividad y dependencia. La comunidad terapéutica -término acuñado por él- sería un tipo de funcionamiento global, es decir, como un todo, donde el eje vertical o intrapersonal se unía con el transpersonal u horizontal de los contextos sociales y culturales.

Años de madurez

Finalizada la guerra y con la subsiguiente desmovilización se produjo un descenso en el número de experiencias grupales, ya fuera en grupo pequeño o en grupo grande. Hay que tener en cuenta que la mayoría de experiencias grupales en contextos de grupo grande se produjeron bajo condiciones militares al tiempo que se introducían las psicoterapias de grupo en los servicios psiquiátricos del ejército británico. Todo ello, había supuesto un enorme e importante esfuerzo cooperativo que, lamentablemente, perdió su unidad después de la guerra. El entusiasmo de los años anteriores había disminuido de manera considerable. Pat, en este período de transición, había estrechado su relación de colaboración y amistad con Foulkes y ambos habían tratado de extrapolar y sostener las experiencias grupales llevadas a cabo en Northfield en el recientemente creado National Health Service (la seguridad social británica). Los resultados del intento fueron más bien desalentadores, lo que obligó a Pat y Foulkes a implementar sus experiencias grupoanalíticas en los diferentes hospitales en los cuales trabajan y a establecer, en el ámbito privado, un grupo reducido de personas interesadas en el des-

arrollo teórico y práctico del grupoanálisis. Como resultado de todo ello, Pat fue uno de los fundadores, conjuntamente con Foulkes y otros colegas, de la Group Analytic Society en 1952 y participó en la creación del Institute of Group Analysis y de la Group Analytic Practice. En 1962, Pat se convirtió en Psicoterapeuta Consultant en el Departamento de Psiquiatría en el St. George Hospital y trabajó con Benaim y Lionel Kreeger en el Halliwick Hospital, institución que funcionó durante un período relativamente breve como una comunidad terapéutica. En el Halliwick, Pat aprendió a trabajar con grupos de la comunidad y empezaron a aparecer abordajes de grupo grande.

En 1972, Pat publicó *Perspectives in Group Psychotherapy* y dos años más tarde, en colaboración con Lionel Kreeger, *Introduction to Group Treatment in Psychiatry*, libro dedicado especialmente a los pacientes y a la dirección del Halliwick Hospital. Esta intensa experiencia vivida en la mencionada institución dejó una profunda huella en el recorrido personal y profesional de Pat. El período comprendido entre los años 1972 y 1974 fue crucial para el desarrollo de las experiencias en grupo grande. Por ejemplo, en mayo de 1972, en el II Simposio Europeo en Grupoanálisis, Pat y Lionel Kreeger -como parte del simposio- introdujeron un grupo grande de tres horas que generó tanto entusiasmo como recelos y suspicacias entre los participantes. Foulkes expresó abiertamente su contrariedad. Sin embargo, a partir del simposio, la experiencia en cuestión condujo a la implantación de los grupos grandes en la mayoría de congresos, simposios o talleres intensivos de fin de semana. Y en 1975, Pat inició un grupo grande con más de cuarenta participantes que en el transcurso de los años se estabilizó alrededor de las veinte personas. Robin Piper se unió al grupo como co-conductor en 1976. Finalmente, Pat estableció un seminario semanal sobre grupos grandes en 1984, que se convirtió en una sección reconocida por la Group Analytic Society dos años más tarde.

La década de 1980 fue un período particularmente difícil para Pat en lo referido a la publi-

cación de su obra. Pat se encontraba sumamente desilusionado porque la editorial Karnac de Londres, especializada en publicaciones psicoanalíticas y grupoanalíticas a nivel mundial, demoraba, sin causas aparentes que lo justificaran, la publicación de su ensayo *La Historia del Grupo Grande y sus fenómenos en relación a la psicoterapia grupoanalítica*. Fue en este contexto cuando se sucedieron una serie de acontecimientos que posibilitaron, por un lado, que Pat viajara a Barcelona invitado por el Dr. Juan Campos para conducir dos experiencias grupales; una en Barcelona, a la que asistieron colegas de diversas partes de España en especial del País Vasco, y otra, en Pamplona en el marco del programa del Simposio Anual de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG) en la que Juan era, en aquel momento, responsable del comité científico.

Fue en Barcelona donde conocí personalmente a Pat, y quedé muy impresionado por su sencillez y su calidad humana. Además, la llegada de Pat a Barcelona coincidió con la edición de su ensayo -en formato bilingüe- *La Historia del Grupo Grande y sus fenómenos en relación a la psicoterapia grupoanalítica* que editó el área de publicaciones de Grup d'Anàlisi Barcelona, Cooperativa de Trabajo asociado, lo que solventó en un tiempo relativamente breve las dificultades de publicación de la obra de Pat con la editorial londinense Karnac. La presencia de Pat en España incrementó notablemente el interés de muchos profesionales por las experiencias en grupo grande y posibilitó la convocatoria de un grupo grande quincenal que se reunió en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona durante más de tres años.

En 1991, Pat de Maré publicó su libro *Koinonia: From Hate through Dialogue To culture in The Large Group*, escrito en colaboración con R. Piper y S. Thompson.

En *Koinonia*, Pat exponía sus reflexiones teórico-prácticas y las correspondientes elaboraciones realizadas a partir de la dilatada experiencia en la conducción de grupos grandes. Contemplaba

el grupo grande como una microcultura de la sociedad y como punto de intersección entre el mundo y la experiencia personal de la mente individual; lo cual ofrece la inestimable oportunidad, a través del diálogo, de humanizar al individuo y a la sociedad al mismo tiempo. El diálogo en los grupos grandes es un arte que debe ser aprendido y, por supuesto, cultivado. No se trata de una tarea fácil, pues requiere un cuidadoso manejo de los sentimientos, emociones y pasiones que afloran en este tipo de grupos. Y es en el curso de este diálogo cuando puede observarse y experimentarse lo que Pat denominó «microculturas emergentes», abriéndose la posibilidad que éstas sean entendidas y cambiadas.

Pat, en los últimos años de su vida, prestó mucha atención a la importancia de poder hablar, pensar juntos y cultivar la mente. Concebía la mente como algo que no puede ser explicado científicamente, pero que es la fuente de significado, y diferenciaba entre la mente en mayúsculas (M) y la mente en minúsculas (m).

La primera constituía para Pat el proceso unificador que disuelve cualquier contradicción; sería, por poner un ejemplo, el equivalente de lo que Dios representa para mucha gente. En cuanto a la *m* minúscula, sería la mente individual.

Cabría afirmar que el potencial de los grupos grandes sigue desaprovechado. Si bien es cierto que se han aplicado experiencias en grupo grande en establecimientos penitenciarios y en conflictos raciales entre comunidades con resultados no sólo satisfactorios sino excelentes, también es una realidad que los grupos grandes se continúan contemplando como espacios para los procesos psicóticos más que para el diálogo y el pensamiento creativo.

Principios teóricos básicos del grupo grande

Los principios básicos de organización del grupo grande de aproximadamente 20 personas son los siguientes:

1. Participantes sentados cara a cara en asientos individuales dispuestos en círculo.

2. La frecuencia de las reuniones es de 1 ó 2 veces por semana con una duración de una hora y media.

3. El que convoca (convenor) es no directivo aunque en cualquier momento puede conducir el grupo. Se mantiene relativamente no implicado, es una situación aprogramática donde el objetivo es hablar para comunicarse. Los grupos no son comunidades ni sus integrantes dependen unos de otros en algún sentido externo.

4. Discusión de flujo libre.

En el grupo grande, a través del diálogo, se desarrollan lo que Pat denomina microculturas que permiten analizar los supuestos subculturales y socioculturales que permanecen inconscientes. Así, el propósito del grupo grande es posibilitar que sus miembros aprendan a hablar con los demás, aprendan a dialogar.

A diferencia del marco psicoanalítico donde el contexto sociocultural queda excluido y del grupo pequeño en el que el contexto social es el ámbito familiar, el grupo grande se adentra en el espacio sociocultural donde es posible analizar los mitos sociales (inconsciente colectivo). El objetivo final del grupo grande-Pat lo señala de manera contundente- no es socializar al individuo sino humanizar la sociedad a través de un proceso de desmitificación. El grupo grande es una situación de aprendizaje a diferencia de una situación instintiva.

Procesos grupales en el grupo grande

En el grupo grande, el participante individual debido a la estructura mutuamente frustrante del grupo tiene dos posibilidades: o permanece en el grupo y experimenta odio, rabia y temor entre otros sentimientos, o siente pánico y sale corriendo.

Si permanece lo suficiente en el grupo grande para odiar (según Pat el odio es un logro importante en este tipo de grupos) adquiere la calidad de miembro individual. Empieza a

surgir el diálogo que transforma el odio en energía endopsíquica o energía del Yo la cual, a su vez, genera más diálogo.

Además, el individuo en el grupo grande consigue reestructurarse con un sentimiento similar al de la pérdida de identidad. Con el fin de preservar la realidad y evitar la destrucción de los otros miembros, desactiva el odio y lo transforma por introyección en: a) el Super-Yo impregnado de objetos de amor abandonados y perdidos que constituyen una estructura y b) energía endopsíquica que es un sistema.

Mediante el diálogo se puede alcanzar-éste sería el objetivo-un estadio de amistad o compañerismo no personalizado que Pat denomina Koinonia que proviene de la palabra griega Koiné que era la lengua común de todos los habitantes en el mundo helénico preclásico. En este período de la historia de Grecia, la democracia ateniense valoraba en grado sumo la pertenencia del individuo al “ grupo grande”, a la comunidad, y le otorgaba la categoría de ciudadano con capacidad de influir sobre las decisiones a tomar por encima de la oligarquía y de la aristocracia. Las mujeres, los esclavos y los extranjeros quedaban excluidos de este sistema de participación. Pat define el término Koinonia como “ una atmósfera de camaradería impersonal más que de amistad personal, de participación espiritual y humana en la cual las personas podían hablar, oír, ver y pensar libremente, una forma de unión y concordia que lleva a compartir los bienes materiales, lo que ocurría, por ejemplo, en el partir el pan” (O. Martínez, 1995).

Pat de Maré distingue tres tipos básicos de cultura. Podrían considerarse como sistemas homeostáticos en sí mismos, pero poseen la capacidad de influenciarse y transformarse mutuamente. Posteriormente, estas tres culturas fueron elaboradas y sistematizadas por Hanne Campos.

1) Subcultura.

Se originaría en el mundo interno y el inconsciente a partir de las imágenes simbólicas, los

sueños, el complejo de Edipo, la cosmología kleiniana, la familia. Forma parte de lo que se ha dado en denominar la Biocultura que tiene un carácter instintual y libidinal y está guiada por el Principio del Placer. Poseería su equivalente en el Ello y, por lo tanto, generaría un tipo de poder irracional, irreflexivo o sin mente.

2) Macrocultura.

Es un término aplicado al concepto de cultura social. Se caracteriza, principalmente, por poseer rasgos de tipo oligárquico, burocrático, familiarocéntrico, rígidos y estereotipados. No existe posibilidad de dialogar debido al conformismo y a la estructura de poder. Forma parte de la Sociocultura que está basada en la subcultura familiar y tribal muy jerarquizada. Es un tipo de relación muy poderoso y primitivo y, por tanto, es el más inapropiado para la interrelación de los individuos a nivel social. Maneja la realidad social a través de lo objetivo (lo real o numeral) como el Superyo. Socializa lo instintual y se guía por el Principio de Realidad. En este apartado, se incluirían los mitos (inconsciente social) así como las ideologías (verdaderas-falsas) derivadas del consciente social.

3) Microcultura.

Se refiere a un tipo de cultura grupal evolucionada, característica de un determinado grupo concreto. Esta microcultura puede estar basada en patrones subculturales o macroculturales que deben ser reconocidos y elaborados para evitar que dificulten el diálogo o bien puede desarrollarse a partir del diálogo y la desmitificación en cuyo caso el grupo se encuentra en un lugar óptimo para la observación de otras culturas. Así, el grupo grande se encuentra en la mejor situación para examinar no sólo los supuestos macroculturales de la sociedad que nos rodea sino también los propios supuestos subculturales.

Forma parte de la Idiocultura o cultura koinónica-ética donde prevalece lo idiosincrático y la identidad personal (lo original y único). Domina el orden de realidad simbólica y se estaría en un

nivel afiliativo, no jerárquico y lateralizante. Sería en este ámbito donde se posibilitaría la humanización de lo social y se crea energía psíquica. Estaría regida por un tercer principio: el del Significado, el de la experiencia individual, que sería un nivel equivalente al del Yo. Aquí se hablaría de mente sin poder.

Conclusión

A lo largo de estas páginas he intentado transmitir el esfuerzo y la constante dedicación de Pat de Maré al trabajo con grupos grandes y al quehacer grupal en general.

Pat quizá haya sido el pensador más importante que ha tenido la Group Analytic Society en los últimos treinta años y, curiosamente, su obra, pese a los esfuerzos de su autor por divulgarla, ha tenido poca resonancia. Pat dejó un legado teórico y práctico muy importante que podría ser utilizado para promover el diálogo entre los seres humanos y lograr, en última instancia, una convivencia más pacífica y creativa de la especie humana. A tenor de los graves acontecimientos que diariamente sacuden al mundo parecería una valiosa opción la de implementar espacios grupales para trabajar con los malestares sociales que nos aquejan. Y, sin embargo, estamos todavía lejos de poder pensar o, por lo menos, de llevar a la práctica esa posibilidad de manera sistematizada. No obstante, nuestro trabajo cotidiano en los lugares que tenemos acceso-intervenciones a escala microsocio- debería estar regido por el convencimiento que los planteamientos grupales son básicos e imprescindibles en una sociedad donde prima el individualismo más atroz.

Para ello, deberíamos resituar de nuevo al grupo grande en el lugar en el que originariamente fue pensado por Pat: el espacio capaz

de posibilitar y de generar cambios sociales que atesoran las experiencias en grupo grande. Ahora, con la ubicación de los grupos grandes en contextos formativos y combinados con experiencias en grupos pequeños se ha desactivado su potencial revolucionario y su poder radicalmente transformador de la sociedad.

Tal vez, nos encontramos en una difícil encrucijada: o dejamos que el grupo grande navegue en las tranquilas aguas de la adaptación a los principios generales que dominan nuestra sociedad, o nos permitimos adentrarnos en las procelosas e inseguras aguas del cambio con todo el riesgo que ello conlleva. La decisión es nuestra pero, lamentablemente, no podemos demorarla de manera indefinida.

Referencias bibliográficas

1. Brown, D.: *Bion and Foulkes: Basic assumptions and beyond*, en M. Pines (eds): *Bion and Group Psychotherapy*, Routledge &Keagan Paul, Londres, 1985.
2. Dahal,F.: *Taking the Group Seriously*, Jessica Kingsley, Londres, 1998.
3. De Maré, P.: *Patrick de Maré. Textos Escogidos*, CegaopPress, Barcelona, 2010.
4. *La Historia del Grupo Grande y sus fenómenos en relación a la psicoterapia de grupo analítica*, Plexus Editores, Barcelona, 1988.
5. Harrison,T.: *Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield Experiment*, Jessica Kingsley, Londres, 2000.
7. Martínez, O.: *Introducción terminológica a la conceptualización de*
8. *Patrick de Maré*, en P. Mir (edes): *Patrick de Maré. Textos Escogidos*, CegaopPress, Barcelona, 2010.

Datos de contacto:

Pere Mir

pmir@copc.cat

Contra el estigma, radio Nikosia.

Entrevista a “parte del colectivo nikosiano”

Iñaki Markez

Radio Nikosia 91.4 de la FM. Barcelona

“Nikosia es la última ciudad dividida. Por murallas, ideas, religiones y un supuesto abismo cultural. Creemos que de una u otra manera todos llevamos Nikosia dentro de la geografía del cuerpo y la mente. Alguien separó en dos a Nikosia, pero nosotros viajamos constantemente a un lado y otro de esa frontera. Y es desde este dualismo, desde este vaivén, que vamos aquí a contar nuestra historia, que es tan real y legítima como cualquier otra.” *Con este texto inicia cada emisión Radio Nikosia.*

Es la primera del estado español realizada por personas que han sido diagnosticadas de algún trastorno mental. Su objetivo principal es generar un canal de comunicación social, libre y autónomo, para luchar contra el estigma que conllevan estas problemáticas, apoyando también a otros colectivos sociales que de una u otra manera son estigmatizados. Nikosia es un medio de comunicación concebido como servicio público y social, abierto a toda la comunidad.

Participan también en las iniciativas de otras radios y televisiones, periódicos, universidades, centros culturales y encuentros artísticos o en instituciones psiquiátricas. Está abierta a la participación de todas las personas diagnosticadas de problemas de salud mental y de la comunidad en general. No es un grupo cerrado de ideas pretenciosas, sino un colectivo de personas que creen en un proyecto y tiran adelante humildemente, abriéndose a todo aquel que quiera sumarse a la iniciativa. Hemos aprovechado para conversar con varios de ellos.

- ¿Qué es Radio Nikosia?

- Radio Nikosia es una emisora transversal que emite desde la llamada locura. Se trata de un colectivo, formado en su mayoría por personas que cargan con el peso de un diagnóstico de salud mental, y que se une con el propósito de derribar (o al menos intentarlo) los muros invisibles que perduran en el imaginario social en relación al sufrimiento mental. Cada semana, desde nuestros inicios, salimos al aire decididos a de-construir conceptos admitidos como naturales por la sociedad y a relativizar ciertos dogmas instalados socialmente en relación al mundo de la locura. Es un esfuerzo por modificar la mirada existente en este ámbito. La base de Nikosia son las emisiones por Contrabanda Fm, una radio libre de Barcelona, pero al mismo tiempo nuestra transversalidad se

manifiesta en el hecho de poder transmitir desde, y/o colaborar con otras emisoras de mayor y menor envergadura en el territorio español.

- Como ya se menciona en nuestra web (www.radionikosia.org) somos una experiencia que intenta una mirada lateral sobre la locura y busca vías alternativas -y alterativas- en el área de la salud mental. Nikosia es un umbral, una plaza íntima, un nuevo territorio de escucha y participación social para y con personas afectadas. Su base es la utilización de la radio -y otros medios de comunicación- como medios de expresión, intervención y visibilización social, pero a la vez explora otros caminos como son el arte, la poesía, la literatura en general en tanto formas de “decir “y actuar socialmente.

Se podría decir que desde nuestra itinerancia en diferentes programas de radio y/o espacios del ámbito de la comunicación, y también desde nuestras charlas, conferencias, radios “abiertas” y otras actividades, desarrollamos una instancia de posibilidades que genera o provoca la inclusión activa de los que se acercan. Por otra parte llevamos adelante una función que podríamos pensar como de pedagogía social, es decir; le contamos a la comunidad lo que significa la locura desde nuestra mirada cotidiana. Tenemos un humilde lema: “rehabilitar a la comunidad para que habilite la posibilidad de la diferencia”. Esta labor, con más de siete años de antigüedad, acabó desembocando en la creación de la Asociación socio-cultural Radio Nikosia hace 2, poco más de 2 años.

- Recuerdo la existencia de Radio La Colifata, en Argentina, que nació sin medios técnicos, económicos ni institucionales, a partir de la iniciativa de un psiquiatra -Alfredo Olivero- que pensó en el interés en crear un espacio de diálogo para los pacientes del hospital allá en Buenos Aires. Pensó que podía ser una buena terapia de recuperación para pacientes con psicosis. Se trataría de romper con la errónea idea de que la locura es sinónimo de exclusión y para ello emiten durante cinco horas muchos microprogramas de varios minutos en directo los sábados desde el centro. Esos microprogramas a través de una treintena de emisoras por todo el continente multiplican su audiencia. Conoceis aquella experiencia y seguro que aprendisteis algo de aquellos. ¿Y qué podríais enseñar a experiencias como



radio La Colifata? Estaría bien que comentarais algo sobre ello ya que Radio Nikosia no es la única emisora con estas características. ¿Qué la hace diferente de Radio La Colifata de Argentina o de Radio Fraggola en Trieste, por tomar otra experiencia?

- Podríamos decir que fue la primera radio española en importar la idea fundacional de Radio La Colifata: en palabras de Alfredo Olivera (director de dicha emisora) Crear lecho para que fluya el río o lo que sería lo mismo crear un marco desde el cual la persona pueda encontrar espacios para el decir, para estar, para ser más allá de lo que dicta su diagnóstico, y pueda, al mismo tiempo, transmitir o canalizar todo aquello que tradicionalmente se le ha sido negado. De esta forma la radio funciona como una suerte de altavoz para la palabra tradicionalmente velada.

- Lo que hace única y especial a nuestra emisora es que está ubicada más allá de todo ámbito clínico, más allá de identidades surcadas por la idea de enfermedad. Es una radio dentro de otra radio dentro de la comunidad, dentro de la normalidad más simple y concreta de la comunidad. La idea es que sea un espacio propio para así darle forma a ese intento de hablar de la locura desde la voz que la sufre. Siempre decimos que radio Nikosia increpa a la locura, la cuestiona, se refugia en ella, la expulsa, la redefine, la ubica en el lugar de lo normal, la abraza, convive con ella y sus vaivenes, la padece. Somos personas que buscan comunicar y comunicarse como una estrategia en pos de de-construir las bases del propio sufrimiento.

-¿Como es vuestro funcionamiento?, ¿qué estructura tenéis para desarrollar vuestras iniciativas?

- Nikosia funciona sobre un principio de horizontalidad entre sus miembros. No hay diagnóstico que genere distinciones, es un espacio de radio. Todo lo que emerge de Nikosia, todo lo que la envuelve es presentado y discutido en una asamblea semanal. En ellas cada voz es igual de valiosa, siempre que cumpla unos requisitos mínimos de respeto y comprensión hacia los demás. En cualquier caso,

cuando estos mínimos no son posibles, el colectivo no se fragmenta, solamente ralentiza la toma de decisiones. De este modo la Asociación Socio-Cultural Radio Nikosia se ha convertido entre otras cosas en un modelo de democracia en la que la libertad, la igualdad y la fraternidad son algo más que bellos conceptos encerrados en los libros de historia. Para nosotros la libertad de ser nikosianos es una realidad que disfrutamos y en ocasiones -las menos- padecemos, pero que en cualquier caso siempre es un motivo para seguir adelante en la lucha contra el estigma.

- Como decíamos antes hay uno de los proyectos de Nikosia que se centra en las charlas y conferencias de sensibilización dictadas por sus miembros. Esta situación se fragua tanto en escuelas, institutos y universidades, como en congresos o jornadas. Lo más importante, dentro de la labor de sensibilización, es que la misma se genera a partir del encuentro cara a cara entre personas diagnosticadas y no diagnosticadas de problemas de salud mental. Es en el encontrarse entre personas que el estigma tiende a desaparecer. Es cuando el sufrimiento mental se hace más humano para las personas, más comprensible, se hace más cercano, de algún modo menos abstracto. Por otra parte, estos son los momentos cuando los afectados asumimos el rol de conferenciantes, de dueños de la palabra y ofrecemos nuestras perspectivas, nuestros puntos de vista, nuestras vivencias, dolores, etc.

- ¿Podéis contar algo más sobre la Asociación socio cultural Radio Nikosia? ¿Qué actividades desarrolláis, en qué ámbitos os movéis, etc?

- Entre sus socios figuramos fundamentalmente personas en tratamiento psiquiátrico, pero también profesionales del ámbito de la salud, la antropología, la comunicación, la psicología y las artes en general. Somos una entidad multidisciplinar que busca trabajar la salud desde ámbitos comunitarios y culturales, a partir de prácticas y dinámicas de participación permanente en la comunidad. Nuestra misión u objetivos principales se centran en la necesidad de generar instancias para la resocialización, el restablecimiento de las redes

sociales de los afectados, así como la recuperación de un rol activo, con sentido, dentro de la comunidad y sus dinámicas. Al mismo tiempo, la tarea se centra en una labor conjunta para, con, y hacia la sociedad, ante la necesidad de la de-construcción del estigma en tanto generador de un tipo de sufrimiento que suele denominarse, social. La asociación Nikosiana es una entidad cultural y social que se mueve entre ambos campos, de eso se trata. La salud es un tema que puede tratarse también en la plaza pública, en el mercado, en el corazón de la ciudad.

En términos legales la Asociación es una entidad sin ánimo de lucro. La junta directiva está formada por los propios participantes. Nació como consecuencia del mismo empoderamiento de las personas participantes dentro del dispositivo de Radio Nikosia. Como una forma de responsabilizarse social y activamente a la hora de llevar adelante la iniciativa. Radio Nikosia viene funcionando con el apoyo de otras entidades desde el año 2004, pero es a partir de fin del 2007 que se transforma en asociación independiente con la firma de sus nuevos estatutos y la participación de 45 socios fundadores, 40 de los cuales son personas con problemas de salud mental.

-Entonces ¿cuáles son los objetivos de vuestra asociación?

- No son pocos los objetivos que pretendemos y entre otros figuran los siguientes:

- * Organizar, desarrollar y difundir actividades didácticas, culturales, de comunicación y educativas en el medio universitario y en la comunidad en general en favor de de-construir el estigma social que existe en torno a la problemática mental.
- * Proporcionar información, orientación y apoyo a personas diagnosticadas de enfermedad mental.
- * Promover y velar por los derechos sociales y civiles de las personas con enfermedades mentales.
- * Llevar adelante la promoción y dignidad de las personas diagnosticadas de alguna problemática mental, y extensivamente, los grupos sociales marginados y carentes de dere-

chos básicos o de inserción en nuestra sociedad actual.

- * Promover la acción y la concienciación ciudadana en relación al tema de la salud mental de cara a la de-construcción de los prejuicios existentes a nivel de la comunidad.
- * Difundir socialmente las opiniones y derechos de las personas diagnosticadas de algún tipo de problemática mental y desarrollar actividades que favorezcan el denominado “empowerment” (empoderamiento) de las propias personas diagnosticadas de enfermedades mentales.

- Es más, las áreas y proyectos desarrollados abarcan áreas como el periodismo y la comunicación, las artes plásticas, poesía y literatura, serigrafía, música, fotografía, además de una ardua difusión, sensibilización social y pedagogía social.

- La medicalización de la práctica en la salud mental, o mejor la hegemonía de los psicofármacos está siendo determinante. El positivismo y empirismo que la APA plasma en la DSM, tomado como catecismo de los profesionales, está favoreciendo también un mayor “biologicismo” entre los psiquiatras, mientras que, curiosamente, en atención primaria cada vez hay más profesionales que están psicologizando su práctica. ¿Cómo se ve el presente de la salud mental desde una perspectiva nikosiana?

- Radio Nikosia la ve de muchas formas, tantas como experiencias forman o han formado parte del grupo. Quizás, por sintetizar de alguna manera todas las corrientes que fluyen en nuestro estudio, se podría decir que se ha mejorado, pero que corremos el riesgo de conformarnos y repetir errores del pasado. Nos referimos a lo que interpretamos en ocasiones como un tipo de regresión hacia supuestos teóricos y prácticos que creíamos superados. Hablamos del repunte de la terapia electroconvulsiva, del Tratamiento Ambulatorio Involuntario o la recurrente sobre-medicalización de la vida cotidiana, por citar un par de ejemplos de esta tendencia. A nuestro entender es una corriente, que en su esfuerzo por reducir el alma humana a un “algo” racional y

medurable, parece haber olvidado que es imposible crear una ecuación que defina al ser humano sin que el resultado sea infinito. El peligro, por tanto, estaría en la patologización generalizada de la persona, transformar su identidad social en una identidad globalmente enferma. No estamos de acuerdo con el énfasis excesivo en la dimensión farmacológica de los tratamientos y a pesar de que la mayoría de nosotros toma medicación ejercemos un cierto derecho a la sospecha en relación a ciertas prácticas de la industria farmacéutica- por decirlo de alguna manera-.

- Hay autores que insisten en el error de considerar al enfermo mental como persona irresponsable ¿Qué opináis de la responsabilidad pública de los pacientes mentales respecto de sus actos? ¿Deben responder, por ejemplo, penalmente si llega el caso? ¿Cuáles serían los límites de esta responsabilidad?

- Por otro lado, suele decirse que los manuales de psicopatologías se basan en un principio como el de que existe un comportamiento idóneo y saludable, lo que se conoce como lo “normal”. Este concepto justifica el diagnóstico de todo aquello que se sale de la categoría de normalidad, la cual no deja de ser un rasgo en sí mismo excluyente, ya que en cuanto algo o alguien es normal, el resto deja de serlo. Esta exclusión se ha convertido en una herramienta poderosa en manos de los mecanismos de poder, ya que a parte del sufrimiento personal -si es que existe- la mayoría de los diagnósticos se producen a causa de la denuncia de un entorno angustiado por la presión social que ejerce ese canon de normalidad. Ante esta perspectiva vemos necesario un esfuerzo por promover la diversidad y el respeto, que no la tolerancia porque ésta sitúa al que tolera de nuevo en una posición de superioridad respecto al afectado.

- Tras los procesos de reforma asistencial en los años 80, ya entonces podían imaginarse ilusiones de un panorama asistencial esperanzador como resultado de las iniciativas y críticas de la época. Veinticinco años después, ¿qué valoración hacéis de lo logrado? ¿Qué ha merecido la

pena? Y si no estáis satisfechos de como están estructurados los planes sanitarios en salud mental ¿Qué debería cambiar en dichos planes?

- Como hemos dicho se ha mejorado muchos desde principios de los años ochenta, sin embargo solemos percibir que hay ciertas prácticas, ciertas dinámicas que quizás estén reproduciendo una lógica del psiquiátrico. Es contra eso que nos revelamos, contra la idea de seguir siendo los enfermitos a quienes hay que asistir permanentemente. Sí que necesitamos ayudas, pero también necesitamos que nos pregunten si la necesitamos, y como y cuando la necesitamos y que tipo de ayuda necesitamos. Necesitamos que cuenten con nosotros a la hora de construir las políticas y las prácticas relativas a nuestras necesidades...

- Sin duda para que esto que comenta el compañero fuera posible sería necesario que la palabra primara en su narrativa por sobre su interpretación en tanto síntoma y que la empatía fuera una herramienta con la que se acercaran posturas y no se levantaran muros. Muchas veces hemos percibido y vivido que todos cargamos estigmas y prejuicios; nosotros mismos, los propios profesionales e incluso por supuesto, los medios de comunicación en general. Por eso creemos que la lucha no debe ir desde la óptica de la confrontación, sino que hay que trabajar desde la complicidad, la información y el acercamiento de unos a otros para entendernos.

- Otros temas, también “comunitarios”, como la cuestión de las drogas, la violencia, la inmigración, las guerras, la marginalidad en general, han sido escasamente abordados. Pudiera parecer que lo que se relaciona más con aspectos de la llamada psiquiatría social, más allá de la enfermedad mental, no están en las agendas a pesar de que sí comienza a ser frecuente en la clínica cotidiana. ¿No habrá que comenzar a tomar medidas? Quizá prepararse capacitándose los equipos, protocolizar situaciones hoy desconocidas, organizar recursos, etc., sean algo urgente ¿no?

- Es cierto que todas esas cuestiones son problemas que merecen una respuesta urgente y que

precisamente su urgencia nos puede empujar, sin quererlo, al error. Pensamos que en muchas ocasiones la premura impide ver lo importante, como si el árbol no nos dejara ver el bosque. Quizás la única solución fiable fuera la más utópica, por paradójico que parezca. Hablamos de una revolución, pero de las pequeñas cosas: de las miradas, de los gestos, de los discursos, de muchas pequeñas revoluciones, que aun a riesgo de ser interpretadas como superficiales, siempre tendrían más posibilidades de triunfar con el cambio de tantos momentos, tantas circunstancias, tantos pequeños mundos de los que desgranar la vida. Al fin y al cabo las personas sólo se marginan y/o auto-marginan cuando se sienten incomprendidas, desvalidas, estigmatizadas y viceversa. Creemos que más allá de la imagen mediatizada del triunfador contemporáneo -por ejemplo, un Cristiano Ronaldo plastificado con sus coches, sus casas, su nómina obscena, etc.- hay otro que perdura, que no entiende de modas, que pese a su anonimato o invisibilidad mediática resulta conocido y querido en su entorno. Quizás para esas personas su mayor logro, aquello que las hace tan especiales, se haber crecido amando y dejándose amar con sencillez, algo que es tan esencial como difícil de percibir en una sociedad tan sofisticada como la nuestra, donde los avances tecnológicos tienen más relevancia que el contacto humano. Si no cambian las cosas, de esta soledad que se desprende del individuo del siglo XXI (cada vez más dependiente desde su presunta independencia) sólo desembocaran más marginalidad, más diagnósticos, sean del tipo que sean. De ahí que la educación sentimental y emocional, la revolución -digamos horizontal- de las que hablábamos anteriormente debe empezar en el interior de cada uno de nosotros, con nuestros padres, con nuestros hermanos, con nuestros amigos y vecinos. Seguramente si esto se consigue no habrá cambiado el sistema y seguirán habiendo Cristianos, Messis y otros dioses del balón, pero siempre podremos ser como esos triunfadores anónimos e ir abandonando el peligro de la marginalidad de la forma más simple.

-Pero las emociones humanas no tienen un sólo camino, hay luces y sombras, bondades y perversidades, no todo es de color de rosa. ¿ cómo se puede conocer sin etiquetar y cómo



***se puede amar -o confiar- sin conocer?
Vosotros que lo vivís, ¿qué opinión tenéis del estigma?***

- Las etiquetas son sólo eso: etiquetas. Éstas se convierten en estigmas cuando se asocian a ideas negativas por parte del afectado o la sociedad, ideas que varían su significado según las culturas, las creencias, las experiencias y las subjetividades.

Hoy en día resulta muy difícil mirar a alguien a quien se le ha colgado una etiqueta, y se ha acabado por identificar con ella, en un lugar distinto a la casilla en la que se le ha encerrado socialmente. En estos casos debería ser la misma sociedad que lo etiquetó quien, a juzgar por sus actos y su esfuerzo, lo situara en otro lugar, pero parece que esto no interesa demasiado. En salud mental, por una crisis, la mayoría cargamos con el peso del diagnóstico toda nuestra vida, hasta el punto en que la misma etiqueta puede acabar suplantando la identidad del sujeto, máxime cuando en el momento del diagnóstico se pone tanto énfasis por parte de los profesionales en la aceptación y cronicidad del mismo. Quizás por esto preferimos hablar de problemas *reales* que no de memorizar el DSM-IV. Las limitaciones propias y del entorno sumadas a los indeseables efectos secundarios de los psicofármacos hacen muy difícil que una persona diagnosticada se recupere. Es curioso comprobar como estudios antropológicos revelan que en un país tercermundista como Sri Lanka, donde en algunas tribus un brote psicótico es entendido socialmente como una posesión “mágica” por parte de los antepasados del sujeto y éste es apreciado o al

menos no excluido o rechazado por su condición, exista una mejor evolución de los afectados respecto al todopoderoso Occidente y sus modelos de normalidad y manuales diagnósticos. Por alguna razón, estos estudios tienen menos interés en los medios de comunicación que los ensayos clínicos, y mientras tanto la imagen que se proyecta en los mismos medios de la locura se relaciona directamente con peligrosidad o incapacidad.

- Soléis denunciar la imagen distorsionada que proyectan los medios de comunicación sobre la locura ¿ha dificultado vuestra labor el hecho de intentar modificar esas miradas desde los mismos medios?

- Trabajamos desde los medios porque en una sociedad como la actual, tan mediatizada, parece que lo que se diga en ellos sea lo *real* para la mayoría. Vivimos en la sociedad de la información (pero también de la desinformación) y los medios de masas son generadores de opinión a escala industrial. Lo que no aparezca en ellos se borra automáticamente de la realidad. Hay una máxima radiofónica que ejemplifica bastante bien esta circunstancia: “lo que no se dice delante del micrófono no ocurre”.

En nuestro caso hemos tenido que pelear duro para no dejarnos arrastrar por el mercantilismo aberrante y morboso que nutre la mayor parte de las parrillas de programación. Encontrar un espacio como Radio Contrabanda, la primera emisora que nos acogió y desde la que a día de hoy -y que por muchos años- seguimos emitiendo para todo el planeta, nos permitió crecer, pre-

cisamente como nacimos, abanderando la libertad. Sin embargo es cierto, que trabajar en colaboración con otros medios de comunicación mayores, es también muy necesario. La idea es llegar al mayor público posible, y eso es algo que te da el hecho de colaborar con Cadena Ser, o Com Radio o Radio 3.

— El sentirnos insatisfechos con los reportajes que realizaban sobre Radio Nikosia hizo que dierais un paso al frente y acabarais rodando junto al equipo de la directora Adriana Leyra vuestro propio documental. ¿Qué puede encontrar un espectador de *El revés sobre el tapiz de la locura*?

- “El revés del tapiz de la locura” es una película que condensa de forma bastante precisa la filosofía nikosiana. Es un trabajo que como has contado se gestó en nuestro propio descontento con los reportajes que realizaban sobre nosotros. Adriana se había acercado para conocernos en el 2005, y dos años más tarde se estrenaba un documental que quizás no haga reír, quizás no haga llorar, pero que sin ninguna duda es capaz de remover conciencias. Es interesante el hecho de que cuando proyectamos el documental generalmente apoyamos el discurso con una conferencia-coloquio conducida por algunos de sus protagonistas, de forma que las dudas que se plantea el espectador intentan ser resueltas al acabar el visionado. Hasta ahora hemos movido el documental por festivales, congresos y asociaciones, tanto de personas diagnosticadas como de familiares.

-Editasteis en el año 2005 “El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura” en la editorial Gedisa, a modo de viaje por la experiencia creativa y terapéutica de dieciséis personas que, diagnosticadas de diversas problemáticas mentales, se reúnen cada semana para hacer un programa de radio de dos horas desde una emisora libre y comunitaria en la Plaza Real de Barcelona. Personas que queréis comunicar y comunicarse como estrategia para de-construir las bases del propio sufrimiento.

- Según Alberto, “la locura es como una bolita mínima de un extraño Pin Ball que golpea los

bordes del billar de la mente”. En boca de Pau, “Los locos son mendigos de serenidad.” Para Princesa Inca, “la locura no existe, existe gente que sueña despierta “. A través del dial radiofónico, de un lado a otro de la frontera intangible de la locura, estas personas hablan de la “realidad” desde su particular y legítimo punto de vista: su relación con médicos y familiares, con las pastillas y las terapias, con la comunidad y consigo mismos, con los discursos sociales e institucionales que se hacen de la locura o el delirio. Este libro es también un comentario de la actualidad del mundo de la salud mental desde el punto de vista de un colectivo de “nikosianos”, que vive y sufre la marginación, la incompreensión, la precariedad laboral y una constante subculturización a raíz de su diagnóstico.

En el libro la palabra, antes emitida, se fija. Se asegura, se aferra al papel y habilita la reflexión, da tiempo y terreno para que el oyente, ahora lector, pueda sumergirse en los laberintos intensos de esa lógica. Sumergirse, pensar y repensar los atajos que ligan el pensamiento de los que llaman ‘locos’ con el del resto de la sociedad. Porque en definitiva, sanos, cuerdos, locos todos somos seres sociales buscando un espacio de legitimidad desde donde poder contar nuestro pequeño intento de verdad. Si bien son numerosas las disertaciones teóricas, los trabajos científicos y los escritos ‘profesionales’ que se han realizado en el último siglo alrededor de la enfermedad mental, poco espacio ha habido para la palabra de quienes la padecen, para ese discurso que se estructura desde el sufrimiento y que, en definitiva, debería ser considerado como una de las versiones más profundas sobre ese universo

- Además el texto se acompaña de un reportaje fotográfico realizado durante más de un año de convivencia por Marcelo Augelli, el libro nos presenta a través del conjunto de voces radiofónicas y semblanzas personales, un retrato íntimo de la locura, una mirada desde dentro de sus laberintos. *El libro de Radio Nikosia* apasiona al público general por su interés social y literario, pero sobretodo ayudará a la sociedad, a las instituciones, a las personas diagnosticadas y a sus familias a profundizar en nuevos modelos de convivencia y socialización de la enfermedad

mental centrados en el afecto como principal motor terapéutico.

- Para finalizar, ¿qué aconsejaríais a las generaciones más jóvenes que se acercan al mundo de la salud mental? Sean personas de las llamadas “profesionales” de la salud mental, sean de la población en general.

- A los futuros profesionales les diríamos que no se enroquen entre libros, ya que por mucho que prometan mostrar el mapa de la anatomía del alma humana, no será más que una disección parcial y, muy probablemente, intencionada. Es imposible conocer al ser humano como si fuera un objeto inanimado, al menos mientras éste siga vivo, en todo caso se pueden conocer personas y para eso es necesario que exista la comunicación. Si ésta no es posible, si el sufrimiento es demasiado hondo e incapacitador para que fluya, deberían articular mecanismos que la promuevan y no la dificulten. Así, de esta forma, se podrá acceder a los estantes de la memoria y

descubrir los saberes “profanos” de la misma, hasta dilucidar una subjetividad, una sensibilidad, que por diferente será especial, única y valiosa. Sino nos creen les invitamos a acercarse a nosotros a sintonizarnos cada miércoles de 16:00 a 18:00h en el 91.4 de la FM o bien en www.radionikosia.org. Son muchos los que se han acercado y siempre intentamos sorprenderles. En el fondo hay algo que nos une, pues como dice Caetano Veloso en una canción: “De cerca todo el mundo está loco”.

Pues muchas gracias por vuestras reflexivas aportaciones, por ayudarnos a conocer un poco de vuestra historia, por enseñarnos a ver –como decís- que “los locos se pasean por la cuerda floja, son equilibristas, buscan el equilibrio desequilibradamente”. Volveremos a coincidir.

Contacto

info@radionikosia.org • Tfno.: 676 654 717

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (VIII)

Trastornos somatomorfos y psicósomáticos¹

Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.

Presentación

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental*. Se pretende que quien lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente.

Continuando con los aspectos más interesantes de los **trastornos somatomorfos** iniciados en el ejemplar nº 35 donde ya se señalaba la importancia de estos trastornos citando a Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría en su 10ª ed. de la obra: *“Los pacientes están convencidos de que su sufrimiento es el resultado de algún tipo de trastorno corporal supuestamente no detectado ni tratado. Tal y como Charles Beard afirmó acerca de la neurastenia en 1881 “las quejas no son imaginarias”. El médico moderno que desestima*

las quejas de su paciente afirmando que son imaginarias está haciendo un flaco favor tanto al paciente como a la profesión”.

Con esta 2ª entrega damos por terminado el repaso a algunos de los aspectos más actuales e interesantes en el importante campo de los **trastornos somatomorfos y psicósomáticos**. En los próximos números de *NORTE* serán abordados nuevos trastornos y nuevos campos en psiquiatría.

Esperamos que nuestros lectores estén disfrutando al trabajar los ítems publicados, poniendo en práctica sus habilidades cognitivas y académicas, y nos conformaríamos si el material elaborado sirve para lo que fue propuesto: mantener la puesta al día en aspectos relevantes en psiquiatría y áreas afines así como ser un valioso material de autoevaluación para psiquiatras, MIRes y PIRes.

¹ Incluye Fatiga Crónica.



1. T. Somatomorfos

Pregunta 66

¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al *trastorno de conversión* es **falsa**?

- a. Es más frecuente en mujeres.
- b. Es más frecuente entre personas con un bajo nivel educativo.
- c. Su aparición suele estar precedida de situaciones estresantes.
- d. Parálisis, movimientos anormales, afonía, ceguera y sordera, son síntomas típicos de conversión.
- e. La *belle indifférence* es típica de los pacientes con este trastorno.

Pregunta 67

Según el DSM-IV-TR, para el diagnóstico de *trastorno por somatización*, en su criterio A, se requiere una historia de múltiples síntomas físicos que comienzan antes de los 30 años y que persisten durante:

- a. Una semana.
- b. Un mes.
- c. Seis meses.
- d. Un año.
- e. Varios años.

Pregunta 68

Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser eficaz en los *trastornos somatomorfos*, aunque existen dos entidades en los que los ISRS parecen ser beneficiosos. ¿De que entidades se trata?

- a. Hipocondría y trastorno de somatización.
- b. Trastorno de somatización y trastorno dismórfico corporal.
- c. Hipocondría y trastorno dismórfico corporal.
- d. Hipocondría y trastorno de conversión.
- e. Trastorno de somatización y trastorno dismórfico corporal.

Pregunta 69

¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al *trastorno de somatización* es **falsa**?

- a. Es más frecuente en áreas rurales y entre personas con un bajo nivel educativo.
- b. Pocos pacientes experimentan mejorías significativas.
- c. Los factores hereditarios pueden ser importantes en su etiología.
- d. La mayoría de los pacientes tienen también trastornos de la personalidad.
- e. Los familiares varones de primer grado de los pacientes con este trastorno tienen tasas elevadas de trastornos psicóticos.

Pregunta 70

Existen diversas recomendaciones para el manejo clínico de los *trastornos somatomorfos*. ¿Cuál de las siguientes medidas está **contraindicada**?

- a. Se deben programar citas breves y frecuentes.
- b. El clínico debe centrarse en los síntomas físicos.
- c. Se debe establecer una relación empática con el paciente.
- d. Deben limitarse las exploraciones médicas.
- e. Debe reducirse el uso de fármacos psicotrópicos.

Pregunta 71

¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la *hipocondría* es **falsa**?

- a. Parece ser igual de frecuente en hombres y mujeres.
- b. Se define como preocupación y miedo a tener, o creencia de padecer, una enfermedad grave.
- c. Según el DSM-IV-TR, la duración del trastorno debe ser de al menos 6 meses.
- d. La preocupación remite una vez que la evaluación médica descarta la presencia de patología.
- e. Durante mucho tiempo los clínicos consideraron que la hipocondría era la versión masculina de la histeria.

2. T. Psicósomáticos

Pregunta 72

Señale de entre las siguientes afirmaciones en relación a la patología cardíaca y psiquiátrica, aquella que le resulte **falsa**:

- La depresión mayor es un factor de predicción importante de mortalidad a los 6 y 18 meses tras un infarto agudo de miocardio.
- En pacientes con arteriopatía coronaria sometidos a cateterismo cardíaco, la depresión mayor fue mejor predictor de mortalidad y morbilidad cardíaca que parámetros fisiológicos como la función ventricular izquierda.
- Los pacientes hospitalizados por angina de pecho inestable que también presentaban síntomas depresivos, tenían una probabilidad cuatro veces mayor de padecer un infarto o de fallecer en el año siguiente que los pacientes sin depresión.
- La ansiedad después de un infarto agudo de miocardio es una de las variables de predicción más potentes de complicaciones hospitalarias.
- El patrón de conducta tipo A se asocia con mayor morbilidad y mortalidad en pacientes que hayan sufrido arteriopatía coronaria.

Pregunta 73

Señale de entre las siguientes afirmaciones de psiconeuroinmunología aquella que considere **falsa**:

- Los órganos del sistema inmunitario poseen innervación del sistema nervioso central y se han identificado receptores linfocíticos para diversos neurotransmisores, neuropéptidos y hormonas del SNC.
- En pacientes con un alto grado de estrés psicológico, esta inhibida la respuesta inmunitaria primaria mediada por anticuerpos.
- La inmunidad celular está alterada en pacientes con depresión, mientras que diversos anticuerpos pueden estar elevados.
- El estrés psicológico aumenta la sensibilidad al catarro común.

- En personas que han perdido a su cónyuge o compañero se ha detectado una reducción de la proliferación de linfocitos.

Pregunta 74

¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al patrón C de conducta es **falsa**?

- Se caracteriza por un estilo de interacción paciente, pasivo, apacible, con una actitud poco asertiva y conformista.
- Existe un importante control de la expresión de las emociones negativas, y en particular, de las indicadoras de agresividad.
- El patrón comportamental se caracteriza por respuestas de frustración, inhibición, sumisión y derrota.
- Tienen cinco veces más probabilidades de sufrir cáncer de pulmón que los sujetos no C.
- Tienen melanomas de mejor pronóstico que los no C.

Pregunta 75

¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al patrón A de conducta es **falsa**?

- Se caracteriza por rasgos tales como extroversión, impaciencia, irritabilidad, impulsividad y preocupación por los rendimientos.
- Predominan las actitudes de afirmación, dominio, desconfianza y hostilidad.
- El patrón comportamental se caracteriza por tendencia a la acción, rapidez de ejecución y conductas agresivas.
- Los sujetos con este patrón tienen menor prevalencia de accidentes, suicidios y homicidios.
- Este patrón de conducta duplica el riesgo de isquemia coronaria.

3. Sd. de Fatiga Crónica y Neurastenia

Pregunta 76

Uno de los siguientes NO es un síntoma típico del *sd. de fatiga crónica*:

- a. Astenia que no mejora con el reposo.
- b. Dolorimiento ganglionar linfático.
- c. Disforia.
- d. Problemas de memoria a corto plazo.
- e. Fiebre $\geq 38^{\circ}$ C.

Pregunta 77

La *neurastenia* o “*agotamiento nervioso*”:

- a. Fue descrita por primera vez por Paul Anka en 1960.
- b. El síntoma príncips de la neurastenia es la disforia.
- c. En las clasificación China de enfermedades mentales no es considerada un diagnóstico individual mientras que en EEUU si lo es.
- d. La CIE-10 considera a la neurastenia un trastorno neurótico.
- e. Se ha observado que la neurastenia prece-
de frecuentemente al primer episodio de manía en el TAB tipo II.

Respuestas

Respuesta correcta 66: E

Comentario: La llamativa falta de preocupación por sus propios síntomas característica de algunos pacientes histéricos, o “*belle indifférence*”, no es típica de los pacientes con trastorno de conversión, quienes habitualmente están bastante interesados en sus síntomas. El trastorno de conversión implica síntomas que afectan a las funciones motoras y sensoriales. Los síntomas se asocian a factores psicológicos, como sugiere su aparición o exacerbación tras situaciones estresantes. Síntomas típicos de conversión son: parálisis, movimientos anormales, afonía, ceguera y sordera. Este trastorno se da con mayor frecuencia en mujeres, en zonas rurales y en personas con un nivel educativo bajo.

Bibliografía: Andreasen NC, Black DW. Introducción a la Psiquiatría. Tercera Edición. Grupo Aula Médica, S.L. Madrid, 2005, págs 387-414.

Respuesta correcta 67: E

Comentario: El criterio A del DSM-IV-TR para el *trastorno por somatización* requiere un historial de múltiples síntomas físicos que den comienzo antes de los 30 años y persistan durante varios años, obligando a la búsqueda de atención médica o provocando un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Este trastorno se caracteriza por múltiples síntomas somáticos para los que no se encuentra explicación médica. Para recibir este diagnóstico, los pacientes deben presentar al menos ocho síntomas sin explicación, incluyendo cuatro síntomas de dolor, dos gastrointestinales, uno sexual y uno pseudoneurológico. Es más frecuente en mujeres, en áreas rurales y entre personas con un nivel educativo más bajo.

Bibliografía: Andreasen NC, Black DW. Introducción a la Psiquiatría. Tercera Edición. Grupo Aula Médica, S.L. Madrid, 2005, págs 387-414.

Respuesta correcta 68: C

Comentario: Los pacientes con un *trastorno somatomorfo* solicitan a menudo -o demandan- medicamentos, pero lo habitual es que estén poco indicados. Estos pacientes pueden hacerse dependiente de los fármacos, especialmente hipnóticos y sedantes. No existen datos que muestren que los fármacos son beneficiosos en el tratamiento de los trastornos de somatización y de conversión; por lo tanto, el tratamiento farmacológico no está indicado a menos que se desarrolle otro síndrome psiquiátrico que sea susceptible de mejorar con él. Ningún tratamiento ha demostrado ser eficaz en estos trastornos. La excepción puede ser la *hipocondría* y el *trastorno dismórfico corporal*, en los que los inhibidores de la recaptación de serotonina parecen ser beneficiosos.

Bibliografía: Andreasen NC, Black DW. Introducción a la Psiquiatría. Tercera Edición. Grupo Aula Médica, S.L. Madrid, 2005, págs 387-414.

Respuesta correcta 69: E

Comentario: Los varones que son familiares de primer grado de pacientes con *trastorno de somatización* tienen tasas elevadas tanto de *personalidad antisocial* como de *alcoholismo*. Los factores hereditarios pueden ser importantes en su etiología; alrededor del 20% de las mujeres que son familiares de primer grado de pacientes con trastorno de somatización, lo padecen. Es un trastorno más frecuente en áreas rurales y en personas con un bajo nivel educativo. Pocos pacientes experimentan mejorías significativas o remisiones completas de los síntomas. La mayoría de los pacientes con este trastorno tienen también trastornos de la personalidad; entre la mitad y dos tercios de ellos cumplen criterios de trastornos inestables o dramáticos de la personalidad.

Bibliografía: Andreasen NC, Black DW. Introducción a la Psiquiatría. Tercera Edición. Grupo Aula Médica, S.L. Madrid, 2005, págs. 387-414.

Respuesta correcta 70: B

Comentario: El médico debe centrarse en los problemas psicosociales, no en los síntomas físicos. Al evitar centrarse en los síntomas del paciente, el médico transmite el mensaje de que las quejas físicas no son la característica más importante o interesante del paciente. Es importante “no dañar” al paciente, hacer un diagnóstico correcto, evitar cirugías y procedimientos innecesarios, establecer citas breves y frecuentes, reducir el uso de psicotrópicos y analgésicos y conseguir una relación médico-paciente empática y respetuosa. Se ha demostrado que el empleo de estas sencillas recomendaciones, reduce el gasto y las complicaciones yatrogénicas.

Bibliografía utilizada: Andreasen NC, Black DW. Introducción a la Psiquiatría. Tercera Edición. Grupo Aula Médica, S.L. Madrid, 2005, pp 387-414.

Respuesta correcta 71: D

Comentario: En la *hipocondría* la preocupación y miedo a tener, o creencia de padecer una enfermedad grave, persiste una vez que la evaluación médica ha descartado la presencia de una patología médica que explique los síntomas. Normalmente la realización de exámenes cuidadosos y

repetidos no suele tranquilizarles. Este trastorno puede empezar a cualquier edad y parece ser igual de frecuente en hombres y en mujeres. Según el DSM-IV-TR la duración del trastorno debe ser superior o igual a seis meses. En el siglo XVII, Sydenham sugirió la existencia de una estrecha relación entre la histeria y la hipocondría y, durante los dos siglos posteriores, los clínicos consideraron que la hipocondría era la versión masculina de la histeria, que aparecía principalmente en mujeres.

Bibliografía: Andreasen NC, Black DW. Introducción a la Psiquiatría. Tercera Edición. Grupo Aula Médica, S.L. Madrid, 2005, págs 387-414.

Respuesta correcta 72: E

Comentario: El *patrón de comportamiento tipo A* es un constructo complejo de gran número de rasgos, que incluye la impaciencia, la hostilidad, el intenso apetito de éxito y la urgencia temporal. Muchos estudios han apoyado que el comportamiento tipo A es un factor de riesgo de arteriopatía coronaria y un factor de predicción de peores resultados, pero un número igual de estudios han sido negativos. En conjunto, la mayoría de los estudios más rigurosos apoyan la proposición de que el comportamiento tipo A se asocia con un riesgo más elevado de contraer enfermedades cardíacas. Sin embargo el comportamiento tipo A no parece causar mayor morbilidad ni mortalidad en los pacientes que hayan sufrido arteriopatía coronaria.

Debido a los resultados opuestos de muchos estudios, los investigadores han intentado identificar un componente particular del síndrome tipo A que pudiera ser un factor de predicción más significativo. De los rasgos tipo A, la hostilidad ha sido el más asociado sistemáticamente con aumento de acontecimientos cardíacos y mortalidad.

Por otra parte la prevalencia de depresión mayor en pacientes con arteriopatía coronaria es mucho mayor que en la población general, especialmente después de un infarto de miocardio. La depresión no solo se produce con frecuencia junto con arteriopatía coronaria, sino que también incide negativamente en sus resultados. La

magnitud de los efectos de la depresión sobre la mortalidad y morbilidad de la arteriopatía coronaria es paralela a los efectos de los factores de riesgo médicos reconocidos (obesidad, hipercolesterolemia, HTA).

La depresión mayor es un factor conocido importante de mortalidad a los 6 y 18 meses tras un infarto de miocardio agudo, con el mismo efecto que predictores como los antecedentes de infarto o los valores de la función cardíaca. En pacientes con arteriopatía coronaria sometidos a cateterismo cardíaco, la depresión mayor fue mejor predictor de mortalidad y morbilidad cardíaca que parámetros fisiológicos como la función ventricular izquierda. La gravedad de los síntomas depresivos tiene mayor efecto sobre la discapacidad funcional en la arteriopatía coronaria que el número de arterias estenosadas.

La ansiedad también es sumamente frecuente en los pacientes con arteriopatía coronaria y esto perjudica gravemente el resultado de la enfermedad. La ansiedad después de un infarto de miocardio es una de las variables de predicción de complicaciones hospitalarias.

Bibliografía: Levenson JL, Factores Psicológicos que afectan a enfermedades médicas. En Tratado de Psiquiatría Clínica de Hales E y Yudofsky SC, cuarta edición, pag 639-640 editorial Masson. Barcelona 2004.

Respuesta correcta 73: B

Comentario: El campo de la psiconeuroinmunología se ha desarrollado alrededor de la actualmente bien documentada interrelación bidireccional entre el cerebro y el sistema inmunitario. Los órganos del sistema inmunitario poseen inervación del sistema nervioso central y se han identificado receptores linfocíticos para diversos neurotransmisores, neuropéptidos y hormonas del SNC. En el sentido inverso el cerebro es sensible a ciertas linfocinas, sustancias producidas por los linfocitos.

Se ha estudiado el efecto de diversos procesos psicológicos sobre el sistema inmunitario. El estrés psicológico aumenta la sensibilidad al catarro común y se han comunicado disminuciones de

la inmunidad humoral y celular en personas con estrés, incluidos cuidadores familiares de pacientes con demencia, estudiantes de medicina en periodo de exámenes y personas con disputas matrimoniales. Pruebas convincentes indican que en pacientes con un alto grado de estrés psicológico, esta inhibida la respuesta inmunitaria secundaria, mediada por anticuerpos, pero no la primaria.

Se han realizado numerosas investigaciones sobre los efectos de la depresión sobre el sistema inmunitario. La inmunidad celular está alterada en pacientes con depresión, mientras que diversos anticuerpos pueden estar elevados. Varios estudios han detectado una reducción de la proliferación de los linfocitos en personas que han perdido a su cónyuge o compañero, pero existen resultados contradictorios respecto a los efectos de la muerte de una familiar sobre la actividad de los linfocitos *Natural Killer* (NK).

Bibliografía: Levenson JL, Factores Psicológicos que afectan a enfermedades médicas. En Tratado de Psiquiatría Clínica de Hales E y Yudofsky SC, cuarta edición, pag 636 editorial Masson. Barcelona 2004.

Respuesta correcta 74: E

Comentario: El *patrón C de conducta* constituye la imagen especular del *patrón A*, y se caracteriza por un estilo de interacción pasivo, apacible, conformista y de extrema cooperación. Las expresiones negativas, y en particular, las indicadores de agresividad están sujetas a un gran control. Este patrón comportamental corresponde con las respuestas de frustración, sumisión y derrota. Los sujetos con *patrón C de conducta* tienen melanomas de peor pronóstico, suelen presentar más complicaciones evolutivas y tienen cinco veces más probabilidades de sufrir cáncer de pulmón que los sujetos no C.

Bibliografía: Vallejo JV, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Volumen II. Psiquiatría Editores, SL., Barcelona, 2005, págs 1501-1502.

Respuesta correcta 75: D

Comentario: El *patrón A de conducta* describe una serie de rasgos (extroversión, impaciencia,

impulsividad, irritabilidad, preocupación por los rendimientos), de actitudes (afirmación, dominio, desconfianza, hostilidad) y de comportamientos (tendencia a la acción, rapidez de ejecución, conductas agresivas) que determinan el estilo de interacción del sujeto con su entorno. Es un factor conocido de riesgo coronario en ambos sexos, que duplica el riesgo de isquemia coronaria, al margen de los factores de riesgo tradicionales (tabaco, hipertensión y obesidad). En la última década se han llevado a cabo estudios en distintos países, que sugieren la posibilidad de que el patrón A de conducta sea un factor de riesgo más general, ya que entre los sujetos A hay una mayor prevalencia de accidentes, suicidios, homicidios, problemas conyugales y familiares, reacciones alérgicas, cefaleas, dolores torácicos, hipertensión arterial y hospitalizaciones de urgencia por diversas causas.

Bibliografía: Vallejo JV, Leal C. Tratado de Psiquiatría. Volumen II. Psiquiatría Editores, SL., Barcelona, 2005, pág 1501.

Pregunta respuesta correcta 76: E

Comentario: El **sd. de Fatiga Crónica** se caracteriza por la presencia de al menos durante 6 meses, fatiga grave y debilitante, acompañada de mialgias, cefalea, faringitis, síntomas cognitivos y gastrointestinales, tumefacción y dolor ganglionar. La fiebre no es un síntoma típico. En todo caso puede haber febrícula en algunos casos de sd. de fatiga crónica que comienzan con posterioridad a un proceso gripal. Según los criterios el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) la fiebre no es un síntoma del trastorno.

El sd. de fatiga crónica se estima que afecta al 1,5% de la población. La incidencia es mayor en el segmento de edad comprendido entre los 20-40 y resulta el doble de prevalente en mujeres que en hombres. El diagnóstico de fatiga crónica coexiste normalmente con el de fibromialgia y colon irritable. Hasta el 80% de los pacientes con sd. de fatiga crónica son diagnosticados de depresión mayor.

- Recibido: 25-01-2010.
- Aceptado: 11-03-2010.

Bibliografía: Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores. *Síndrome de Fatiga Crónica*. 10ª Edición. Pag 652-655. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Pregunta respuesta correcta 77: D

Comentario: El término **neurastenia** (“*agotamiento nervioso*”) fue introducido en la década de 1960 por George Miller Beard, neuropsiquiatra estadounidense, que utilizó el término para referirse a un trastorno caracterizado por fatiga y discapacidad.

Aunque actualmente no es un término utilizado en la bibliografía pero sigue siendo una entidad diagnóstica en la CIE-10, donde se clasifica como un trastorno neurótico. Por su parte el DSM-IV TR incluye a la neurastenia entre los trastornos somatomorfos indiferenciados, pero le priva de considerarla entidad diagnóstica independiente.

La neurastenia es un ejemplo perfecto del modo mediante el cual las diferencias culturales influyen en las clasificaciones médicas y en las manifestaciones clínicas. Aceptada en Europa y Asia y como ejemplo en China en la que las personas se resisten a recibir una etiqueta diagnóstica asociada a un trastorno mental, en donde la neurastenia es un diagnóstico preferible. En la clasificación China de trastorno mentales (CCMD-2) la neurastenia es llamada *Shenjing shuairuo* y se caracteriza por fatiga física y mental, inestabilidad, cefaleas, algias dispersas, dificultades de concentración, trastornos del sueño, disfunción sexual, irritabilidad y clínica diversa relacionada con las funciones vegetativas. En Asia la neurastenia es considerada como un síndrome final derivado del estrés crónico, mas que derivado de conflictos psicológicos. Así pues la frecuencia del diagnóstico de neurastenia es marcadamente mayor en el este de Asia que en otras partes del Mundo.

Bibliografía: Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores. *Síndrome de Fatiga Crónica*. 10ª Edición. Pag 522-525 y 655-657. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Formación continua en la empresa de salud

Estibaliz Izarzugaza Iturrizar.

Técnico de Calidad de Red de Salud Mental de Bizkaia.
Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Bizkaia.

Resumen: El vertiginoso progreso científico, técnico y social que estamos viviendo en los últimos tiempos tiene una influencia decisiva en la prestación de la asistencia sanitaria. Uno de los factores fundamentales es la formación de los profesionales, por lo que no debemos limitar dicha formación a los estudios académicos, sino que debería prolongarse con actividades de actualización continuadas durante toda la vida laboral.

No podemos olvidar, sin embargo, que la formación continúa es de carácter voluntario y difícilmente exigible por la Dirección de la empresa. Esta característica se afianza aún más en un entorno laboral como el que ofrece la Administración Pública.

En este contexto, el realizar una óptima gestión formativa es una tarea compleja, que debe hacer frente a una realidad poliédrica desde la que se pueden diferenciar muchas partes interesadas (empresa, profesionales, sindicatos, formadores, etc.) y por lo tanto múltiples intereses, no siempre orientados en la misma dirección.

Palabras Clave: Formación, Calidad, Transferencia, Competencia.

Contexto

Osakidetza, entiende por *Formación*, tanto las “actividades docentes en centros del sector público en forma de cursos de formación o perfeccionamiento del personal propio” como “seminarios, coloquios, mesas redondas, conferencias, colaboraciones o cualquier otro tipo similar de actividad”.

Conforme al IV Acuerdo de Formación Continua en las Administraciones Públicas (2006-2009), la formación continua es “un subsistema integrado en el Sistema Nacional de Formación Profesional, constituida por el conjunto de actividades formativas que se desarrollan en las Administracio-

nes Públicas, dirigidas a la mejora de competencias y cualificaciones de los empleados públicos, que permitan compatibilizar la mayor eficacia y la mejora de la calidad de los servicios en las Administraciones Públicas con el desarrollo personal y profesional de los empleados”. Esta definición evidencia el carácter bifronte de la formación continua, configurándose así como un derecho y un deber de los trabajadores vinculado por una parte a la promoción y al desarrollo de la carrera profesional, y por otro a la mejora organizativa del servicio ofrecido.

Cualquier agente público y/o privado puede establecer sistemas de formación, regular sus requisitos y otorgar acreditaciones autonómica-

mente. Así se crea el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula un sistema de acreditación de la formación continuada, con el objetivo de asegurar la calidad de las actividades de formación que son ofertadas a los distintos profesionales sanitarios.

Los principios sobre los que se basa la Formación Continúa en las Administraciones Públicas son los siguientes:

- Consideración de los recursos humanos como el activo más importante.
- Responsabilidad compartida de todos los agentes intervinientes en la formación.
- Búsqueda de una actitud positiva hacia el aprendizaje, entendido como un proceso ininterrumpido durante todo el ciclo vital.
- Favorecer el acceso de los empleados públicos a mejores puestos y condiciones laborales.

A qué nos referimos cuando hablamos de Formación

La formación es uno de los medios de producción de competencias. Las competencias existen cuando los trabajadores transfieren, de manera efectiva y a su debido tiempo, los conocimientos adquiridos mediante las actividades formativas a su puesto de trabajo. Haber adquirido unos conocimientos, por lo tanto no significa necesariamente ser competente. En este sentido, podemos diferenciar los siguientes tipos de aprendizajes:

Aprendizaje significativo: el que da sentido a lo que se aprende. Integra el conocimiento en el día a día. Es de utilidad porque las personas lo entienden y se acerca a las demandas de formación.

Aprendizaje mecánico: lo que se aprende y no se utiliza porque no se integra en el uso habitual. Curiosamente, este es el estilo habitual.

Para ser pertinente, la formación se debe emplear para cubrir la distancia entre las competencias necesarias y las competencias reales. Esa distancia debe ser analizada tanto a nivel macro de la Organización, como a nivel micro en las áreas concretas. Y por supuesto considerando un horizonte temporal de medio y largo plazo.

Se distinguen tres tipos de objetivos en la gestión formativa de una Organización, que en una etapa posterior serán útiles para evaluar los efectos de la formación:

- *Objetivos pedagógicos:* hacen referencia a los conocimientos, capacidades o comportamientos que los asistentes a la acción tienen que haber adquirido al finalizar la formación.
- *Objetivos operativos:* indican lo que el asistente a la formación debe ser capaz de hacer, en el lugar de trabajo, una vez terminado el plazo de formación. Estos serían los objetivos de transferencia.
- *Objetivos de impacto:* representan los efectos previstos de la acción de formación sobre las condiciones de explotación de la Organización.

Los asistentes a la formación son coproductores constantes de la formación, por lo que hay que despertar su motivación durante todo el proceso formativo. La característica de servucción que posee la formación, hace referencia a la simultaneidad entre la producción de un servicio y su consumo (el cliente participa en la producción de la formación). La servucción depende del nivel de escucha de los formadores, la claridad y aceptación de los objetivos pedagógicos y de resultados, el feed-back entre alumnos sobre los progresos efectuados, el atractivo de los métodos utilizados, la coherencia de los criterios de selección de los asistentes, entre otros factores.

Las competencias profesionales de una persona están constituidas por la combinación de unos conocimientos (*saber*), unas habilidades (*saber hacer*), valores motivacionales (*actitudes*) y unas creencias que conforman las personas (*personalidad*).

El aprendizaje no es un adiestramiento, sino que supone una reorganización de los conocimientos adquiridos. Formar es provocar cambios en la conducta de los trabajadores de una Organización a fin de mejorar la eficacia organizativa, procurando compatibilizar los objetivos de los profesionales y los de la Organización.

La formación también es un instrumento de socialización de los trabajadores (se incorporan así a la cultura de la Organización, proyectos, misión,



visión, valores...). En las Administraciones Públicas, la formación debe contribuir a reforzar la orientación al ciudadano de todo servicio público, en el caso de un servicio sanitario, el paciente y usuario.

Por su impacto estratégico, la formación no puede ser un conjunto de actividades desorganizadas y sin relación alguna, sino que ha de integrarse en una gestión planificada, coherente con los criterios generales de la Organización y susceptible de ser evaluada. Así, los presupuestos para formación no se considerarían un gasto sino una inversión.

Las condiciones necesarias para garantizar, o al menos posibilitar, el éxito de la formación son las siguientes:

- Tener soporte político en la Organización (Política de Gestión de Calidad, Política de Recursos humanos).
- Estar planificada.
- Ser continua.
- Partir de un Diagnóstico de Necesidades Formativas desde los problemas de la Organización.
- Implicar a los formadores.
- Estar estructurada, organizada y con responsables.
- Tener recursos asignados.
- Poseer rigor metodológico y didáctico.
- Ser evaluada.
- Ser participativa.
- Estar coordinada con iniciativas similares.

El reto en la actualidad está en pasar de una formación basada en la oferta, dirigida a las personas, fuera del puesto de trabajo, basada en la transmisión de conocimientos, estructurada en programas cerrados y pasiva a otro tipo de for-

mación basada en la demanda, liderada por los directivos, dirigida a equipos de trabajo, unida a la ocupación, basada en el aprendizaje, ligada a la tarea, a medida de las necesidades de la Organización y activa.

Entre las críticas que se suelen hacer a la gestión formativa de las empresas públicas están la falta de información sobre los procedimientos utilizados en el diagnóstico de necesidades, la poca participación de los profesionales en el proceso y la oferta formativa deficitaria respecto a las necesidades de formación sentidas por los profesionales. Esto se relaciona directamente con la idea de los promotores de la formación al reconocer que existe un exceso de oferta formativa, escasa coordinación entre promotores y desconocimiento de la repercusión de la formación en el puesto de trabajo. Reseñables son además los problemas de calendario ya que año tras año se sufre la concentración de la oferta en el tercer y cuarto trimestres del año debido al cronograma de elaboración de Planes, presentación de los mismos a las subvenciones del INAP (Instituto Nacional de Administración Pública) y resolución de las subvenciones. En este sentido sería positivo considerar la existencia de Planes bianuales o trianuales, ya que la experiencia nos dice que el plazo anual se queda corto para realizar todo el ciclo del proceso.

Por otra parte, debería clarificarse cuál debe ser el objetivo de la Formación Continua y en caso de existir varios (promoción y desarrollo personales, adecuación al puesto de trabajo), debería indicarse cuál primaría en caso de entrar en conflicto. Entre las posibles soluciones podrían estar, priorizar los objetivos de la Organización de tal modo que sólo se tuvieran en cuenta la promoción y desarrollo personal en la medida en que no estuvieran en conflicto con la adecuación al puesto de trabajo. Otra línea de trabajo sería dedicar parte del esfuerzo formativo a la promoción y desarrollo individual y parte a la adecuación al puesto de trabajo, separando ambos objetivos y negociando las partidas presupuestarias.

Proceso de elaboración de un Plan de Formación. Ciclo de Mejora PDCA (Plan-Do-Check-Act)



El éxito de cualquier Plan de Formación está en realizar una buena detección de necesidades formativas. Teniendo en cuenta que una necesidad formativa es la distancia que hay entre una competencia deseada y una competencia actual, podemos citar cuatro fuentes básicas de información: Proyectos de cambio o inversiones, cambios en el entorno, problemas en la Organización, evolución de las competencias profesionales.

El análisis de necesidades formativas se puede hacer tanto de forma reactiva como proactiva, o incluso ambas a la vez. Aquellas necesidades que no puedan ser resueltas con la formación se convierten en inputs para la mejora estructural de la Organización.

A partir de la información aportada por el análisis de las necesidades formativas, el responsable del Plan de Formación debe formular los objetivos formativos, operativos y de impacto de la formación. Estos objetivos constituyen el horizonte a corto plazo (un año) que va a ser formulado en el Plan. Es uno de los momentos críticos, ya que se trata de lograr una definición operativa de los objetivos del aprendizaje. Los objetivos formativos pretenden transformar los conocimientos en acción.

El resultado final de la planificación de la formación es el Plan de Formación, documento donde a partir del Diagnóstico de Necesidades Formativas se especifican los objetivos que debe conseguir la formación y se detallan las actividades específicas que se deberían realizar para alcanzar cada uno de ellos y a quiénes van dirigidas estas actividades. El Plan de Formación es un instrumento de gestión diseñado a medida de cada Organización y difícilmente podrá ser exportable a otras Organizaciones puesto que dos Organizaciones diferentes tienen realidades diferentes a las que hacer frente.

El Plan de Formación debe ser sencillo y fácil de entender, evitar ambigüedades, estar bien estructurado, ser práctico y realista, ser flexible, permitir introducir cambios, ser completo y no contener información innecesaria.

Diseño y Programación de las acciones con diferentes fases a seguir:

- Definir los objetivos formativos.
- Definir los contenidos formativos.

- Definir el sistema didáctico.
- Determinar el momento y el lugar en el que se llevará a cabo la formación.
- Definir los destinatarios.
- Definir los sistemas de apoyo a la acción formativa.
- Definir los formadores.
- Definir los costes de cada acción y el presupuesto global del Plan. (coste de la formación como sumatorio de los costes de calidad-prevenición y evaluación- y costes de la no calidad-fallos externos e internos).

Garantía de Calidad de un Plan de Formación, es entendida como todas las condiciones que debe reunir el Plan para conseguir la calidad prevista de las competencias que se han de producir. Entre otras variables (a valorar y priorizar en cada tipo de Organización) se pueden citar:

1. La elección y formulación de los objetivos que se desean alcanzar.
2. La delimitación del grupo de personas por formar.
3. La transferencia de lo adquirido con la formación.
4. La coherencia entre los objetivos de los prescriptores y las respuestas de formación de los prestatarios de formación.
5. Los factores de motivación de los alumnos.
6. Implicación de la Dirección y de los prescriptores.
7. La coherencia con la política de recursos humanos.

En la etapa de **Ejecución del Plan** lo que se pretende es llevar a cabo las diferentes acciones integradas en el Plan de Formación y para ello se utilizan diferentes recursos relacionados con la gestión de la calidad de la formación, como son el Pliego de Condiciones, Programa Formativo, Guía de Aprendizaje y el Plan de Gestión.

Por último, se puede considerar la **Evaluación del Plan de Formación** como un proceso sistemático para determinar, a nivel de los participantes, si se han logrado los objetivos de aprendizaje y conocer si la formación ha contribuido a resolver los problemas de la Organización, a desarrollar los pro-



yectos de la Dirección de la Organización y a promover las carreras profesionales de los empleados. Dicha evaluación debe ser pertinente, aportando información relevante para tomar decisiones necesarias en cuanto a la política de formación, próxima a todos los participantes en el proceso formativo y rápida con el fin de poder reorientar el proceso en caso de disfunciones importantes. Existen técnicas cualitativas de evaluación, como son la observación de resultados, entrevistas, técnicas grupales, estudio de casos, y técnicas cuan-

titativas del estilo de cuestionarios, test, pruebas prácticas o pruebas de rendimiento.

Esta última etapa supone la entrada nuevamente al círculo de mejora constituyendo una información directa para el siguiente análisis de necesidades formativas, así como para el diseño y programación del siguiente Plan de Formación de la Organización. De ahí la importancia de realizar siempre una evaluación de resultados, empleando los métodos más idóneos.

Contacto:

Estibaliz Izarzugaza Iturrizar

Técnico de Calidad de Red de Salud Mental de Bizkaia.

Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Bizkaia.

correo electrónico: estibaliz.izarzugazaiturrizar@osakidetza.net

Referencias bibliográficas

III Acuerdo de Formación Continua en las Administraciones Públicas:

- Instituto Nacional de Administración Pública (2002). Guía para la evaluación de necesidades formativas. Programa de actividades de Formación Continua. Factam, S.L.
- Instituto Nacional de Administración Pública (2002). Guía para la evaluación de los resultados de la formación. Programa de actividades de Formación Continua.
- Instituto Nacional de Administración Pública (2002). Guía para la evaluación de impacto de las acciones formativas en las administraciones públicas. Programa de actividades de Formación Continua.

López Camps, J. y Leal Fernández I. (2002). *Aprender a planificar la formación*. Paidós.

Le Boterf G., Barzucchetti S. y Vincent F. (1993). *Cómo gestionar la calidad de la formación*. Edipe.

Instrucción 1/2002 del Director General de Osakidetza. Determinación de los criterios para abono de las cuantías por la impartición de cur-

sos contemplados en los programas de formación continuada del Ente Público de derecho privado Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Decreto 319/1999, de 31 de agosto, por el que se crea el Consejo Vasco de Formación Continuada de las profesiones sanitarias y se regula un sistema para su acreditación.

Resolución de 17 de octubre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se ordena la publicación del IV Acuerdo de Formación Continua en las Administraciones Públicas.

Orden de 1 de febrero de 2007, de la Consejera de Hacienda y Administración Pública, por la que se regulan los requisitos y el procedimiento para la homologación de acciones formativas por parte del Instituto Vasco de Administración Pública.

Fundación Confemetal (1999). El Plan de Formación de la Empresa. Guía práctica para su elaboración y desarrollo. Col. Mad Comunicación.

Euskalit. Fundación vasca para la calidad. www.euskalit.net

- Recibido: 09-12-2009.
- Aceptado: 13-02-2010.

Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general

Psychological upheavals in the adolescents. A general vision

Yanet Pintado Machado*; Yenier Jiménez Hernández*; Manuel O Padilla Romero*; Juan Miguel Guerra Cabrera**; María Elena Antelo Cordillo**

*Estudiante de Medicina.

**Doctor en Medicina. Especialista en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Instructor.

Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cuba.

Resumen: El trastorno psicológico más frecuente del mundo actual es, sin lugar a dudas, la depresión. Los problemas de falta de recursos económicos y las cada vez mayores exigencias sociales para ir al ritmo de la vida «moderna», unidos a la soledad y a frecuentes dificultades para establecer relaciones afectivas duraderas y gratificantes son algunas de las causas del trastorno depresivo. Sin embargo, de toda la población, los adolescentes y ancianos son actualmente los grupos más vulnerables a padecer este tipo de trastorno, junto depresión. A otros como la ansiedad, el alcoholismo y la demencia. Los expertos insisten en que, en la mayoría de los casos, un adecuado diagnóstico y un manejo terapéutico oportunos pueden ser la clave para el correcto abordaje de este tipo de alteraciones.

Palabras clave: adolescencia, trastornos, depresión.

Summary: The more frequent psychological upheaval of the present world is, without doubt, the depression. The problems of lack of economic resources and the every time greater social exigencies to go to the rate of the modern life, together with to the solitude and frequent difficulties to establish lasting and rewarding affective relations are some of the causes of the depressive upheaval. Nevertheless, of all the population, the old adolescents and are at the moment the most vulnerable groups to suffer this type of upheaval, together depression. To others like the anxiety, the alcoholism and the dementia. The experts insist on which, in most of the cases, a suitable opportune diagnosis and a therapeutic handling can be the key for the correct boarding of this type of alterations.

Key Words: adolescence, upheavals, depression.



Introducción

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro. Muchos autores han caído en la tentación de describir esta edad con generalizaciones deslumbrantes, o al contrario, la califican como un una etapa de amenazas y peligros, para descubrir, al analizar objetivamente todos los datos que las generalizaciones, de cualquier tipo que sean, no responden a la realidad. Si hay algo que podamos afirmar con toda certeza, podemos decir que, esta edad es igual de variable, y tal vez además que cualquier otra edad.

No hay teorías fáciles con que podamos definir a todos los adolescentes, ni las explicaciones que se dan de su comportamiento nos bastaran para comprenderlos. Para la persona que quiera comprender la conducta del adolescente se dice que es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto, en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez, sin embargo, si solo se define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por otro, el concepto adolescencia y para el adolescente mismo.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 11 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto (1)

Sin que esto tome el curso de un estudio minucioso de la adolescencia mencionaremos sólo los rasgos o características de ésta. En general, el adolescente atraviesa por tres duelos importantes que son:

1. El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y que está siendo sustituido por uno que todavía no conoce y que le

genera sentimientos encontrados de vergüenza y aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.

2. El duelo por la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida de forma distinta.
3. El duelo por los padres infantiles, que ya no son aquellos héroes o ídolos perfectos que uno miraba hacia arriba, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, pasando por todas las formas de sexualidad polimorfa ; vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de animo y del humor. Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia.

También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares. El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento (2)

Desarrollo

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. No sabemos porque la maduración comienza cuando lo hace, ni podemos explicar tampoco cual es el mecanismo

exacto en la que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar (4)

Suspender un examen o recibir “calabazas” de “él” o de “ella” puede conducir a estar un poco “depre” un día o dos. Esto no es “depresión” auténtica, que es el estado de infelicidad permanente sin causa conocida razonable. Un “cague” ante un examen difícil es normal. Otra cosa es cuando hay estados patológicos permanentes y graves, ante los que debemos actuar. En primer lugar, consultar con un profesional, que podemos encontrar en el mismo centro de estudios.

Ayudarles a crecer sanos y felices es nuestro cometido. Prevenir antes que curar, y para ello algunos consejos:

1. Transmitir cariño y seguridad a los hijos.
2. Ayudarles a desahogarse.
3. Hablar con ellos de sus emociones y sentimientos.
4. Evitar el ruido y el jaleo en la casa.
5. Preguntarles frecuentemente y escucharles.
6. Acostumbrarles a retrasar la satisfacción inmediata de sus deseos, y no buscar la gratificación inmediata en todo lo que hacen.
7. Acostumbrarles a pensar bien de los otros y ver el lado positivo de las cosas.
8. Enseñarles a hacerle frente a los problemas con sentido del humor.
9. Reforzar su optimismo.
10. Estimular su creatividad (5)

La depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En

adolescentes, el estado anímico depresivo es común, debido al proceso normal de maduración, al estrés asociado con éste, a la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos de independencia con los padres.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes, debido a que su comportamiento normal se caracteriza por altibajos en el estado anímico. Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días.

La depresión anímica persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, la drogadicción y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer, pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, comienza de manera muy diferente a estos síntomas clásicos (6).

Para entrar en materia, es importante señalar que toda definición de la depresión debería asentarse sobre un doble pilar: el del afecto y el de las ideas.

La depresión puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas, o bien, puede aparecer como síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad.

Desde una perspectiva clínica, la depresión consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes (9). También se presentan, sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la depresión es básicamente la elaboración de un duelo. Un



duelo por algo que se perdió, algo que se tenía y que ya no se tiene. En todas las situaciones algo se está viviendo como inalcanzable, algo se desea tener y no se ha conseguido. Sin embargo, a diferencia de otros trastornos, la depresión no se puede definir fácilmente por su génesis, por lo que pone en marcha, ya que puede estar relacionada con la historia del paciente y no ser una causa directamente relacionada en tiempo y espacio con la presentación de los síntomas.

De lo anterior se concluye que el núcleo de la depresión, en tanto estado, no lo podemos buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos estos estados pueden o no estar presentes en una persona deprimida. Sin embargo, algo que sí está presente es el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente. La no realizabilidad de un deseo mediante el cual alcanzaría un ideal, o la consecución de un logro menor que provoca que se sienta arruinado, fracasado, inferior, culpable. Es decir, el núcleo de la depresión lo van a constituir estas ideas de inferioridad, autorreproche, fracaso, e incluso, en algunos casos, ideas de muerte.

Otra característica de la depresión es que los afectos están entrecruzados con las ideas aunque se trata de entidades separables. Tal entrecruzamiento es muy visible en los casos de pacientes tratados con antidepresivos, en los cuales queda expuesto que el químico trabaja sólo en los niveles que modifican la conducta y, por lo tanto, en las sensaciones afectivas; pero donde también, como consecuencia, se modifican los sistemas de ideas (auto reproches, desvalorización, pesimismo, temas hipocondríacos, ideas de suicidio, etc.), que asimismo se ven afectados por este tipo de tratamiento psicofármaco lógico. Es decir, las drogas actúan sobre los afectos, sobre las emociones, y estas a su vez actúan sobre las ideas, modificándolas.

Es importante señalar que, por todo lo anterior, la depresión forma parte de los trastornos del humor o de la afectividad. Lo complicado es que no todos los síntomas deben o pueden estar presente para que se realice el diagnóstico; es decir, puede haber una depresión sin que haya auto reproches. Al igual que, por ejemplo, la tristeza, puede estar

detonada por los auto reproches, pero tampoco se puede explicar sólo por esta causa.

Dentro de las conceptualizaciones psicoanalíticas existen varios factores importantes en la detonación de la depresión. Es importante resaltar algunos de estos. En primer lugar está el papel que juega el narcisismo, en el cual se entiende que el individuo se ha tomado a sí mismo como objeto de amor, por lo que se ve a sí mismo como un ideal, sin embargo, este ideal no es como se quería y por lo tanto no se puede amar a sí mismo, por lo que se vuelve inalcanzable ese deseo. Esto puede ocurrir cuando el sujeto en cuestión triunfa ante otros, pero ese triunfo no es reconocido por sí mismo debido a ataduras inconscientes internas. Esto se llama colapso narcisista.

Por otro lado, la depresión se puede dar ante los triunfos o éxitos logrados por otra persona que funciona como un espejo ante lo que el sujeto no puede lograr.

Otro tipo es el de la depresión relacionada a la culpa y a la agresión. Esta última, aunque es un tema muy complejo y ligado a varios factores, podría simplificarse de la siguiente forma: la agresión, considerada como la intencionalidad de provocar daño o sufrimiento (físico o moral), sólo por el placer que ello implica y que trae como consecuencia una culpa depresiva de haber dañado al otro.

De todo lo anterior se puede desprender que otra manera de clasificar la depresión depende del tipo de ideal en juego que se encuentre perdido o lejos de lo alcanzable. Así, si el ideal es la perfección narcisista, cuando esta no se cumple y se da lo que llamamos anteriormente un colapso, estaríamos hablando de una depresión narcisista. Si el ideal hace referencia a no hacer daño, y algo se daña, entonces hablamos de una depresión culposa. Esta culpa es consecuencia del sentimiento de que se ha atacado al objeto y se lo ha dañado. Se da también el hecho de que se sienta perdido al objeto de amor -por estar dañado- y que además de la culpa, se de una depresión por la pérdida de este objeto

También está la depresión por pérdida de objeto donde no se cumplen las dos condiciones ante-

rios y estamos ante una situación de duelo por muerte de un ser querido. Es importante señalar que además se pueden dar los casos mixtos donde en ocasiones se presentan diferentes patrones al mismo tiempo, así como subclases en cada tipo particular.

De todo lo anterior podemos decir lo siguiente acerca de la depresión: sabemos que en primer lugar se tiene un deseo que se mantiene; en segundo lugar, ese deseo tiene la característica de inalcanzable o irrealizable, y en tercer lugar, se da una fijación de ese deseo, es decir, la imposibilidad de pasar a otro. También sabemos que aunque la tristeza puede ser un síntoma de la depresión, no es lo mismo, y además no siempre está presente. Entonces, para afinar un poco, la sintomatología de la depresión puede incluir una inhibición motriz, lentificada o agitada, pero en ambos casos se ve inhibido el poder de acción (es decir, no se puede concluir ninguna actividad); asimismo se presentan auto reproches y visión pesimista de la vida (Id.) (Es importante señalar que la tristeza, a diferencia de los demás rasgos, es una identidad por sí misma y que se define como tal, por caracteres propios.)

Es importante recordar también que entre los principales procesos emocionales involucrados en comportamientos autodestructivos pueden citarse: internalización de sentimientos agresivos, identificación con personas que han muerto, auto devaluación, percepciones ilógicas e irreales de sí mismo, auto atribuciones negativas, fijación de metas personales de vida poco reales con expectativas ilusorias de éxito.

Las situaciones de estrés, el abuso sexual familiar, conflictos familiares, problemas matrimoniales en familias muy inestables, aislamiento social, el deterioro en las habilidades sociales, la existencia de problemas serios en los vínculos con el grupo de pares y amigos son otros factores de peso en los procesos depresivos.

Los síntomas de depresión en los adolescentes

Los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como «comportamiento normal del adolescente», y se considera

que son el producto de los cambios hormonales normales, lo que, en muchos casos, dificulta el diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. El mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento.

Los adolescentes no necesitan «razones de peso» para deprimirse. En apariencia son invencibles e invulnerables, pero en el fondo pueden estar profundamente cuestionados y dolidos, no tienen consolidada su identidad y son severos críticos de sí mismos.

La depresión parece presentarse con mayor frecuencia en familias con problemas maritales, en las que el adolescente tiene más dificultad de establecer su identidad, aunque es importante recordar que cada adolescente es único en la forma que responde al ambiente que lo rodea, no sólo al ambiente familiar sino al escolar y con los amigos.

La sensibilidad del adolescente se altera por el manejo de las emociones en conflicto junto con el despertar de la sexualidad. Los cambios que ocurren en el cuerpo de los adolescentes no son asimilados en forma adecuada por algunos de ellos, lo cual les genera depresión. Adolescentes sometidos a abuso sexual y/o con problemas de orientación sexual (homosexualidad) pueden presentar también un cuadro depresivo. Cerca de los 14 años, las adolescentes tienen el doble de probabilidades de entrar en un cuadro depresivo.

El adolescente promedio manifiesta aburrimiento, pérdida de interés, desmotivación y/o tendencias a actuaciones antisociales o apatía (poco interés) ante situaciones que de lo contrario serían atractivas. Es muy factible encontrar comportamientos más bien agresivos, descalificadores y desafiantes que de tristeza o abatimiento como tales.

Los padres con frecuencia notan en ellos bajo rendimiento académico, irritación constante y problemas para dormir. En los casos más severos de depresión, los jóvenes pueden comenzar a pensar en el suicidio. Muchos de los intentos suicidas de la juventud se enmascaran como «accidentes» de



severidad considerable, como en las muertes que ocurren como resultado de conducir vehículos automotores a exceso de velocidad, en ocasiones bajo el efecto de drogas o por el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes deprimidos, tal como se comentó anteriormente.

Es importante tener siempre presente el tiempo en el que se han presentado los síntomas. Si el adolescente presenta ideas suicidas, falta de apetito y falta de interés en toda actividad social durante más de 2 semanas, se debe estar muy alerta. Tienden a aislarse y a tener ideas suicidas por los sentimientos de culpa y de incapacidad para afrontar la vida diaria. La depresión en el adolescente envuelve más problemas interpersonales y de baja estima que la depresión en el adulto.

En algunos casos se puede confundir este comportamiento alterado con el síndrome de falta de atención, agresividad, hiperactividad, desórdenes de la alimentación, problemas del sueño, cuando en realidad la enfermedad de fondo es la depresión.

Es parte de nuestra labor como docentes el estar con los ojos muy abiertos para detectar este tipo de sintomatología en nuestros adolescentes, para poder brindarles la mejor y más pronta orientación y que así puedan recibir la atención adecuada.

La conducta abúlica de los adolescentes muchas veces no obedece a que no encuentran algo de su interés y estén aburridos sino a que están deprimidos.

La etapa adolescente conlleva una serie de situaciones de cambio que hay que afrontar y que no todos pueden lograr con éxito.

El hecho de tener un comportamiento retraído en exceso, de mostrarse preocupado, de sentirse temeroso al extremo y aislado pueden ser los síntomas que enciendan la señal de alarma. Porque la ansiedad está asociada a la depresión, que es una enfermedad, y como tal hay que tratarla convenientemente lo antes posible, para evitar la caída en la adicciones y hasta frecuentemente en el suicidio.

El adolescente afectado está preocupado e invadido de pensamientos pesimistas que no tienen fun-

damento y la razón no es tanto externa sino interna; un mundo interno con un conflicto sin resolver que se vuelve día a día más amenazante (8).

El adolescente es una persona nerviosa por naturaleza. Y no es para menos, con tantos cambios en su cuerpo y en su entorno. Sin embargo, la ansiedad ha de permanecer siempre entre unos límites, para no interferir de manera negativa en la vida del adolescente. A mayor ansiedad, por ejemplo, peores resultados académicos.

Los adolescentes con niveles altos de ansiedad, suelen mostrarse inseguros, perfeccionistas, con gran necesidad de recibir la aprobación de los demás para que les aseguren la calidad de lo que hacen. Confían poco en sí mismos, les da miedo cualquier situación y requieren la constante presencia del adulto para enfrentarse a sus temores.

Ansiedad de separación

Un tipo concreto de ansiedad, que experimentan algunos adolescentes ante la posibilidad de tener que separarse de sus padres, o de aquellas personas queridas. Sienten un gran temor a los ladrones, a que les pase algo a sus padres...

Antes de admitir el verdadero motivo (no querer separarse de sus seres queridos) dan mil justificaciones, incluso pueden presentar un cuadro físico muy espectacular con vértigos, desmayos, dolores de barriga o palpitaciones.

Crisis de ansiedad (ataque de pánico)

Ansiedad en su grado máximo, aparece de forma brusca y suele ser de corta duración (30 minutos). La forma más dramática es la sensación de muerte inminente, el adolescente se pone blanco y presenta un cuadro de lo más llamativo, semejante a patologías físicas muy graves, aunque, lógicamente, sin las secuelas de éstas.

- Palpitaciones, ritmo cardiaco acelerado.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas corporales.
- Sensación de ahogo.
- Dolor en el pecho, molestias alrededor del corazón.
- Náuseas, molestias abdominales.

- Mareo, sensación de pérdida de conciencia.
- Miedo a volverse loco o a perder el control.
- Miedo a morir.
- Sensación de hormigueo en diversas partes del cuerpo.
- Sofocos o escalofríos.

Al adolescente le queda, durante bastante tiempo, el temor a que se repita este episodio, por lo mal que lo pasa; con lo que no es de extrañar que por un tiempo no quieran salir solos, o incluso que no quieran salir de casa.

Tratamiento

- Medicación ansiolítica de acción rápida para controlar el ataque de pánico.
- Psicoterapia individual.
- Algunas sesiones de terapia familiar

El estrés adolescente

Según muchos estudios psicológicos, una de las épocas en la vida de los humanos en las que más estamos sometidos a situaciones de estrés es durante la adolescencia, y es que la transición desde la infancia al ser adulto es muy complicado. Sobre todo porque empiezan a vivir situaciones propias de una persona mayor, sin tener todavía los recursos necesarios para superarlas con éxito.

Según un estudio llevado a cabo por un grupo de científicos de la Universidad de Michigan Ann Arbor, una tercera parte de los adolescentes norteamericanos experimentan estrés motivado por “las enormes expectativas de sus padres y la sociedad” y dos tercios experimentan síntomas del estrés al menos una vez a la semana (9)

La vida surge abundantes factores de estrés en la etapa de mayor fragilidad de la personalidad. Algunos Adolescentes saben encajar bien la llegada del estrés y se sobreponen con facilidad; otros se sienten incapaces de superar estas situaciones, manifestando una serie de conductas desproporcionadas. Estos son los adolescentes con problemas de adaptación.

No se trata de conductas normales ante una situación determinada, como por ejemplo, la lógica reacción de dolor ante la pérdida de un ser

querido. Se trata de reacciones, normalmente, con una mezcla de depresión y ansiedad. También pueden manifestarse por alteraciones severas de la conducta, como vandalismo, conducción irresponsable, peleas o incumplimiento de las normas sociales propias de su edad.

Caso de existir una causa de estrés, concreta y conocida por el adolescente y su entorno, las reacciones desadaptativas suelen aparecer a los tres meses de tener lugar dicho acontecimiento estresante; aunque normalmente son un conjunto de factores los que están influyendo sobre el joven.

¿Hay situaciones especialmente estresantes?

- Terminación brusca de un noviazgo.
- Dificultades de integración escolar.
- Aislamiento social, falta de amigos.
- Problemas de relación con los padres.

Síntomas de estrés: Cansancio, dolores de cabeza, dolores de espalda u otras molestias; Comer, beber o fumar en exceso; Actitud depresiva, tristeza, llanto y desesperanza; Nerviosismo, inquietud y ánimo preocupado; Dificultad para concentrarse; Brotes de mal genio (rabietas); Repentinamente fugas del hogar; O por el contrario, retraimiento social.

Tratamiento

El tratamiento de estos adolescentes, debe ser llevado a cabo por psicólogos del ámbito infantil y juvenil, que determinarán la línea terapéutica a seguir, con las debidas sesiones de terapia familiar o psicoterapia individual con el joven.

Normalmente, al intervenir en los factores desencadenantes del estrés, se consigue limitar la mayoría de los síntomas que muestran los chavales. Y aunque, como digo, la evolución suele ser buena, algunos pueden llegar a presentar patologías como son trastornos de la personalidad, o del estado de ánimo (episodio depresivos).

En todo comportamiento humano existe un componente químico y otro aprendido. En situaciones parecidas, dos personas pueden reaccionar de maneras muy diferentes. ¿Debido a los genes? quizá. Es bien sabido, que los niños humillados y maltratados tienden a volverse



emocionalmente insensibles a estas situaciones, y aprenden que la agresión, es la respuesta automática ante las contrariedades. Con lo que de adultos, repetirán este tipo de escenas, siendo ahora ellos los agresores.

¿Es la adolescencia una etapa de especial tendencia a la agresividad?

Es una etapa donde se van dejando atrás los valores de la infancia, y hay una necesidad de encontrar nuevos valores más acordes con los cambios que empiezan a percibir. Puede existir decepción con la sociedad que encuentran, y querer cambiarlo absolutamente todo. Pueden culpabilizar a la familia por lo que no les gusta. Y en definitiva pueden sentirse tremendamente solos, con lo que desarrollarán unos mecanismos de defensa que fácilmente se convierten en agresivos.

Causas de la agresividad

- Factores neurofisiológicos, biológicos y endocrinos.
- Algunas enfermedades mentales.
- La situación económica: pobreza, desempleo, discriminación, marcadas desigualdades económicas, desequilibrio entre las aspiraciones y las oportunidades.
- Las tensiones de una sociedad competitiva, donde se valora la acumulación de bienes exclusivamente materiales.
- La ausencia de proyectos o puntos de referencia.
- Ambiente familiar deteriorado.
- Un sistema escolar ineficaz

La posesión de armas, es un gran factor de riesgo; ya que en cualquier altercado se puede pasar, con más facilidad, de una agresión a un homicidio.

¿Qué hacer?

Dependiendo de la causa que esté provocando los comportamientos agresivos, las medidas a tomar serán completamente diferentes. Por ejemplo, si existen alteraciones en el metabolismo de la serotonina cerebral, habrá de ser tratado médicamente, y cuanto antes. Una enfermedad mental, habrá de ser tratada de manera adecuada, también cuanto antes.

En cuanto a los factores ambientales, y desde un punto de vista práctico, la familia puede tomar la iniciativa, para evitar o neutralizar conductas de riesgo en los adolescentes.

- Tratar de negociar con el adolescente cualquier situación; evitando, en la medida de lo posible, las imposiciones.
- Escuchar e informar abiertamente sobre determinados riesgos.
- Promover actitudes positivas de respeto a los demás.
- Motivar en la línea de la constancia y el trabajo bien hecho.

Manías y obsesiones

Numerosas y variadas en esta edad. No pisar las líneas de las baldosas cuando pasean por la calle, llevar determinadas prendas, decir determinadas palabras...Son ideas que vienen a la cabeza rodeadas de cierta magia. Por ejemplo, “Si digo tal palabra, me traerá suerte” “Si me pongo esta camiseta, hoy me encontraré con fulanito” “Si piso la línea de una baldosa tendré una racha de mala suerte” etc.

Pequeñas manías que, como siempre, llevadas a un extremo pueden convertirse en problemas serios, conductas compulsivas donde existe la necesidad imperiosa de realizar una acción que no puede pararse.

La obsesión más frecuente en los adolescentes es su salud física. Dolores de cabeza, palpitations inexplicables, sensación de no poder respirar, de tener un nudo en el pecho, imposibilidad de tragar sólidos, sensación de tener un cuerpo extraño dentro del cuello... Se trata, siempre, de órganos percibidos de manera inmediata como vitales.

Algunas conductas obsesivo - compulsivas.

- Excesiva pulcritud en el arreglo del material escolar, la habitación.
- Temor a contaminaciones, lavados prolongados.
- Limpieza repetitiva de los utensilios de comer.
- Evitar tocar determinadas cosas que haya podido tocar cualquiera.

Es habitual, que el adolescente guarde en secreto esta pequeñas manías durante mucho tiempo. Algunos padres, sólo llegan a conocer estas manías cuando interfieren en las actividades cotidianas del adolescente, que es realmente cuando se convierten en un problema.

Tratamiento. Sólo cuando estas conductas son claramente evidentes e interfieren en la vida del adolescente, haciéndole sufrir es cuando se requiere asistencia psiquiátrica. Creen que están a punto de perder la razón ante la irrupción de estos pensamientos y acciones que no pueden controlar. Una adecuada medicación antiobsesiva y un apoyo de psicoterapia puede hacer desaparecer estas agobiantes manías y obsesiones.

Amigos del adolescente

Al nacer, el bebé es el centro del universo. A medida que avanza la edad, van apareciendo otras personas. Se aprende que los demás, también son importantes. Y que la relación con otras personas es necesaria.

El adolescente, necesita a alguien de su misma edad y sexo, para compartir la pesada carga, de todas las dudas que le surgen constantemente. Ha de ser alguien que él vea como “un igual”, con sus mismos problemas e inquietudes. Por eso no vale como amigo un padre o profesor, ya que éstos están investidos de autoridad aunque no lo pretendan. Además (padres, profesores...) tienen otro papel muy importante y necesario en la vida del adolescente.

¿A quien se escoge como amigo?

- A aquella persona con la que el adolescente puede identificarse. No es importante que el amigo sea igual a uno mismo, es suficiente con que sea percibido así.
- También se escoge o desea como amigo, a las personas populares dentro del grupo.
- En alguna ocasión (las menos), se escoge como amigo a aquella persona que tiene valores complementarios. Por ejemplo un joven dominante puede buscar un amigo sumiso y viceversa.

Características de la amistad adolescente

- Lealtad.

- Intimidad: el diálogo confidencial es fundamental para que se consolide una amistad en esta etapa.
- Apasionada, por tanto, llena de tormentas, riñas y perdones. El adolescente va aprendiendo que el otro es alguien distinto a él.
- Inestabilidad, propia de la personalidad adolescente. Una amistad íntima puede enfriarse por el simple hecho de cambiar de domicilio o de clase en el colegio, uno de los amigos.

Algunas sugerencias

- Fomenta en tu hijo las relaciones sociales, enseñar cómo conocer gente y hacer amigos. Se ha demostrado que aquellos jóvenes que no saben relacionarse con sus iguales en edades tempranas, suelen tener dificultades serias en la edad adulta.
- Facilita el que tu hijo vaya a casa con sus amigos, y así podrás conocerlos.

Ese muchacho encantador, organizado y trabajador, cuando vienen visitas a casa, no sabe donde meterse. Utiliza mil excusas para no salir a saludar y cuando no le queda más remedio que hacerlo, tiembla como un flan, actúa torpemente, y se queda parado en un rincón sin abrir la boca.

En el colegio, le ocurre lo mismo, incluso llega a no decir la lección al profesor, por vergüenza. Otros chicos hablan entre sí, en el recreo, él prefiere observar, sin atreverse a participar, aunque confiesa que le gustaría hacerlo.

Síntomas, que aparecen cuando el adolescente tiene que hablar con otras personas:

Enrojecimiento facial; Temblor de manos; Palpitaciones; Sudores; Sequedad de boca; Tartamudeo; Sale corriendo en cuanto puede.

Causas de la Timidez: falta de confianza en uno mismo; puede proceder también de un complejo de inferioridad, debido a un defecto real o imaginario; Puede aprenderse de los padres; En ocasiones es un papel que se adopta en determinados contextos (colegio, casa...) y no en otros.

¿Qué hacer?

- Los adolescentes, (un 80% de los cuales confiesan ser tímidos) intentan superarlo por sí



mismos. Y en la mayoría de las ocasiones, el tiempo acaba ayudando en esta labor.

- Sólo cuando la timidez tenga importantes repercusiones en la vida del joven, se recurrirá a la ayuda de un especialista, que utilizará técnicas de psicoterapia de apoyo.

Anorexia

Esta enfermedad comienza, típicamente, en una joven que “se ve gorda” o que “quiere perder unos kilos” y comienza una dieta. A las semanas, a pesar de haber adelgazado, no se conforma y continúa haciendo una dieta cada vez más severa. a menudo siente frío, por ello, tiene que cubrirse de ropa de abrigo; pierde sus períodos menstruales y comienza a distanciarse de sus familiares, que constantemente le hablan de la necesidad de alimentarse.

Perfeccionistas, inseguras, dispuestas a cumplir lo que los demás esperan de ellas, intentan mantener absoluto control sobre sus pensamientos y apariencia.

Criterios para diagnosticar anorexia nerviosa:

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal, teniendo en cuenta la edad y la talla.
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción del peso o la silueta corporal. (se “ve” muy gorda, se “siente” en sobrepeso”).
- Si han tenido la primera regla, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

La explicación de este trastorno

Existen numerosas hipótesis que intentan explicar el origen de este problema. Desde alteraciones en la estructura familiar, con una apariencia de armonía y una gran desilusión encubierta. Hasta una evitación de circunstancias temidas asociadas todas ellas a la madurez psicosexual y la responsabilidad. Pasando por toda una serie de creencias irracionales, como el pensar que “ser atractiva significa, sobre todo, ser delgada”. Asociar cierto glamour en ser anoréxica; algunas

chicas llegan a envidiar a otras cuando les cuentan que tienen o han tenido anorexia, sin dar valor alguno al alto riesgo que corren.

Como digo, todas estas explicaciones son hipótesis con las que actualmente se está trabajando con éxito, aunque no se conozca un determinante claro de la enfermedad.

Tratamiento

- A ser posible, evitar el ingreso hospitalario y tratar de manera ambulatoria.
- Psicoterapia individual, y/o familiar.
- Asesoramiento nutricional, para aumentar el peso de manera gradual.
- Descartar enfermedades de tipo orgánico asociadas a la anorexia.

Bulimia

Es un trastorno de la alimentación, en el cual la comida y el peso se transforman en obsesiones. Pensamientos constantes sobre estos dos temas, se imponen en las enfermas, sin saber cómo evitarlos o controlarlos.

La característica fundamental de la bulimia son los tremendos atracones de comida, a los que se abandonan las personas que padecen esta enfermedad. Cualquier frustración o sensación de ansiedad no controlada puede terminar frente a una gran cantidad de pasteles, galletas, helados...

Estas comilonas van seguidas de un temor a que la comida se acumule en forma de grasa, allí donde menos desean. Comienzan entonces una serie de conductas tendentes a evitar esa “catástrofe” que supone el engordar, como puede ser provocarse vómitos, períodos de ayuno, abuso de laxantes...

Una bulimia puede permanecer el secreto durante mucho tiempo, ya que es un tema del que las adolescentes no se sienten orgullosas. Algunas complicaciones médicas que empiezan a aparecer, son las que descubren el problema a la familia.

Factores que mantienen la bulimia

- Restricción crónica de comida, el someterse a una dieta severa.

- Factores biológicos, pueden ser los responsables de este ciclo insidioso.
- Algunos expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico de comer excesivo y purgación, disminuyendo su ritmo, incrementando así el riesgo de aumentar el peso inclusive a través de la ingestión normal de calorías.
- Durante la etapa de dieta entre los períodos de comer excesivo, las personas se tornan a menudo irritables, deprimidas y pueden tener una tendencia mayor a expresar trastornos de personalidad.
- Los sentimientos positivos sólo pueden ser restaurados con otro período de comer excesivo; y sigue así el ciclo.

La explicación de este trastorno

Existen numerosas hipótesis que intentan explicar el origen de este problema. Desde alteraciones en la estructura familiar, con una apariencia de armonía y una gran desilusión encubierta. Hasta una evitación de circunstancias temidas asociadas todas ellas a la madurez psicosexual y la responsabilidad. Pasando por toda una serie de creencias irracionales, como el pensar que “ser atractiva significa, sobre todo, ser delgada”.

Como digo, todas estas explicaciones son hipótesis con las que actualmente se está trabajando con éxito, aunque no se conozca un determinante claro de la enfermedad.

Tratamiento

- Evitar la hospitalización siempre que se pueda.
- Psicoterapia individual, de grupo y/o familiar.
- Asesoramiento nutricional.
- Vigilancia regular de sus condiciones físicas realizando la analítica necesaria.

Obesidad

Existe entre los adolescentes de hoy en día, una preocupación excesiva por el peso. En muchos casos, solicitan hacer dieta, chicas que no lo necesitan en absoluto. O se confunde un sobrepeso, que es fácilmente controlable, con una obesidad mórbida. Parece que estar delgado sea

la solución a muchos problemas de timidez, de relación, incluso familiares. Si uno consigue estar delgado todo se arreglará.

En cualquier caso, y dejando a un lado exageraciones muy de moda, hay que hablar de obesidad, porque es un problema que existe, y afecta a muchas personas. En estos casos, conviene acudir a un médico para que sea él quien evalúe la necesidad de realizar una dieta, e indique cómo hacerlo. Desconfiar siempre de las dietas milagrosas o de moda entre las amistades.

Causas de la obesidad:

- Enfermedades médicas: hipotiroidismo, enfermedad de Cushing y una variedad de síndromes genéticos, que conviene descartar antes de iniciar una dieta para adelgazar.
- Herencia: los hijos de padres obesos, tienen grandes posibilidades de serlo ellos también.
- Hábitos inadecuados: elevado consumo de alimentos, escasa actividad física.

Efectos de la obesidad:

La obesidad interfiere de varias maneras en los adolescentes, pudiendo incluso acelerar la maduración sexual y el curso del crecimiento. Las adolescentes obesas, por ejemplo, acostumbra a tener antes su primera regla, y luego sufren trastornos menstruales, (como reglas irregulares o sangrado importante) con mayor frecuencia que las chicas de peso normal. La obesidad también puede hacer cesar la regla. Pero aquí quiero destacar la importancia de los efectos psicológicos, que la obesidad tiene, para los adolescentes que la padecen:

- Autoestima dañada, por bromas crueles de otros adolescentes.
- Preocupación constante por lo que otros adolescentes puedan pensar de ellos.
- Tristeza y aislamiento, que encuentran consuelo en la comida, constituyendo así un círculo vicioso del que es difícil salir.

¿Qué hacer? Reducir la ingesta de calorías y aumentar el ejercicio físico.

Para conseguir llevar a cabo estas dos pautas, lo más importante es la motivación del adolescente. Si él no ve los beneficios de perder peso y



siente una apatía total hacia el régimen dietético, no tiene sentido insistir, simplemente no funcionará. Por esto, el apoyo emocional para el paciente obeso, es fundamental.

- Restar importancia al peso.
- No forzar la realización de una dieta, avergonzándose o criticando su peso.
- Organizar las comidas con más tiempo, donde tengan lugar conversaciones agradables.
- Incluir en la nevera frutas, en lugar de helados, para toda la familia.
- Ocasionalmente, puede ser útil recibir tratamiento psicológico, para trabajar adecuadamente los aspectos que pueden estar saboteando sus esfuerzos. (10).

Conclusiones

Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traicionan; sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes abandonan de diferentes maneras.

Depresión, ansiedad, estrés, fobias, complejos, neurosis, anorexia, bulimia... son todos en gran parte los factores psicológicos de los adolescentes. Debido a los cambios rápidos y profundos que sufren, y a la falta de seguridad para afrontar los problemas que se les presentan, también pueden ser objeto de estas enfermedades.

Contacto:

Yanet Pintado Machado

Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos "Dr. Raúl Dorticós Torrado"

Medidas, Rodas, Cienfuegos, Cuba.

correo electrónico: medypm880917@fcmc.cfg.sld.cu

Referencias bibliográficas

1. *Soplando al Cierzo* [monografía en Internet]. Trabajo del CAP: Características psicológicas; 2007 [citado 10 Noviembre 2008]. Disponible en: <http://soplandoalcierzo.blogspot.com/2007/01/caractersticas-psicologicas-de-la.html>
2. Cobo Ocejo P. La Depresión en los Adolescentes [monografía en Internet]. *Revista Mexicana de Orientación Educativa: Ciencias medicas*; 2006 [citado 5 Noviembre 2008].
3. *Soplando al Cierzo* [monografía en Internet]. Op. cit.
4. *Soplando al Cierzo* [monografía en Internet]. Op. cit.
5. Todo queda en familia [monografía en Internet]. *Trastornos psicológicos en adolescentes*; 2005 [citado 5 Noviembre 2008]. Disponible en: www.4buenasnoticias.com/familia/trastornos.html
6. Depresión en adolescentes [monografía en Internet]. Medline plus: Ciencias medicas; 2007 [citado 12 Noviembre 2008]. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm
7. Cobo Ocejo P. Op. cit.
8. Fingermann H, Montaña Luengo J, Ledo M, Pastrana S, Meañes CH. La Ansiedad en los Adolescentes [monografía en Internet]. *Psicología en la Guía 2000: Ciencias medicas*; 2000 [citado 13 Noviembre 2008]. Disponible en: <http://psicologia.laguia2000.com/general/la-ansiedad-en-los-adolescentes>.
9. El estrés adolescente [monografía en Internet]. *Adolescentes: Ciencias medicas*; 2007 [citado 12 Noviembre 2008]. Disponible en: www.euroresidentes.com/Blogs/adolescentes/2007/10/el-estr-adolescente.html.
10. Bautista S. Adolescentes [monografía en Internet]. *Consulta de Psicología: Ciencias medicas*; 2006 [citado 5 Noviembre 2008]. Disponible en: www.cop.es/colegiados/M-13902/Trast_adolescentes.htm

- Recibido 4-11-09.
- Aceptado: 18-3-10.

Programa de atención a personas jóvenes con psicosis GAZTE 2009*

Juan Carlos Irurzun*, Maite Bastida**, Carmen Campos*, Natalia Neira*, Amparo Oyarzabal***, Elena Palomo****, Karmele Zarraga*.

* Psiquiatra; ** Enfermera Psiquiátrica; *** Trabajadora Social; **** MIR de Psiquiatría. CSM Amara, Donostia-San Sebastian.

Introducción

En Mayo de 2004 nuestra Organización, Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, presentó un proyecto de Programa de Intervención Temprana en Esquizofrenia y otras Psicosis en el que, tras hacer una revisión del curso de la Esquizofrenia y de la importancia de la Intervención Precoz, se pasaba revista a los problemas que desde los CSMs existen para abordar las actuaciones que el Plan de Salud 2002-2010 y el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2004-2008 proponían en esta área. Dos de los problemas más objetivamente mensurables serían, por una parte, la carga asistencial que soporta cada psiquiatra, que en el año 2002 era una media de 557 pacientes diferentes, de los cuales 147 eran nuevos, y por otra el retraso en el inicio de tratamiento, ya que “observamos que 349 de los 570 casos nuevos (del grupo de *otras psicosis*), el 61,2%, acceden a nuestra Red con edades superiores a 35 años. Esta edad queda muy lejos de la edad de inicio de las psicosis (15-30 años) y, por tanto, aleja terriblemente nuestra capacidad de intervención sobre las fases iniciales de la enfermedad, con lo que supone de interferencias en el desarrollo psicológico y social y del consiguiente deterioro de los roles personales fundamentales.” Teniendo en cuenta lo anterior se proponían dos estrategias básicas: 1. reducir el periodo que transcurre en-

tre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento; 2. aplicar un tratamiento amplio y combinado, ajustado a las específicas características de las fases iniciales de la enfermedad.

En aquel entonces el proyecto se concretó en la propuesta de creación de un Programa diferenciado, que atendería a una población de 300.000 habitantes, en horario de 14 a 21 horas, aprovechando las instalaciones de un CSM, con un equipo compuesto por una psiquiatra, una enfermera especialista y una auxiliar administrativo, con una previsión de 80-90 “casos nuevos teóricos en el periodo inicial”.

Aquel proyecto no pudo ser puesto en práctica, pero el consenso entre los clínicos especialistas en el análisis de los problemas que nos plantea la atención a las Psicosis ha llevado a definir el Proceso de Esquizofrenia, a nivel de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa, y el Proceso Singularizado de Esquizofrenia, a nivel de los tres Territorios de la Comunidad Autónoma Vasca y, de manera transversal, entre los diferentes niveles asistenciales.

El Proceso de Esquizofrenia de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa contiene tres avances significativos con respecto a la atención a las Psicosis en nuestro Territorio: en primer lugar se establece un mecanismo de Gestión de caso, en

* Informe presentado para su inclusión en el Contrato Programa Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa.

segundo lugar se inicia una cultura de práctica sistemática o cuidado basado en la medida, con la introducción de una medida de resultado, la escala HoNOS, y en tercer lugar se establecen unos estándares de atención en función de las diferentes fases del episodio.

Por otra parte, tanto en el contexto internacional como en nuestro entorno inmediato han continuado surgiendo y desarrollándose iniciativas dentro del movimiento de la Atención Temprana a las Psicosis. Dichas iniciativas presentan una amplia variabilidad en función de una serie de características cuya combinación resulta en la obtención de una variedad de dispositivos y objetivos.

- La primera característica, la más obvia, es la **ubicación** del Programa, hospitalaria, ambulatoria o ambas. Esta característica resulta básica, en la medida que tiene incidencia sobre la población a atender, el estadio de la enfermedad en el momento del inicio del tratamiento, la aceptabilidad del mismo, etc. Normalmente los programas hospitalarios realizan también un tratamiento ambulatorio y están fuertemente centrados en la investigación.
- La segunda característica sería la **edad** de los clientes potenciales, y aquí existe el consenso de desarrollar servicios “orientados a la población joven”, entre 16 y 30 o 35 años, aunque, como veremos, hay programas sin límite de edad.
- La tercera característica es la **fase** de la enfermedad sobre la que se interviene. En este sentido resulta útil la descripción basada en el Modelo de Estadios recientemente propuesta por un grupo australiano (Tabla 1). Hay programas centrados sólo en “el primer episodio de psicosis” y programas que atienden también a las personas en “estado mental de alto riesgo” (EMAR).
- Una cuarta característica podría denominarse “la **carga** asistencial”, en el sentido de área de cobertura o población a la que sirve, desde las 70-80 mil personas de un sector de CSM, hasta los 4 millones de un área metropolitana atendida por un Servicio de Intervención Temprana específico. Por supuesto, existen importantes diferencias en cuanto a **número, composición y régimen**

contractual de los profesionales que componen los equipos.

- La quinta sería el **período de seguimiento**, que oscila entre 1 y 5 años, duración del denominado “periodo crítico” en el que se concentran amenazas y oportunidades para incidir sobre el curso de la enfermedad.
- Por último encontramos la **medida de implementación** en el entorno, desde experiencias aisladas hasta el desarrollo generalizado de políticas a nivel estatal en el Reino Unido, Australia, Canadá o, sin ir más lejos, Catalunya con su política de atención al Trastorno Mental Severo.

Con el objetivo de situar nuestro programa en el contexto de iniciativas cercanas resumimos algunos datos concernientes a las características citadas de programas en otros ámbitos cercanos.

Cantabria

1. *Programa Asistencial para las Fases Iniciales de la Psicosis (PAFIP) de Cantabria*, ubicado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, fue el primer programa de este tipo en nuestro entorno y es por tanto un programa hospitalario con seguimiento ambulatorio. Es significativo que en la descripción de su Programa comiencen diciendo que sus antecedentes radican en un proyecto de investigación iniciado en 1989, un estudio prospectivo de todos los primeros episodios de esquizofrenia conocidos por los servicios públicos de salud mental durante el bienio 1989-1990. El programa de primeros episodios de psicosis se inicia en Septiembre de 2000 y atiende a unos 45-55 casos nuevos por año, durante un periodo de 3 años, lo cual nos da una carga asistencial de 150-165 casos. Definen Cantabria como su área de cobertura, con unos 540.000 habitantes, y sus criterios de inclusión son: edad entre 15 y 60 años, diagnóstico F2 en CIE10, no haber sido tratado con antipsicóticos más de 12 semanas y no presentar un síndrome cerebral orgánico, ni retraso mental ni dependencia de sustancias. Inician por tanto su intervención a nivel del **estadio 2**.
2. *Equipo de Atención Temprana a la Psicosis de Torrelavega (EATPT)*, En Octubre de 2000 se puso en marcha la iniciativa que ha dado lugar

a la consolidación de un equipo de base comunitaria que ha avanzado en la transversalidad, de manera que en la actualidad integra a profesionales de diversos dispositivos de atención a la Salud Mental:

- a. El CSM aporta una psicóloga, dos psiquiatras y una enfermera.
- b. El Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil aporta una psiquiatra.
- c. El Centro de Rehabilitación Psicosocial aporta una psicóloga y una educadora-monitora.
- d. El Hospital de Día aporta una psiquiatra.
- e. Atención Primaria aporta una trabajadora social.

Esta distribución proporciona un total de cuatro psiquiatras, dos psicólogas, una enfermera, una trabajadora social y una educadora-monitora, con niveles de dedicación variable, para atender a una población de unos 170 mil habitantes de las áreas III y IV de salud de Cantabria (Reinosa y Torrelavega). En el CSM, el programa convive con otros tres programas específicos, como son el de Alcoholismo, el de Maltrato y el de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

El **EATPT** aplica un protocolo clínico-asistencial con dos ejes: una estrategia local de detección y evaluación temprana y una estrategia terapéutica combinada en la que las Intervenciones Psicosociales tienen un lugar destacado. Inician su intervención a nivel del **estadio 1b**, de estado mental de alto riesgo (EMAR), en el que se diferencian tres subtipos que tienen en común la disminución acusada del funcionamiento, un descenso de 30 puntos en la Escala de Funcionamiento Global.

Actualmente informan de una incidencia de 16-19 primeros episodios anuales, que está muy condicionada por la relación con el servicio hospitalario.

La situación en Cantabria nos permite avanzar algunas reflexiones. Al parecer, las áreas de cobertura se solapan y el funcionamiento de ambos programas dista mucho de estar coordinado. En ambos programas existe un fuerte liderazgo, lo cual ha permitido su desarrollo y ubicación en la vanguardia en este campo a nivel estatal.

Bizkaia

La anterior circunstancia se da también, hasta cierto punto, en Bizkaia:

1. *Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces*, primer centro que inició una actividad de estas características, desarrollándose de esta manera un Programa de Primeros Episodios de base hospitalaria.
2. *Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB)*, posteriormente y en torno al 2006, puso en marcha su Programa de Intervención en Primeros Episodios Psicóticos (programa *Lehenak*).

Se trata de un Programa que se plantea también objetivos de investigación y difusión del conocimiento, además de los asistenciales, que atendería a personas entre 15 y 45 años, aunque el límite de edad no sería un criterio rígido, que se encuentren en su “primer episodio” de una enfermedad del grupo F2 de la CIE10 o de un Trastorno afectivo con síntomas psicóticos.

La falta de consentimiento informado, el retraso mental y la “patología neurológica” serían criterios de exclusión, no así la comorbilidad con un trastorno por abuso o dependencia de sustancias.

Trabajan con la previsión de una incidencia estimada en 3-5 casos por 10 mil personas en riesgo, lo cual nos daría una incidencia de 120-200 casos/año (400 mil personas en riesgo en Bizkaia) y una prevalencia de 600-1000 pacientes a lo largo de 5 años de duración del periodo de atención en el Programa. Se plantean como objetivo tener una pérdida de seguimiento inferior al 15%, de manera que tendrían entre 510 y 850 pacientes “activos”.

El Programa consiste en la creación de un centro en cada una de las cuatro comarcas sanitarias en que se divide Bizkaia, atendido en jornada de tarde, en régimen de autoconcertación, por un equipo básico compuesto por una psiquiatra, una psicóloga, una enfermera, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional. El Programa previamente existente en el Hospital de Cruces atendería a las personas de una de las cuatro comarcas.

No nos vamos a extender en estas descripciones porque lo dicho hasta ahora parece suficiente para

llamar la atención sobre la situación de los Programas con respecto a los ejes o características mencionadas arriba, los conflictos más o menos latentes o manifiestos que surgen en su implementación y, lo que a nuestro entender resulta más problemático, que es el concepto mismo de “primer episodio”. Parece asumirse que al hablar de “primer episodio” estamos hablando de una enfermedad en **estadio 2** basándonos en el criterio de que esa persona no ha recibido previamente un tratamiento antipsicótico, basta con recurrir al concepto de “duración de la psicosis sin tratar” para cerrar el tema sin mayor elaboración. La razón fundamental de realizar este ejercicio comparativo es reflexionar sobre las decisiones que es preciso tomar a la hora de dar forma a un programa de este tipo. Las decisiones que hemos ido tomando constituyen el núcleo de este trabajo.

CSM de Amara Programa de Atención a jóvenes con Psicosis. Gazteen gunea (GG)

El CSM de Amara nace a comienzos de 2009 como una escisión del CSM Donostia Este tras un proceso de reparto del sector de población a atender y de los profesionales encargados de hacerlo. En ese proceso de cambio vimos la oportunidad de reflexionar sobre la atención a las personas con psicosis, incorporando elementos de los dos grandes avances en este campo, como son los paradigmas de la Intervención Temprana y de Tratamiento Asertivo Comunitario

Misión del programa:

“El GG se propone prestar asistencia a los jóvenes entre 16 y 35 años en riesgo de presentar o que presenten un trastorno mental severo, es decir una psicosis tanto afectiva como no afectiva, según los principios de la intervención temprana y el tratamiento asertivo comunitario.

Nos comprometemos a trabajar hacia la aplicación de cuidados basados en la medida y con pruebas de eficacia, sobre la base de una evaluación de las necesidades del paciente y de su familia.

El Programa se constituye como una parte del CSM, utilizando sus recursos, con el objetivo de orientar proactivamente los servicios ofrecidos hacia un sector de la población que

muestra dificultades a la hora de obtener una asistencia adecuada a sus necesidades”.

Nos encontramos por tanto en un ámbito ambulatorio, en un sector con una población de 70-75 mil personas de las cuales unas 20 mil estarían entre los 16 y 35 años, aproximadamente el 28%. Nuestro sector es mayoritariamente urbano aunque también abarca a un núcleo rural.

Recursos de que disponemos:

- Unos locales renovados, amplios, en los que se atenderá a toda la población, sin estar previstos locales específicos para jóvenes.
- Un equipo de profesionales con una amplia experiencia (con una media de más de 25 años de antigüedad), compuesto por una administrativa, una trabajadora social, dos enfermeras especialistas, un psicólogo, tres psiquiatras a tiempo completo y dos a tiempo parcial. Una psiquiatra y el psicólogo conforman el subequipo que atiende al Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria de ámbito supra-sectorial. Para la atención a Gazte nos proponemos dedicar un mínimo de media jornada a la semana por parte de otro subequipo formado por las dos enfermeras, la trabajadora social y tres psiquiatras. Excepto las dos psiquiatras a tiempo parcial, el resto del equipo tiene una relación contractual fija con Osakidetza.

Tras haber descrito la ubicación, el sector y el número, composición y régimen contractual de los trabajadores, pasamos a describir tres características interrelacionadas, como son la **edad**, la o las **fases** de las enfermedades y el **periodo de seguimiento**:

Edad

Siendo coherentes con el propósito de intervenir desde las fases iniciales de los trastornos psicóticos decidimos concentrar nuestros recursos en la atención a las personas en el rango de edad **entre 16 y 35 años**. El colectivo joven tiene una subcultura y unas necesidades diferentes del resto de la población, se encuentra en una fase del ciclo vital en la que se juega su individuación, su desarrollo como persona amenazado por la psicosis, su capacidad de elaborar un proyecto de vida indepen-

diente. La comorbilidad con el abuso o dependencia de sustancias constituye una característica de este grupo de población y una razón más para prestarles una atención específica.

Período de seguimiento

Al tratarse de un programa “generalista”, de segundo nivel, el periodo de seguimiento no puede verse limitado más que por las necesidades de las personas con trastornos psicóticos y de sus familias, de manera que aunque las intervenciones se inicien con los casos incidentes dentro del rango de edad mencionado, somos conscientes de que un porcentaje precisará de atención continuada en función de la evolución de su enfermedad.

Fases

Nos proponemos inicialmente centrar nuestros recursos en la atención a personas a partir del **estadio 2**, primer episodio, aunque nuestra idea es extender el programa a las personas en estadio 1b, ultra alto riesgo, mediante diversas actividades de coordinación comunitaria, incluyendo el trabajo con Atención Primaria.

A lo largo de 2009 hemos realizado una serie de actividades tanto en el seno de nuestro equipo como de cara al exterior. En primer lugar, hemos necesitado concretar los **criterios de inclusión** que consisten en, además del criterio de edad y la firma del consentimiento informado, tener un diagnóstico dentro de las siguientes categorías de la CIE10:

- F1*.5 y F1*.7. Trastornos psicóticos inducidos por sustancias.
- F2*. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- F30, F31, F32.3 y F33.3. Trastorno bipolar y Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos.

También hemos concretado como **criterios de exclusión** el padecer de Retraso mental o Trastorno generalizado del desarrollo, que son patologías que reciben mejor asistencia en programas específicos, o cualquier enfermedad o disfunción física o neurológica que impida la participación en las intervenciones psicosociales.

Evaluación del caso

A la hora de elaborar el **protocolo de evaluación** nos hemos basado en los recientes consensos estatales sobre salud física de personas con psicosis*, en una visita realizada al Early Intervention Service de Birmingham (Reino Unido) y, en especial, en el Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2009. La evaluación inicial, previa a la elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), deberá estar concluida en el plazo máximo de tres meses, e incluirá al menos una visita al lugar de alojamiento de la persona con psicosis. Los instrumentos elegidos para completar la evaluación son:

Evaluación de la sintomatología:

- Escala de los Síndromes Positivo y Negativo. PANSS.
- Screen for Cognitive Impairment in Psychosis. SCIP.
- Escala de depresión de Calgary. CDS.
- Impresión Clínica Global. CGI-S.

Evaluación del funcionamiento premórbido:

- Escala de evaluación del funcionamiento premórbido. PAS.

Evaluación de las necesidades:

- Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell. CAN-EU.

Evaluación del funcionamiento:

- Escala de Funcionamiento Social. SFS, auto y heteroinformada.
- Escala de Evaluación de la Actividad Global. EEAG.

Evaluación de la calidad de vida:

- Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión abreviada. WHOQOL-BREF

Evaluación de repercusión e implicación familiar:

- Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar. IEQ-EU.

Evaluación de efectos secundarios del tratamiento:

- Escala de Efectos Secundarios. UKU.

Evaluación de resultados:

- Health of the Nation Outcome Scale. HoNOS.
- Impresión Clínica Global. CGI-I-P, CGI-I-C.

Los datos sociodemográficos y de utilización de servicios se registrarán utilizando tablas basadas en el Inventario Sociodemográfico y de Servicios Utilizados por los Pacientes, CSSRI-EU.

La evaluación incluirá:

Anamnesis completa, incluyendo antecedentes personales y familiares, valoración de riesgos, signos y síntomas que indiquen enfermedad orgánica, medicación concomitante, estilo de vida (dieta y ejercicio), hábitos tóxicos y funcionamiento sexual (anticoncepción, planes reproductivos, comportamientos sexuales de riesgo).

Exploración física que incluirá una medida de peso, talla, perímetro abdominal, tensión arterial y frecuencia cardíaca.

Pruebas complementarias incluyendo ECG cuando sea necesaria la monitorización del intervalo QTc, una prueba de neuroimagen (si no hay una previa) y una analítica de sangre y orina, con hemograma, bioquímica (ionograma, glucemia basal, perfil lipídico completo, función renal, función hepática), perfil hormonal (TSH, prolactina), serología (VHC, VHB, VIH, VDRL, papiloma virus), sedimento y anormales en orina, prueba de embarazo si procede, determinación de tóxicos en orina.

Registraremos los datos en una base Access elaborada al efecto con mecanismos de validación.

El programa estará orientado hacia la recuperación sintomática y funcional. La detección temprana de la resistencia al tratamiento hace necesaria la monitorización estrecha de la sintomatología, impresión clínica global y efectos secundarios. También con frecuencia trimestral se repetirán las exploraciones físicas y se repasarán aspectos relacionados con el estilo de vida, hábitos tóxicos y funcionamiento sexual, realizándose determinaciones de tóxicos en orina con la frecuencia necesaria. La analítica sanguínea se realizará al menos con una frecuencia anual, aunque la frecuencia será mayor si los resultados iniciales son anormales, se produce un aumento de peso superior al 5% o existen múltiples factores de riesgo cardiovascular.

En todo caso, cada año efectuaremos una evaluación completa, incluyendo una medida de la satisfacción con los servicios mediante la Escala

de Verona para Valoración de la Satisfacción con el Servicio de Psiquiatría, VSSS-EU. Nos planteamos como objetivo mantener como mínimo un seguimiento de tres años, de los cuales dos al menos serían con contacto cara a cara.

De cara al exterior, nuestra actividad, además de la mencionada visita al EIS de Birmingham, se ha centrado en la presentación de las características y objetivos del programa ante nuestra Organización, Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa, tanto ante el Consejo Técnico como en la Jornada anual realizada en Junio de 2009. También se ha presentado en sesión clínica en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Donostia.

Un aspecto clave, a nuestro entender, del proceso de acompañamiento y apoyo a la recuperación de las personas jóvenes con psicosis y sus familias es la oferta de intervenciones psicosociales adaptadas a las fases y estadios de sus trastornos. Dichas intervenciones deben ser puestas en práctica de una manera sólida y coherente, lo cual requiere un considerable esfuerzo para los equipos y constituye el principal reto a la hora de maximizar la eficiencia de los recursos. Desde el mes de febrero de 2009 funciona en nuestra Organización el Grupo de Trabajo sobre Intervenciones Psicosociales en Psicosis y Trastorno Bipolar, abierto a todos los clínicos de nuestra Organización y a las personas en formación especializada.

En la definición de la declaración de intenciones o Misión de nuestro programa mencionábamos al enfoque asertivo como uno de los paradigmas que orientarían nuestras actuaciones. Existiendo diferentes definiciones y niveles de adherencia al modelo, inicialmente testado en los Estados Unidos, nosotros destacaríamos diez elementos:

1. Los servicios son dirigidos a un grupo específico de individuos con TMS. Criterios de admisión.
2. No existe límite temporal arbitrario en la recepción de servicios. Criterios de alta.
3. En lugar de “repartir juego” (brokering) para el suministro de servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación, estos son prestados directamente por el equipo de TAC.
4. El rango de tratamientos y servicios es global y flexible.

5. Las intervenciones son llevadas a cabo en los lugares en que ocurren los problemas y en los que se necesita apoyo, más que en el hospital o en entornos clínicos.
6. Los servicios están disponibles las 24 horas, 7 días por semana.
7. La ratio usuarios personal es pequeña.
8. Los miembros del equipo comparten la responsabilidad por los individuos atendidos en el equipo.
9. Los servicios de tratamiento y apoyo son individualizados.
10. El equipo es asertivo a la hora de enganchar a los individuos en el tratamiento y monitorizar su progreso.

Estos 10 elementos se recogen en nuestro programa de la siguiente manera:

1. Dirección a un grupo específico de usuarios, se encuentra contenido en la definición del Programa y en los criterios de inclusión y exclusión.
2. Inexistencia de límite temporal arbitrario, está relacionado con el primero, ya hemos mencionado que la duración del periodo de seguimiento sólo se verá condicionada por las necesidades de las personas con trastornos psicóticos y de sus familias.
3. Suministro directo de todos los servicios que necesite el usuario, sería una aspiración, aunque lo más realista es hacer un uso adecuado de los diferentes recursos sociales y comunitarios.
4. Rango de intervenciones global y flexible, debe ser un compromiso del Programa, con un énfasis especial en el desarrollo y puesta en práctica “robusta” de las Intervenciones Psicosociales.
5. Intervenciones fuera del entorno clínico, constituye un elemento clásico de la psiquiatría comunitaria que ha ido perdiendo fuerza a medida que la demanda constituida por “los malestares sociales” ha ido minando las energías y recursos de los servicios asistenciales.
6. Disponibilidad 24 x 7, sería un elemento inalcanzable en sentido estricto, aunque una adecuada coordinación entre niveles asistenciales y una revisión de los horarios del Programa ayudarían a paliar este déficit.

- 7º. Ratio usuarios/personal, es el elemento clave y depende de factores externos, es decir de la decisión de asignar recursos a este tipo de programas, aunque asumimos como tarea la de aportar datos y pruebas que ayuden a decidir a los responsables de adoptar tales decisiones.
- 8º. Elemento, responsabilidad compartida, es la esencia del trabajo en equipo, que parece estar perdiéndose en algunos CSMS de nuestra red.
- 9º. Individualización del tratamiento y asertividad en el enganche son principios asumidos ya en la definición del Proceso de Esquizofrenia de SMEG y del Proceso Singularizado de Esquizofrenia.
- 10º. Individualización del tratamiento y asertividad en el enganche son principios asumidos ya en la definición del Proceso de Esquizofrenia de SMEG y del Proceso Singularizado de Esquizofrenia.

Gazte, el futuro

Una vez definidas las bases de nuestro Programa merece la pena dedicar unas líneas a reflexionar sobre el futuro a corto y medio plazo. En el corto plazo nos planteamos consolidar nuestro funcionamiento como equipo, tanto en los procedimientos de evaluación, como en la elaboración de los planes de tratamiento individualizado y en la puesta en práctica de diversas intervenciones psicosociales tanto a nivel grupal como familiar. En este sentido, nos resultará de gran utilidad consensuar diversos indicadores con el Departamento de Sanidad, como por ejemplo:

Tiempo de espera para primer contacto igual o inferior a siete días.

- Evaluación completa, incluyendo visita domiciliaria, y PIT para el 100% de personas admitidas al Programa.
- Psicoterapia grupal para el 100% de personas cuyas actividades les permitan asistir.
- Intervención familiar, al menos cuatro sesiones en un año.
- Proporción de abandonos o pérdidas de seguimiento inferior al 10%.

A medio plazo, como ya hemos apuntado, nuestro propósito es extender nuestra oferta a las



personas en estadio 1b, lo cual no quiere decir que en la actualidad no se les preste asistencia, en la medida en que suelen ser personas que demandan atención. Es necesario realizar actividades de sensibilización y formación de las personas que puedan actuar como detectores y derivadores de personas en alto riesgo de presentar psicosis, tanto en el ámbito educativo o de los movimientos sociales, como a nivel de la Atención Primaria de salud.

Un segundo reto a medio plazo es el concerniente a la posible generalizabilidad de este tipo de programas. Nuestra experiencia tiene entre sus limitaciones el tratarse de un programa dentro de un CSM, atendiendo a un sector limitado de la población. Por otra parte no utilizamos recursos

o tecnología que no esté al alcance de cualquier profesional o equipo. Existen varias alternativas para facilitar la generalizabilidad de la Intervención Temprana a las Psicosis y corresponde al Consejo Técnico y a los órganos gestores liderar el debate y tomar las decisiones oportunas.

Georgiades y Phillimore, en un artículo sobre el cambio organizativo citado por Christine Barrowcough y Nicholas Tarrier (1997), alertaban sobre el mito del héroe innovador, que se resume en la siguiente frase: “*Las organizaciones, como hospitales... etc. son como dragones, se meriendan a los héroes innovadores*”. Ser conscientes de esta realidad puede ayudarnos a encontrar un equilibrio entre la inercia morfofostática y el impulso morfogenético al cambio.

Contacto: Juan Carlos Irurzun

CSM Amara. C/ José M^a Salaberria, 9 • 20010 Donostia
Tel.: 943 006 501 • juancarlos.irurzunpalacios@osakidetza.net

Referencias bibliográficas

Barrowcough Ch., Tarrier N. Working Within Service Organizations. *Families of Schizophrenic Patients* (1997) Nelson Thornes Ltd. Ed.

Edwards, J., McGorry, P.D. (2004) La Intervención Precoz en la Psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

Gil P. ¿Es necesario intervenir específicamente tras un primer episodio psicótico? *Norte de Salud Mental* (marzo 2007), nº 27, pp. 73-86.

Gil P. Intervención en primeros episodios psicóticos en Bizkaia: Programa Lehenak. Mimeo

González-Blanch Bosch, C., Martínez González, I., Pelayo Terán, J.M., grupo PAFIP. Intervención en las fases iniciales de las psicosis. La experiencia del PAFIP-Cantabria. *Actualización en Esquizofrenia* (2006).

International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry* (2005), 187 (suppl. 48) s120-s124.

Lalucat L., San Emeterio M., Teixidó M., Casalé D., Villegas F., Ciutat A. La atención a la psicosis temprana y al trastorno mental severo en la comunidad. *Norte de Salud Mental* (2007) nº27, pp. 60-64.

OMS (2005) Guía para la Política, Planes y Programas de Salud Mental (versión revisada).

Plan Estratégico Salud Mental Extrahospitalaria Gipuzkoa 2007-2011.

Sesma Morales M. Diseño y gestión de bases de datos sanitarios con MS-Access. Laboratori d'estadística aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona. 21ª edición (abril 2009).

Vallina Fernández, O., Alonso Sánchez, A., Gutiérrez Pérez, A., Ortega Fernández, J.A., García Saiz, P., Fernández Iglesias, P., Lemos Giraldez, S. Aplicación de un programa de intervención temprana en Psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Norte de Salud Mental* (octubre 2002) vol. IV, nº 15, pp. 35-41.

Vallina Fernández, O. Los orígenes de la cronicidad: intervenciones iniciales en psicosis. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial* (2003), 15-16, pp. 15-27.

Yung A.R., McGorry P., Prediction of psychosis: setting the stage. *British Journal of Psychiatry* (2007), 191 (suppl. 51) s1-s8.

• Recibido: 28-01-2010.
• Aceptado: 01-04-2010.

Tabla 1. Modelo de estadios en las Psicosis (adaptado a partir de Yung y McGorry)

Estadio clínico 0.	Riesgo aumentado de trastorno psicótico. No síntomas actualmente. Población diana: familiares de primer grado, adolescentes, de personas con psicosis. Intervenciones potenciales: psicoeducación en salud mental, educación familiar, asesoramiento sobre el consumo de drogas, breve entrenamiento en habilidades cognitivas.
Estadio clínico 1a.	Síntomas leves o no específicos, incluidos déficits neurocognitivos. Cambio o deterioro leve del funcionamiento. Población diana: screening de poblaciones adolescentes. Derivación desde Atención Primaria. Derivación desde psicólogos escolares. Intervenciones potenciales: educación formal en salud mental, psicoeducación familiar, terapia cognitivo conductual formal, reducción activa del abuso de sustancias.
Estadio clínico 1b.	Ultra alto riesgo, síntomas moderados pero subumbrales, con cambios neurocognitivos moderados y declive funcional hasta cumplir la definición de caso. Población diana: derivación desde instancias educativas, Atención Primaria, servicios de urgencias y servicios sociales. Intervenciones potenciales: psicoeducación familiar, terapia cognitivo conductual formal, reducción activa del abuso de sustancias.
Estadio clínico 2.	Primer episodio de trastorno psicótico. Trastorno establecido, con síntomas moderado-severos, déficits neurocognitivos y deterioro funcional (GAF 30-50). Población diana: derivación desde Atención Primaria, servicios de urgencias, servicios sociales, ONGs, servicios de drogas. Intervenciones potenciales: psicoeducación familiar, terapia cognitivo conductual formal, reducción activa del consumo de drogas, antipsicóticos atípicos.
Estadio clínico 3a.	Remisión incompleta del primer episodio tratado. Podría pasar directamente al estadio 4. Población diana: derivaciones de primaria y especializada. Intervenciones potenciales: igual que en estadio 2, con un énfasis adicional en estrategias médicas y psicosociales encaminadas a lograr la remisión completa.
Estadio clínico 3b.	Recurrencia o recaída del trastorno psicótico que se estabiliza con tratamiento a un nivel de GAF, con síntomas residuales o un nivel de neurocognición menor del logrado tras la remisión del 1er episodio. Población diana: derivaciones de primaria y especializada. Intervenciones potenciales: como en estadio 3a, con énfasis adicional en la prevención de recaídas y estrategias de identificación de signos de alerta tempranos.
Estadio clínico 3c.	Múltiples recaídas, con empeoramiento objetivo en medidas clínicas y en el impacto de la enfermedad. Población diana: derivaciones de primaria y especializada. Intervenciones potenciales: como estadio 3b, con énfasis en estabilización a largo plazo.
Estadio clínico 4.	Enfermedad severa, persistente, sin remisión, según criterios sintomáticos, de neurocognición y de funcionamiento. Puede llegarse directamente a este estadio en una primera presentación a través de criterios clínicos y funcionales específicos (desde estadio 2), o por falta de respuesta al tratamiento (desde estadio 3a). Población diana: derivaciones de primaria y especializada. Intervenciones potenciales: como en estadio 3c, con énfasis en tratamiento con clozapina, otros tratamientos terciarios, participación social a pesar de disfunción mantenida.

La psicología clínica en Osakidetza

Ramona Casado, Cristina Azpilicueta, Manuel Hernanz, Miriam Azpiri, Tomas Berasategui, Montse Argemi, Guadalupe Garbizu, Helena Senra, Yolanda Ballorca*

Introducción

Este documento nace de las inquietudes y la convergencia de sensibilidades de un amplio grupo de psicólogos clínicos de Osakidetza. El interés en lograr una definición más clara de nuestro rol y nuestras competencias, y una apertura de nuestra profesión a todos los demás estamentos profesionales de nuestra institución, dio lugar a las Jornadas de Psicología Clínica celebradas en Bilbao, Vitoria-Gasteiz y Donosti. En Vitoria, en enero de 2008, la jefatura de salud mental mostró una disposición favorable y una actitud de escucha hacia nuestros planteamientos. Fue en este contexto en el que se gestó la idea y se hizo posible poco después constituir este grupo de trabajo y elaborar este documento.

Por tanto, nuestro deseo es el de compartir nuestra manera específica de pensar la tarea clínica desde lo psicológico, nuestra manera de tratar y entender la enfermedad mental que, según hemos sentido, no ha estado suficientemente reconocida y potenciada dentro de Osakidetza.

Los psicólogos clínicos deseamos tener una mayor presencia. Para ello partimos de una definición

de nuestra especialidad, de su desarrollo y de los ámbitos donde vemos útil y necesaria nuestra actuación, las funciones que podemos desarrollar en estos ámbitos, además de las áreas de mejora en las que, entendemos, que hemos de progresar. De este modo servirá para que los usuarios se beneficien de la mejora de la atención sanitaria y reciban las prestaciones más acordes con sus necesidades.

Se trata entonces, del deseo de desarrollar y potenciar en el conjunto de la red, todos los instrumentos que nuestra profesión posibilita, y así enriquecer los recursos existentes en Osakidetza. Algo que, siendo propio de la Psicología Clínica es por ende, perteneciente a todo el colectivo de salud mental, estableciendo de esta manera la mejor complementariedad posible con el saber del resto de las profesiones de nuestra institución; y desde ahí favorecer un mayor diálogo e intercambio con todos ellos.

1. Definición de la psicología clínica (PC)¹

La **Psicología Clínica** es un campo de especialización de la Psicología, que aplica los principios teóricos, métodos, procedimientos e instrumentos específicos derivados de su propio desarrollo

* Apoyo metodológico: Jose Antonio de la Rica y M^a Carmen Matthies.

¹ Definición inspirada en la elaborada por la Comisión Nacional de Psicología Clínica.

para observar, evaluar comprender, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir los trastornos mentales (alteraciones y trastornos cognitivos, de adaptación, emocionales y comportamentales) y los fenómenos psicológicos y relacionales implicados en el proceso salud-enfermedad.

La **Psicología Clínica** se interesa en establecer un psicodiagnóstico, en el que se incluye el análisis de la condición psicopatológica, cara a una comprensión y para llevar a cabo un tratamiento, con objeto de remediar el problema y en su caso prevenirlo.

Comentarios sobre la definición

1. El psicodiagnóstico implica la exploración, evaluación y valoración de aspectos cognitivos, biográficos, emocionales y sociales que van a influir sobre la capacidad funcional del individuo.
2. Las intervenciones y tratamientos se desarrollan desde un paradigma propiamente psicológico, que no excluye a otros.
3. La psicología clínica aporta diferentes modelos teóricos explicativos del funcionamiento psíquico y del comportamiento que posibilitan una variedad y riqueza de modelos de intervención.
4. Trata de entender al individuo en su totalidad, más allá del trastorno o patología que presente, entendiendo la salud-enfermedad no como una dualidad excluyente sino como un continuo.
5. La comprensión de la organización mental y su funcionamiento permite predecir o prevenir vulnerabilidades futuras, recaídas, etc., en función de determinadas situaciones vitales que puedan presentarse.
6. Tiene en cuenta el estudio del funcionamiento del individuo como parte de su red de grupos primarios de referencia; de manera que aporta el entendimiento de la dinámica de los grupos humanos en la patología o salud del paciente.
7. Aporta la evaluación de potenciales de salud, de dominios adaptativos, creativos y elaborativos del individuo fundamentales para su tratamiento.

2. Desarrollo e implantación de la psicología clínica

No es nuestro deseo el de referirnos a los antecedentes más remotos de la psicología (Luis Vives 1492-1540), ni al 1879 fecha en la que apareció el primer laboratorio de Psicología Experimental en Leipzig (Wilhelm Wundt). Vamos a exponer únicamente la situación a la que la Psicología Clínica, ha llegado en España.

En el año 1948, se creó el Departamento de Psicología Experimental en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y unos años después, en el 1953, la Escuela de Psicología y Psicotecnia en la Universidad de Madrid. Hubo que esperar hasta el 1960 para que se dotaran las primeras Cátedras de Psicología en diferentes Universidades.

A nivel académico, la psicología fue en un primer momento una especialidad dentro del Título de Filosofía y Letras y posteriormente lo fue también el de Filosofía y Ciencias de la Educación. En estos momentos quedan aún Universidades que emiten el título dentro de estas Facultades, y otras lo hacen ya desde su propia Facultad, la Facultad de Psicología.

La Licenciatura, así como las competencias y aprendizajes que deben de adquirir los alumnos están reguladas por el RD 1428/1990 que establece el Título de Psicología, y el RD 1954/1994 en el que se establece el Catálogo de Títulos Universitarios; la Licenciatura en Psicología aparece inscrita en el Apartado II correspondiente al Ciencias Sociales y Jurídicas.

En el 1998 se publica un Real Decreto que viene a recoger las inquietudes de los profesionales que, desarrollando su trabajo en los servicios públicos, comunitarios y también privados, ven como el trabajo en el ámbito sanitario requiere la realización de estudios complementarios a los propios de la licenciatura, así como formación práctica tutelada. La Psicología dispone de todo un bagaje que es necesario reconocer y aplicar: técnicas específicas, instrumentos, metodologías, etc. que se derivan de trabajos de investigación sobre el comportamiento humano.

En el RD 2490/1998 se reconoce la Especialidad en Psicología Clínica. Fueron muchos los trabajos realizados en los que se vio que la Especialidad era necesaria para poder dar una atención de calidad a una población necesitada de intervenciones y tratamientos psicológicos sofisticados.

Diferentes motivos paralizan momentáneamente dicho RD, pero en el 2002 (Orden Pre/1107/2002), se regulan definitivamente las vías transitorias para tener acceso al Título.

Decretos y Leyes posteriores² evidencian todas ellas un reconocimiento de la profesión del psicólogo al considerar que éste puede formarse para alcanzar una especialidad sanitaria y así acceder al sistema sanitario con los mismos derechos y obligaciones que el resto de los profesionales sanitarios.

En el momento actual el psicólogo clínico, definido y amparado por la legislación, necesita continuar desarrollando su perfil, y matizando todos aquellos aspectos que definen su idiosincrasia.

3. Currículo formativo del psicólogo clínico

En el momento en que se redacta el presente documento, las distintas Facultades de Psicología están desarrollando las líneas marcadas en el Real Decreto 1393/2007 (BOE 30 de Octubre) de Ordenación de Enseñanzas Universitarias que establece la estructura general de las enseñanzas universitarias para adaptarlas al Espacio Europeo.

Es de interés, de cara a entender la especificidad respecto a otros profesionales, así como nuestras funciones y capacitación, hacer un breve apunte sobre el contenido de la Licenciatura en Psicología hasta ahora que ha sentado las bases a la necesaria especialización en Clínica.

3.1. Licenciatura de Psicología

Los Estudios de Psicología se han regido por las directrices establecidas en el Real Decreto

1428/1990 de 20 Noviembre y responden a los contenidos que se deducen en la definición de la Psicología, recogida de la EFPA, como ciencia que estudia el comportamiento en todas sus manifestaciones (incluyendo actividad mental, respuesta psicofisiológica, reacción emocional, el decir y el hacer) y contextos (social, educacional, familiar, laboral); interesándose tanto por el comportamiento normal como por el anómalo. Se establecen para ello seis áreas de conocimiento sobre las que se articula la formación: Psicología Básica, Psicobiología, Metodología y Estadística, Psicología Social, Psicología Evolutiva y del Desarrollo, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

A partir de septiembre de 2009, se empieza a aplicar la reforma Universitaria en base a los acuerdos de Bolonia. A partir de 2010, las Universidades formarán para el Grado en Psicología. Dichos estudios tendrán una duración de cuatro años y serán realizados en base a la normativa mencionada.

3.2. Formación especializada en psicología clínica

El Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica fue creado y regulado por Real Decreto 2490/1998, con una primera promoción PIR previa (1996). La formación adopta el modelo de “residencia” común para el resto de especialidades sanitarias, abogándose por un modelo de formación por competencias.

Hasta ahora, el programa oficial ha sido el elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de PC en 1994 y aprobado por el Ministerio de Educación y Ciencia en 1996. A partir de la aprobación de la Orden SAS/1629/2009, de aplicación obligatoria a partir del 2010, la formación especializada se amplía a 4 años. Así mismo, se diversifica el campo de intervención del psicólogo clínico en los servicios sanitarios, y se introducen las áreas de formación específica.

² Ley de Cohesión y calidad del SNS (Ley 16/2003) en la que se define la cartera de Servicios del SNS y donde se incluye ya la Salud Mental, y el RD de Autorización de Centros Servicios y Establecimientos Sanitarios (RD 1277/2003) y la tan mencionada LOPS (Ley 44/2003). Por último en el Real Decreto 1837/2008 de 8 de noviembre se traspone la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 y la Directiva 2006/100/CE del Consejo de 20 de noviembre de 2006, que suponen el reconocimiento de la cualificación profesional a nivel europeo. www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf

4. Ámbito de actuación de la psicología clínica

Según propone la Comisión Nacional de la Psicología Clínica, “la Psicología Clínica desarrolla sus actividades en todas las etapas o fases del ciclo vital, con

- Individuos, parejas, familias, grupos.
- Instituciones, organizaciones y comunidad.
- En el entorno público y en el privado.

Y contribuye a:

- Mejorar la calidad de las prestaciones y servicios.
- Planificar nuevas prestaciones y servicios.
- Informar a los poderes públicos sobre los cometidos propios de la especialidad tanto en lo que se refiere a contenidos organizativos como clínico-asistenciales, de formación y otros.
- Desarrollar el trabajo desde una perspectiva interdisciplinar.

Dada la situación actual, en espera de una mayor delimitación de sus competencias, consideramos las siguientes áreas de dedicación:

4.1. Salud Mental

El área de dedicación prioritaria del psicólogo clínico es la Salud Mental, en todas las etapas del ciclo vital, en todos los niveles de intervención (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y desde todos los dispositivos asistenciales.

4.1.1. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales

La Psicología Clínica es un saber necesario para la comprensión y tratamiento de las alteraciones del funcionamiento mental que están en la base de los comportamientos anómalos que en los distintos niveles (cognitivo, afectivo, motor, relacional, psicofisiológico) definen el trastorno mental. Para ello dispone de distintos instrumentos y técnicas propias de la Psicología.

El contexto en el que desarrollamos nuestra actividad, en un Sistema Público de Salud, cabe resaltar la cada vez mayor importancia que se da a otros factores no sólo médicos, sino también psicológicos y psicosociales. Los psicólogos clínicos realiza-

mos una gran aportación tanto en la comprensión de la génesis del trastorno mental, como en su desarrollo evolutivo, en la forma de manifestarse, de ser reconocido y diagnosticado, y, así mismo, en su tratamiento (contextos de aprendizaje, experiencias vitales, significados atribuidos, emociones predominantes, estilo de respuestas, habilidades psicológicas...). Así lo recogen los dos sistemas de clasificación de los trastornos psicológicos más utilizados y difundidos a nivel mundial (CIE y DSM). Ambas clasificaciones describen el trastorno mental en términos de multicausalidad biopsico-social, y, en última instancia como un concepto funcional. En este nuevo paradigma que destaca la importancia del equipo interdisciplinar, la Psicología Clínica ha desarrollado herramientas propias para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías.

4.1.2. Rehabilitación Psicosocial

En la rehabilitación psicosocial de los enfermos con trastornos mentales los psicólogos clínicos asumen diferentes tareas, incluyendo el diseño, dirección y aplicación de procedimientos rehabilitadores. La orientación de la actuación en este campo es de índole comunitaria, aunque puede abordarse desde el ámbito hospitalario o desde la consulta ambulatoria.

4.1.3. Asesoramiento

El psicólogo clínico actúa como consultor en distintos dispositivos y niveles de atención, siendo de especial interés el asesoramiento a la Atención Primaria, ya que su conocimiento sobre el desarrollo evolutivo normal, es fundamental a la hora de diferenciar entre las crisis que son evolutivas y las reactivas a sucesos vitales estresantes de aquellas que por las características del funcionamiento psíquico de la persona y/o de su ambiente son susceptibles de devenir en patología.

4.1.4. Interconsulta

El tratamiento de síntomas y alteraciones psicológicas asociadas a la enfermedad y salud física, incluye el asesoramiento a otros profesionales en el manejo de la relación y comunicación con el paciente y su familia, así como en el abordaje de los aspectos conductuales, emocionales, de comunicación y de relación que inciden en su ejercicio clínico.



4.2. Otras áreas

Los psicólogos clínicos asumen, de acuerdo con su formación específica y habilidades, papeles relevantes en otras áreas como **docencia, investigación y gestión**.

5. Desarrollo de las funciones del psicólogo clínico

El psicólogo clínico está capacitado para desarrollar su tarea en diferentes ámbitos y con funciones muy variadas. La responsabilidad del paciente puede recaer sobre el psicólogo clínico como referente en **todos los momentos del proceso asistencial**, esto es:

1. Atender a los pacientes en primera consulta, evaluar y diagnosticar los problemas por los que consultan y tomar las decisiones pertinentes sobre la gravedad del problema y las indicaciones terapéuticas: abordaje psicológico, derivación a otro profesional del equipo, derivación hospitalaria...
2. Decidir sobre el formato de la intervención, planificarla y desarrollarla, utilizando técnicas psicológicas suficientemente contrastadas.
3. Evaluación de la eficacia de la intervención y de la decisión del alta clínica, u otras opciones (continuar con la intervención, revisar la indicación, derivación...).

Esta actuación se despliega a través de diversas funciones ligadas con el nivel de intervención que se lleve a cabo y el ámbito en que se desarrolla.

5.1. Evaluación psicológica. Psicodiagnóstico

El psicólogo clínico, a partir de diversos modelos conceptuales contrastados que dan coherencia y articulan el proceso de evaluación, plantea estrategias metodológicas generales con tres objetivos fundamentales:

- Obtener información sobre constructos psicológicos relativos al paciente individualizado, la familia, grupo que permita describir, comprender y explicar el funcionamiento mental que sustenta sus comportamientos.
- Establecer previsiones sobre la evolución de los problemas identificados y de los problemas relacionados, así como sobre sus posi-

bilidades de modificación a través de algún tipo de intervención clínica, información necesaria para tomar decisiones eficaces.

- Verificar en qué medida se cumplen los objetivos de las intervenciones desarrolladas (psicoterapia, desarrollo de habilidades específicas, modificación de contingencias ambientales...), de cara a tomar las decisiones pertinentes: proceder al alta, continuar con la intervención o replantear los objetivos o la técnica.

5.2. Diagnóstico

Como resultado del proceso de evaluación psicológica, el psicólogo clínico realiza el diagnóstico y establece asimismo los diagnósticos diferenciales. Finalmente, plantea su conclusión en los términos de las clasificaciones internacionales (DSM, CIE).

5.3. Prevención

El psicólogo clínico puede detectar situaciones y poblaciones de riesgo en las que se debería intervenir de forma preventiva, desarrollando planes de prevención en distintas áreas, situaciones y sucesos vitales (detección y atención temprana en la primera infancia, hijos de enfermos mentales, tercera edad, poblaciones de riesgo y exclusión social, etc.). Su intervención se realiza principalmente a dos niveles, prevención secundaria y terciaria.

- *Prevención secundaria*: Establecer el diagnóstico precoz, con la metodología e instrumentos propios de la especialidad, facilitando la elección más adecuada para el tratamiento e intervenciones tempranas (primeros episodios psicóticos, demencias/depresiones de inicio tardío, neonatología...).
- *Prevención terciaria*: Elaboración e implementación y/o supervisión de programas de rehabilitación de pacientes crónicos, con intervención a distintos niveles y en distintos contextos.

5.4. Intervención y tratamiento psicológico

El psicólogo clínico realiza diferentes intervenciones clínicas dirigidas a “entender, aliviar, resolver y prevenir los trastornos psicológicos” (COP).

Las intervenciones pueden abarcar desde las que se producen en una situación concreta, específica y aislada hasta otras más estructuradas como es el caso de una psicoterapia.

5.4.1. Tratamientos psicológicos

Se puede intervenir directamente sobre la persona, familia o grupo en cuestión. Hablaríamos entonces de tratamientos psicológicos en el sentido clásico, los cuales en general se caracterizan por tener su base en una relación interpersonal, en el “encuadre” o estructura de la relación terapéutica (duración de las sesiones, frecuencia, número...) que estará más o menos definido en función de la orientación teórica y del objetivo que persigue.

Por ello, los objetivos a abordar podrían ir desde la resolución de un problema específico o el desarrollo de una habilidad concreta hasta la reestructuración de la personalidad. En ocasiones, para la resolución de un problema (previamente identificado y analizado), el psicólogo clínico realiza su intervención sobre el contexto en el cuál se manifiesta (familia, escuela, personal asistencial, agentes sociales...).

En función del tipo de problema o trastorno y también de los objetivos terapéuticos que se persigan, el psicólogo clínico podrá ser el único profesional del caso o compartir con otros miembros del equipo el abordaje del mismo. Además, la demanda de intervención puede surgir de un profesional del propio equipo o de otro dispositivo sanitario o social, que en su evaluación del caso, destacan la relevancia de la intervención del psicólogo.

5.4.2. Intervenciones en crisis y situaciones de urgencia

El psicólogo realiza intervenciones en crisis y maneja situaciones de urgencia.

- Diagnostica y valora la dimensión de la crisis y/o urgencia, los recursos disponibles tanto del sujeto como del contexto en el que se encuentra, y determina el abordaje más adecuado al caso, pudiendo requerir de la intervención coordinada con otros profesionales o estructura asistencial.

- Interviene tanto sobre el individuo concreto como sobre el contexto (entorno del paciente, personal que interviene en la urgencia...).

5.4.3. Integración en programas y procesos

El psicólogo clínico se integra también en programas y procesos singularizados de atención sanitaria: psicooncología, daño cerebral adquirido, TCA, diagnóstico e intervención precoz en demencias, cuidados paliativos, cirugía bariátrica, programas de trasplantes, consejo genético, pediatría, unidades de dolor, unidades de sueño, neurología, reumatología, neonatología, cardiología...

5.5. Interconsulta

El psicólogo clínico actúa como consultor de otros profesionales del servicio sanitario, procedentes de los equipos de atención primaria, de las especialidades hospitalarias y de los propios equipos de salud mental. Así mismo, puede asesorar a otros profesionales u organizaciones del ámbito judicial, escolar, social o comunitario.

La consulta puede estar orientada al caso concreto, a un programa de prevención o de intervención, o incluso a la propia organización. Puede realizarse como asesoría (observación, consejo, supervisión), servicio directo (evaluación psicológica, psicodiagnóstico, intervención o tratamiento) o docencia (formación en tareas específicas, entrenamiento del personal).

5.6. Gestión

El perfil competencial y formativo del psicólogo clínico le capacita para la organización y gestión de los RRHH y para el desempeño de tareas de responsabilidad en unidades o procesos ejerciendo el liderazgo de los equipos y accediendo a jefaturas sanitarias. En la actualidad el acceso a estos puestos no está generalizado, siendo escaso aún el número de psicólogos clínicos que los ejercen de forma regular y reconocida.

5.7. Investigación

La Psicología Clínica como ciencia aplicada incluye dentro de sus fines la generación de conocimiento, en la que los psicólogos clínicos participan liderando equipos, realizando actividades

investigadoras y colaborando en investigaciones de otros profesionales.

5.8. Docencia

Además de tutorizar y supervisar las actividades de los psicólogos en formación (“practicum” de pre-grado, postgrado y formación PIR), el psicólogo clínico participa, y en su caso organiza, acciones formativas dentro del equipo (sesiones clínicas, bibliográficas, supervisión de casos, seminarios temáticos y otras actividades de formación continuada) y en la red sanitaria (jornadas, congresos).

6. La psicología clínica en Osakidetza

A comienzos de los años 80, por iniciativa del Gobierno Vasco, se crea un red de centros de salud mental a la que se van incorporando progresivamente, hasta 1990, otros servicios ya existentes: programas de Salud mental y drogodependencias (DAK), del Insalud, de iniciativas municipales y ciudadanas (Módulos Psicosociales), de las Diputaciones, etc. Inicialmente los equipos de los CSM tenían carácter multidisciplinar y estaban formado por un miembro de cada estamento (psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social y administrativo). Además surgen Unidades de psiquiatría en Hospitales generales y alternativas a la hospitalización, como Centros y Hospitales de día.

La ordenación de la asistencia Psiquiátrica partió de la elaboración de un informe sobre la asistencia en la Comunidad Autónoma dirigido por J. Ajuriagerra y publicado en 1983, que dio lugar al primer Plan de Asistencia Psiquiátrica en nuestra Comunidad. En el se proponían como objetivos, el desarrollo de un modelo basado en la comunidad, la integración en el sistema sanitario general, la sectorización de la asistencia, el desarrollo de programas específicos, y el fomento de la formación y de la investigación.

La asunción de la atención psiquiátrica por la Consejería de Sanidad del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, hizo compaginar la asistencia extrahospitalaria con la dependiente de los Hospitales Psiquiátricos.

En la actualidad, la denominación formal del psicólogo clínico en Osakidetza es FETPC (Facultati-

vo Especialista Técnico Psicólogo Clínico) y la distribución por territorios y ámbitos asistenciales es la siguiente:

	Salud Mental Extrahospitalaria	Unidades Hospitalarias
Álava	13	4
Bizkaia	36	14
Gipuzkoa	22	4
TOTAL	71	22

Existen por otro lado, psicólogos en centros concertados que trabajan en comunidades terapéuticas y drogodependencias, atención infanto-juvenil, centros de media y larga estancia y otros centros de salud mental, pero desconocemos los datos totales.

La tasa de psicólogos clínicos en la CAPV en los servicios extrahospitalarios es de 3,12/100.00 habitantes en Bizkaia 3,8 en Araba y 2,82 en Gipuzkoa, a la que si le sumamos el nº de los de hospitales, sería tomado de una forma global de 4,53/100.000 hab. El informe elaborado por la OMS Proyecto Atlas 2005 calcula una media de nº de psicólogos de 18/100.0000 habitantes, algo distante de nuestra realidad.

Por otra parte, si bien ha habido un incremento significativo del número de psiquiatras y diplomados de enfermería, los trabajadores sociales y psicólogos clínicos no han experimentado crecimiento en la misma proporción, lo cual constituye un motivo de reflexión.

6.1. Desarrollo de las funciones del Psicólogo Clínico en Osakidetza

Para poder constatar la situación actual de los psicólogos clínicos en la CAPV, se ha realizado una encuesta en la que han participado un total de 71 profesionales, que trabajan tanto dentro de la red concertada como en Osakidetza.

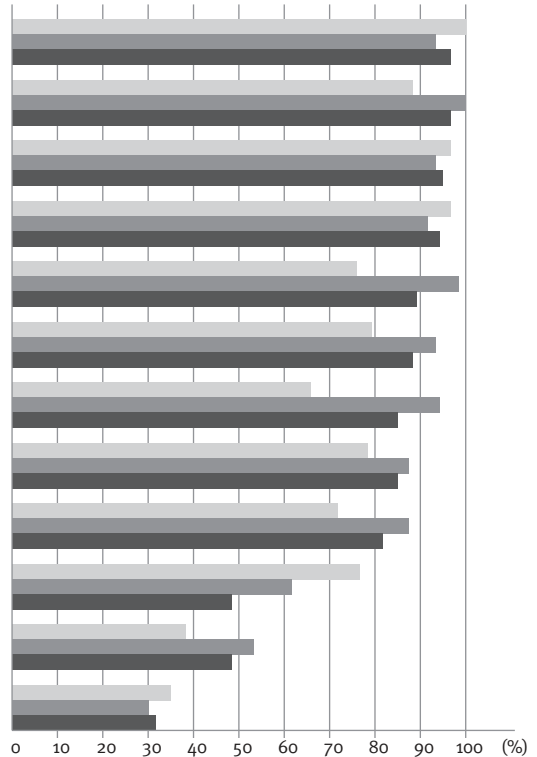
Los psicólogos clínicos desempeñan en la actualidad una amplia variedad de funciones en el desempeño de su actividad. De este modo más del 90% declara que toma decisiones sobre indicaciones terapéuticas en pacientes a su cargo, y con similar porcentaje interviene a petición de

otros profesionales. Sin embargo, por otra parte, tan sólo un 32% declara que participa en activi-

dades de gestión, siendo algo mayor este porcentaje a nivel hospitalario que en extrahospitalario.

Funciones desempeñadas por los psicólogos clínicos CAPV

- Intervienes y tratas mediante técnicas psicológicas a petición de otros profesionales.
- Tomas decisiones sobre indicaciones terapéuticas en pacientes a tu cargo (abordaje, derivación, alta...).
- Realizas evaluaciones periódicas a petición de otros profesionales.
- Participas en actividades de docencia.
- Dentro del equipo, eres la persona referente de tus pacientes.
- Asesoras a compañeros de Salud Mental, atención primaria, y a otros profesionales.
- Realizas intervenciones en crisis/urgencias.
- Evaluas la eficacia de las intervenciones que realizas.
- Atiendes a los pacientes en primera consulta.
- Participas en actividades de investigación.
- Programas tareas de prevención (primaria, secundaria o terciaria).
- Participas en actividades de gestión.



En relación al nivel de dedicación que les suponen estas tareas, también aparecen como las de menor desarrollo junto con la gestión, la investigación y las tareas de prevención. Este resultado se relaciona con las áreas de mejora que se plantean dentro del documento.

En cuanto a la pregunta de si tienen problemas en el desempeño diario de sus funciones dos de cada tres psicólogos clínicos encuestados declaran no haber tenido problemas en la realización de sus funciones.

7. Areas de mejora: mirando al futuro

7.1. Profesional

- Creación de una comisión de seguimiento y mejora de la profesión (creación de plazas,

definición de cartera de servicios, clarificación de funciones, detección de necesidades de recursos, convocatoria de plazas PIR...).

- Inclusión sistemática en las comisiones asesoras de la dirección
- Definición de roles y funciones intermultidisciplinares.
- Potenciación del modelo multidisciplinar de los equipos en todos los niveles asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios
- Unificación de los criterios para el acceso a Historia Clínica completa del paciente en todos los centros para todos los facultativos.
- Promoción de la creación de una red estatal para el intercambio de experiencias.



Frecuencia realización funciones psicólogo clínico

Tomas decisiones sobre indicaciones terapéuticas en pacientes a tu cargo (abordaje, derivación, alta...).

Dentro del equipo, eres la persona referente de tus pacientes.

Intervienes y tratas mediante técnicas psicológicas a petición de otros profesionales.

Atiendes a los pacientes en primera consulta.

Evaluas la eficacia de las intervenciones que realizas.

Realizas evaluaciones periódicas a petición de otros profesionales.

Participas en actividades de docencia.

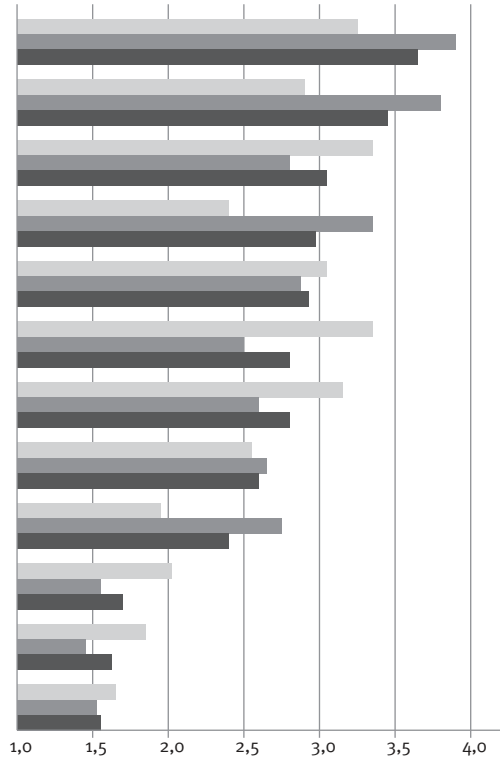
Asesoras a compañeros de Salud Mental, atención primaria, y a otros profesionales.

Realizas intervenciones en crisis/urgencias.

Participas en actividades de investigación.

Participas en actividades de gestión.

Programas tareas de prevención (primaria, secundaria o terciaria).



7.2. Asistencial

- Incremento de la oferta de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos, facilitando los recursos profesionales necesarios para ello, en línea con los objetivos de la estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud.
- Integración del psicólogo clínico en nuevas áreas asistenciales y programas específicos de intervención en salud mental.
- Fomento de la valoración de tipos de intervención, orientados a generar evidencia que permita la utilización de métodos cada vez más adecuados, eficaces y eficientes para atender las demandas de atención.
- Participación en grupos de trabajo para la elaboración de “Guías de Práctica Clínica” de carácter multidisciplinar, favoreciendo del mismo modo la creación de guías propias de la especialidad.

- Elaboración de protocolos de coordinación con atención primaria (derivación, consultoría, programas de formación sobre temas relativos a nuestra especialidad, programas de prevención en grupos de riesgo...).
- Elaboración de protocolos de coordinación con otras instancias comunitarias (escolares, jurídicas, servicios sociales, asociaciones...).
- Promoción de la valoración sistemática de las intervenciones psicológicas, para evaluar “objetivamente” la eficacia de las intervenciones en curso, y, con el tiempo, hacer valoraciones comparativas.

7.3. Formación continuada

- Elaboración de programas de formación y actualización continuada que contemplen áreas de actuación del psicólogo clínico.

- Inclusión dentro de la oferta formativa anual de Osakidetza de cursos específicos de actualización en la especialidad, que complementen la oferta que se viene planteando desde las Comisiones de Docencia de los Consejos Técnicos territoriales.
- Convocatoria de una Jornada de Psicología Clínica con una periodicidad mínima anual que favorezca el intercambio profesional y personal entre los psicólogos de la red y centros concertados.

7.4. Docencia

- Mejora de las condiciones en las que se ejerce la docencia (disponibilidad, coordinación, reconocimiento oficial...) para que efectivamente se cumplan los objetivos teórico-práctico de la formación en sus diferentes niveles (pre-grado, postgrado, formación de PIR).
- Incremento de la dotación de recursos para la organización de actividades de docencia en los propios centros y con otros colectivos.
- Fomento de la participación de profesionales de Osakidetza en actividades de docencia en la universidad.

7.5. Investigación

- Promoción de la investigación clínica en la práctica profesional cotidiana

- Participación en redes de investigación inter-centros que coordine acciones de interés común.
- Promoción del desarrollo de proyectos de investigación dentro de acuerdos con la universidad.

7.6. Gestión

- Actualización de la cartera de servicios, para asegurar la cobertura de las necesidades de atención psicológica en salud mental.
- Accesibilidad para psicólogos clínicos a puestos de responsabilidad directiva en la gestión clínica.
- Mejora de la gestión de los recursos a través de la puesta en marcha de estrategias que permitan un mejor aprovechamiento de los mismos.

7.7. Otros

- Revisión de la actual denominación de Unidades de Psiquiatría/Unidades de Psiquiatría y Salud Mental, de manera que recoja y reconozca la interdisciplinariedad de los equipos.

Contacto:

Ramona Casado

Hospital de Zaldibar

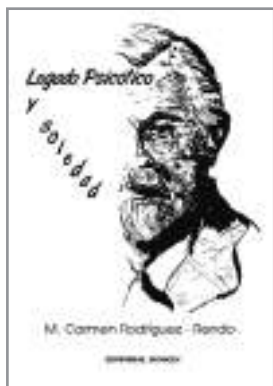
Tel.: 677 95 53 43 • mail: RAMONA.CASADOANGOITIA@osakidetza.net



Referencias bibliográficas

- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), "Planteamiento de AEPCP sobre las propuestas de formación sanitaria para psicólogos, y sobre la formación especializada en Psicología Clínica", Diciembre 2008.
- Asociación Nacional de Psicólogos Internos y Residentes (ANPIR), "Documento sobre la situación de la Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud", 6 de Octubre de 2007.
- Colegio Oficial de Psicólogos, "Perfiles del Psicólogo Clínico y de la Salud", 1998
- Comisión Nacional de Psicología Clínica, "Informe sobre la actividad de la CNEPC", Octubre del 2007.
- Consejo Asesor de Sanidad - "Informe sobre el reconocimiento del título de Licenciado en Psicología como profesión sanitaria"- Aprobado por el Pleno de 22 de Diciembre del 2005.
- Escudero, C. y cols. (2003). Competencias legales de los psicólogos clínicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXII, (85), 153-168.
- Escudero, C. y cols. (2005) Informe sobre la normativa legal y la reclasificación de plazas de psicólogos clínicos en el SNS. Conclusiones y recomendaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXXIV, (94), 123-148.
- Escudero Consuelo, "La nueva Psicología Clínica", III Jornadas de psicología Clínica en Osakidetza, Donosti 2009.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), "Psicología Clínica y Psiquiatría", *Papeles del Psicólogo*, nº 85, 2003.
- Jiménez, J.F. (2008). El ejercicio profesional del psicólogo clínico en el sistema Nacional de Salud. Cuaderno Técnico Nº 9. Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental.
- Olabarría, B.(coord.) (1997). La Psicología Clínica en los Servicios Públicos. Cuaderno Técnico Nº 2. Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental.
- Olabarría B. (2002). Apuntes y reflexiones ante una nueva etapa de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 83, 3-11.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
- Plan Estratégico Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental Extrahospitalaria Osakidetza Bizkaia 2005-2009.
- Real Decreto 1393/2007 de ordenación de enseñanzas universitarias oficiales.
- Real Decreto 2490/1998 por el que se aprueba la Especialidad en Psicología Clínica.
- Resolución Nº 381, de 21 de abril de 1999, de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU), sobre la homologación del plan de estudios para la licenciatura de Psicología.
- Orden SAS /1629/2009, por el que se aprueba el nuevo programa de la especialidad.
- Sánchez, A. (Coord.) (2009). La Psicología Clínica en el sistema Valenciano de Salud. Atención y funciones del especialista. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.
- Asistencia Psiquiátrica y Salud mental. Plan Estratégico 2004-2008 Osakidetza Servicio Vasco de Salud.
- Villanueva A. "La asistencia psiquiátrica en Vizcaya". *Rev. Norte de Salud mental*, 2004, Vol V, 19: 71-82.

- Recibido: 04-12-2009.
- Aceptado: 14-04-2010.



Legado psicótico y soledad

Autora: M^a. Carmen Rodríguez-Rendo.

ISBN 9789870243755.

Editorial DUNKEN, 2010

Este es el libro de una psicoanalista. Del psicoanálisis se ha dicho muchas veces por parte de sus detractores que está acabado, que su tiempo terminó. Se afirma esto, por supuesto, antes de empezar a leer algo de psicoanálisis y así, se evita poner a prueba este axioma y de paso, se evita saber en que consiste el psicoanálisis.

Para el psicoanálisis el psiquismo se constituye inevitablemente en la relación con otro primordial. Esto es así por la pematurnidad del nacimiento y por lo específicamente humano que es la adquisición del lenguaje. Las figuras parentales lo son “todo” para el niño pequeño: transmiten, conforman, piensan al niño, lo colocan en la estirpe, le dan un lugar, unas expectativas... ponen a su disposición todo un universo de rasgos, de aspectos para que el infans los tome, se identifique con alguno de ellos...

El objeto de estudio de este libro son los hijos de padres psicóticos. No estamos en el terreno conocido de cuantificar los antecedentes familiares de un paciente. Se trata más bien de seguir la pista a algunas características que parece que coinciden en analizantes sin patología psicótica que han pasado por una crianza atípica? O difícil?, una crianza en dónde uno de los progenitores presenta patología de orden psicótico. Cuando el padre o la madre sufren esa falla fundamental en lo simbólico, en el pensamiento, que es la psicosis. Sabemos que la psicosis afecta a todo el ser.

La autora estudia los efectos producidos en el hijo que de alguna manera ha conseguido mimbres suficientes para librarse de la locura y acceder a lo simbólico y a la Ley. Habla de “sujetos de soporte frágil, singular y con un discurso de sus-

tancia huidiza, que bajo la apariencia de lo que llamamos resistencia, tramita la protección de algún personaje de la generación anterior”.

Este personaje, al que también llama, un Dios ciego, lanza sobre el hijo respuesta fosilizadas en la certeza, anatemas, dogmas incuestionables. Será el hijo el que tenga que construir las preguntas. Y esto es uno de los motivos que le llevan a iniciar un análisis. El afán de saber.

Apunta dos hipótesis. La primera ofrece una reflexión sobre la posición del analista y la recuperación del registro de lo imaginario como herramienta para la construcción del vínculo y la transferencia.

La segunda propone una aproximación a la transmisión de la potencialidad psicótica, concepto tomado de Piera Aulagnier, y su potencialidad creadora. Aquí la autora propone también el concepto de “Locura encapsulada”, lugar en el que, además de lo loco, se encuentran las posibilidades creativas del sujeto.

El libro es un trabajo independiente, al margen de las corrientes psicoanalíticas dominantes y de las formas “oficiales” de pensamiento. La autora establece un “diálogo imaginario” con los diferentes autores que han sido importantes en su recorrido profesional. “Los discursos se entrecruzan, divergen y se responden sin oponerse realmente y sin fusionarse”. Esto le permite adentrarse en oscuridades de diferente matiz, allí a donde el discurso de sus pacientes le ha conducido. Allí, de alguna manera también los lectores le podemos acompañar a lo largo del libro.

Pilar de la Viña Guzmán



**Sangre azul. Vida y delirio
de Margarita Ruiz de Lihory**
Cándido Polo, 2010

Edita: Publicacions Universitat de València
ISBN: 978-84-370-7626-3 320 pp.

Escritora, periodista, conferenciante, pintora y modelo de artistas. Esta audaz aristócrata se embarcó en la aventura americana siguiendo la estela triunfal de Joaquín Sorolla, del mismo modo que anteriormente se había atrevido a cumplir una «misión especial» en la Guerra del Rif, por la que fue distinguida como capitán honorario, entre otros reconocimientos que jalonan su insólita biografía desde la cuna donde vio la primera luz. No en vano, siempre presumió de pertenecer a una de las más antiguas familias de España, lo que le permitió ser testigo privilegiada de la Belle époque y su inevitable desaparición. Hasta fallecer en Albacete arruinada por completo, después de haber dilapidado su cuantioso patrimonio y todas las fincas y posesiones heredadas. Margarita Ruiz de Lihory fue una mujer seductora y brillante, adelantada a su tiempo y a la nobleza que la exaltó como hija de uno de los próceres de la ciudad, tras deslumbrar en su adolescencia a la alta sociedad en la Valencia de la Restauración al ser ensalzada en 1907 por Teodoro Llorente, patriarca de la Renaixença, como Regina dels Jocs Florals de Lo Rat Penat. Desde entonces no dejó de ocupar un lugar protagonista en muy diferentes circunstancias políticas del siglo xx por su fina habilidad para situarse en los alledaños de poder, por el que nunca dejó de sentirse fascinada. Tuvo amistad íntima con militares como Primo de Rivera y Francisco Franco, desde su manifiesta debilidad por los uniformes, y trató cercano con figuras tan distintas como el plutócrata Henry Ford o el rebelde Abd el-Krim. El Cardenal Primado Reig prologó una obra suya dedicada a la Virgen de los Desamparados, por la que toda su vida sintió gran devoción, mientras la afeaba en privado por el escándalo de sus devaneos extraconyugales, que habrían de multiplicarse cuando se introdujo en la

farándula de Hollywood de la mano de Blasco Ibáñez y pudo compartir el éxito de las estrellas pioneras, en tiempos del cine mudo. Años después, sería una de las primeras mujeres españolas en divorciarse legalmente, tras haber sido vigorosa profeminista y entusiasta partícipe del ritmo de los locos años 20, desde Nueva York hasta la Costa Azul. Como abogada, fue vocal del Consejo protector de la Infancia y estuvo comprometida por la causa de la mujer durante la Segunda República, antes de colaborar desde la clandestinidad con la Quinta Columna de Barcelona durante la Guerra Civil, para servir finalmente como enlace políglota del criptonazismo durante los años de la postguerra mundial. Aunque este entramado de poderosas influencias no le impediría su internamiento psiquiátrico por orden judicial, tras resultar involucrada en el tétrico incidente familiar de gran resonancia en la España nacionalcatólica de los 50, sin duda ya bajo el desequilibrio devastador que su vida padeció en los últimos años. Y aún después de muerta, su aura esotérica seguiría siendo invocada para una fantasía de extraterrestres y alienígenas, cuyo alcance ciberespacial llega sorprendentemente hasta nuestros días.

Una vida de novela, incluso de película, en cuyo guión ella siempre representó el personaje principal, como corresponde al delirio megalómano que alimentó de fuerza psicomotriz su biografía. O mejor patografía, para describir la minuciosa revisión psicopatológica de la protagonista que propone Sangre azul. Vida y delirio de Margarita Ruiz de Lihory, obra publicada por la Universitat de València tras haber sido galardonada por el Ayuntamiento con el Premio Juan Gil-Albert en la modalidad de Ensayo, dentro de los XXVI premios literarios Ciutat de València. •



La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo de red de redes.
Francisco Rodríguez Pulido (Ed).

Edita Fundación Canaria Sanidad y Universidad, Tenerife, 2010.

Esta obra describe el proceso participativo de construcción en la comunidad de los principios tradicionales de la psiquiatría comunitaria. Describe el proceso abierto en los espacios sanitarios, sociales y laborales, basado en la información científica, la experiencia clínica y el conocimiento del medio. Se ha construido un modelo de atención personalizado diferente en su articulación a los modelos que predominan en otras Comunidades Autónomas y sin a la vez querer ser la experiencia única, pero no deja de llamar la atención su singularidad y originalidad.

Los fundamentos de la Red de redes, el plan de rehabilitación psicosocial o los recursos y su gestión van siendo desgranados de modo especialmente didáctico. Diez años de una experiencia, donde se describe la intimidad de los recursos de soporte comunitario, con la valentía de los grupos que desean transformar la realidad asistencial. El espacio sanitario con sus centros de recuperación psicosocial, la atención a los cuidados físicos o la integración de diversos abordajes junto a las habilidades sociales con frecuencia escasamente consideradas, ven un preciso análisis junto a la valoración de los espacios de alojamiento (mini residencias, pisos supervisados, domicilios) o la labor del equipo continuo. Por no hablar de recursos terapéuticos de probada eficacia en torno al arte, la danza, la dramatización o el movimiento. Finalmente también hay sendo capítulos para la reflexión y valoración de experiencias sobre la formación, la ocupación y el empleo, o lo que está significando la actual ley de "dependencia" en relación al trastorno mental grave tanto en el impacto del señalado modelo de red de redes como en la aplicación cotidiana.

Trescientas cincuenta y cuatro páginas y un CD con documentación diversa complementaria que inducen a hacernos numerosas preguntas sobre la propia realidad sirviendo de espejo la experiencia y el desarrollo de la asistencia en salud mental destinada a la recuperación de las personas con trastornos mentales graves.*



Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria. Relatos de usuarios del servicio, cuidadores y profesionales

Mark Hardcastle, David Kennard, Sheila Grandison y Leonard Fagin (eds.).
Herder Editorial. Barcelona, 2009. 470 pp.

Otro libro de la colección 3P (Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis) dirigida por Jorge Tizón. Como se señala ya en el Prólogo marca cierta ruptura con otros títulos de la colección, por no tratarse de un libro técnico y sí recoger experiencias vividas en las instituciones psiquiátricas. No se basa en el conocimiento y las aportaciones desde dispositivos de salud mental extrahospitalarios y en la comunidad sino desde la experiencia intrahospitalaria a través de los ingresos de los pacientes. Partiendo de las dificultades de los servicios psiquiátricos de ingreso, elementos clave hoy día a pesar de las limitaciones de personal, técnicas y limitación para el contacto físico de las redes sociales y profesionales.

Los autores señalan que quizá en un futuro las crisis agudas y subagudas puedan ser atendidas desde recursos intermedios que precisarán mayor dotación cualitativa y cuantitativa de personal respecto a la situación actual. Como las psicosis persistirán serán precisos también otros servicios de internamiento hospitalario para la contención de situaciones y pacientes más graves. Quizá el número de ingresos y el número de plazas en un futuro sea muy inferior al actual, producto de una asistencia hipermedicalizada, biologicista y a menudo anticomunitaria, a pesar de los disfraces comunitarios.

Los fondos para la salud mental comunitaria crecen más lentamente que la captación de fondos de la industria farmacéutica. Como consecuencia en toda la red de Salud Mental, los pacientes, las familias y los profesionales suelen sentirse incomprendidos, frustrados, confusos y con sentimientos mezclados, tal y como se describe en varios de los capítulos.

Muy importante será mejorar el funcionamiento de las instituciones de las instituciones de ingreso. Mejoras que revertirán en una mejor atención del paciente con psicosis y en cambios en los dispositivos de la red así como en nuevas posturas técnicas y teóricas sobre los trastornos psicóticos. Si son motivados será más probable la existencia de cambios institucionales y terapéuticos. Cambios en los servicios de ingreso a través de estudios institucionales, clínicos y de eficacia terapéutica en los diferentes dispositivos. O bien, replanteamientos que consideren las vivencias de los ingresados (incomprensión, aburrimiento, soledad, humillación...), sus familiares y el personal cuidador (frustración, enfados, agradecimiento, invisibilidad, prohibiciones...), o los trabajadores de salud mental (primeras experiencias, impotencia, aprensión, el control, frustración, búsqueda de significados...) quienes en este libro abordan, describen las experiencias de quienes viven una ruptura psicótica con la realidad tan grave como para requerir su ingreso en una instalación psiquiátrica.

La experiencias europeas de reforma psiquiátrica de los años 70 y 80 pecaron de excesos de ideología y optimismo. Por ahí caminaron la “antipsiquiatría”, la “psiquiatría crítica”, la “psiquiatría democrática”, “psiquiatría política” o la “reforma psiquiátrica”. Tener en cuenta, ayer y hoy, los sentimientos y experiencias de quienes participan en la asistencia psicológica y psiquiátrica es imprescindible para cualquier estudio, para los gestores o para las propuestas de cambio. De ahí esta compilación de Hardcastle, Kennard, Grandison y Fagin a la cual se han ajuntado dos artículos a modo de aproximación vivencial a los universos de América Latina y del Estado español. No considerar estos aspectos puede conducir a nuevas versiones tecnocráticas de la reforma.

En el caso español, en los distintos intentos de reforma, hubo muchas pérdidas, muchos despidos, muchos peregrinajes a otros ámbitos, muchas heridas, y ello ha sido un lastre considerable que la nueva época a partir del Informe de la Comisión Ministerial para la reforma Psiquiátrica, hace ya 25 años, necesariamente ha de considerar.

A quienes no conocieron la situación en esas décadas les resultará complicado imaginar los grandes cambios acontecidos en la asistencia psiquiátrica: largas colas de la neuropsiquiatría de zona con pacientes atendidos en dos minutos; colas donde coincidían niños, alcohólicos, demenciados, epilépticos, psicóticos, accidentes cerebro-vasculares, delirantes, neuróticos o cualquier enfermedad mental imaginable; manicomios hacinados con todo tipo de terapias coercitivas, malos tratos incluidos. Los manicomios fueron cerrados, pero no todos. Se transformaron, pero no del todo. Se crearon servicios extrahospitalarios, pero de forma desigual, lentamente y con alta carga de ineficiencia. Mientras, crecieron los nuevos psicofármacos y la mercadotecnia de la industria farmacéutica que cambiarían radicalmente a sujetos, textos y contextos en las pretensiones de la “reforma”.

El cambio en los modelos de asistencia, con nuevos modos de detección y atención precoz de las psicosis han proporcionado conocimiento, experiencias y nuevos instrumentos hasta llegar a replantearse la reforma de la reforma. Quizá sea precisa una nueva “reforma psiquiátrica”.

Tenemos un libro válido para el profesional que busca estímulo, reconocimiento y validación de su experiencia, o también para selección de capítulos o experiencias concretas relevantes en la capacitación o a modo de taller o seminario para formación de diferentes estamentos de la atención en la salud mental. Incluso puede ser útil a algunos usuarios y cuidadores para aprender sobre los sentimientos de cada cual y las experiencias de todos los implicados en la atención hospitalaria.*

I.M.

Agenda

→ **17 al 19 de junio • Valladolid**

III Congreso Nacional de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Y

Congreso Regional Europeo de la Federación Mundial de Rehabilitación psicosocial (WAPR).

- Información: www.congresoofearp.com

→ **28 al 31 de julio • Buenos Aires**

4º Congreso internacional de la AIPCF/ IACFP/ AIPPF, Asociación Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia

- www.aippf.net. Mail: aipcf.aippf@gmail.com

→ **28 agosto al 1 de septiembre • Amsterdam**

23th ECNP (European College of Neuropsychopharmacology) Congress

- Secretaría: www.ecnp.eu; E-mail: secretariat@ecnp.eu

→ **18 al 22 de octubre • Barcelona**

XIV Congreso Nacional de Psiquiatría

- Secretaría técnica: congresos@viajeshalley.es; www.psiquibarcelona.org

→ **3 al 7 de septiembre • Sao Paulo (Brasil).**

XVII Congreso Brasileño de Psicodrama y Encuentro Latinoamericano de Psicoterapia de Grupo y Procesos Grupales. *“Tiempo para el tiempo”*.

→ **23, 24, 25 de septiembre • Gandía (Valencia)**

II Jornadas de Derechos Humanos de la AEN

- Organiza AENPV. www.aen.es

→ **1, 2 y 3 de octubre • Sitges (Barcelona)**

XXV Reunión de la AEP y 1er Encuentro de APSCA. *“Psicoterapia del siglo XXI basada en la evidencia científica”*.

→ **30 oct y 1 de noviembre • Barcelona**

Congreso sobre *Migración, Salud Mental y Transculturalidad en el Siglo XXI*. de la WPA, Asociación Mundial de Psiquiatría.

www.congresowpabarcelona2010.com

→ **1 al 8 de mayo de 2011 • La Habana (Cuba)**

VIII Congreso Iberoamericano de Psicodrama. *“...Se hace camino al andar...”*.

Normas de publicación

La Revista *NORTE de Salud Mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de *NORTE de Salud Mental* y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de Salud Mental*: norte@ome-aen.org, o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adi-

cional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página: figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los *Originales* deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las *Notas clínicas* no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las *Revisiones* podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

Artículos de revistas

• Artículo normal

Se mencionan los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- *Autor institucional*
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.
- *Sin nombre del Autor*
Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- *Indicación de autores personales*
Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ªed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- *Indicadores de directores de edición o compiladores como autores*
Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- *Indicación de una organización como autor editor*
Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.
- *Capítulo de un libro*
Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ªed. New York: Raven Press; 1995.p. 465-78.
- *Actas de congresos*
Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- *Original presentado en un congreso*
Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics*. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.
- *Tesis doctoral*
Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilización*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados:

- *Artículo de periódico*
Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).
- *Material audiovisual*
HIV+/AIDS: the facts and the future (videocassette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
- *Diccionario y obra de consulta semejantes*
Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. *Apraxia*; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- *En prensa*
Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

- *Artículo de revista en formato electrónico*
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:
URL: www.cdc.gov/nccidod/EID/eid.htm.