

SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

ANDER RETOLAZA BALSATEGUI

es psiquiatra en la Red de Salud Mental de Bizkaia, doctor en neurociencias por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y colaborador de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia.

Desde hace años viene trabajando en una línea de investigación centrada en el estudio de la atención a la depresión en servicios ambulatorios, tanto de atención primaria como especializados.

SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Entender el malestar

Ander Retolaza

Colección Salud mental colectiva, 2
dirigida por Manuel Desviat



Colección *Salud mental colectiva*, 2

1ª edición: junio 2013

1ª reimpresión: diciembre 2013

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

Salud mental y atención primaria: entender el malestar

Salud mental colectiva, 2

Colección dirigida por Manuel Desviat

© del texto: Ander Retolaza

© de esta edición:

Editorial Grupo 5, Madrid, 2013

Ciclo Grupo 5 S.L.U.

Calle de la Olimpiada, 2

28040 Madrid

editorial.grupo5.net

editorial@grupo5.net

Producción editorial: Editorial Grupo 5 (Ciclo Grupo 5 S.L.U.)

Editor: Miguel Fernández González

Diseño de cubierta: Minute by Minute

Diseño de interior: LDM Ediciones

Impreso en: Service Point

ISBN: 978-84-941428-1-9

Depósito legal: M-16693-2013

ÍNDICE

Presentación: De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva, <i>Manuel Desviat</i>	7
1. El problema	15
2. Demandando atención	51
3. Ordenar, clasificar, pensar	85
4. Intervenir	127
5. Organizar la asistencia	163
6. Investigando	197
7. Conclusiones de urgencia.....	239
Bibliografía	271



PRESENTACIÓN: DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA A LA SALUD MENTAL COLECTIVA

Manuel Desviat

Es un hecho que, gracias a la reforma de la sanidad y los servicios sociales, se ha producido en España un importante crecimiento de recursos dedicados a la atención a los problemas de salud mental. Un cambio cuantitativo, pero también un cambio en la idea que la población y los profesionales tienen del trastorno mental y de su tratamiento. El hospital psiquiátrico ha perdido la hegemonía que tenía hace unas pocas décadas –aunque persista más o menos disfrazado de larga estancia terapéutica– en beneficio de una atención comunitaria, de amplias redes de programas sanitarios y sociales que permiten atender integralmente las variadas y cambiantes necesidades de buena parte de las personas con problemas mentales, tanto desde las unidades psiquiátricas de corta estancia en los hospitales generales o la atención domiciliaria, como desde el centro de salud mental, los pisos supervisados o las minirresidencias. Son recursos fundamentalmente públicos o concertados con organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, que incorporan a la sociedad civil, a familiares y enfermos, a la gestión sanitaria. Un nuevo modelo teórico y asistencial, basado en una mirada más plural y social, se ha ido abriendo camino, en las últimas tres décadas en España, en el proceso de reforma e implantación de medios materiales y humanos. Medios materiales y humanos –psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores...–, equipos formados en el proceso de reforma sanitaria y psiquiátrica, en la urgencia de nuevas formas de atención, de nuevas técnicas; profesionales con una gran necesidad de saber, de reflexionar sobre la práctica, de romper la brecha entre el apremio de la acción

y el conocimiento. La reforma nos ha dejado unos programas eficaces, protocolos, guías, pero en muchas ocasiones frágiles en teoría. La mirada biopsicosocial se queda corta si se limita a la lucha contra los reduccionismos, sean del tipo que sean. El modelo comunitario exige reconstruir saberes y técnicas para adecuarse a un proceso ético-técnico que ha originado nuevas situaciones que producen nuevos sujetos: nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para estos sujetos.

Más aún, cuando, paradójicamente, la psiquiatría hoy dominante, la psiquiatría biológica, ha renunciado a la teoría, sustentándose en manuales clasificatorios –DSM, CIE–, en listines de criterios donde se confunden los signos y los síntomas, hechos con el consenso de unos pocos, y con pretensión universal. De siempre ha existido un debate en la historia de la psiquiatría y de la psicología: ¿qué enferma, el cerebro o el alma? “Mente sin cerebro” o “cerebro sin mente”. Confrontación entre ciencias naturales o ciencias del espíritu. Un debate que parece haberse resuelto en falso en las últimas décadas, cuando el predominio de la psiquiatría biológica se pretende como única verdad. Un debate que podría ser irrelevante si no fuera por su repercusión en la clínica, en la asistencia, en cuanto convertido el síntoma en falla neurológica, el contenido del delirio en ruido, quedan los fármacos como respuesta predominante, cuando no como única respuesta. Si el contenido de la alucinación y el delirio no tiene sentido biográfico, si la tristeza tiene su base originaria en un desequilibrio de los neurotransmisores –¿no podría ser al revés?–, ¿cuál es el papel del terapeuta, del psiquiatra, del psicólogo, de los profesionales de la salud mental? Y he aquí, en la práctica, el verdadero debate en cuanto que nos lleva a planteamientos claramente opuestos en la planificación y programación de servicios. Por un lado, una clínica sin escucha, atrincherada en los hospitales como detentadores de lo científico y, por otro, las redes de salud mental comunitaria, donde se articula un eje clínico con un eje social y se hace plural la mirada, donde no hay una única verdad, y donde la reflexión sobre la práctica se hace teoría.

Y es desde aquí, en esta encrucijada, desde donde se debe entender el esfuerzo de una nueva colección de textos de salud mental, de psiquiatría y de psicología, de psicopatología. Primero,

desde la necesidad de repasar los logros, la cultura acumulada por la salud mental comunitaria, por una psiquiatría y psicología crítica; pero también desde la necesidad de conocer o revisar las conquistas que sustentan el quehacer de equipos y profesionales; ver aquello que se ha quedado atrás en las prisas de la reforma y plantear una crítica, y proponer líneas de trabajo, programas, modos de actividad y de investigación que superen la brecha existente entre el conocimiento y la acción.

Muchos consideran hoy que la psiquiatría, que la psicología están en crisis, faltas de una base teórica, de un paradigma que les dé sentido. Atrapadas entre un imperativo reduccionista y una demanda social proteica que, en muchos casos, pretende tapar las fallas sociales. Hay en ello una responsabilidad política, el progresivo desmantelamiento del estado del bienestar, y una responsabilidad profesional, atrapados unos y otros por los intereses de la industria, por los mercados, cuando no por la desgana del “esto es lo que hay” y el consiguiente “todo vale”.

En estos tiempos de crisis, de recortes, en que se pretende hacer recaer la responsabilidad de la enfermedad en el individuo y privatizar por tanto su coste, los profesionales deberemos hacer creíbles a la población modelos más sociales, más solidarios, para que la sociedad los haga suyos. Modelos que hagan frente a las desigualdades, que se ocupen de los sujetos más frágiles, que promuevan formas saludables de vida y que, sobre todo, entiendan la salud como un derecho inalienable, como un bien público del cual nadie puede ser excluido. Pero, para ello, no basta la conquista política, es necesario un desarrollo técnico, una continua indagación sobre la clínica, la continua construcción de posibilidades para responsabilizarse del malestar del sujeto, de los síntomas de su malestar. Para ello es necesario avanzar en la construcción de un paradigma ético-técnico-científico centrado en el cuidado y la ciudadanía, que se asiente sobre la autonomía y el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental.

Hace falta un eje político, un eje ético y un eje técnico; hace falta sociedad civil involucrada y conocimiento profesional, para una salud mental colectiva.

Los textos de esta colección quieren aportar material para esta tarea.



*A todos quienes luchan por sostener
un servicio público de salud.*



*El intelecto tiene una vista muy fina para el método
y la técnica pero está ciego con respecto
a las intenciones y los valores.*

Albert Einstein



El problema

1

PRIMERA APROXIMACIÓN

En el verano de 1939, poco antes de su muerte en el exilio londinense, un periodista se dirigió a Freud preguntándole qué entendía él por una persona sana, madura e integrada socialmente. La brevedad de la respuesta sorprendió al cronista: “amigo mío, cualquier persona capaz de amar y trabajar”. Desde entonces este sencillo y condensado dictamen, amar y trabajar, se ha utilizado muchas veces como sinónimo o metáfora de salud mental. *Lieben und arbeit*, en la versión original en lengua alemana; expresión que debemos entender como totalmente opuesta a su coetánea *arbeit macht frei* (el trabajo te hace libre) inscrita en los pórticos de entrada de los campos de trabajo y concentración nazis.

En un pasaje de su conocida novela, *La peste*, Albert Camus pone en boca de uno de los personajes la siguiente frase: “¡Ah!, ya sé, va usted a hablarme del servicio público. Pero el bienestar público se hace con la felicidad de cada uno”. El propio Freud mantuvo la tesis de que individuo y sociedad están en permanente conflicto. Estaba convencido de que las ventajas de la vida colectiva sólo se pueden obtener al precio de importantes renunciaciones de cada persona concreta. Se trata, según él, de una doble renuncia: renuncia libidinal, o sea sexual, y renuncia agresiva. Para vivir en sociedad no podemos dar rienda suelta a ninguna de estas dos pulsiones básicas. Debemos inhibir y encauzar de

forma civilizada muchos registros de nuestra sexualidad y, todavía más, de nuestra agresividad. Freud suponía que este procedimiento limitativo se había gestado muy lentamente, a través de la historia de la civilización que nos aleja progresivamente del reino animal. A partir de esta limitación de nuestras pulsiones elementales, o represión en términos freudianos, se conseguiría reservar y dirigir la necesaria energía para las tareas del bienestar colectivo, esencialmente para el trabajo productivo. Pero para cada individuo concreto hay un costo importante en este proceso. El precio a pagar es la infelicidad. El conflicto puede tener mayor o menor intensidad en diferentes personas o en diferentes épocas, pero en su forma esencial siempre está presente: “¡cuán poderoso obstáculo cultural debe ser la agresividad si su rechazo puede hacernos tan infelices como su realización!”. Para el creador del psicoanálisis, uno de los padres de nuestra cultura postmoderna, se trata, como vemos, de un conflicto radical, ubicado en la misma raíz de lo que a cada uno nos importa: “La cultura está ligada indisolublemente con una exaltación del sentimiento de culpabilidad, que quizá llegue a alcanzar un grado difícilmente soportable para el individuo”.

Se comparta o no este análisis, lo que no se le puede negar es que proporciona una explicación plausible a uno de los más persistentes problemas de cualquier forma de civilización conocida hasta la fecha. Se trata del conflicto que, tarde o temprano, surge entre el interés o deseo de los particulares frente a las exigencias de los demás, sean éstos, la comunidad de vecinos, la empresa que nos da trabajo, o, incluso, el propio núcleo familiar. Lo grave del veredicto freudiano es que –como parece dar a entender– considera que esta tensión tiene un gradiente temporal de curso ascendente: a mayor grado de civilización, mayor grado de renuncia; con la consiguiente pregunta final sobre los límites y la posibilidad de esa renuncia.

Para ir introduciéndonos en el tema repasaremos a continuación algunos datos misceláneos que nos permitirán entender el alcance de los problemas asociados al malestar psicológico y los ocasionales trastornos psiquiátricos asociados al mismo. También expondremos algunos ejemplos que nos ayudarán a comprender la gran aceptación social que tienen las propuestas de

ayuda basadas en planteamientos de tipo psicológico y su gran extensión en una multitud de dominios.

Según la última Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General Española (EADADES) del Ministerio de Sanidad, el consumo de hipnosedantes se ha disparado en España durante los años de la crisis. El porcentaje de personas que está tomando este tipo de fármacos estaba en 2011, y según estos datos, en el 11,4%, frente al 5,1% en el año 2005. La encuesta detalla que el consumo de estas sustancias, todas ellas de tráfico legal y en su mayor parte suministradas mediante recetas, está por encima del de cannabis, solo superado por el alcohol y tabaco. Además son el único grupo de sustancias cuyo consumo aumenta. Y solo el 1,2% de la población las toma sin prescripción médica. Esta encuesta analizó las respuestas de 22.180 personas, de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años de edad. Hay que destacar que el abuso de tranquilizantes y pastillas para dormir rompe el patrón de consumo del resto de sustancias, cuya utilización es mayor en jóvenes y en varones. En este caso se dispara a partir de los 35 años y el porcentaje de usuarios es mayor entre las mujeres, de las que el 15,3% ha consumido hipnosedantes en el último año, frente al 7,6% de los hombres. Esta diferencia se suele explicar por la alta prevalencia en población general de síntomas tipo ansiedad y depresión, cuya frecuencia es mucho mayor (casi el doble) en las mujeres en todo el mundo. Además éstas acuden al médico y piden asesoría para este tipo de problemas con mayor asiduidad.

Los expertos opinan que existe una cierta inercia terapéutica por parte de los médicos, al prescribir este tipo de productos. La gente solicita ayuda para sus problemas de estrés (en una gran parte de los casos no existe un trastorno mental evidente) y, ante la falta de tiempo de los profesionales para enfocar la demanda de otra manera, recibe un fármaco como respuesta. Pero esto no resuelve los problemas y el consumo tiende a cronificarse, ya que, salvo en el caso de los antidepresivos, se trata de productos que generan dependencia. Sin embargo no existe una conciencia social de este riesgo. La gente no considera a estas sustancias como una droga y no presta atención al potencial peligro que corren sus consumidores de largo recorrido. Dejarlas, sin más, puede producir un síndrome de abstinencia.

Si miramos a la escena internacional nos podemos consolar con los Estados Unidos, donde la población consumidora de estos productos dobla a la española. Sin embargo España es líder en un amplio grupo de países de la OCDE en el consumo de somníferos y tranquilizantes. Consumimos 51,9 dosis diarias de ansiolíticos por cada mil habitantes, frente al promedio de 24,1 de la media de 18 países estudiados. Además 26,8 dosis diarias de pastillas para dormir por cada mil habitantes, frente a las 24,9 de media del mismo grupo de países. Y las cifras no han hecho sino aumentar en la última década.

Pero hay estadísticas aún peores. Existen estudios que calculan que, en los últimos años, hasta un 15,5% de la población general española viene tomando ansiolíticos de forma regular, porcentaje alarmante que la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) denuncia en un artículo en su día publicado por la Agencia EFE. España se encuentra tres puntos por encima respecto a la media europea en el consumo de ansiolíticos (12,3%), y duplica el consumo medio de otros países como Holanda (7,4%) y Alemania (5,9%), siendo únicamente superada por Francia (19,2%). Y todos estos datos son anteriores a la época en la que los efectos de la crisis se han hecho notar en toda su extensión.

Otros estudios (Pérez Cuadrado y cols., 2009) muestran que en España el 24% de las mujeres consume antidepresivos y el 30,6%, benzodiacepinas, que en algunos casos también se utilizan para dormir. El origen de la prescripción es la consulta de atención primaria en el 78,6% de los casos. En el 64,5% de los mismos, el diagnóstico está registrado en la historia clínica, siendo los principales entre éstos la depresión (11,6%), la ansiedad (9,9%) y el insomnio (3,3%). En líneas generales estas cifras coinciden con las de una reciente encuesta de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) realizada en 2013. Según la misma las principales razones alegadas para tomar estos medicamentos son la dificultad para conciliar el sueño (32%), los problemas laborales (30%), sucesos traumáticos (29%) y causas económicas (17%). El perfil del usuario habitual de ansiolíticos es el de una mujer mayor de 34 años, con nivel de estudios medio-bajo y en desempleo o situación económica difícil. Al analizar

el uso de benzodiacepinas respecto a la edad, se ha detectado un mayor consumo a mayor edad. Sin embargo, no es así en el caso de los antidepresivos. Por otro lado existen evidentes problemas para conseguir dejar este tipo de productos: un 38% de las personas presenta dificultades para dormir tras abandonarlos y a un 37% de los consumidores que lo dejan les aumenta la ansiedad. Entre quienes toman antidepresivos se observa que en un 22% aparece irritabilidad tras su abandono.

Más datos, éstos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de un año tipo anterior a la crisis como es el 2006:

- El 30% de las mujeres y el 16% de los varones mayores de 65 años han tomado tranquilizantes o pastillas para dormir en las dos últimas semanas.
- El 13,36% de los parados y el 21,20% de las amas de casa han tomado tranquilizantes o pastillas para dormir en las dos últimas semanas.
- El 11% de los parados y el 12% de las amas de casa han tomado antidepresivos en las dos últimas semanas.
- El 15% de los trabajadores no cualificados han tomado tranquilizantes o pastillas para dormir en las dos últimas semanas.
- El 9% entre los comprendidos entre los 25 y los 44 años están en la misma situación.
- El 14% de las mujeres y el 5,18% de los varones de más de 65 años han tomado antidepresivos en las dos últimas semanas.
- El 10% de los trabajadores no cualificados han tomado antidepresivos en las dos últimas semanas.
- Casi un 12% de personas en paro encuentran sus actividades de la vida cotidiana limitadas por problemas de tipo mental.

Finalmente la tabla siguiente compara la frecuencia de este tipo de situaciones con otros problemas de salud también muy

Salud mental y atención primaria

frecuentes entre la población. Como vemos, entre los parados, los síntomas de depresión y ansiedad están por encima del resto y en la población ocupada casi al mismo nivel que la hipertensión arterial (HTA) o la hipercolesterolemia.

Enfermedades y problemas de larga evolución en los últimos doce meses según situación laboral. Porcentajes sobre población total (Encuesta Nacional de Salud, 2006).

	Depresión y ansiedad	HTA	Colesterol alto	Diabetes
Ocupado	9,28%	10,37%	10,43%	2,39%
Parado	15,97%	9,98%	9,16%	3,13%
Estudiante	3,93%	0,78%	1,69%	0,11%
Jubilado	21,37%	43,73%	26,09%	17,11%
Hogar	22,08%	27,77%	19,64%	7,36%
Otras	25,29%	13,04%	10,80%	5,77%

Daremos ahora alguna referencia sobre lo extendidas y aceptadas que están en nuestra sociedad las ayudas de tipo psicológico basadas en alguna forma de terapia u oferta de apoyo derivada de las mismas. Ejemplos de cursos ofrecidos por Cáritas Diocesana en el entorno urbano de Bilbao en el año 2012: sobre un total de 16 barrios populares con diversas ofertas de cursos en el programa llamado Familia e Inclusión Social, se encontraron cursos de *autoestima* en cuatro barrios, *sesiones de relajación*, para controlar y disminuir el estrés y la ansiedad, en otros cuatro y en uno de los barrios se ofrecía un curso de *expresión emocional*. Como en cualquier otro lugar de nuestras sociedades desarrolladas, la popularidad, especialmente entre las mujeres, de este tipo de iniciativas es enorme. Esta clase de cursos se ofrecen junto con otros centrados, por ejemplo, en temas de cocina, costura, organización de visitas a museos o salidas en grupo. De una manera sistemática Cáritas envía esta información a los diversos Centros de Salud Mental de la red pública de Osakidetza

al objeto de que, como efectivamente se hace, sean ofrecidos a los pacientes que acuden a ellos, para muchos de los cuales suponen alternativas o complementos interesantes al tratamiento que allí se les ofrece.

Veamos ahora un ejemplo sacado de Internet en fechas recientes. Aunque no se trata exactamente de una terapia, se ofrece un estudio de carta astral para ayudar a superar las dificultades en la vida de pareja. Detrás del lenguaje psicologicista del texto se observará la superficialidad con la que se trata el tema y, sobre todo, el enfoque de las posibles soluciones desde una perspectiva falsamente hedonista y estrictamente individualizada. A pesar de todo ello, este tipo de ofertas tiene gran aceptación en el supermercado espiritual contemporáneo y sus clientes, al menos entre las clases populares, suelen ser los mismos que acuden a los centros de salud mental con iguales o parecidas demandas. El texto dice así:

¿Somos compatibles como pareja? Todos sabemos lo difícil que es hoy en día el mundo de las relaciones. Los miedos nos mantienen bloqueados de forma que cuesta dejar fluir con plena confianza nuestros sentimientos y entregarlos. Yo os invito a que penséis en el Amor como si éste fuera una caja de bombones.

Cuando tenemos una caja de bombones delante de nosotros, y la estamos degustando, sólo disfrutamos. Si un bombón no nos gusta demasiado, no pasa nada, no sufrimos, simplemente buscamos el que nos gusta. Mientras vamos degustando sin pensar que la caja se pudiera quedar vacía, no pensamos en si la caja de bombones se pueda estar terminando, simplemente seguimos disfrutando y saboreando. Cuando por fin la caja se ha terminado, ni siquiera sufrimos porque se acabó, al contrario, nuestro pensamiento es para sentir lo buenísimos que estaban los bombones.

Nuestras perspectivas con respecto al Amor, con todo mi respeto por éste, pienso que deberían ser como con la caja de bombones: no sufrir por pensar si se puede llegar a terminar, pues al pensar esto ya esta-

Salud mental y atención primaria

mos sufriendo de antemano una separación, que en el fondo tal vez la estamos creando con nuestro pensamiento y nuestro miedo a que se termine. Sin embargo si disfrutamos de la relación sin miedo a que se acabe por cualquier razón, estaremos sintiendo tal goce que este goce contagiará también a nuestra pareja, y ya sabemos que la felicidad y el bienestar solo da como resultado más de lo mismo.

A igual modo que si, por las circunstancias que sea, dicha relación se llegara a terminar, solo deberíamos pensar en lo feliz que fuimos mientras duró. Y sin querer parecer frívola. Cuando una caja de bombones se acaba, siempre en algún momento alguien nos regala otra.

En relación con todo esto parece que la sociedad contemporánea, al menos en los países desarrollados, está llamada a la reflexión, que es –como sabemos– un bien cada vez más escaso entre nosotros. Si, por un lado, y por lo menos hasta el advenimiento de la actual crisis, nos encontramos en una situación incomparable con cualquiera en el pasado en cuanto a disponibilidad de bienes materiales y tecnológicos, por otro, y cada vez en mayor medida, la ansiedad, la depresión, el consumo de drogas y otros males por el estilo, tienen mayor presencia entre nosotros. A la vez que nos entregamos a un consumismo desaforado, sentimos que nuestras vidas se desenvuelven en un escenario de conflicto, donde cada uno debe velar por su bienestar psicológico en lucha con los elementos. La estabilidad y el equilibrio íntimo parecen difíciles de lograr, cuando no inalcanzables. En torno a este tipo de asuntos, es frecuente que consideremos a gran parte del resto de nuestros conciudadanos como egoístas, irresponsables y desentendidos, mientras conservamos una imagen un poco más benévola sobre nosotros mismos. Así el malestar y la sensación de desamparo que con frecuencia sentimos, a pesar de estar muy extendidos, se viven casi siempre en un ámbito estrictamente privado que nos aísla aún más de los demás.

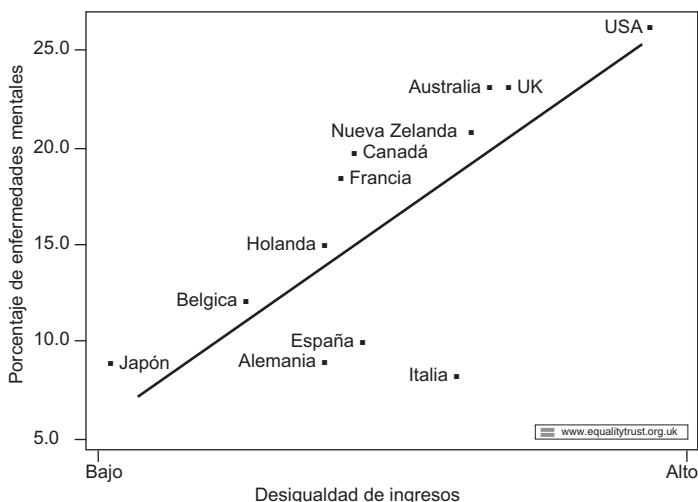
Este divorcio entre bienestar material y fracaso social que se puede observar en muchos ciudadanos de países ricos debiera

ser, a estas alturas, un aviso serio de que las cosas no funcionan demasiado bien. Derivado de ello parece que una mejora en la calidad de vida de las personas debiera centrarse, más de lo que lo hace, en el bienestar social del conjunto de la ciudadanía y, en gran medida y por muchos motivos, debería ser una responsabilidad de los poderes públicos. Pero hace tiempo que una gran parte de nuestra clase política occidental parece haber renunciado a una visión común de un futuro mejor para nuestras sociedades. Además: “En cuanto sale a relucir la psicología, la discusión tiende a centrarse casi exclusivamente en remedios y tratamientos individuales. El pensamiento político se paraliza”.

La cita pertenece a Wilkinson y Pickett, dos autores ingleses que han publicado un interesante libro (2009) en el que se desarrollan las tesis apuntadas en el párrafo anterior. En él sostienen con una gran profusión de argumentos y datos técnicos, que es la desigualdad social, más que la pobreza o la carencia de recursos materiales, la causante de la mayor parte de estos males. Una vez salvados los casos extremos —claro está— de miseria material o social, la desigualdad, vivida por la mayoría como una manifestación radical de injusticia, se mete bajo nuestra piel y nos lleva a vivir, si ello está a nuestro alcance, de una manera ventajista y aprovechada, para conseguir el éxito social y evitar caer en el lado de los perdedores. La consecuencia de esto es que todos los grupos sociales, incluidos los que de una manera manifiesta parecen alcanzar estos objetivos, acaban padeciendo malestares muy presentes en nuestro mundo actual, tales como mayores dosis de violencia social y cárcel, peor rendimiento académico, más embarazos indeseados entre los adolescentes, mayores tasas de obesidad y peor salud física o mental. Consecuencias directas de esta desigualdad son la escasa movilidad social y la falta de oportunidades para una gran parte de nuestros conciudadanos, las cuales conllevan muchas de estas disfunciones que nos afectan a todos. Wilkinson y Pickett aportan innumerables pruebas que les han ayudado a llegar a semejante conclusión. Al respecto sólo utilizaremos alguno de los disponibles en Internet (equality.org.uk), remitiendo al lector a la citada página si quiere ampliar su ilustración sobre el tema.

Salud mental y atención primaria

Sólo insistiremos en que varios de los problemas derivados de esta creciente desigualdad en nuestras sociedades, y que los autores señalan en su libro, tienen una relación directa con el tema que nos ocupa aquí. Según los datos que aportan, los trastornos mentales y el consumo de drogas están en el centro de la cuestión de la desigualdad. El número de personas que padecen trastornos mentales, especialmente los relacionados con ansiedad y depresión, resulta mayor en los países que presentan más desigualdad social. A mayor diferencia entre los más ricos y los más pobres, mayores tasas de enfermedad mental en esa sociedad.



Una de las grandes cuestiones que se le plantean hoy a la asistencia psiquiátrica pública es la de definir el límite de sus prestaciones. ¿Qué tipo de problemas deben de ser atendidos en los servicios de salud mental y cuáles otros suponen un malestar de la vida cotidiana y, por lo tanto, no debieran ser objeto de atención sanitaria específica? ¿Cuáles son los límites de la enfermedad o el trastorno mental? ¿Debe cualquier sufrimiento psicológico ser objeto de atención sanitaria? ¿Cuáles son las prestaciones asistenciales que debe garantizar un sistema pú-

blico responsable y bien organizado? Proponer estas cuestiones en el fragor de una crisis económica como la actual, en la que —en todas partes— el sistema sanitario público está siendo cuestionado y sometido a recortes presupuestarios y copagos, se plantea como una tarea más que complicada si el objetivo es resolverla con algún éxito. Sin embargo forma una parte central del debate que debe ser planteado para ver, de la mejor manera posible, qué tipo de asistencia psiquiátrica se deberá prestar en justicia por los sistemas públicos de salud en las próximas décadas.

Los partidarios de una concepción biomédica positiva lo tienen muy claro: hay que tratar sólo aquello que es enfermedad, aquello que médicamente pueda ser catalogado y definido como enfermedad. Esta afirmación, en principio, es inobjetable, pero saber qué es enfermedad y qué no lo es, no es siempre fácil de discernir, especialmente en una sociedad que medicaliza el sufrimiento y las dificultades de la existencia, trasladando a la sanidad (y no sólo a la psiquiatría) la atención y cuidado de disfunciones sociales de todo tipo. Por su parte quienes se amparan en la supuesta superioridad de los sistemas privados para equilibrar la oferta y la demanda, con la consiguiente eficiencia en la asignación de recursos cuando aquéllas sólo se rigen por las fuerzas del mercado, no tienen este problema. Para éstos importa poco saber dónde empieza o acaba la enfermedad. Los problemas (sean del orden que sean), si hay una técnica adecuada para abordarlos y un precio convenido entre las partes, se tratan o no, de acuerdo a que alguien abone el precio estipulado o deje de hacerlo.

En nuestra época el imaginario colectivo está impregnado de tecnología. La creencia compartida es que la ciencia y la técnica pueden explicarlo todo (o casi) y, en consecuencia, para todo debe existir una solución tecnológica. Cada época pone en escena sus enfermedades. Psiquiatras y psicólogos son los encargados de sostener esa narración colectiva, certificando, en sus consultas, en sus publicaciones y en sus tratados qué es y qué no es un trastorno mental, quién es y quién no es un caso psiquiátrico. Sin embargo, como bien iremos viendo en las próximas páginas, a falta de un criterio objetivo al que aferrarse, definir un caso psi-

quiátrico viene siendo (y parece que lo será aún por mucho tiempo) el resultado de un consenso profesional procedente de muchas fuentes. En primer lugar, de todo aquello que nos aportan las pruebas procedentes de la evidencia científica, los resultados de la experimentación y el acervo de conocimiento de ello derivado. Por otro lado, en el ámbito de la salud mental (la psiquiatría, la psicología) también son importantes los conocimientos empíricos, de orden práctico, que permiten organizar la atención y cuidado de los pacientes. Finalmente, y de una forma muy importante, este consenso tiene también que dar cuenta de todo aquello que plantea y demanda el entorno, el medio cultural y —en definitiva— la mayoría social dominante.

Esta dificultad para definir desde un solo plano lo sustancial de la enfermedad mental se ve acrecentada cuando pretendemos acordar qué es un trastorno mental común y, especialmente, qué podemos hacer con aquellos casos menos graves o más leves. En la consulta de atención primaria o especializada, en la urgencia hospitalaria se presentan personas con síntomas mínimos, a menudo persistentes, y muchas veces no encuadrables en las clasificaciones al uso. Acuden manifestando estados psicológicos más o menos habituales, que todos nosotros podemos experimentar en diversos grados de intensidad y en diferentes momentos. Estos cuadros revelan lo difuso de los límites entre la normalidad y el trastorno mental y las dificultades de validez y fiabilidad en las que se mueven las categorías diagnósticas que manejamos los profesionales. Síntomas ansiosos de diversa magnitud o duración, depresiones menores, cuadros somáticos en el contexto de dificultades psicosociales, etc. Gran parte de las bajas laborales, incluso algunas de larga duración, en los países desarrollados son debidas a la presencia de trastornos mentales o simples problemas psicosociales a veces de intensidad menor o fluctuante en el tiempo.

Pero la cuestión no debe reducirse a una simple cuestión teórica y tampoco se acaba con el recurso de echar la culpa a las contradicciones de una sociedad consumista. Enfermos o no, lo que importa es que este tipo de personas constituyen bastante más de un tercio de los pacientes en la consulta especializada. Lo que interesa es hasta dónde se utilizan bien los recursos dis-

ponibles y hasta qué punto las respuestas de los profesionales de la salud mental pueden llevar a la desatención de una crisis aparentemente menor, pero que puede acabar en un trastorno mayor. O, a la inversa, debe preocuparnos el celo intervencionista excesivo que lleva a proponer a alguien un estatuto de enfermo que le incapacita como persona a efectos de asumir su vida y responsabilizarse de sus actos. Se trata, como vemos, de una cuestión central para planificar la asistencia sanitaria en el ámbito de la salud mental y sus imprecisas fronteras con la atención social, cara la organización de un modelo de sanidad comunitaria. Un modelo que debe responder a una demanda cuya magnitud impresiona cuando revisamos los datos epidemiológicos disponibles en lo que respecta, por ejemplo, a la presencia en nuestras sociedades de los trastornos depresivos, que vienen a constituir el territorio común y más explícito de toda esta patología menor. Necesitamos un tipo de organización asistencial que partiendo de la morbilidad que no se traduce en demanda (siempre presente en cualquier comunidad) establezca los niveles de atención y filtros necesarios para su correcto abordaje (Goldberg, 1980). Necesitamos recuperar nociones básicas de salud pública, desde la prevención a la rehabilitación, en un todo integrado que nos permita sortear los obstáculos que van desde un intervencionismo iatrogénico a un abandono asistencial.

El modelo de atención a la salud mental que se implantó en España con la Ley General de Sanidad, descansa en el Área de Salud como espacio ordenador de la red sanitaria y tiene a la atención primaria como puerta de entrada del sistema. Este modelo de salud mental se construye en base a servicios integrados en estrecha colaboración con los equipos de atención primaria. Servicios y equipos que, sin embargo, se encuentran hoy amenazados, de forma generalizada por recortes presupuestarios y privatizaciones que desarbolan la red pública de atención. La población, los usuarios y los profesionales están en claro riesgo de caer en manos de los dueños del negocio: las empresas farmacéuticas, aseguradoras, constructoras de hospitales, etc. De todo ello solo será posible defenderse desde unos servicios públicos, universales, equitativos y accesibles, en el horizonte de un Estado de bienestar, hoy en franca agonía, es decir, en lucha por su

sobrevivencia y en busca de un tamaño y dimensiones razonables para los intereses mayoritarios de la ciudadanía.

UN POCO DE HISTORIA

¿Cómo hemos llegado hasta aquí? Existe un antes y un después de Freud en la historia de la psiquiatría y, sobre todo, de las terapias psicológicas y sus consecuencias sociales. Aunque en los últimos años la teoría y práctica psicoanalíticas estén en regreso con respecto a lo que han sido a lo largo del siglo XX, la influencia de sus planteamientos ha quedado bien patente en la realidad que nos circunda. Tanto en la práctica del trabajo asistencial, tal y como se lo plantean gran parte de los modernos terapeutas, como en las concepciones populares sobre lo que es el trastorno mental o los problemas psicológicos, la impronta del psicoanálisis marca aún nuestro presente. Sigmund Freud consiguió alcanzar y revolucionar el imaginario de sus coetáneos con narrativas y ejemplos que lograron poner en funcionamiento un nuevo espacio social compartido entre la práctica especializada de la psiquiatría (y después de la psicología), las clases medias y sus representantes culturales y, también, las propias clases populares. Por otro lado Freud, además de un teórico brillante, fue un eficaz dinamizador que supo dotar al psicoanálisis de estructuras organizativas y redes sociales que contribuyeron a su difusión y aceptación, primero en Europa y, después, de manera determinante, en los Estados Unidos. En 1908 el pequeño grupo de profesionales que se desenvolvía en torno al maestro constituye la Sociedad Psicoanalítica de Viena que pronto organizaría un primer congreso internacional en Salzburgo al que acudirían psicoanalistas de varias nacionalidades. El grupo expandió su influencia tras crear, en Nüremberg, la Asociación Psicoanalítica Internacional (API) en 1910. Constituida como una red de asociaciones profesionales de ámbito nacional, esta asociación acredita y regula la práctica del psicoanálisis en todo el mundo y, en la actualidad, sus miembros proceden de más de cincuenta países, principalmente de Europa y América. Su número de adeptos supera los once mil afiliados y trabaja activamente con unas setenta organizaciones adheridas. Sus objetivos son la difusión del

psicoanálisis y el establecimiento de vínculos con otros organismos que favorezcan esta tarea. Para ello promueve la creación de nuevos grupos profesionales, el estímulo al debate y la investigación en este ámbito así como el despliegue de políticas de capacitación para los psicoanalistas aspirantes. Desde un principio, no sólo los propios profesionales contribuyeron a la difusión de las ideas psicoanalíticas, sino que algunos pacientes convencidos fueron estimulados a esta tarea, lo que amplificó notablemente su capacidad de influencia (Roazen, 1975).

En 1909 Freud y Jung, que como se sabe abandonarían a su maestro posteriormente, acudieron a los Estados Unidos invitados por la Universidad de Clark en Worcester (Massachusetts), encontrándose con unas élites culturales y científicas completamente receptivas a sus planteamientos. Las conferencias que Freud pronunció allí fueron traducidas a varios idiomas, incluido el español, con el título de *Cinco conferencias sobre el psicoanálisis*. A partir de aquí y, derivado del éxito alcanzado, Freud publicó sucesivas divulgaciones en las que se exponían los fundamentos de la teoría psicoanalítica, como son las *Lecciones introductorias al psicoanálisis* (1915) o la revisión realizada en 1932 conocida como *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*. Con todas ellas alcanzó una notable difusión. Aunque inicialmente la legitimidad social del psicoanálisis se relacionó, sobre todo, con su aceptación por parte del estamento médico, no faltaron otros sectores intelectuales que se sintieron atraídos por sus planteamientos. Algunos de los elementos clave de sus teorías mediante los que Freud consiguió una nueva visión de los planteamientos psicológicos y psiquiátricos y con los que logró calar en la cultura, tanto científica como popular de su tiempo, son los siguientes: centrar la visión del malestar en la vida cotidiana y en la familia; hablar sin tapujos sobre la sexualidad y el placer sexual; introducir un relato creíble de la cura terapéutica —que podía ser entendido como un mensaje sobre que la salvación es posible—; e introducir un método hermenéutico, o interpretativo, mediante el cual cada uno puede evaluar su propia vida (Illouz, 2008).

En 1930 Freud publicó un ensayo, que luego se haría famoso, titulado *El malestar en la cultura* en el que propone la tesis, ya

señalada más arriba, de que la represión instintiva, especialmente en los ámbitos sexual y agresivo, es inherente a cualquier forma de organización social posible. De esta renuncia a ciertos impulsos básicos se conseguirían extraer las energías necesarias para el trabajo productivo y una suficiente concordia que asegure el bienestar colectivo. Es así como, según Freud, se contraponen de forma radical las virtudes de la vida social y las necesidades de los individuos concretos, que deben sacrificar importantes intereses personales para la consecución de aquéllas, aún a riesgo de enfermar. De esta situación general se derivaría una explicación para múltiples síntomas y formas de malestar individual asociados a la vida en sociedad y a los que habría que buscar alguna solución diferente de la represiva, que cuesta tan altas dosis de sufrimiento a la mayoría de las personas.

Cuando Freud redactó y publicó este ensayo, los sistemas de seguridad social, especialmente en su vertiente sanitaria pública, no estaban aún desarrollados ni siquiera en los países avanzados, cosa que no ocurrió hasta después de la Segunda Guerra Mundial. En esos años, que —recuérdese— fueron también los del inicio de la Gran Depresión económica, Wilhelm Reich, uno de los más conocidos discípulos de Freud y de ideología comunista, se preocupó del estado de salud mental de las clases populares y organizó, bajo el amparo de organizaciones de izquierda alemanas, una red de dispensarios de salud mental en los que se atendían las demandas de militantes y público en general. El propio Reich utilizó la expresión *plaga emocional* para referirse a los muy extendidos fenómenos de patología neurótica que podían observarse en aquellos dispensarios. El término de *plaga* hace una alusión inequívoca a la amplitud de los desórdenes observados. Siguiendo el mismo hilo conductor, bastantes años más tarde y con ocasión de los cambios sociales y culturales habidos en Europa durante los años siguientes a la revuelta de 1968, la antipsiquiatría italiana acuñó la expresión *malaria urbana*, muy similar en sus connotaciones a la anterior, para señalar, si no al mismo fenómeno, a algo muy parecido. En ambos casos se alude a unas formas de malestar psicológico difuso, muy extendido entre la población, preferentemente en ámbitos urbanos, y —en los términos entonces al uso— de carácter psico-

sexual o neurótico. Siempre se trata de malestares padecidos por muchas personas, asociados –sobre todo– a formas más o menos alienadas de vida o de trabajo. En cualquier caso percibimos, de una u otra manera, las alusiones al malestar freudiano relacionadas con la cultura, entendida ésta como forma de organización social. Sin embargo estas referencias, con ser de gran interés, carecen de descripciones precisas sobre la mayor parte de los *signos*, *síntomas*, y *síndromes* concretos asociados a este malestar.

Habría que esperar a la psiquiatría comunitaria inglesa, desarrollada en el contexto de un servicio público de salud de amplitud nacional (el National Health Service en el Reino Unido, creado en 1948) para empezar a encontrar desarrollos un poco más concretos. Michael Shepherd, uno de los primeros psiquiatras comunitarios ingleses y pionero del trabajo en contextos de medicina general, recogiendo el desafío que, ya en esa época, empezaba a plantear la asistencia psiquiátrica pública, escribió (1966):

Paradójicamente, da la impresión de que la mayoría de los psiquiatras comunitarios no se han dado cuenta del hecho de que la mayor parte de las enfermedades mentales, en cualquier comunidad, nunca llegan a entrar dentro de sus consideraciones.

La razón de ello era que, en una época con incipientes servicios ambulatorios (aunque ya en clara fase de expansión comunitaria) y en la que casi toda la asistencia en salud mental se dispensaba aún desde hospitales psiquiátricos, los profesionales sólo alcanzaban a tratar muestras muy seleccionadas de pacientes, en general muy graves y crónicos. La psiquiatría, en su vertiente asistencial pública, aún se concebía y practicaba, casi exclusivamente, centrada en los grandes síndromes (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, etc.) atendidos en los hospitales y asilos heredados de la tradición ilustrada. Pero eran precisamente los casos más comunes y frecuentes (ahora por primera vez vistos con asiduidad en los nuevos servicios comunitarios) aquellos que quedaban fuera de su campo de experiencia.

¿Cómo se manifiestan estos casos comunes? Desde la primera época de despliegue de servicios comunitarios en los países avanzados (Inglaterra, Estados Unidos, Francia, etc.), ya habían empezado a aparecer descripciones psicopatológicas que concretaban y precisaban las formas clínicas de este malestar. Problemas depresivos más o menos transitorios, síntomas ansiosos diversos, quejas somáticas sin explicación médica, abuso de alcohol y medicaciones psicotropas, estrés, además de una miríada de síntomas conductuales asociados a dificultades en la realización de tareas y responsabilidades sociales, incluyendo bajas laborales. Esta problemática psicosocial se asemejaba ya bastante a la que los terapeutas privados, especialmente los psicoanalistas, venían tratando en sus consultas, aunque –por motivos obvios– sobre una clientela escasa en número frente a la que ya empezaba a presionar y llamar a las puertas del National Health Service británico (Retolaza, 2008).

Para seguir entendiendo cómo se han venido desarrollando las cosas, seguiremos ahora el exhaustivo análisis de Eva Illouz, profesora del Departamento de Sociología y Antropología de la Universidad de Jerusalén, y visitante de varias universidades norteamericanas y europeas. Lo que ella y otros autores llaman *el discurso terapéutico* (entendiendo por tal el universo social de las terapias psicológicas, sus teorías y prácticas), constituye un esquema de pensamiento socialmente básico en nuestras sociedades occidentales desarrolladas. Según Illouz (2008) no hay otro marco cultural, con la excepción del liberalismo político y el lenguaje de la eficiencia económica basada en el mercado, que haya ejercido una influencia tan decisiva en los modelos de comportamiento a partir del siglo XX.

No se trata sólo de que casi la mitad de la población haya consultado a un profesional de la salud mental, sino que –más importante– la perspectiva terapéutica ha sido institucionalizada en varias esferas sociales de las sociedades contemporáneas (por ejemplo, en las organizaciones económicas, las escuelas, los ejércitos, el Estado del Bienestar, los programas de rehabilitación para presos y los conflictos internacionales).

Esta autora (Illouz, 2008) propone la hipótesis de que las ideas de mayor éxito social han de satisfacer tres condiciones simultáneas: 1) deben encajar en la estructura social. Esto quiere decir que deben servir para dar sentido a la experiencia social de las personas concretas; 2) deben de ser capaces de proporcionar una guía para ayudar a establecer comportamientos en determinadas áreas conflictivas, como es el caso, por ejemplo, de la sexualidad o del éxito económico; 3) finalmente, deben de ser institucionalizadas y puestas en circulación en el marco de redes sociales.

El *discurso terapéutico*, o psicológico, cumple de sobra estas tres condiciones ya que permite al individuo integrar diferentes fragmentos de su entorno en narrativas, marcos y metáforas que son operativos en variados contextos institucionales. El discurso social en torno a las terapias psicológicas (el discurso terapéutico) ha calado en las sociedades desarrolladas a lo largo del siglo XX hasta el punto de que ha contribuido de una manera progresiva a moldear nuestra comprensión de nosotros mismos y de los demás. Los sociólogos más comunitaristas sostienen que este discurso potencia un yo anti institucional, ensimismado y narcisista que, preocupado únicamente por lo más estrictamente personal, se desentiende de la realidad social y sus representaciones.

Sin embargo, otros autores como Illouz (2008), opinan que este discurso terapéutico, lejos de aislarse en la intimidad de los individuos, viene mostrando una importante resonancia cultural que ha influido en las principales instituciones de la modernidad, representando uno de las más poderosas formas de institucionalizar el yo. Su presencia cotidiana en nuestra manera de entender la realidad es tan importante que, en la actualidad, resulta imposible aislar el lenguaje psicológico de otros códigos culturales que organizan la concepción que las personas y las sociedades desarrolladas tienen de sí mismas.

Como ya hemos mencionado, este ideario debe de ser tratado en términos de igualdad con otros discursos tales como los referentes al liberalismo económico, la libertad de expresión o los derechos contractuales. El lenguaje asociado a este discurso psicológico sirve para establecer categorías de emociones, es-

tablece qué es o no es un trastorno mental, brinda explicaciones causales y metáforas que otorgan sentido a este tipo de problemas y limita los modos en que estas emociones pueden ser expresadas y manejadas.

En este sentido es importante identificar quiénes pueden ser los portadores sociales de las ideas y símbolos asociadas al discurso terapéutico, ya sea como productores o como consumidores de esta clase de significados (Illouz, 2008). Es pues esencial establecer la conexión entre la posición social o los intereses materiales, por un lado, y las ideas valores y creencias por otro. Parece claro que este discurso, como otros, está constituido por una serie de prácticas lingüísticas que tienen un gran componente institucional. En gran medida se desarrolla en departamentos universitarios, centros de investigación o publicaciones especializadas dirigidas a profesionales. Proviene de la clase profesional dedicada a tareas psicológico-psiquiátricas, especialmente de los psicólogos, y ha hallado un territorio especialmente receptivo entre las nuevas clases medias. Pero también procede de espacios sociales y culturales más difusos, tales como programas televisivos o radiofónicos, secciones para el gran público en prensa general, libros de autoayuda, planes escolares, consultoría de empresas, servicios de apoyo y bienestar social y, cada vez más, Internet.

De este modo el discurso terapéutico está constituido, a la vez, por un sistema de conocimiento *formal*, que posee límites y reglas de producción y distribución precisos (códigos de escritura y conceptualización, organizaciones estructuradas y redes profesionales donde se crea, se somete a crítica y se difunde, etc.) y un sistema *informal*, menos estructurado, presente en múltiples prácticas culturales extendidas entre la población. Para analizar bien el fenómeno, tal y como se nos presenta en nuestra sociedad actual, resulta esencial entender que existen importantes conexiones entre ambos sistemas. El estilo de comportamiento, basado en el *modelo psicológico*, hoy en día al uso, se sostendría en la siguiente red de propuestas (Illouz, 2008):

- Aliento de un intenso individualismo basado en el interés propio.

- Promoción de una sociabilidad basada en la comunicación.
- Publicitación de determinadas reglas de procedimiento aptas para desarrollar una cierta riqueza en la propia vida emocional, a condición de que ésta no sea demasiado intensa o rígida.
- Proscripción de determinadas emociones como el enfado, la vergüenza, la culpa o el honor ofendido. Si se expresan públicamente, se convierten en signos de inmadurez o disfunción emocional.

El objetivo es mantener al yo, suficientemente estable, dentro de una red de relaciones sociales. Lo que organiza todo lo anterior es la capacidad de controlar las emociones y de dominar las reglas de la comunicación frente a un amplio número de personas. Las relaciones sociales deben ser suaves y nada debe perturbarlas. El control emocional apunta a un modelo de relación interpersonal en la que, cada uno, debe mantenerse fuera del alcance de los demás como mejor forma de cooperar con ellos. Se trata de conseguir un yo no demasiado comprometido (esto es, no enredado emocionalmente en las relaciones personales con otros) y con un buen perfil social, capaz de poner las propias emociones en suspensión a fin de poder colaborar con los demás de una manera productiva.

TRIUNFO DE LA TERAPIA

El hecho es que la perspectiva terapéutica, poco a poco, se ha convertido en un modelo cultural merced a diversos factores. Los más importantes entre ellos son los siguientes: los cambios operados en la teoría psicológica durante el siglo XX, la creciente autoridad social de los profesionales de la psicología y la psiquiatría, la institucionalización del discurso psicológico en el estado moderno, el papel jugado por las compañías de seguros y la industria farmacéutica y, finalmente, la demanda y uso de la terapia por parte de importantes e influyentes sectores de la sociedad civil. Todo ello explica de qué manera se ha venido construyendo una dinámica poderosa cuya vocación es manejar los diferentes

trastornos de la biografía de las personas, tales como los conflictos de pareja, el duelo, el desempleo, etc.

A partir de los desarrollos de la psicología freudiana se puede detectar el camino seguido por el que podríamos llamar “movimiento de salud mental”. Este movimiento viene a plantear una especie de guía dirigida a una gran parte de la población. Consta de un aspecto especulativo, o teórico, y otro más práctico, ambos con un objetivo único referente al cuidado de la mente saludable. Este movimiento comenzó en los estados Unidos de Norteamérica y, aunque en su inicio no era fácilmente compatible con el pesimismo de las teorías de Freud, pronto se popularizó con ingredientes preñados de voluntarismo y sistemas de acción que, procedentes, entre otros lugares, de la religiosidad y la espiritualidad popular contribuyeron a extenderlo entre amplias capas de la población aportando una visión más simplista, optimista y accesible (Rogers, 1961). La denominada *psicología del yo*, progresivamente alejada del concepto de inconsciente, esencial a la teoría freudiana, viene a entender la conducta humana en términos relacionados con las funciones adaptativas de las personas. Según estas concepciones la conducta podría cambiar en base a las demandas inmediatas de la situación y de las metas a largo plazo propias del estilo de vida de cada uno.

Mientras que el objetivo de Freud se relacionaba con la exploración de la influencia que los traumas tempranos pueden tener en la psicología adulta, autores como Erikson intentan llamar la atención sobre la capacidad humana para triunfar en la vida superando los peligros del entorno (Erikson, 1959). Ello supone una llamada para que el yo crezca y desarrolle su dominio sobre el mundo. Los defensores de la psicología humanista defienden que las personas son, en gran medida, racionales y conscientes, no estando dominadas por fuerzas y conflictos inconscientes al estilo defendido por Freud. Ello supone que tienen capacidad de elegir y decidir con libertad sobre sus acciones. La persona es capaz, y por lo tanto responsable, de realizar sus potencialidades en la medida de sus posibilidades y, con ello, capaz de desarrollar una vida auténtica. Autores como Maslow lograron una síntesis de éxito entre los sistemas de autoayuda y la psicología al uso al sostener la necesidad de autorrealización de las personas (Mas-

low, 1954). Todo ello contribuyó a ampliar considerablemente el campo de acción de los psicólogos. Su ámbito de trabajo no sólo empezó a comprender el conjunto de las alteraciones psicóticas y, la mucho más amplia, de las neuróticas, sino que, a partir de entonces, la salud mental y la autorrealización positiva de las personas, en cuanto que se constituían en factores explicativos de una buena parte de los problemas psicológicos de los individuos, eran también objetivos terapéuticos.

Estas ideas centrales han contribuido, sin duda, al notable éxito popular de la psicología y a su difusión entre amplias capas de población en todo el mundo desarrollado. Han servido también para hacer compatible la ciencia psicológica con los valores e ideas de los sistemas de autoayuda, puesto que la voluntad y las acciones, conscientemente manejadas por las personas, podían contribuir al logro de resultados positivos si los afectos eran convenientemente manipulados (Rogers, 1961). De esta manera la psicología del yo establece un puente de enlace entre el mundo científico y académico de los psicólogos y las concepciones populares de la personalidad predominantes en la cultura estadounidense. Y de ahí se extiende rápidamente al resto de sociedades desarrolladas.

En relación con lo anterior, aproximadamente a finales de la década de 1960, la autoridad de psicólogos y psiquiatras empezó a ser influyente en amplios sectores culturales. En los años siguientes las ideologías sociales y políticas de corte más comunitarista empezaron a entrar en retroceso. La década de 1970 supuso un paso importante en la despolitización del ambiente cultural, en parte debido a que el discurso sobre el desarrollo personal y la vida privada empezaban a ocupar el centro de la escena pública. En gran medida estas categorías se politizaron y contribuyeron a dejar a un lado las viejas concepciones colectivistas del bienestar y la liberación, dándoles ahora un carácter más individualista. Todo ello contribuyó a aumentar la relevancia y autoridad social de los profesionales de la psiquiatría y psicología, ya que, ahora, la vida privada y su manejo empezaban a ser aspectos cruciales de la identidad y felicidad de las personas.

En este contexto el consejo y orientación de los expertos empezó a tener una importancia creciente, dado que éstos consti-

tuían los candidatos naturales a proporcionarlo allí donde la familia o las amistades tenían poco que decir. Utilizando este poder los profesionales comenzaron a dirigirse a un público cada vez más amplio, tanto como consumidor de sus teorías como paciente. Ayudados por los medios de comunicación de masas (prensa, radio, televisión...) desarrollaron métodos y discursos de autoayuda dirigidos a un público cada vez más amplio y variado, especialmente de clase media, pero también trabajadora. Es la época de la expansión de los libros de autoayuda que, a módico precio, pueden ser adquiridos en supermercados, estaciones de tren o de autobús. Lo cierto es que, iniciada en Estados Unidos, esta industria de la autoayuda no ha hecho más que crecer en el mundo desarrollado desde las últimas décadas del siglo XX.

Por otro lado el discurso de la ayuda terapéutica se ha venido tornando omnipresente en la medida en que el estado la ha adoptado y difundido. A ello contribuyó la preocupación relativa al bienestar social en los años que siguieron al final de la Segunda Guerra Mundial. De alguna manera ya se había entendido durante la guerra que la salud mental era un componente importante para la eficacia de los ejércitos, por lo que, durante la misma, se habían desarrollado sistemas de apoyo y ayuda psicológica, tanto en el frente como en la retaguardia. A partir de esa experiencia las autoridades competentes aprenden que, además de en el corto plazo, la salud mental es importante a largo plazo para el conjunto de la población en aras a la seguridad nacional, la tranquilidad social y la competitividad económica. Como ya hemos mencionado, en 1948 se creó el National Health Service (NHS), el Servicio Nacional de Salud Británico, que, desde su inicio, incluyó a la psiquiatría como una más entre sus prestaciones, que pronto abarcarían no sólo a los pacientes graves recluidos en hospitales psiquiátricos, sino a los moderados y leves, de tratamiento exclusivamente ambulatorio. Reflejando una situación similar en 1946 se había creado el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en Estados Unidos. Da una idea del desarrollo e importancia de este último el saber que en 1950 el presupuesto que tenía asignado era de 8.700.000 dólares, pasando en 1967 a los 365 millones. Entre 1968 y 1983 el número de psicólogos clínicos en Estados Unidos se multiplicó por tres. Hacia 1986 ha-

bía en ese país 253.000 psicólogos trabajando, gran parte de los cuales poseía un título de doctorado. Durante ese período se calcula que unos diez millones de personas al año buscaban ayuda terapéutica. Este notable incremento no podría haberse producido sin la legitimidad de la que gozaban todas estas prácticas al amparo del aparato estatal.

De hecho el estado ha confiado, cada vez más, en la capacidad del modelo psicológico y le ha confiado poderes para desplegar programas de rehabilitación dirigidos a diversos grupos sociales, como delincuentes, presos, pobres o víctimas de traumas emocionales. Por su parte los tribunales de justicia han venido reconociendo, de manera progresiva, los daños emocionales por lo que han necesitado de un número creciente de peritos expertos para testificar o evidenciar sobre estos daños. El estado moderno, al menos en parte, parece organizar su poder en torno a concepciones morales y visiones culturales de los individuos. Junto con un discurso exclusivamente centrado en lo público, ejercido sobre todo a través de los medios masivos de comunicación, el estado actual dispone de sistemas de regulación de los individuos, también públicamente disponibles, a fin de enmarcar la personalidad y el comportamiento de las personas. El modelo psicológico, debido a su carácter científico y terapéutico, provee, para este cometido, de una mayor legitimidad al estado. De lo que se sigue que es un grave error concebir al universo psicológico como “asocial” y retirado a la intimidad. Muy al contrario, constituye una de las fuentes principales de los actuales modelos de comportamiento y seguridad adoptados por los poderes públicos, estando presente en muy diversos dominios, tales como la política, la ciencia, la educación y la empresa (Illouz, 2008).

Está aceptado de una manera amplia que el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), especialmente a partir de su tercera edición, el DSM-III, aparecida al inicio de los años 1980, se ha convertido en una especie de biblia, en cuanto a manual de referencia, para psicólogos y psiquiatras. Como se sabe proporciona un listado exhaustivo de los diferentes trastornos mentales y del comportamiento aceptados como tales en el mundo profesional de nuestros días. El DSM es publicado

por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y periódicamente se revisan sus categorías en base a un complejo sistema que tiene en cuenta tanto resultados procedentes de la investigación, como necesidades operativas de la práctica profesional. Ambas tamizadas por un consenso entre comités de expertos convocados a tal efecto por la APA entre las élites profesionales. Influido por el modelo DSM, que acaba de conocer su quinta revisión, se ha desarrollado por la OMS el sistema CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), actualmente en su décima versión, al objeto de disponer de un sistema clasificatorio no sometido a posibles intereses y sesgos procedentes de un solo país.

El DSM, desde sus inicios, ha sido una empresa muy rentable, que ha proporcionado considerables beneficios económicos. Sólo los ingresos brutos procedentes de la publicación del DSM-IV (la versión vigente a día de hoy) fueron de dieciocho millones de dólares en los diez primeros meses tras su puesta en circulación. En la práctica se sabe que el DSM ha contribuido de una manera notable a la expansión del concepto de trastorno mental al aumentar, en sus diversas ediciones, el número de entidades o categorías incluidas en tal concepto. Así el DSM-IV contiene 297 categorías diferentes de trastorno, frente a las 265 del DSM-III y las 180 del humilde y olvidado DSM-II. Es cierto que muchas de ellas son secundarias y se subsumen en las principales, pero el afán descriptivo hasta la exhaustividad tiende a incluir muchas quejas psíquicas livianas y comportamientos cotidianos entre los posibles constituyentes de las diversas entidades clínicas reconocidas. Parece que el DSM-5, de reciente aparición, va a operar de una manera diferente. Al trabajar con el concepto de *espectros de enfermedad* tiende a reunir grupos de categorías bajo epígrafes más homogéneos y menores en número. Sin embargo, por un lado, contribuye a diluir aún más la separación entre lo normal y lo patológico y, por otro, apoya claramente la idea, cada vez más dominante, de impulsar una línea preventiva, trabajando con síntomas mínimos, por lo que, en la práctica, se correrá el riesgo de tratar muchos casos sin una patología evidente.

Algunos autores sugieren que la codificación de un amplio número de patologías se deriva de las necesidades de los seguros médicos (públicos también, pero sobre todo privados) referentes

a precisar la gama y amplitud de su cobertura asistencial. A estos efectos se hace necesario estrechar la relación entre tratamiento, diagnóstico y pronóstico con el fin de procesar y tasar las primas de asistencia de una manera más eficiente. En este sentido la psiquiatría tenía muy malos antecedentes debido a la falta de fiabilidad de gran parte de sus diagnósticos. Pero los sistemas de clasificación diagnóstica, particularmente el DSM, no solo son utilizados por los clínicos especializados en salud mental, terceras partes, cada vez más diversas, tales como agencias estatales, tribunales, compañías de seguros, policía, etc., hacen un uso cada vez más profuso de los mismos para sus cometidos correspondientes. Entre estos nuevos usuarios, uno de los más beneficiados es la industria farmacéutica, siempre interesada en la expansión del catálogo de enfermedades mentales susceptibles de ser tratadas con medicaciones psicotrópicas que, obviamente, son la mayoría de las descritas. De esta forma el DSM contribuye a cartografiar un gran número de territorios del campo de la salud mental y, con ello, amplía el espacio de intervención de las compañías farmacéuticas que hacen un gran negocio.

Pero la institucionalización del modelo terapéutico y su apropiación por parte del mercado o del estado no explican, por sí solas, el triunfo generalizado del mismo. Diversos actores sociales, tales como algunos importantes grupos activistas (feministas, homosexuales, veteranos de guerra en Estados Unidos, etc.) por no hablar de una amplia masa de consumidores no han dejado de realizar, en ese sentido, nuevas demandas dirigidas a los poderes públicos, solicitando la creación de servicios o la disponibilidad de recursos de apoyo. También está relacionado con ello el uso, cada vez más profuso, de categorías psicológicas para reclamar beneficios, por ejemplo económicos, o exenciones de responsabilidad ante los tribunales. En esta línea llama la atención que los propios sindicatos, en muchas ocasiones, hagan uso de este proceder en la defensa de los intereses de sus afiliados. Se observa aquí una de las transformaciones más claras de la esfera pública a partir de la década de 1990, resultante del hecho de que actores sociales muy diversos tienen interés en promover una visión diferente de la condición de enfermo, de víctima o de explotado.

Revisaremos a continuación algunos aspectos relacionados con lo arriba expuesto. Para ello entraremos en cuestiones relacionadas tanto con el mundo íntimo y personal como con el laboral, tal y como, de una manera aceptada como idónea por el “ambiente social” dominante (al menos entre las clases medias y rectoras del mundo desarrollado), se entiende que deben ser las cosas en nuestros días.

INTIMIDAD

A nadie se le escapa la creciente presencia de planteamientos individualistas (por oposición a los colectivistas) referidos a la mayoría de aspectos de la vida social y cotidiana, en nuestras sociedades modernas. La noción de intimidad, asociada a los mismos, ha sido uno de los emergentes más claros de todo este proceso (Illouz, 2008). Nuestros antepasados dependían ante todo de una narrativa de grupo social (campesino, marinero, obrero, empresario o aristócrata, por ejemplo), o como mucho de una historia familiar multigeneracional, para encuadrar sus perspectivas individuales en la vida. A diferencia de ellos las generaciones modernas y postmodernas partimos de una narrativa de la propia identidad que ancla el yo en la infancia y en la familia de origen. Pero, además, el genuino yo personal, no se explica en exclusiva en términos de historia familiar, sino que exige su construcción en el sentido de verse liberado, si ello es necesario, de los condicionantes y supuestos traumas de origen familiar. Se ha impuesto la idea de que sólo es posible entender al yo dentro de la estructura familiar, pero a la vez se hace preciso liberarlo de ella. La familia proporciona el contexto donde entender las patologías personales y es, también, el lugar fundamental para las transformaciones y cambios pertinentes. Los desajustes habidos en la infancia, las experiencias traumáticas o carenciales contribuyen a la forja de personas infantiles o inmaduras, incapaces de atender las necesidades de los otros y de encontrar una vida feliz, con un claro sentido del yo y las tareas a él encomendadas. En esas condiciones se trata de poder esbozar los hitos de una historia personal a partir de la cual encontrar un nuevo discurso sobre la propia identidad y transformar algunas creencias y acti-

tudes. El concurso profesional se hace casi ineludible para poder sortear los peligros y dificultades de ese camino con éxito.

Pero la intimidad no se relaciona necesariamente con la presencia del amor o con la consecución de la felicidad (Beck, 1988). Fundamentalmente sirve como elemento básico desde donde mostrar y analizar los conflictos, trampas y problemas que se derivan de nuestras relaciones personales. Los temas y argumentos de las películas Pedro Almodóvar pueden servir de ejemplo al respecto. Desde una teoría psicológica del yo basada en los impulsos se ha ido virando hacia una concepción centrada en las relaciones personales. De tal manera que el rasgo que define a esta intimidad se caracterizaría por una lucha, a lo largo de la vida, entre la necesidad de establecer y proteger los vínculos privados con los demás y los esfuerzos para escapar del dolor o los peligros que implican dichos vínculos. Tras éstos, casi siempre aparecen la sensación de vulnerabilidad personal y la pérdida, cuando no la explotación y la humillación. La distinción de Winnicott entre *falso* y *verdadero self* aclara bastante bien esta definición de la intimidad como un tipo de relación en la que uno puede expresar y encontrar su auténtico yo.

Un requisito esencial para mantener a salvo esta intimidad es el de la racionalidad comunicativa. Desde los orígenes de la terapia psicológica el modelo comunicativo ha encontrado un fuerte apoyo en las técnicas que, partiendo de la palabra, fundían con ella la descripción de los problemas y la prescripción de las soluciones encontradas en el proceso de diagnóstico y terapia. La comunicación se constituye así en el elemento central de cualquier forma de relación, incluida la terapéutica. La intimidad depende pues de la conversación y la expresión de lo que uno siente. Al mismo tiempo la doctrina terapéutica sostiene que es posible alcanzar un terreno neutral objetivo en el que superar las diferencias con los otros. Este terreno es a la vez emocional y lingüístico. La terapia instruye a las personas para que sean capaces de transformar sus emociones en *objetos* capaces de ser observados desde fuera por el propio sujeto que los experimenta. De esta manera se consigue reconocerlas mejor y mantenerlas a raya. Al igual que ocurre en el mundo laboral, el ámbito doméstico de la comunicación proscribía la expresión cruda de las emo-

ciones e intenta imponer formas neutras de discurso. La literatura de autoayuda ofrece múltiples ejemplos en este sentido. Lo que queremos destacar ahora, al respecto, es la racionalidad comunicativa que así se promueve, la cual afecta a todos los ámbitos de la vida ya sean públicos o privados. Se ha acabado por imponer, como socialmente relevante y efectivo, un modelo de comunicación que debe incluir un uso específico y adecuado de determinados patrones discursivos y que, junto a una adecuada conciencia de uno mismo como sujeto, sea capaz de identificar el punto de vista del otro y desarrolle habilidades para negociar con él.

FAMILIA

El matrimonio tradicional ha tenido, durante siglos, entre sus misiones la transmisión de valores morales y el mantenimiento del orden social instituido. Desde esa perspectiva el ámbito doméstico quedaba subordinado al cumplimiento de esas metas. Alcanzar y satisfacer las necesidades propias dependía de no salirse demasiado de la identidad de cada uno, marcada antes que nada por el género, y de desplegar las cualidades morales relacionadas con los roles asignados a hombres y mujeres dentro de la familia. En ese contexto virtudes como la modestia, la capacidad de sacrificio, el compromiso o la lealtad, eran trascendentes. Si un matrimonio de esas características podía alcanzar la felicidad no era porque hombres o mujeres pudieran “realizarse” o alcanzar su yo interior y auténtico, sino más bien, porque unos y otras conseguían imbuir sus sentimientos y pensamientos privados de los valores y acciones defendidos por su comunidad. En la medida en que los patrones admitidos de moralidad y comportamiento fueran suscritos por los interesados, la felicidad estaba a su alcance con independencia de su constitución psicológica, cualquiera que ésta fuese.

La que se viene denominando como crisis de la familia consiste, ante todo, en una redefinición de sus cometidos y roles. En esta redefinición está implicado el hecho de la separación entre sexualidad y reproducción, que, aunque ya existía antes, fue catapultada por la invención y el uso masivo de la píldora anticonceptiva y por la disminución del número de hijos en los hogares.

Por otro lado, el tiempo que las parejas tenían a su disposición aumentó considerablemente y transformó de una manera progresiva a la familia, de una institución orientada a la crianza de la prole y la supervivencia económica de sus miembros, en otra destinada a satisfacer las necesidades emocionales de las personas. La legitimidad de la familia pasó de centrarse en su contribución al orden social a depender de su capacidad de generar bienestar personal. En todo este proceso las normas y reglas que se supone que la gobiernan han venido siendo, cada vez, menos claras y más ambiguas, constantemente abiertas a la discusión y la negociación entre sus miembros, especialmente –pero no sólo– entre la pareja parental. Esto ha contribuido a que, en la actualidad, no podamos hablar ya de un modelo familiar único, ni perdurable para la mayoría de los matrimonios y parejas, lo que conlleva ansiedades sociales derivadas de la alta dosis de incertidumbre que todo este proceso acarrea. La libertad de elección y las nuevas necesidades derivadas de la autorrealización personal traen, como consecuencia, numerosos fracasos y frustraciones que cada uno debe llevar como pueda. A lo largo del siglo XX el matrimonio y la intimidad de las personas no han dejado de ser importantes áreas de la vida social. Su presencia pública es, de hecho, probablemente mayor que en épocas pasadas, debido a este carácter de permanente provisionalidad que han adquirido y a la necesidad de encontrar vías de solución a los múltiples y nuevos problemas que han venido a plantearse. En este ambiente era inevitable que aparecieran los expertos y comenzaran a ocupar un lugar central en la cultura social. Las primeras clínicas especializadas en el tratamiento de la discordia matrimonial empiezan a aparecer en los estados Unidos hacia el final de la década de 1930. Este ámbito de orientación psicológica estaba ya bien establecido, con una asociación profesional de ámbito nacional y un plan de estudios estandarizado, a principios de la década de 1950.

TRABAJO

Algunos autores como el sociólogo Paul Willis (1977) han estudiado, mediante métodos etnográficos, el ambiente social pro-

pio del entorno laboral de las grandes fábricas. Encuentran que el trabajo manual promueve unas virtudes específicas caracterizadas por la valentía, la fuerza y –muy importante– la desconfianza con respecto a las palabras. La habilidad para prestar atención a las emociones propias y negociar con los demás tienen poca importancia en el dominio laboral de los varones de clase trabajadora. A diferencia de sus congéneres de clase media, en los que la constitución emocional juega un importante papel en su desempeño laboral, resulta mucho más probable que los hombres de clase trabajadora ajusten sus modelos de comportamiento a una masculinidad tradicional. Desde esta perspectiva es frecuente que se quejen de dificultades para comunicarse y relacionarse de una manera satisfactoria. Las habilidades para la expresión verbal y emocional están casi ausentes y tienen menos valor en los ámbitos sociales del obrero industrial. En relación con ello, hay quien considera, que el matrimonio en la clase trabajadora contiene un potencial para el conflicto. Y ello no sólo por las dificultades reales a las que están sujetas de manera constante las vidas de las personas de esta clase social, sino también porque estos hombres y mujeres no disponen con frecuencia de un lenguaje común. Un lenguaje claro y válido para el intercambio, con el que poder organizar sus intereses personales y sus emociones, que les sirva para negociar y poner en marcha un proyecto de vida compartido por dos seres diferentes. Cuando recurren a la terapia con frecuencia suele ocurrir que estas personas son abandonadas a la experiencia de un sufrimiento intolerable porque este sufrimiento, en los términos psicológicos al uso, carece de significado, ya que el propio interesado no dispone de un marco interpretativo para explicarlo y su terapeuta no se lo puede proporcionar. En ese sentido parece existir un convenio social para establecer una jerarquía de la conducta virtuosa (Illouz, 2008). Las mujeres femeninas estarían en el nivel superior, seguidas por los hombres femeninos. A continuación tendríamos a las mujeres masculinas y, cerrando el ranking, estarían los hombres masculinos, los machos alfa. Esta clasificación no es en absoluto neutra y proporciona información acerca de la actitud implícita en muchos de los juicios que ejercen los profesionales de la salud y, en particular, los de la salud mental.

A lo largo del siglo XX el control de las emociones en el ámbito de trabajo se ha convertido en una necesidad mucho más apremiante de lo que la situación en el siglo XIX requería (Boltansky, 1999). Las empresas de nuestros días han ampliado la preocupación por este control extendiendo su dominio desde el campo de las conductas hasta el de las emociones. En este sentido es paradigmático el intento de control de la ira (Mayo, 1933). Es cierto que la idea de control emocional formaba ya parte del ideario moral de la cultura, ya sea occidental u oriental, a través de propuestas religiosas, por ejemplo. Pero su racionalización y sistematización han ido de la mano de las necesidades de la producción a lo largo del último siglo. Por otro lado la promoción y alabanza del autodomínio no son una exclusividad del mundo productivo, sino que, como venimos diciendo, se entiende que éste forma parte, en un contexto mucho más amplio, de las competencias sociales de las personas. La manera en la que se modulan las expresiones o se controla la distancia física con el interlocutor cuando se mantiene una conversación, por ejemplo, dan una idea de lo que queremos decir.

Entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX se produce lo que muchos entienden como la edad de oro del capitalismo. En este período se establece el sistema de producción fabril y se estandariza y racionaliza la producción. Lo más importante del proceso es que las empresas, diseñadas a gran escala, se tornan en organizaciones altamente complejas y reúnen a miles de trabajadores en grandes unidades productivas en las que se hace preciso integrar y jerarquizar los procedimientos tanto burocráticos como productivos. A consecuencia de todo ello se hizo necesaria una clase gerencial profesionalizada, que no estaba constituida por los propios dueños, a la que se encomendaba la tarea de dirigir a los trabajadores y estimular la producción. Existían, como es lógico, frecuentes conflictos con la base trabajadora, considerada en masa como no muy inteligente, de baja moralidad y con tendencia a la holganza. Es en este contexto cuando surge el *taylorismo*. La doctrina de Taylor ha sido el ejemplo más comentado de sistema de producción inhumano. La organización y sistematización de la producción en este sistema tendía a ser entendida como un proceso mecánico en el que el

trabajador se constituía en un engranaje más de la máquina. Sin embargo, desde una perspectiva más amplia, el taylorismo también sirvió para cuestionar la base histórica y la legitimidad del liderazgo poniendo en el centro del sistema las competencias personales tanto de obreros como de gerentes. Este cambio abrió el paso a los psicólogos en el mundo empresarial y sirvió para introducir la idea de que estas competencias podrían ser evaluadas y examinadas al objeto de buscar las personas más idóneas tanto para la producción, en sentido directo, como para la dirección. De esta manera el éxito empresarial pasó a convertirse en una cuestión relacionada con la propia política de las compañías interesadas –ahora– en una nueva imagen del trabajador cuyas aptitudes y actitudes podían ser enseñadas y evaluadas (Shenhay, 1998). Se hacía posible encontrar soluciones para mejorar el rendimiento. De la incertidumbre y ansiedad asociadas a estas nuevas formas de control surgió una creciente intervención de los psicólogos en el proceso productivo.

A partir de las décadas centrales del siglo XX el lenguaje terapéutico se popularizó con rapidez debido a que satisfacía simultáneamente los intereses de los gerentes y los de los trabajadores en la medida en que abordaba la cuestión de la productividad (Illouz, 2008). Habilidades tales como la motivación, el liderazgo y la capacidad de comunicación se convirtieron en centrales en el repertorio profesional, especialmente de los gerentes, y comenzaron a ser examinadas de manera sistemática mediante pruebas y test diseñados al efecto. Más allá de las competencias técnicas de cada oficio, los factores de personalidad comenzaban a entrar en juego. Todo lo que tuviera que ver con las relaciones humanas en el contexto laboral pasó a convertirse en una categoría a ser promocionada y, por lo tanto, sujeta a examen, ya que constituía un problema básico a plantear de manera correcta en aras de la eficiencia productiva. Las relaciones interpersonales y la expresión de emociones se convirtieron en elementos clave para mantener el necesario lazo social en el interior de la empresa. Los conflictos empezaron a ser interpretados, no sólo de manera estrictamente económica o productiva (escasez de recursos, financiación, ventas, competencia, etc.) sino, cada vez más, como resultado de factores de personalidad, emociones

inadecuadas, enredos afectivos y problemas psicológicos sin resolver. De esta manera el lenguaje de la clínica psicológica traspasó los muros de las fábricas y sirvió a los intereses de la productividad. La resolución de estos conflictos hacía necesario reconocer la presencia de emociones y la necesidad de comprensión mutua. Así es como se intentaba reconciliar los intereses contrapuestos de empresarios y trabajadores. El simple hecho de dejar expresar un enfado o queja, si encontraba a un gerente habilidoso, podía deshacer un nudo conflictivo y aportar ideas prácticas para el manejo de la organización productiva.

Incluso, aunque nuevas visiones sobre los conflictos de interés vinieron a entenderlos como naturales e inevitables, la perspectiva básica sobre la manera de encauzarlos sobrevivió, debido a que ya había pasado a ser parte de las teorías y planteamientos que las administraciones aceptaban como propias. De una manera sumaria se puede considerar que aspectos tales como el reconocimiento de la presencia de los sentimientos, base necesaria para un posterior control emocional, la empatía entre los productores y las habilidades comunicativas han acabado constituyéndose en elementos definitivos con los que juzgar la competencia emocional, moral y profesional de las personas. Como acabamos de ver la aceptación y el éxito de los psicólogos en el mundo de la empresa ha sido un elemento esencial en todo este proceso.

La conclusión de todo lo anterior es que lo que hemos acabado llamando *inteligencia emocional* se ha convertido en un elemento fundamental para reconocimiento social de las personas y viene a ser una clave, cada vez más importante, de pertenencia y éxito social. La inteligencia emocional provendría de la capacidad racional para manejar las emociones de tal manera que, a partir de ahí, se generaran respuestas adaptativas a diversas situaciones. La habilidad para percibir y expresar las propias emociones y para incorporarlas en procesos cognitivos nos haría capaces de regularlas tanto en nosotros mismos como en los demás. Este procesamiento emocional, que incluye la expresión verbal de sentimientos cuando la ocasión lo requiera, es por lo mismo, como acabamos de ver, de gran importancia para el manejo de muy diversas situaciones en diferentes contextos, tanto

Salud mental y atención primaria

en la esfera privada como en la pública y tanto en la vida familiar como en la laboral. De cualquier manera parece que la distribución social de este tipo de habilidades no es uniforme, ni en lo que respecta a los géneros, ni en lo que respecta a las clases sociales. En este sentido los varones y las clases sociales bajas, por muy diversos motivos, algunos de los cuales hemos expuesto más arriba, partirían con un déficit cultural.

Lo que sí parece necesario, puesto que en gran medida ellos han contribuido a desarrollar el modelo, es el concurso de los profesionales para mejorar y pulir nuestra inteligencia emocional. Desde esta perspectiva se entiende la demanda que la sociedad ejerce sobre psiquiatras y psicólogos, pero también las dificultades que supone un abordaje individualizado de los problemas cuando la presión del ambiente cultural marca la tónica dominante y se hace precepto. Las construcciones culturales y sociales nos condicionan como individuos, pero no es siempre en la esfera privada donde pueden encontrar solución los problemas de identidad y convivencia. En palabras del sociólogo alemán Ulrich Beck (2004):

La dejación del Estado ha obligado a los ciudadanos a buscar soluciones biográficas a contradicciones sistémicas sin que muchos de ellos estén en condiciones de encontrarlas.

Demandando atención

2

PANORÁMICA

Se calcula que aproximadamente entre un 25% y un 40% de las personas que utilizan los servicios médicos generales no presentan problemas médicos mayores y que entre un 30% y un 60% del total de visitas que se realizan a un médico de familia no derivan de enfermedades médicas de importancia (Wilkinson, Wright, 1994). Si bien estas conductas de enfermedad no deben ser necesariamente consideradas como inapropiadas para un nivel primario de asistencia, los posibles actos médicos derivados de ellas tienen una importancia capital para las personas en particular y para el propio sistema asistencial en general. Por el mismo motivo por el que pueden derivar en intervenciones sanitarias preventivas o de gran eficacia clínica, son susceptibles de una iatrogenia importante. Por consiguiente los factores que condicionan el uso de servicios médicos en ausencia de enfermedades relevantes deben ser mejor conocidos e investigados. En el caso de las personas con trastorno mental es necesaria más y mejor investigación capaz de identificar de una manera precisa aquellos factores que afectan tanto al uso adecuado como al mal uso de los servicios, incluyendo la falta de utilización de los mismos. También es preciso conocer cuáles pueden ser las estrategias para educar a la población en la utilización de servicios y mejorar el proceso mediante el que son identificadas y tratadas.

En nuestra época, marcada por la globalización y economía de mercado a gran escala, el estado de salud de las poblaciones no puede ser expresado en términos que se refieran exclusivamente a las estadísticas de mortalidad. La discapacidad juega un papel fundamental a la hora de establecer el estado de salud de las personas o los costos que genera el mantenerlo en niveles óptimos. Ya en 1996, en su estudio sobre la carga global de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró que las patologías psiquiátricas emergían con una gran fuerza entre el resto de enfermedades cuando se trataba de dar cuenta del estado de salud de las sociedades. Los trastornos mentales, dada su mayor cronicidad en referencia a otras patologías, explican, por sí solos, más del 15% del total de cargas por enfermedad en las economías desarrolladas de mercado. Esta cifra supera la causada por el total de casos de cáncer.

Durante las pasadas décadas la epidemiología psiquiátrica ha perfeccionado sus métodos y ha conseguido proporcionarnos datos relevantes sobre las características y naturaleza del problema que constituyen los trastornos mentales y, entre ellos, los más comunes y frecuentes. A medida que las enfermedades agudas, cuyo modelo son los procesos infecto-contagiosos, han sido mejor controladas –al menos en los países desarrollados– las patologías crónicas han venido a ocupar el centro del sistema asistencial y, dentro de éstas, los trastornos mentales ocupan un lugar importante. Los estudios epidemiológicos, cada vez más precisos, que se vienen realizando y publicando en los últimos años no hacen sino ilustrar la amplitud y trascendencia de este problema. Los datos son consistentes en el sentido aportar información sobre la gran prevalencia de los llamados trastornos mentales comunes y el sufrimiento individual y colectivo que generan. También de su enorme costo en bajas, improductividad laboral y sobrecarga familiar (especialmente para las mujeres) y de la insuficiente efectividad con que son tratados en el sistema sanitario, con el gasto ineficiente que también ello produce. Solo con esto ya hay motivos suficientes para poner en marcha todo un proceso de investigación de gran alcance sobre este asunto, como en realidad está ocurriendo en todo el mundo, y también en nuestro país, desde hace más de veinte años. Resulta, pues, ne-

cesario profundizar en la naturaleza de estos problemas a fin de encontrar las mejores formas de abordarlos.

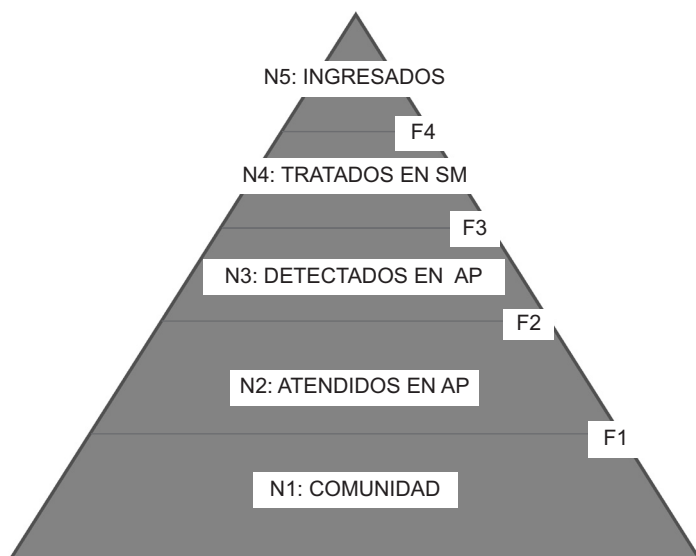
Lo que conocemos hasta ahora es que los síntomas y síndromes más típicos (ansiedad, depresión, abuso de alcohol, somatizaciones...) vienen asociados a otro tipo de padecimientos, como la enfermedad médica común, sobre todo si ésta es grave o invalidante, a problemas laborales, como el paro, o a diversas condiciones personales como el aislamiento social o la conflictiva familiar continuada. La pobreza, la escasa escolarización o las condiciones sociales límite son un caldo de cultivo considerable para este tipo de trastornos y constituyen motivos de riesgo conocidos, especialmente para los más jóvenes y los más desasistidos. Muchas personas sometidas a este tipo de situaciones, en todo el mundo, acaban desarrollando trastornos mentales graves y más permanentes, así como abuso de todo tipo de estupefacientes, incluido el alcohol. Muchos de estos problemas son evitables si se ejerce sobre ellos una adecuada vigilancia y el correspondiente trabajo preventivo. Más allá de la vulnerabilidad genética que pueda o no predisponer a ellos, la mayoría de estos trastornos derivan (como la salud en general de las personas) más de condiciones sociales y estilos de vida, que de la provisión de cuidados mediante tratamientos especializados. Y cada vez cabe menos duda de que el sistema sanitario, especialmente el público, debe tener una función protagonista en su vigilancia y prevención, así como una responsabilidad directa en su atención cuando ello lo requiera.

En las páginas que siguen aportaremos datos extraídos de diversos estudios epidemiológicos, de ámbito tanto internacional como local, lo que nos permitirá establecer las comparaciones pertinentes y hacernos una idea de la situación en lo referente a los trastornos mentales comunes, tal y como se presenta en la actualidad. En la medida de lo posible intentaremos centrarnos en nuestro medio. Previamente haremos una breve descripción del modelo epidemiológico de Goldberg y Huxley, lo que nos permitirá disponer de un marco en el que inscribir y entender mejor los diferentes datos.

LA PIRÁMIDE DE LOS TRASTORNOS MENTALES

En 1980 Goldberg y Huxley propusieron un modelo conceptual que, por primera vez, permitía relacionar la morbilidad de los trastornos mentales que se podían apreciar en contextos comunitarios con los que eran atendidos en servicios asistenciales, fueran éstos de atención primaria o especializados. Ello posibilitó el desarrollo de un marco teórico que impulsó de manera definitiva la investigación en la materia. Conceptos como los de *morbilidad comunitaria*, entendida como aquella presente en la comunidad y que puede, o no, ser sujeto de demanda y objeto provisión de servicios, según qué tipo de circunstancias concurren; *nivel asistencial* (sea la atención primaria, un centro de salud mental o un hospital con camas psiquiátricas), o finalmente *filtro asistencial*, que sirve para describir y analizar las barreras (sociales, clínicas, organizativas, asistenciales...) que se presentan para pasar de uno a otro nivel, fueron materia de investigación a partir de entonces. Esta circunstancia ha permitido abrir un campo a nuestro conocimiento que no ha hecho más que desarrollarse en el tiempo transcurrido. Tanto la epidemiología descriptiva como la epidemiología clínica, los estudios sobre condicionantes en la conducta de búsqueda de atención, o sobre la provisión de servicios, se han beneficiado acumulando nuevos e importantes descubrimientos a nuestro acervo de conocimiento. El ámbito de los trastornos mentales comunes ha sido uno de los que más desarrollo ha obtenido de esta apertura de campo en nuestra observación conceptual.

El modelo de Goldberg y Huxley es sumamente sencillo e intuitivo, lo que seguramente contribuyó a su éxito. Parte de un intento de ordenar y organizar los dispersos conocimientos proporcionados por la epidemiología psiquiátrica anterior. Contribuyó a crear las condiciones necesarias para diseñar un marco de trabajo en el que los diferentes niveles epidemiológicos y asistenciales pudieran ponerse en comparación, lo que permitía hacerse preguntas relevantes sobre las diferencias existentes entre ellos y establecer hipótesis a investigar sobre las posibles respuestas a estos interrogantes.



Pirámide de Goldberg y Huxley (1980)

De esta manera Goldberg y Huxley propusieron un modelo con cinco niveles asistenciales y cuatro filtros entre cada uno de ellos. Los niveles propuestos fueron los siguientes:

- Nivel 1: la comunidad: en la que se puede estudiar la prevalencia e incidencia real (es decir sometida a procesos naturales y no asistida) de los diferentes trastornos mentales así como las circunstancias de cualquier tipo a las que vienen asociados.
- Nivel 2: el grupo total de pacientes atendidos en atención primaria: en el que se pueden estudiar la presencia de los diferentes trastornos mentales vistos en este nivel asistencial y las características de los pacientes que los padecen, además de cuáles son las situaciones asociadas a los mis-

Salud mental y atención primaria

mos, que pueden ser o no semejantes a las apreciadas en el nivel comunitario.

- Nivel 3: la morbilidad detectada en atención primaria, especialmente por los médicos de familia, que no necesariamente coincide con la correspondiente al nivel anterior, lo que nos pone en disposición de estudiar las circunstancias relacionadas con la correcta detección de los trastornos mentales.
- Nivel 4: la morbilidad tratada en el conjunto de los servicios especializados: lo que incluye, de manera central, a aquélla que solo es tratada en servicios ambulatorios.
- Nivel 5: el grupo de pacientes que precisan ser ingresados en servicios hospitalarios de psiquiatría: que obviamente constituyen un grupo muy seleccionado, menor en número y con patologías más graves que los de los niveles anteriores.

Estos cinco niveles pueden ser entendidos en una disposición de forma piramidal, con una base ancha situada en el nivel comunitario y un vértice estrecho ubicado en los servicios psiquiátricos hospitalarios. Entre estos cinco niveles existen cuatro filtros o barreras cuyo comportamiento es también necesario estudiar en cada circunstancia. Son los siguientes:

- Filtro 1: la decisión de consultar: se establece entre los niveles primero y segundo. Aporta información sobre qué trastornos consultan con más facilidad que otros y por qué; las conductas de búsqueda de ayuda y sus determinantes, muchas veces culturales; las circunstancias asociadas a aquellos casos que no consultan a pesar de padecer trastorno mental, o a la inversa, las que consultan aunque no lo padecen.
- Filtro 2: la capacidad de detección en los servicios de atención primaria: se produce entre los niveles 2 y 3 (ambos dentro del ámbito asistencial de la atención primaria). Se trata de un aspecto fundamental del modelo que concede

una importancia trascendental al papel del médico de familia y los equipos de trabajo de este nivel de asistencia. En el estudio de este filtro se incluyen las circunstancias asociadas a la detección que pueden depender del médico, del paciente, de las características de su trastorno o de la organización de los servicios.

- Filtro 3: la derivación a servicios de salud mental o paso del nivel 3 al 4: son propias de este filtro las circunstancias de cualquier tipo que inciden en que unos casos sean tratados en atención primaria y otros derivados a servicios especializados.
- Filtro 4: el ingreso en unidades hospitalarias: resulta importante percibir que este filtro es el único en el que el criterio de los servicios especializados, habitualmente el del psiquiatra, está en condiciones de tener una influencia determinante.

El modelo incluye varios supuestos de interés amparados en la experiencia. Uno es el de advertir que hay personas con trastorno que no buscan atención, con su correlato inverso: los aparentemente sanos que sí lo hacen; otro es el de distinguir entre el conjunto de pacientes con trastorno mental que consulta en servicios generales de salud (atención primaria) y aquellos casos efectivamente detectados en este nivel, que son un grupo cuantitativamente inferior. Correlativamente con lo que antecede el modelo asume que existe un número de casos (que la experiencia y la investigación han demostrado que es muy importante) que son tratados en el nivel no especializado de atención. Del conjunto del modelo se deriva la importancia clave del nivel primario de asistencia y del médico de familia en particular, tal y como la práctica totalidad de organizaciones sanitarias actuales postulan según criterios internacionalmente asumidos como más eficientes.

Sobre los diferentes niveles y filtros del modelo intentaremos suministrar al lector, en la medida de lo posible, información actualizada, tanto referida a nuestro país como a países de nuestro entorno cultural y económico que puedan servir de referencia.

EL TRASTORNO MENTAL EN LA COMUNIDAD

Presentaremos los resultados principales del proyecto ESE-MeD (2004). Este acrónimo identifica a un importante proyecto conocido como *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*. Se trata de un estudio de base poblacional sobre los trastornos mentales comunes realizado en seis países europeos, incluida España. Este estudio aporta datos referidos a España con posibilidad de ser comparados con los de países de nuestro entorno económico, social y cultural, lo que proporciona un buen punto de partida para nuestro objetivo.

El estudio principal, publicado en 2004, se realizó en seis países europeos: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia y se centró en población adulta mayor de 18 años. La selección de participantes se realizó teniendo en cuenta la población de cada país y el tamaño de los municipios de residencia de los entrevistados. A fin de facilitar la cumplimentación de las entrevistas, y para evitar errores de interpretación, se excluyeron personas que manifestaron dificultades para expresarse en el idioma principal en cada caso. Este criterio dejó fuera a un importante grupo de emigrantes, sobre todo de primera generación, que no dominaban la lengua local. Al objeto de facilitar la selección muestral y el trabajo de campo se decidió trabajar con poblaciones censadas por lo que las entrevistas se realizaron en los domicilios de residencia de los encuestados, lo que también excluyó a todas las personas sin domicilio fijo, indocumentados y personas institucionalizadas. Entre estos últimos están los pacientes ingresados por cualquier circunstancia, incluyendo entre éstas los trastornos psiquiátricos graves.

Se optó por entrevistadores no profesionales debidamente entrenados, que manejaron un formato muy estructurado y cerrado de entrevista. Ésta consistió en una versión adaptada del CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) de acuerdo con diagnósticos DSM-IV. Por motivos de validez del estudio no se incluyeron varias categorías importantes de trastorno mental debido a su relativamente escasa presencia en muestras de base poblacional. Se excluyeron también todos los casos en cuyos síntomas no podía descartarse una etiología orgánica.

Se desprende de la metodología utilizada que se adoptó un criterio muy restrictivo para la selección de casos, lo que implica que los datos aportados aprecian un porcentaje de trastornos probablemente más bajo que el realmente existente. Vemos que no se ha estudiado población infantil, ni adolescente y que gran parte de la población inmigrante y toda la institucionalizada no ha sido incluida.

Aún así cabe afirmar que, en general, los trastornos mentales son frecuentes entre la población. Aproximadamente una de cada cuatro personas había padecido algún tipo de trastorno a lo largo de su vida y una de cada diez lo sufrió en el último año. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de padecer cualquier trastorno del humor o de ansiedad en el último año. Los hombres tienen más posibilidades de tener trastornos derivados del abuso de alcohol. Los desempleados, las personas con discapacidad o de baja por enfermedad y las personas solteras o divorciadas tienen más probabilidades de padecer un trastorno mental que el resto. Las tasas más altas de trastornos fueron halladas en el grupo de población más joven (18-24 años). Estas tasas disminuyen claramente con el aumento de la edad.

A diferencia de otros estudios previos no se encontró una asociación clara entre un bajo nivel de educación y una mayor presencia de trastornos mentales. Las personas con mayor nivel educativo presentaron mayor probabilidad de padecer trastornos por abuso de alcohol y menor de padecer trastornos del humor. Las personas que viven en grandes áreas urbanas tuvieron un ligero incremento de riesgo de padecer trastorno mental respecto a las de áreas rurales. Finalmente las personas en situación de paro se asociaron a un riesgo incrementado de padecer cualquier tipo de trastorno mental, sobre todo los trastornos del humor y los problemas relacionados con el abuso de alcohol.

La importancia proyecto ESEMeD reside en que se trata del primer estudio de gran magnitud que se ha llevado a cabo simultáneamente en varios países europeos con una misma metodología, lo que nos permite establecer comparaciones mejor fundadas. Se entrevistó a 21.425 personas, con un universo representado de 212 millones, que es la suma de la población de los países estudiados. Según los datos obtenidos, en este grupo

Salud mental y atención primaria

Prevalencia vida % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno mental	21,6 (20,5-22,7)	28,1 (27,0-29,2)	25,0 (24,2-25,9)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	9,5 (8,7-10,3)	18,2 (17,3-19,1)	14,0 (13,4-14,6)
Cualquier trastorno de ansiedad	9,5 (8,7-10,3)	17,5 (16,6-18,4)	13,6 (13,0-14,2)
Cualquier trastorno por consumo de OH	9,3 (8,5-10,1)	1,4 (1,1-1,7)	5,2 (4,8-5,6)
Depresión mayor	8,9 (8,2-9,6)	16,5 (15,6-17,4)	12,8 (12,2-13,4)
Distimia	2,6 (2,2-3,0)	5,6 (5,1-6,1)	4,1 (3,7-4,5)
Fobia específica	4,9 (4,3-5,5)	10,3 (9,5-11,1)	7,7 (7,2-8,2)
Abuso de alcohol	7,4 (6,7-8,1)	1,0 (0,8-1,2)	4,1 (3,7-4,5)

Prevalencia vida de trastornos mentales en seis países europeos
(ESEMeD, 2004)

de países unos veinte millones de personas habían padecido algún tipo de trastorno mental durante el año anterior al estudio, de los cuales algo más de doce millones experimentaron trastornos de ansiedad y más de nueve millones fueron trastornos depresivos, mientras que casi tres millones de personas padecieron trastornos relacionados con el abuso de alcohol. Unos 51 millones de personas residentes en estos países habían experimentado algún trastorno mental a lo largo de su vida. De ellos más de 28 millones fueron trastornos del humor, 26 millones de ansiedad y unos diez millones de abuso de alcohol.

ESEMeD ha sido el primer estudio que ha evaluado la presencia de trastornos mentales en una muestra de población general adulta en el conjunto de España (Haro y cols., 2006). Al

objeto de conseguir una adecuada representación de las poblaciones de residencia, la selección muestral se realizó de forma estratificada por comunidad autónoma y tipo de municipio. Esta forma de proceder permitió realizar una estimación adecuada sobre diferencias entre medio rural y urbano.

Prevalencia vida % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno mental	15,67 (13,86-17,48)	22,93 (21,09-24,78)	19,46 (18,09-20,82)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	6,71 (5,49-7,93)	15,85 (14,34-17,36)	11,47 (10,45-12,49)
Cualquier trastorno de ansiedad	5,71 (4,57-6,85)	12,76 (11,24-14,29)	9,39 (8,41-10,37)
Cualquier trastorno por consumo de OH	6,47 (5,23-7,71)	0,96 (0,52-1,40)	3,60 (2,95-4,25)
Depresión mayor	6,29 (5,10-7,48)	14,47 (13,03-15,90)	10,55 (9,57-11,54)
Distimia	1,85 (1,22-2,48)	5,29 (4,32-6,27)	3,65 (3,06-4,24)
Fobia específica	2,32 (1,60-3,05)	6,54 (5,38-7,69)	4,52 (3,82-5,23)
Abuso de alcohol	6,38 (5,16-7,61)	0,95 (0,51-1,39)	3,55 (2,91-4,19)

Prevalencia vida de trastornos mentales en España
(Haro y otros, 2006)

Vemos que los trastornos mentales son también muy frecuentes en nuestro país. La mayoría de ellos tienen una frecuencia y distribución similar a la encontrada en el estudio europeo. Tampoco hubo diferencias significativas en lo referente a la mayor parte de las variables socio-demográficas asociadas a los distintos trastornos. Las mujeres, las personas jóvenes, los que tienen

menor nivel educativo y los desempleados fueron grupos con mayor riesgo de padecer trastornos mentales y precisaban una mayor cobertura sanitaria. Sin embargo la prevalencia encontrada fue algo inferior a la observada en el conjunto de los seis países europeos estudiados. Aproximadamente uno de cada cinco entrevistados (frente a uno de cada cuatro en el estudio general) en lo que se refiere a la prevalencia vida de trastorno mental. El estudio ESEMeD-Italia mostró también cifras de prevalencia un poco más bajas que el resto. Surge así la hipótesis, cuya verosimilitud y alcance debe ser aún investigada, de que los trastornos mentales pudieran tener una menor prevalencia en los países mediterráneos que en los del norte de Europa.

Finalmente las principales conclusiones de este estudio fueron las siguientes:

- Los trastornos mentales comunes son frecuentes en nuestro país. Las cifras de los mismos son similares a las encontradas en Italia, pero inferiores a las que se han hallado en países del norte de Europa. Este hallazgo podría indicar una asociación entre trastornos mentales comunes y desarrollo socio-económico. Sin embargo debe ser interpretado con prudencia y convenientemente replicado y contrastado en futuros estudios.
- Aproximadamente un 20% de la población padecerá un trastorno ansioso o depresivo en algún momento de su vida. Cerca de un 10% lo ha padecido en el último año.
- El trastorno más frecuente es la depresión mayor. Sobre un 10% de la población adulta padecerá al menos un episodio a lo largo de su vida. Aproximadamente un 4% lo ha padecido en el último año.
- El factor de riesgo más relevante para padecer un trastorno depresivo o ansioso es el género. Las cifras de prevalencia femeninas doblan a las masculinas.
- La edad constituye un segundo factor de riesgo a destacar. Dado que las personas más jóvenes tienen una mayor prevalencia de trastornos, cabe esperar un aumento de los mismos en los próximos años.

- Existe una importante comorbilidad entre los diferentes trastornos mentales comunes. En el caso de los de ansiedad y depresión es especialmente alta.
- La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los depresivos. Este dato podría indicar que quienes de adolescentes o jóvenes padecen un trastorno de ansiedad tienen un mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo posterior. Lo anterior parece sugerir que un oportuno tratamiento de los trastornos de ansiedad podría prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos.

El estudio ESEMeD también revisó otros factores como la comorbilidad o presentación conjunta entre diversos trastornos mentales. En el caso de las asociaciones habidas entre abuso y dependencia de alcohol con otros trastornos se observaron importantes diferencias de género (más casos entre los varones) después de los ajustes pertinentes. De manera similar a lo encontrado en otros estudios, la asociación entre trastornos del humor y de ansiedad resulta especialmente alta.

Como comentario final respecto al estudio ESEMeD cabe decir que el gran tamaño de la muestra estudiada y su representatividad respecto a las poblaciones de referencia son dos de los puntos fuertes de este proyecto. Junto a ello hay que destacar que la metodología empleada, al ser la misma en todos los casos, permite, por primera vez, unas comparaciones muy ajustadas. Las limitaciones del estudio derivan también de estas fortalezas. Debido a la necesidad de aquilatar costos y tratándose de una muestra tan grande, se hace casi forzada la decisión de utilizar entrevistadores legos, lo que, a su vez, obliga a utilizar entrevistas de formato muy rígido en las que el evaluador puede tomar pocas decisiones. Por ello el presente trabajo se ha limitado a recoger información sobre aquellos trastornos en los que el CIDI ha mostrado buena validez. Por otro lado se trata de un estudio transversal, lo que implica que, a pesar de las estrategias desarrolladas para evitar sesgos, no se podía excluir que las personas que no contestaron a la entrevista tuvieran diferencias, en

cuanto a la frecuencia de trastornos mentales, respecto a las que sí lo hicieron, alterando con ello los resultados obtenidos. Con todo, éstos parecen muy válidos, son de una gran solidez y revisten una gran trascendencia.

LA DECISIÓN DE CONSULTAR

Una parte de las personas que sufren trastornos mentales en la comunidad no llega a consultar en ningún tipo de servicio. Varios factores, fundamentalmente de orden social o cultural, además de los propiamente debidos al trastorno concreto que padecen, influyen en esta decisión.

Entre las diversas variables que condicionan el proceso algunas se relacionan con los servicios sanitarios y su organización, particularmente en lo que respecta a la asistencia primaria, a la red de centros de salud mental y demás dispositivos de asistencia psiquiátrica. Otras dependen del propio paciente, tanto en lo que hace referencia a su sintomatología como a sus características personales y las de su entorno familiar y social. Existen cuatro factores importantes que influyen en la decisión de búsqueda de ayuda:

- La severidad del problema en cuestión.
- La propensión individual hacia la búsqueda de ayuda.
- La accesibilidad de los servicios.
- La disponibilidad de recursos alternativos.

La decisión de consultar refleja tanto una actitud previa en la conducta de búsqueda de ayuda como la necesidad actual de la misma en función de los síntomas presentes. Las razones que motivan la consulta por causa de trastorno psíquico en el sistema primario de salud pueden dividirse en razones indirectas o de carácter inespecífico, desde el punto de vista del propio trastorno, y razones directamente relacionadas con el mismo. Entre las primeras está lo que desde Mechanic (1968) se conoce como *conducta de enfermedad*. Se trata de un modelo que intenta explicar

el proceso que acontece en una persona que sufre unos determinados síntomas hasta que decide consultar.

Lo primero que ocurre es que esa persona intenta dar un sentido y explicación a lo que le pasa en función de su experiencia y saber previos. Es bien conocido que episodios transitorios de malestar físico o psíquico se hallan muy extendidos entre la población. Lo habitual es que las personas que sufren molestias se pregunten sobre las mismas e intenten interpretarlas. Se puede producir así un inicial reconocimiento de enfermedad. Otra posibilidad es que la persona en cuestión no preste importancia a lo que le ocurre o no quiera molestar con ello a otras personas.

El paso siguiente se produce cuando el individuo comenta lo que le pasa con alguien de su entorno significativo (familia, amistades...) con el propósito de obtener información y consejo. Se puede seguir de ahí una especie de validación provisional del estado de enfermedad. La parte final del proceso consiste en la consulta a un profesional a fin de obtener una legitimación o confirmación del posible estado de enfermedad. Esta decisión de consulta está muy influida por factores socio-culturales y por la accesibilidad de los servicios.

La consulta no necesariamente ha de tener a un médico como objeto de la misma, pudiendo establecerse con otros profesionales como, por ejemplo, farmacéuticos o incluso con paraprofesionales como es el caso de los curanderos. Aspecto éste último a considerar seriamente en determinados medios culturales, étnicos o religiosos. Dado que tienen menos posibilidades de comentar su estado con otras personas, es fácil entender por qué quienes viven solos consultan a su médico con mayor facilidad que el resto.

Berkanovic y otros (1981) estudiaron en Los Angeles diversas variables relacionadas con la decisión de consultar. Hallaron que las creencias personales relacionadas con el síntoma explicaban el 42% del fenómeno. Otros autores, sin embargo, han encontrado que es el factor necesidad (síntomas, salud percibida, discapacidad) el que mejor explica el uso de los servicios de salud.

Horwitz y otros (1996), también en los Estados Unidos, encontraron que la provisión y recepción de cuidados de salud men-

tal está muy relacionada con factores sociales y culturales que condicionan el uso de servicios. Así, si se trataba de personas de raza *no blanca*, con menor nivel educativo, ancianos y de sexo masculino, la probabilidad de recibir cuidados psiquiátricos era particularmente baja. En cambio los ciudadanos blancos, de alto nivel educativo, jóvenes o de mediana edad y de género femenino presentaron tasas mucho mayores de utilización de servicios.

Estos autores llegaron a la conclusión de que, debido a factores socioculturales y económicos, una parte significativa de usuarios de servicios psiquiátricos pudieran no tener importantes necesidades de atención en orden a su salud mental, mientras que otro gran grupo de personas –que sí tendrían grandes necesidades– no llega a acceder a los servicios.

Diversos estudios se han ocupado específicamente de los factores psicológicos que intervienen en la decisión de consultar a un médico de atención primaria. Una constante en casi todos ellos es que los pacientes con altas puntuaciones en cuestionarios de criba para trastornos mentales, como es el caso del GHQ, tienen el doble de probabilidades de consultar con su médico de familia que los que obtuvieron bajas puntuaciones y que, aproximadamente el 20% del total de consultas en centros de salud general, pueden ser atribuidas a trastornos mentales (Williams y otros, 1986).

También hay que tener en cuenta que los pacientes con trastorno mental pueden consultar por motivos distintos de los psiquiátricos. Los pacientes con síntomas psicológicos que consultan en atención primaria tienden a ser menos graves y con más quejas físicas que los que lo hacen en consultas de psiquiatría. En general las presentaciones somáticas de la disforia propenden a encontrarse más en las consultas de medicina general, mientras que las quejas más centradas en cuestiones psicológicas aparecen con mayor facilidad en el nivel especializado.

A pesar de padecer un trastorno mental establecido, muchos de los pacientes que presentan quejas somáticas como aspecto central de su demanda no se consideran a sí mismos como mentalmente enfermos. Es muy frecuente que las quejas relacionadas con astenia de origen psíquico, tales como fatiga, falta de

energía o irritabilidad, sean la causa que motive la búsqueda de cuidados médicos en servicios generales no especializados. La percepción del propio estado de salud como malo y el hecho de padecer una enfermedad física crónica aumentan considerablemente la probabilidad de consultar. También las mujeres consultan más que los hombres a lo largo de todo el espectro de gravedad de patología psiquiátrica, incluida la ausencia de la misma.

El género femenino, las edades avanzadas de la vida, el estar soltero, separado o divorciado y la falta de empleo están asociados, como hemos visto, a un mayor riesgo de padecer trastorno mental y a una mayor probabilidad de consultar en servicios de atención primaria. Otros trabajos han encontrado que el hecho de estar registrado en un seguro público (frente al de estarlo en uno privado) ejerce por sí solo un fuerte efecto en la acción de consultar a un médico de familia.

El estudio de flujos de demanda en lo que respecta a la asistencia psiquiátrica aparece directamente relacionado con el modelo de filtros y niveles de Goldberg y Huxley. Desde que estos autores lo plantearon, las llamadas *rutas* hacia la atención psiquiátrica sirven para identificar, en diferentes contextos asistenciales, los caminos que suelen recorrer los pacientes hasta encontrar el servicio que da cuenta de su demanda. El concepto de ruta resume la secuencia de contactos con personas u organismos que realiza un determinado paciente con trastorno mental en la búsqueda de ayuda, también sirve para informar sobre qué tipo de respuestas recibe y dónde se realizan las mismas. Así se identifican: puertas de entrada, derivaciones y lugares o niveles donde la demanda es atendida. La ruta está estructurada, tiene una dirección y una ordenación temporal de los sucesivos contactos. En definitiva proporciona una información de primer orden sobre las conductas de búsqueda de ayuda y la provisión de cuidados en salud mental.

El primer contacto se realiza principalmente con un médico general, aunque un porcentaje no desdeñable de pacientes lo efectúa en servicios hospitalarios, especialmente de urgencias. La ruta más definida va desde la comunidad al médico general y de aquí hacia el servicio de psiquiatría. Existe un grupo de pacientes con tendencia a consultar directamente en los servicios

especializados. Esta última ruta suele ser más frecuente en el ámbito urbano que en el rural. En cuanto a las quejas que motivan la consulta, las referidas a síntomas físicos aparecen en primer lugar. A continuación vienen los trastornos ansiosos, los de conducta, los síndromes depresivos, los trastornos orgánicos y finalmente las psicosis. En atención primaria, en el ámbito de la salud mental, se consultan, por orden de importancia, los siguientes problemas: somáticos, ansiedad y depresión.

EL TRASTORNO MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

El nivel 2 en el modelo de Goldberg y Huxley viene definido por total de pacientes con trastorno psiquiátrico que llegan a contactar con el primer escalón asistencial constituido por el médico general o de familia, en el ámbito de la asistencia primaria. Es importante destacar que este nivel tiene unas características que vienen definidas, dentro del mencionado modelo, por dos hechos fundamentales: el primer filtro ya ha operado, por lo que parte del total de casos existentes en la comunidad se habrá perdido y, segundo, el número real de pacientes que presentan trastorno mental en las consultas de medicina general es independiente del número de pacientes mentales detectados como tales en estos servicios. Esta última circunstancia viene impuesta por la evidencia de que sólo parte de los casos que consultan son considerados como tales por sus médicos de familia.

En unas condiciones de óptimo desarrollo y organización de los servicios asistenciales, con un fácil y ordenado acceso a los mismos basado en la atención primaria, el primer proceso de filtro y selección que afecta a la demanda psiquiátrica puede resultar poco importante y con una buena permeabilidad. Otro aspecto de interés se deriva del hecho de que el nivel 2 parece especialmente adecuado para estudiar algunos aspectos relacionados con la conducta de enfermedad y, dentro de ella, con las interacciones entre patología física y mental así como su relación con la demanda.

A partir de datos epidemiológicos válidos y fiables procedentes de este nivel podremos hacernos una idea de la capacidad real de detección y manejo que poseen los profesionales de la

asistencia primaria, de los condicionantes de la misma y de las estrategias de acción y cambio más adecuadas para adaptar los recursos humanos y materiales a las necesidades tanto de usuarios como de profesionales.

En 1995 se publicaron los resultados de un importante estudio internacional de la OMS realizado en centros de salud general de 15 países del mundo (Üstün y otros, 1995). Los trastornos depresivos (10.4%), el trastorno de ansiedad generalizada (7.9%) y la dependencia alcohólica (2.7%) fueron los tres diagnósticos de mayor prevalencia encontrados. Este mismo estudio estimó en un 24% la prevalencia promedio del conjunto de centros para cualquier tipo de trastorno mental según criterios ICD-10. Además se encontró que casi un 10% de los pacientes recibían dos o más diagnósticos psiquiátricos.

Centro	Depresión %	Ansiedad generalizada %	Dependencia alcohol %	Cualquier trastorno mental %	Detección %
París	13,7	11,9	4,3	26,3	46,8
Manchester	16,9	7,1	2,2	24,8	62,9
Groningen	15,9	6,4	3,4	23,9	51,2
Mainz	11,2	7,9	7,2	23,6	60,0
Atenas	6,4	14,9	1,0	19,2	19,0
Berlín	6,1	9,0	5,3	18,3	56,0
Verona	4,7	3,7	0,5	9,8	76,1
Promedio	10,4	7,9	2,7	24,0	48,9

Tasas de prevalencia en atención primaria y detección de los tres trastornos más comunes en siete ciudades europeas (Üstün y otros, 1995).

Una característica importante de este trabajo es que se interesó por los síntomas y problemas que no llegaban a cumplir criterios para un diagnóstico ICD-10 definitivo. Así se estableció en

un 9% el total de pacientes que presentaban trastornos de tipo *subsindrómico* y en un 31% a aquéllos que tenían, por lo menos, dos o más síntomas de tipo psiquiátrico. Los trastornos subsindrómicos fueron definidos como grupos significativos de síntomas, que se acercaban a los diagnósticos de ansiedad, depresión o somatización, pero no alcanzaban todos los criterios necesarios para realizar el correspondiente diagnóstico ICD-10.

Un hallazgo constante en todos los centros estudiados fue el predominio de mujeres en las consultas (62% del total). En lo que respecta a la distribución de trastornos y la probabilidad de padecerlos no se hallaron diferencias entre hombres y mujeres para el conjunto total de diagnósticos. Pero en algunos cuadros concretos, como es el caso de los trastornos depresivos, su frecuencia fue casi el doble en las mujeres para el conjunto de los centros. En cuatro de ellos (Santiago de Chile, Río de Janeiro, París y Bangalore en la India) esta tendencia resultó especialmente alta en relación al resto de centros. Otra variable asociada a depresión fue el nivel educativo bajo. Respecto a las demás variables socio-demográficas estudiadas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes padecían de trastorno depresivo y quienes no.

En lo que hace referencia al trastorno de ansiedad generalizada, además del bajo nivel educacional, otra variable sociodemográfica asociada al mismo fue el tener más de dos hijos pequeños en el hogar. También el hecho de padecer una enfermedad médica estuvo asociado al trastorno de ansiedad (a diferencia de lo que ocurría en el caso de los trastornos depresivos). En general, y para cualquier diagnóstico de los encontrados, las variables asociadas más constantes fueron padecer una enfermedad médica y tener un bajo nivel educativo. En la práctica, pudiera ser que un buen nivel educacional actúe como una variable que expresa ventaja social y, con ella, alguna protección respecto al hecho de padecer ciertos trastornos mentales. Sin embargo ya hemos visto cómo no se ha encontrado una relación directa entre el bajo nivel educativo con los diferentes trastornos mentales en el estudio ESEMeD. En este último el nivel educativo alto, por el contrario, presentó una mayor proporción de casos de abuso de alcohol, aunque menor de trastornos del humor, siendo este dato

el único que iría en la misma dirección que el estudio de la OMS. De cualquier forma hay dos diferencias importantes entre ambos estudios. Primero, en un caso se estudian muestras de población general y en el otro de población que consulta; segundo, el estudio ESEMeD se centra en países de alto nivel de desarrollo social y económico, a diferencia del estudio de la OMS, en el que hay una importante presencia de poblaciones pobres y de bajos ingresos.

Los datos de prevalencia en consultas de atención primaria disponibles en España confirman, en líneas generales, lo arriba expuesto. Presentamos a continuación los de dos estudios que han utilizado entrevistas psiquiátricas estructuradas.

Diagnóstico CIE-10	Hombres % (DE)	Mujeres % (DE)
Depresión	4,57 (1,34)	7,10 (2,64)
Distimia	1,28 (0,93)	3,66 (1,20)
Ansiedad Generaliz.	0,00, (0,00)	18,50 (4,58)
Dependencia OH	5,38 (4,09)	0,00, (0,00)
Fobia	0,00, (0,00)	2,34 (2,30)
Psicosis	2,74 (2,04)	0,37 (0,37)
Psico-orgánico	1,93 (1,15)	1,47 (0,75)
TOTAL	22,31 (6,28)	36,72 (5,55)

Prevalencia de trastornos mentales en centros de salud de Asturias y Cantabria (Vázquez-Barquero y cols., 1997).

En el estudio de Vázquez-Barquero los trastornos de ansiedad son los más frecuentes seguidos de los depresivos, especialmente la depresión mayor. En el caso de esta última se observa una mayor consistencia entre ambos estudios, en comparación con los otros trastornos, en cuanto a las cifras aportadas. Las diferencias pueden explicarse por los diversos métodos y períodos de tiempo utilizados para establecer la presencia de tras-

Salud mental y atención primaria

tornos mentales. Pensamos que, a pesar de ello, son bastante representativos y sirven para ilustrar de una manera adecuada la importante presencia de trastornos mentales en las consultas de medicina general en nuestro país.

Prevalencia anual % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno mental	76,90 (73,31-80,49)	66,77 (63,22-70,32)	70,48 (67,46-73,49)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	7,89 (6,02-9,76)	16,68 (14,27-19,10)	13,41 (11,49-15,33)
Cualquier trastorno de ansiedad	10,86 (7,97-13,75)	19,92 (17,07-22,78)	16,61 (14,08-19,142)
Dependencia de OH	2,74 (1,74-3,74)	0,45 (0,14-0,75)	1,30 (0,84-1,75)
Depresión mayor	5,43 (3,82-7,03)	12,07 (10,07-14,08)	9,60 (8,00-11,19)
Distimia	1,79 (0,96-2,61)	3,86 (2,71-5,01)	3,09 (2,20-3,98)
Fobia específica	4,61 (2,92-6,29)	7,87 (5,95-9,79)	6,65 (5,03-8,27)
Trastorno de angustia	3,89 (2,75-5,04)	8,79 (7,06-10,52)	7,00 (5,81-8,19)

Prevalencia de doce meses de trastornos mentales en centros de atención primaria de Cataluña. Criterios DSM-IV (Serrano-Blanco y cols., 1996).

TRASTORNO MENTAL Y QUEJAS SOMÁTICAS

En el estudio de la OMS, ya mencionado, las quejas somáticas tenían una gran presencia en todos los centros de salud de los diversos países, a pesar de las muy diferentes situaciones de desarrollo social y económico (Üstün y otros, 1995). El dolor y

otras quejas de tipo físico representaban el 62% de las presentaciones sintomáticas, mientras el sueño y la fatiga constituían aproximadamente el 6.9% de las mismas. Los problemas psicológicos, como la depresión, la ansiedad u otros síntomas relacionados con estos trastornos, así como los asociados al consumo de alcohol y sustancias, los problemas interpersonales o los síntomas psicóticos constituyeron sólo el 5.3% del total de presentaciones sintomáticas de los pacientes.

Incluso entre las personas que tenían claros trastornos mentales el perfil de quejas era muy similar, encontrándose solo un pequeño grupo de pacientes que acudía a consulta presentando síntomas psicológicos de una manera explícita. En ninguno de los centros estudiados aparecieron las quejas psicológicas en primer lugar. En todos los países la mayoría de los pacientes con trastornos mentales específicos se presentaron habitualmente con quejas de tipo somático tales como dolor de espalda, ahogos o vértigo. En el estudio sobre rutas asistenciales, también mencionado más arriba, las quejas más frecuentes presentadas por los pacientes que acudieron a los centros participantes en España fueron: cefaleas (21%), mareos (15%) y trastornos del sueño (14%).

Diversos estudios han encontrado que el riesgo de presentar trastornos mentales es sensiblemente más elevado entre quienes padecen enfermedades médicas, sobre todo si éstas son crónicas o generan algún tipo de discapacidad. Wells y otros (1988) aportaron datos de gran interés sobre enfermedades médicas específicas y su relación con trastorno mental. En la tabla siguiente se detallan algunos de sus hallazgos.

Se sabe que las enfermedades médicas más graves (como es el caso del cáncer), más amenazantes o que generan mayor incapacidad están asociadas a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales. Esta asociación puede derivarse de diversos factores, el principal de los cuales parece ser el estrés provocado por el impacto de la propia enfermedad y sus consecuencias en la vida del sujeto. Tampoco debemos descartar la comorbilidad asociada a una acción directa de la enfermedad sobre el humor, como ocurre en algunos trastornos neurológicos.

Salud mental y atención primaria

Enfermedad médica	N	Trastornos mentales (%)
Ninguna	1.711	17,5
Artritis	417	25,3
Cáncer	38	30,3
Diabetes	114	22,7
Cardiopatía	140	34,6
Hipertensión	291	22,4
Enf. Pulmonar crónica	127	30,9
Procesos neurológicos	37	37,5
Discapacidad física	148	25,8

Prevalencia a lo largo de seis meses de trastornos mentales entre pacientes con enfermedades médicas específicas (Wells y otros, 1988).

Al considerar las relaciones entre enfermedad médica y trastorno mental es muy importante tener en cuenta el grado de discapacidad o limitación que la enfermedad somática produce en los sujetos a estudio. Es lógico suponer que la discapacidad viene asociada más bien a procesos morbosos de carácter crónico y no a procesos agudos. Por otro lado existen enfermedades comunes de tipo crónico que no suponen un grado importante de discapacidad para quienes las sufren. Aquí el concepto de discapacidad se refiere a las limitaciones relativas al autocuidado y a otras restricciones en la vida de las personas afectadas. Un buen número de estudios, basados en muestras de pacientes, han encontrado que las personas con algún tipo de discapacidad física presentan significativamente más problemas psicológicos que las no discapacitadas. Por ejemplo, el riesgo de padecer depresión es aproximadamente tres veces mayor entre los discapacitados.

Otro aspecto que evidencia las íntimas relaciones entre enfermedad médica y trastorno mental lo constituye el extendido

uso de fármacos psicotrópicos en pacientes afectados por entidades médicas comunes. Existe una fuerte evidencia indicando que esta práctica es muy frecuente. Varios estudios llevados a cabo en diversos países, tanto en ámbitos comunitarios como en consultas de medicina general, aportan datos relativos a que entre un 17% y un 73% de todos aquéllos que han sido diagnosticados de alguna enfermedad médica tienen prescritos fármacos psicotropos, principalmente antidepresivos, hipnóticos y tranquilizantes. Parece que este tipo de sustancias se suelen indicar con mayor frecuencia en el caso de trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios y en las neoplasias. Estos datos sugieren que las enfermedades somáticas crónicas, incapacitantes o gravemente amenazantes presentan, con frecuencia, un componente psicológico que requiere tratamiento a juicio de sus médicos. La presencia de síntomas de ansiedad, depresión o insomnio resultan circunstancias muy comunes en estas situaciones.

ESTRÉS

A partir de Lazarus (1966) se asume que solo puede hablarse de estrés cuando el sujeto evalúa como amenazante un determinado elemento del medio. No se trata, pues, de un mero acontecimiento externo, sino de una manera de vivir un suceso. Los acontecimientos vitales estresantes (AVE) se definirían como estados de conmoción interna, no manejables por el sujeto y que son susceptibles de concluir en perturbaciones psíquicas. Holmes y Rahe (1967) recopilaron una lista de acontecimientos vitales considerados por los pacientes como los más significativos en las áreas social, familiar y personal, los cuales exigían un cambio adaptativo. A partir de ellos, elaboraron una escala de 43 ítems (*Schedule of Recent Events*) que ha sido muy utilizada como método de cuantificación del estrés. Paykel y otros (1971) realizaron una modificación y sustitución de algunos ítems de la escala de Holmes y Rahe. También recordaron que los AVE no debían entenderse como causa directa de enfermedad, sino como factores precipitantes que inciden sobre la vulnerabilidad previa del individuo y contribuyen a desencadenar el trastorno. Estos autores establecieron que las personas depresivas refieren tres

veces más AVE que la población normal. En el caso de enfermos depresivos que se suicidaron, la relación era de cuatro a uno. El cuestionario de Holmes y Rahe debe ser entendido como un estimador, puramente cuantitativo, del estrés y como un primer paso hacia una valoración cualitativa de los acontecimientos vitales estresantes. A pesar de sus inconvenientes, su amplia difusión y su validación por numerosos autores, hace de él un instrumento útil mientras no dispongamos de otro más válido y fiable. En nuestro medio González de Rivera y colaboradores (1983) han llevado a cabo una adaptación de este cuestionario.

Hay otros modelos teóricos, que permiten entender el desarrollo de la enfermedad, pretendiendo avanzar más allá del puro concepto de estrés o de estresor. En ellos se caracteriza al estrés desde un instrumento de medición, incluyendo sucesos vitales y dificultades. Se considera que el impacto de diversos estresores sobre la enfermedad ya no es genérico sino específico, empezándose a hablar de tipos de estresores en función de su gravedad. En este caso se denominan agentes provocadores, estudiándose tanto las dimensiones que subyacen en cada estresor como el tipo de enfermedad al que pueden dar lugar (Brown y Harris, 1989). Un amplio rango de factores relacionados con la vulnerabilidad de las personas para padecer un trastorno mental ha sido objeto de estudio. Estos factores, que pueden ser de diversa naturaleza, actuarían como desencadenantes haciendo más probable la aparición de un episodio de enfermedad. Este efecto es observado más claramente cuando ocurre un AVE de gran impacto o muy amenazante para quien lo padece. En un sentido contrario un adecuado soporte o apoyo social actuaría como un amortiguador de los sucesos vitales, constituyendo un factor de protección ante la enfermedad mental.

De los estudios sobre pérdida parental y privación podría deducirse que ésta sólo resulta patogénica si es seguida de abandono o desatención, por otro lado parece que este tipo de suceso vital incrementa la vulnerabilidad de manera inespecífica para diversos tipos de trastorno y no para alguno en particular. Las disfunciones familiares y las dificultades en la niñez parecen producir individuos especialmente vulnerables tanto a trastornos depresivos como ansiosos durante la vida adulta. Existe un buen

número de evidencias mostrando que personas con altas puntuaciones en escalas de neuroticismo presentan un mayor riesgo de padecer trastornos mentales comunes. También ocurre que este tipo de personas tienden a buscar cuidados con mayor frecuencia que otras, por lo que es más probable que pasen con facilidad los filtros hacia la atención sanitaria. Brown y Harris (1989) encontraron que la baja autoestima ocupaba un lugar central en el desarrollo de episodios depresivos en el caso de las mujeres. Posteriormente los mismos autores compararon grupos de mujeres depresivas obtenidos de muestras de población general y de consultas del Servicio Nacional de Salud Inglés mostrando que las experiencias que ellos describen como de *humillación* y *atrapamiento* tienen un importante papel como desencadenantes de depresión en ambos grupos. Según los resultados de su estudio este tipo de experiencias están asociadas a un mayor riesgo de depresión que las de pérdida o peligro, si éstas se producen aisladamente de aquéllas.

Otro factor de importancia, que incrementa la vulnerabilidad, es la adversidad social prolongada o estrés crónico. Murphy (1982) encontró que dificultades sociales de orden mayor predecían episodios de depresión en mujeres ancianas vistas en servicios médicos generales. En la misma línea un estudio realizado en Italia (Pini y otros, 1995) encontró, en una muestra de mujeres obtenida de consultas de medicina general, que éstas referían mayor número de problemas sociales que las procedentes de una muestra comunitaria. Tanto en hombres como en mujeres la disfunción marital era más frecuente entre los consultantes que entre el grupo de controles que no habían acudido a su médico. Las mujeres que acudieron a consultar tenían una menor disponibilidad de amistades o confidentes y presentaban enfermedades médicas más definidas que las que no acudieron. En otro estudio un hallazgo de interés fue que los principales factores de vulnerabilidad para mujeres de clase trabajadora eran: la carencia de relación afectiva, la muerte de la madre antes de los once años, la presencia en el hogar de tres o más niños menores de catorce años y el desempleo (Harris y otros, 1988). En general precipitantes de carácter indeseable o que suponen pérdida, en un período previo de seis meses, son susceptibles de desencadenar

Salud mental y atención primaria

denar episodios depresivos. Entre éstos presentan particular importancia los siguientes: duelo, divorcio, enfermedad severa en un familiar cercano y desempleo.

La presencia de AVE acaecidos en los meses previos a la consulta resulta muy frecuente entre los consultantes habituales de servicios de atención primaria, especialmente, como acabamos de ver, cuando se trata de personas desfavorecidas socialmente. Estos acontecimientos pueden aparecer junto a trastornos mentales definidos o en ausencia de ellos. En un estudio realizado en tres centros de atención primaria de Bizkaia se encontró que los AVE se asociaban a una frecuentación de consultas mayor que la enfermedad médica crónica o el propio trastorno mental (Aiarzagüena y otros, 1998). La carencia o el carácter disfuncional de los apoyos sociales aumenta la vulnerabilidad del sujeto hacia la enfermedad. Se ha establecido que los sentimientos de soledad y falta de apoyo, junto con la desesperanza, empeoraban el pronóstico. Una valoración de los síntomas depresivos en relación al estado civil halló que la probabilidad de sintomatología depresiva va en aumento en el siguiente orden: hombres casados, mujeres casadas, mujeres solteras y viudas, hombres solteros, viudos y divorciados, mujeres divorciadas.

DISCAPACIDAD Y TRASTORNO MENTAL COMÚN

En los últimos años la evidencia de los datos disponibles ha contribuido a una progresiva conciencia sobre la importante discapacidad que generan el conjunto de los trastornos mentales y, entre ellos, también los de menor gravedad, especialmente el trastorno depresivo, en comparación con otras enfermedades médicas. Según estimaciones de la OMS, en el año 2000, los trastornos depresivos supusieron, por sí solos, la cuarta causa mundial de carga social entre el conjunto total de enfermedades (tanto médicas como psiquiátricas) estudiadas. Esto supuso un 4,4% del total de causas de discapacidad ajustadas por años de vida. En caso de que se mantuvieran las actuales tendencias demográficas y epidemiológicas las previsiones para el año 2020 son que los trastornos depresivos se sitúen en la segunda plaza, dando cuenta de un 5,7% del total de causas de discapacidad.

Si utilizamos otra medida similar como es la que refiere *años de vida vividos con discapacidad*, que es un claro indicador de padecer un proceso crónico, encontramos que los trastornos depresivos son ya en la actualidad la primera causa de los mismos para el conjunto de la población mundial. Ellos solos explican un 12% del total de los casos considerando cualquier tipo de enfermedad. Si revisamos lo que ocurre en el grupo de población más joven (entre los 15 y los 44 años) encontramos que los trastornos depresivos suponen un 16,4% del total de *años de vida vividos con discapacidad* correspondientes a este grupo de edad. Estos datos muestran que los trastornos mentales comunes suponen una enorme proporción de las cargas de todo tipo debidas al conjunto de enfermedades crónicas en el mundo. También evidencian la probabilidad de que su presencia se acreciente en los próximos años, dado su importante peso en el grupo de población de menor edad.

Lo anterior se ve confirmado por los informes procedentes de contextos de provisión de servicios asistenciales. El ya mencionado estudio internacional de la OMS en centros de salud de diversos países del mundo muestra que, en todos ellos, existe un considerable impacto de los trastornos mentales comunes en la capacidad de las personas para llevar adelante su vida. Tanto la discapacidad autopercebida por los propios usuarios, como la referida por los profesionales de salud que los tratan, aparecía considerablemente incrementada entre los pacientes que cumplían criterios de trastorno mental. Además existía una clara relación concordante entre la gravedad del trastorno psicopatológico y el grado de discapacidad encontrado. Los trastornos mentales aparecieron fuertemente asociados con ambos tipos de medida. El resultado inequívoco fue que el grado de discapacidad aumentaba con la gravedad del trastorno, tanto en la percepción subjetiva de los pacientes como en los informes de los profesionales de la salud.

Para todas las categorías de trastorno mental la proporción de pacientes con discapacidad moderada o severa fue aproximadamente entre tres y cinco veces más alta que para los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico. El patrón era similar para todas las medidas de discapacidad que se establecieron. La co-

Salud mental y atención primaria

morbilidad psiquiátrica (cumplir criterios de más de un trastorno mental) apareció fuertemente asociada a discapacidad, pero ésta también estaba presente cuando existía al menos un trastorno mental. Por otro lado se estudió el grado en que la enfermedad física y la psíquica contribuían, cada una por separado, a la discapacidad. Los resultados mostraron que, en función de la gravedad de los procesos, tanto una como otra y de una manera independiente, conducían a la misma. La discapacidad ocupacional se mostró más sensible al trastorno mental, también la gravedad de la psicopatología observada se asociaba a una negativa autopercepción del estado general de salud. Esta situación sugiere una importante influencia, a través de ambas variables, en una mayor utilización de servicios. En este estudio no se observó un gran efecto de la enfermedad médica sobre la discapacidad. Esto podría deberse al espectro relativamente leve de enfermedad propio de centros de atención primaria. El 36% de los sujetos estudiados fueron clasificados como enfermos somáticos leves, el 14% como moderados y sólo un 2% fueron catalogados como graves.

También en el estudio ESEMeD se observa, en el caso de muestras comunitarias, que los trastornos mentales generan un importante grado de discapacidad y de pérdida de calidad de vida de los sujetos. Este daño funcional resulta, incluso, más elevado que el encontrado en algunas enfermedades médicas muy extendidas.

Tipo de Trastorno	Número de días
Ningún trastorno	3
Cualquier trastorno de ansiedad	23
Cualquier trastorno del humor	19
Diabetes	12
Cardiopatías	18

Promedio de días laborales perdidos en el último mes según trastorno padecido en el último año. Estudio ESEMeD, 2005.

NECESIDAD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

La mayor parte de los trastornos mentales que acceden a tratamiento están en contacto con servicios de atención primaria. Esta proporción resulta especialmente elevada en el caso de los trastornos mentales comunes, cuya presencia en este nivel asistencial cubre una parte del total sensiblemente mayor de la que se observa en el nivel especializado.

Diagnóstico	A. Primaria	Servicios de SM	Ingresados
Demencias	2,2	2,75	0,50
Esquizofrenia	2,0	4,08	0,72
Psicosis afectivas	3,0	1,47	0,41
Depresión	28,0	5,35	0,69
Otras neurosis	35,7	2,46	0,17
Alcohol y drogas	2,7	1,37	0,39
T. Personalidad	1,1	1,62	0,30
T. Adaptativos	26,7	1,74	0,30
Cualquier diagn.	101,4	20,9	3,3

Algunos trastornos mentales en los diversos niveles de atención.
Tasas por mil adultos en riesgo. Reino Unido
(Goldberg y Huxley, 1992).

Cuando estudiamos el tipo de profesional que atiende a los pacientes con trastorno mental encontramos datos que confirman esta idea. A destacar que hay un grupo importante de pacientes que son atendidos de manera simultánea en ambos niveles asistenciales y que una parte de los casos son tratados en el nivel especializado por profesionales distintos al psiquiatra, particularmente por psicólogos, aunque también por personal especializado de enfermería y trabajo social. Esto debe hacernos reflexionar

Salud mental y atención primaria

sobre la necesidad de desarrollar modelos de trabajo cooperativos y bien coordinados, donde los diferentes miembros del equipo, en ambos niveles de asistencia, puedan desarrollar sus tareas de forma armónica y eficiente.

Nivel asistencial	Pacientes %
Médico general	34,1
Salud mental (excluido psiquiatra)	10,8
Psiquiatras	20,6
Médico general + salud mental	28,9
Otros	5,6

Porcentaje de personas con trastorno mental que consultan en los diferentes niveles de salud. Estudio ESEMeD, 2004.

En una publicación derivada del proyecto ESEMeD se encontró que en los seis países europeos estudiados, solamente un 51,7% de las personas que presentaron clara necesidad de atención en salud mental fueron atendidas en los diversos servicios de salud, fueran éstos especializados o no (Alonso y otros, 2007). A efectos comparativos un 66,7% de quienes padecieron artritis reumatoide, un 88,4% de los hipertensos y un 91,9% de los diabéticos refirieron haber contactado durante el último año con servicios sanitarios a causa de su problema específico. Lo anterior supone que un 48,3% de las personas con trastorno mental y que necesitan ayuda médica presenta necesidades no cubiertas. Los jóvenes, las amas de casa y los jubilados son los grupos de población que presentan mayor riesgo de no acceder a cuidados cuando los necesitan. También las personas que llevan muchos años padeciendo trastorno mental están en este grupo.

Las visitas a servicios especializados se repartían de la siguiente manera: un 60,6% realizadas por quienes habían padecido un trastorno mental durante los últimos 12 meses; un 20,7% fueron causadas por los que habían padecido algún trastorno a

lo largo de su vida, pero no el último año y un 5,7% por consultantes con síntomas insuficientes para recibir un diagnóstico específico. A destacar un 13% de consultantes de servicios de salud mental que no cumplían criterio alguno de trastorno. En este mismo orden de cosas, entre los datos generales que el estudio ESEMeD ha puesto de manifiesto están los siguientes: en promedio solo un 22,2% de los pacientes con trastorno mental había consultado en algún servicio de salud en el año anterior a la encuesta. Considerando diagnósticos específicos, lo había hecho un 36,8% de los que presentaban un trastorno del humor y un 20,6% de quienes padecían un trastorno de ansiedad. De ellos algo más de una tercera parte había consultado con un médico general y uno de cada cinco con un psiquiatra, mientras un 28,9% había contactado con ambos. Por el contrario es importante señalar que un 39,7% de quienes contactaron con algún centro de salud general no llegaron a ser vistos por ningún profesional de salud mental y que un 20,7% de los pacientes no recibieron tratamiento alguno. Finalmente, se puso de manifiesto que, incluso en países europeos, hay un grupo de pacientes (5,6%) que consulta en servicios informales, sean naturistas, quiroprácticos y otros similares (Alonso y otros, 2007).



Ordenar, clasificar, pensar

3

¿ES NECESARIO UN DIAGNÓSTICO?

El campo de los trastornos mentales es especialmente propicio a discusiones sobre la relevancia o la naturaleza de las clasificaciones sobre los mismos. La mayor parte de las clasificaciones psiquiátricas están basadas en descripciones psicopatológicas que afectan, de una manera dominante, al estudio de los síntomas. Cuando se trata de prestar atención a los pacientes que acuden demandando ayuda, como ocurre en el caso de la asistencia primaria, estos debates parecen muchas veces irrelevantes y sin contenido práctico. De todas formas alguna forma de clasificación es necesaria a fin de sostener y dar base a la actividad diagnóstica de los médicos no especialistas. En cualquier caso hay que tener en cuenta varios aspectos (Casey y Byng, 2011):

- El trabajo de los médicos de atención primaria está orientado al tratamiento, por lo que cualquier clasificación minuciosa y detallista no resulta práctica si va más allá de señalar los aspectos más relevantes y orientados a favorecer cambios positivos en los pacientes.
- Cuando aparecen situaciones de incertidumbre entre varias posibilidades, la importancia del diagnóstico diferencial debe ser especialmente señalada.

- Hay que recordar que cualquier clasificación psiquiátrica es un constructo creado por expertos como forma de ayuda para las decisiones sobre el tratamiento. Ello significa que constituye, tan solo, una forma de aproximación a la realidad que viven las personas. Nunca hay que confundirla con la realidad misma.
- Siempre aparecen personas que no resultan fáciles de encajar en los sistemas clasificatorios, que son forzosamente imperfectos.

En los Estados Unidos los trastornos psiquiátricos se clasifican de acuerdo al sistema codificado en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), actualmente en su quinta revisión (2013). En Europa, aunque también se utiliza el anterior, tiene un uso muy extendido la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su actual décima revisión (WHO, 1992). Aunque básicamente ambos sistemas son muy parecidos hay algunas diferencias entre ellos. El DSM ha venido desarrollando de una manera mucho más sistematizada un tipo de evaluación denominada multidimensional o multiaxial en la que, además de los síntomas clínicos, son tenidos en cuenta otros aspectos relacionados con ellos que luego detallaremos.

Como acabamos de señalar, en los niveles asistenciales no especializados se precisan versiones de estas clasificaciones que puedan resultar prácticas para el trabajo de los médicos generalistas y respondan al tipo de trastornos que con más frecuencia se observan. Existe una versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, denominada ICD-10-PC, que contiene una versión abreviada de los principales trastornos observados en este ámbito, así como sus características diagnósticas y pautas para el diagnóstico diferencial. Provee definiciones para veinticinco trastornos (ver listado al final de este capítulo) y una versión más abreviada para seis de ellos, especialmente frecuentes, que puede ser utilizada por otros sanitarios no necesariamente médicos. Incluye además consejos sobre cuándo y cómo enviar pacientes a los especialistas. Finalmente incorpora información útil incluyendo datos sobre tratamientos médicos y

psicosociales. Por su parte el DSM-IV también dispone de una versión para atención primaria (DSM-IV-PC) focalizada en los trastornos mentales más comunes atendidos en atención primaria, tales como depresión, ansiedad y abuso de sustancias.

Sin embargo estos manuales no aportan información práctica para el médico de familia sobre el nebuloso territorio de los trastornos subsindrómicos, muchas veces asociados a problemas sociales y de conducta. Se trata de síntomas psiquiátricos misceláneos que no cumplen criterios para establecer un diagnóstico definitivo y constituyen una problemática especialmente frecuente que domina las consultas del primer nivel asistencial. En este ámbito la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) ha diseñado su propia clasificación, la *International Classification of Primary Care* (ICPC) que incorpora los motivos de consulta y los síntomas que predominan en la misma. Diversos estudios han revisado en los últimos años la utilidad de estos sistemas de clasificación organizados de una manera finalista y para un propósito determinado, especialmente el ICD-10-PC. Desgraciadamente estos estudios concluyen que, aunque su uso ha aumentado significativamente el número de diagnósticos de depresión (muchos de los cuales pasaban desapercibidos anteriormente) existe muy pequeña diferencia en orden a la precisión diagnóstica y los resultados finales (Croudace y otros, 2003).

¿Por qué es necesario un diagnóstico? Los diagnósticos en psiquiatría han recibido muchas críticas, no solo por parte de determinadas corrientes de la propia psiquiatría, sino también desde diversas disciplinas como la filosofía, la sociología o la propia estadística. Los argumentos contra las clasificaciones psiquiátricas son de variada naturaleza, pero la argumentación central se basa en su falta de especificidad y pobre fiabilidad a las que hay que añadir la inadecuación de utilizar simples etiquetas para describir problemas humanos complejos, lo que contribuiría a facilitar un trato deshumanizante de los pacientes. Los diagnósticos con frecuencia cambian cuando se realizan en diversos servicios y es frecuente que diferentes profesionales realicen diferentes diagnósticos en un mismo paciente. El grado de acuerdo en el diagnóstico entre psiquiatras es pobre y oscila entre un 30% y un 60%, siendo más bajo en el caso de los trastornos de personali-

dad y más alto en las psicosis. El diagnóstico no sirve para predecir una determinada evolución de un caso y proporciona una comprensión muy parcial de la situación del paciente. Muchos opinan que el diagnóstico sirve más para confundir que para ayudar a la asistencia y confiere un poder a los médicos del que éstos pueden abusar. En un último extremo se ha argumentado que la enfermedad psiquiátrica no existe, que no es otra cosa que un constructo para calificar conductas excéntricas y desviadas que escapan a los criterios sociales comúnmente aceptados.

No es pretensión de estas páginas entrar en detalle en esta controversia que ya ha sido dirimida con elocuencia por diversos autores, pero se hace necesario comprender y defender el valor de las clasificaciones y los diagnósticos. Por un lado, es evidente que existen elementos de verdad en las críticas mencionadas y que, debido al estigma que conlleva, muchas veces el diagnóstico psiquiátrico puede ser motivo de humillación y degradación. Por otro lado no parece posible abandonar el punto de vista de que los trastornos mentales existen como tales, más allá de lo que los propios psiquiatras puedan opinar de los mismos. Existen abundantes pruebas genéticas, bioquímicas, de neuroimagen, etc., de que muchos pacientes con trastornos mentales presentan características diferenciales respecto a las personas que no los presentan. Sin embargo no se ha alcanzado un estadio de conocimiento en el que, de una manera clara, puedan correlacionarse marcadores biológicos o de otro tipo con síntomas psiquiátricos específicos.

Los argumentos estadísticos subrayan la baja fiabilidad de los diagnósticos en psiquiatría y su falta de valor predictivo, a pesar de su contenido de validez. Una forma de mejorar esta fiabilidad consiste en definir criterios estrictos con los que efectuar el diagnóstico, lo que contribuye a una mayor precisión. Es lo que se han llamado criterios operacionales, en base a los cuales se han desarrollado los modernos sistemas clasificatorios, especialmente el DSM. Pero el disponer de definiciones operacionales no prueba la existencia de una entidad psiquiátrica determinada. Se precisa un paso más para proporcionar pruebas de validez o de existencia real de una enfermedad: hay que examinar poblaciones de pacientes reales que se hallen incluidos en unos mismos

síntomas o síndromes, con criterios evolutivos semejantes, que respondan a tratamientos específicos similares y presenten factores etiológicos comunes. Son estos aspectos, que permiten identificar enfermedades específicas, los que dan sentido a las definiciones operacionales y hacen avanzar nuestro conocimiento.

En psiquiatría, al igual que en medicina, es usual y necesario clasificar a pacientes con características comunes. Las clasificaciones nos permiten evaluar la estabilidad de los diferentes diagnósticos, establecer pronósticos y el grado de respuesta a los tratamientos conocidos. En el nivel individual el diagnóstico es útil para hacer juicios acerca de si un determinado paciente es similar, y hasta qué punto lo es, a todos aquellos que comparten con él un grupo de síntomas. También sirve para evaluar la probabilidad de que un determinado tratamiento sea efectivo o no.

El argumento de que un simple etiquetaje diagnóstico resulta inapropiado para describir la naturaleza de los problemas de los pacientes ha sido contestado mediante la propuesta de sistemas multiaxiales o multidimensionales de diagnóstico. Ello significa que diversos aspectos de la realidad del paciente pueden ser descritos y utilizados en su evaluación. Por ejemplo la CIE-10 ha definido tres áreas a evaluar:

- Estado mental y trastorno de personalidad (síntomas y rasgos de personalidad).
- Problemas en el entorno psicosocial del paciente (estresores, desencadenantes, coadyuvantes).
- Impacto de los síntomas en el funcionamiento (afectación, discapacidad).

Por su parte el DSM-IV definía, de una manera detallada, cinco áreas o ejes de evaluación:

- Eje I: Referido al estado mental y síntomas. El diagnóstico en su versión más clásica.
- Eje II: Referido a rasgos y trastornos de personalidad.

Salud mental y atención primaria

- Eje III: Que describe enfermedades médicas que hayan podido contribuir a la presencia de los síntomas psiquiátricos.
- Eje IV: Que describe el funcionamiento social del sujeto evaluado. Grado en el que los síntomas afectan a la vida del paciente.
- Eje V: Que describe los estresores presentes en los seis meses previos al momento de la evaluación.

Se supone que la información cruzada proveniente de esta evaluación ha de producir un mejor conocimiento de la situación actual y posible evolución de cada caso, así como de la mejor manera de abordarlo para proponer una estrategia de tratamiento centrada en el paciente.

TRASTORNO MENTAL Y CASO PSIQUIÁTRICO

La ausencia de marcadores, biológicos o de cualquier otro tipo, que diferencien con suficiente sensibilidad y especificidad la posible frontera que separaría a las personas con trastorno de aquéllas que no lo tienen constituye una frontera aún no superada. Es más, no sabemos si podrá serlo alguna vez. De hecho, hasta la fecha y parece que por mucho tiempo, no hay ningún *criterio objetivo* para establecer qué es o no es un trastorno mental. De ahí se deriva que toda definición al respecto ha de tener un carácter operativo y pragmático, no pudiendo eludir una dosis de arbitrariedad en la definición y requiriendo, entre otras cosas, un grado de consenso entre los profesionales y, hasta cierto punto, también entre éstos y los usuarios, compatible con el uso clínico común.

Algunos autores (Williams y otros, 1990) han propuesto, de una forma operativa, tres aspectos a considerar en toda definición de *caso psiquiátrico*. Estos aspectos se relacionan con:

- La severidad y el patrón de los síntomas presentes.
- La ruptura de los mecanismos de adaptación habituales.
- Una conducta activa de búsqueda de ayuda.

El primero, que es el más obvio de los tres, hace referencia a lo que, en esencia, es considerado como trastorno según el consenso mayoritario de los profesionales e incluido en las clasificaciones operativas al uso, en la actualidad DSM-5 y CIE-10. El criterio de ruptura adaptativa, por otro lado también utilizado de manera común, plantea no obstante algunos problemas de difícil solución si hemos de aceptarlo en toda definición de caso. Algunas situaciones de simple disforia o disconformidad subjetiva podrían verse incluidas en la definición de caso. Por contra puede darse la situación de personas con síntomas graves que aún mantengan, al menos en parte, sus mecanismos de adaptación conservados. Finalmente, en lo que respecta a la conducta de búsqueda de ayuda, hemos visto que está en buena parte condicionada por factores culturales, individuales y de oferta de servicios, en gran medida ajenos a la sintomatología del paciente. Este tipo de variables explican tanto la sobredemanda que observamos en algunos usuarios, sin trastorno o con muy escasos síntomas, como la absoluta falta de la misma en otros, algunos de ellos con trastornos graves.

En 1982 David Goldberg planteó una clasificación orientada a la praxis, especialmente de la asistencia primaria, válida tanto para el médico general como para sus pacientes y que debía ayudar a plantear y resolver algunos de los principales problemas de manejo clínico. Según este autor habría un primer grupo de enfermedades psiquiátricas mayores, como la esquizofrenia. Se trata de entidades relativamente fáciles de etiquetar debido a la naturaleza de sus síntomas o a las conductas que se derivan de los mismos. Sus dos principales características serían que son tratadas en el nivel especializado y con tratamientos farmacológicos bastante *específicos*. Un segundo grupo es el de aquellos pacientes que *no requieren intervención específica*. Aquí encontramos varios tipos de usuarios: 1) con síntomas insuficientes para un diagnóstico o síntomas leves; 2) con síntomas transitorios o de corta duración; 3) con síntomas no relacionados con las preocupaciones o el motivo de consulta del paciente; y, finalmente 4) aquellos con síntomas relacionados con situaciones externas que no pueden ser modificadas. En este tipo de pacientes las intervenciones más precisas serían el apoyo y las intervenciones

psicosociales. El último grupo está constituido fundamentalmente por los trastornos ansiosos y depresivos que requieren intervención específica, aunque *no siempre especializada*, incluyendo medicación.

Se ha señalado que el uso de criterios de caso muy restrictivos y de alta especificidad (como suelen serlo los de las nosografías psiquiátricas de modelo categorial tipo ICD-10 o DSM-IV) podría no ser del todo válido en la atención ambulatoria donde predominan los trastornos de intensidad sintomática menor. El argumento es que lo que se gana en validez y fiabilidad diagnóstica, por la definición precisa y exigente de caso, se pierde en sensibilidad. Por ello muchos casos reales en cuanto a su problemática, demanda de ayuda y necesidad de manejo profesional no llegan a alcanzar una categoría diagnóstica definida, lo cual resulta una paradoja.

Sin embargo tanto en el trabajo clínico como en la investigación se hace preciso establecer un criterio de trastorno psiquiátrico lo más definido y explícito posible. Este criterio además de ser válido y fiable, tiene que poderse aplicar de la misma forma en todos los niveles asistenciales si lo que queremos es mantener una coherencia tanto de tipo conceptual como asistencial. Se trata, en última instancia, de un constructo más bien de tipo categorial que, como en otros campos de la medicina, precisa criterios diagnósticos lo más específicos que sea posible, así como una frontera de separación suficientemente nítida de los diversos diagnósticos entre sí. Esto plantea numerosos problemas en el ámbito de los trastornos mentales comunes, en gran parte debidos a la inestabilidad e inespecificidad de los síntomas que los caracterizan, así como al solapamiento de los mismos (Retolaza, 2009).

Los criterios con los que se establece qué es un trastorno mental son de varios tipos. Las diversas nosografías que se utilizan en la actualidad, tanto la CIE como el DSM especifican, por lo habitual, o bien una determinada cualidad de los síntomas que los hace más fáciles de identificar (por ejemplo: humor deprimido, alucinaciones auditivas, ideación delirante...), o bien una determinada cantidad o número de síntomas, cuando éstos son de naturaleza similar o en exceso miscelánea. Son necesi-

rios, además, requisitos de orden temporal tan definidos como ello sea posible (duración de los síntomas, secuencia continua o discontinua de los mismos, momento de inicio, etc.).

Por otro lado ha de tenerse en cuenta el hecho de que algunas de las razones que mueven a ciertas personas a consultar en servicios médicos, incluso especializados, no constituyen por sí mismas trastornos mentales, aunque puedan responder, en ocasiones, a motivos de tipo psicológico. A fin de incluir este aspecto las clasificaciones de las modernas nosografías suelen tener apartados para consignar problemas diversos, tales como desavenencia matrimonial, duelo, conflictiva interpersonal u otros similares. La ICD-10 los clasifica como códigos Z.

Existen diferencias culturales de importancia a la hora de considerar las ideas comunes sobre qué es o no es un trastorno mental. Estas se ven influenciadas por usos, tradiciones, factores económicos, etc., que inciden de manera notoria en el hecho de enviar a un psiquiatra a determinados pacientes. Parece obvio que en los países desarrollados, en los que existe un número importante de profesionales de la psiquiatría, éstos tendrán más posibilidades de que les sean remitidos pacientes con trastornos menores, que muy probablemente no serían vistos por un psiquiatra en un país en vías de desarrollo. Por motivos similares resulta fácil percibir que, en la actualidad, los psiquiatras de los países desarrollados reciben, tratan y cuidan a un grupo de pacientes mucho más amplio que el que era atendido en esos mismos países hace cincuenta o cien años.

Tanto en la práctica privada como en la pública, el psiquiatra intenta asignar una etiqueta diagnóstica y el tratamiento correspondiente a aquellas personas que recibe en su consulta. Ello está en concordancia con el rol formal del paciente, que lo es por la simple y llana razón de haberse puesto en manos de un profesional. Pero, en inicio, no es el psiquiatra, sino el propio paciente o sus allegados quienes definen si hay o no necesidad de consulta. En los sistemas sanitarios evolucionados el médico de familia, que interviene como derivante, influye también en la correspondiente decisión de consultar, pero resulta obvio que su valoración se ve también influenciada por el paciente y su entorno personal inmediato. El psiquiatra puede rechazar un caso y no

considerarlo como tal, pero en la práctica es muy probable que esto no suceda. Más bien aceptará que lo que tiene ante sí, una vez derivado, es un caso a tratar.

De lo que antecede se deducen dos consecuencias de importancia cuando el objetivo es el de establecer (o medir mediante un instrumento) la presencia de un trastorno mental. Primero, el concepto mismo de trastorno debe limitarse en su amplitud y atenerse a *criterios operativos* si es que se quiere que tenga algún sentido. Segundo, los criterios utilizados deben poseer algún factor común que confiere al conjunto de los mismos un significado unitario y una validez conceptual, frente a situaciones de distrés que no alcanzan a cumplir esos requisitos. Esto significa, que dichos criterios deben de estar bien contruidos.

Los síntomas de menor intensidad (como ocurre con la ansiedad y los cambios de humor) constituirían una especie de mínimo común de los trastornos mentales, presente en casi todos los pacientes psiquiátricos y definirían por lo tanto estados psicopatológicos con muy escaso poder discriminatorio entre diversas categorías diagnósticas o entidades clínicas. Se trata de síntomas más cercanos a las circunstancias habituales que experimenta un sujeto y más fácilmente comprensibles, puesto que no suponen un elevado grado de ruptura de la continuidad psicológica experimentada por las personas en su vida cotidiana. Se trataría, por fin, de estados psicológicos más o menos habituales, que todos nosotros podemos experimentar en diversos grados de intensidad y en diferentes momentos. Se ha propuesto añadir dos características más para completar la descripción de este nivel menos diferenciado de trastorno psíquico. Primero, una tendencia a presentar síntomas somáticos muy variados y de escasa entidad; segundo, la presencia de disfunciones o cambios observables en la conducta social de los pacientes (Goldberg, 1988).

EL DIAGNÓSTICO COMO CATEGORÍA

Como ya hemos mencionado las clasificaciones son necesarias en casi todos los órdenes de la vida. Nos permiten ordenar y fijar, aunque sea provisionalmente, la información disponible

sobre un conjunto de datos, que a veces puede ser ingente, y organizar nuestro saber sobre ellos. En el campo médico, son tan antiguas como la propia medicina. Sin alguna forma de clasificación resulta imposible hacer avanzar en el conocimiento. Sin un concepto diferenciado de cada trastorno mental, distinto respecto a otros trastornos mentales, no podríamos aprender nada sobre sus posibles causas o formas más efectivas de tratamiento, diferentes en principio para las diversas entidades clínicas. Las clasificaciones constituyen colecciones de categorías cuyo uso se encuentra mucho más extendido que el de cualquier otro sistema posible. Ello se debe a que, según nos mostró Kant, tanto la estructura de nuestro lenguaje como la de nuestro entendimiento están basadas en categorías. El conocimiento en materia de psiquiatría no es una excepción a esta regla. Algún tipo de clasificación resulta esencial a fin de establecer juicios pronósticos sobre cada paciente individual. Cuando realizamos la prognosis de un caso, basada en su correspondiente diagnóstico, lo que en realidad estamos haciendo es adscribir, por analogía, a un paciente concreto dentro de una clase o grupo similar de pacientes previamente conocidos. Por otro lado las clasificaciones se hacen necesarias a fin de poder establecer un lenguaje común, que nos permita comunicar con terceros sobre trastornos específicos o sobre pacientes individualizados.

Un modelo categorial de enfermedad mental conduce a una clasificación con un número finito de categorías (es decir tipos o clases de enfermedad) que, por principio y de una forma ideal, habrían de ser excluyentes entre sí o, al menos, con fronteras bastante precisas que separaran las diferentes entidades. A su vez el modelo debe ser lo más amplio y exhaustivo posible, en el sentido de abarcar todas las enfermedades conocidas. Ello solo es posible incluyendo en la clasificación un número, indeterminado pero alto, de categorías residuales o inespecíficas. Un constructo de estas características presenta algunos problemas respecto a aspectos esenciales que conciernen a la naturaleza de la enfermedad mental. Por ejemplo, todo el espectro de la comorbilidad (padecer simultáneamente dos o más trastornos psíquicos) podría resultar un simple artefacto motivado por la forma en que está concebido el modelo, con una necesaria y rígida fron-

tera entre las diversas entidades. La variabilidad temporal o versatilidad en la secuencia sintomática de algunos síndromes obligaría, por el mismo motivo, a realizar diagnósticos distintos en orden sucesivo.

Una posible alternativa sería la de renunciar a los modelos categoriales y adoptar en su lugar modelos multidimensionales de clasificación. Se establecería, por convención, que una persona padece una depresión o un trastorno de ansiedad en el caso de que alcanzara una determinada puntuación en un eje (o ejes) de dimensiones específicas. Pero lo que resulta sencillo si consideramos un pequeño número de dimensiones (ansiedad y depresión son las más claras), podría resultar en exceso complicado si fueran necesarias, como es de esperar, una buena cantidad de las mismas (Goldberg, 1988). La gran ventaja de los modelos categoriales es que simplifican las cosas en varios e importantes órdenes. Primero, facilitan el trabajo clínico puesto que los profesionales quieren saber lo más claramente posible con qué tipo de problema se tienen que enfrentar, esto es, necesitan un diagnóstico para especificar un tratamiento. En segundo lugar, producen grupos homogéneos de sujetos que resultan más fáciles de manejar a efectos de investigación, ya sea ésta clínica o epidemiológica. En tercer lugar, posibilitan el trabajo de los administradores que precisan contabilizar, por ejemplo, casos tratados, gastos por proceso o comparar la relación costo-beneficio entre diversas técnicas de tratamiento. Por último, ayudan a calmar la preocupación de los propios pacientes y de sus familias que quieren saber qué enfermedad es la que padecen y sus posibilidades de curación.

En resumen, un modelo categorial de enfermedad, de una manera prototípica, presenta todas y cada una de las características que enumeramos a continuación. Exige una clara discontinuidad entre un síndrome cualquiera y la normalidad; también una frontera natural que diferencie entre sí a cada una de las diversas entidades clínicas respecto a las demás. Las categorías clínicas tienen que ser robustas y sólidamente establecidas. Para ello deben ser lo suficientemente constantes en su forma de presentación y mostrar un buen grado de validez y fiabilidad, tanto entre sistemas nosográficos distintos como entre distintos observadores. Además de lo anterior las categorías deben ser estables

y constantes en el tiempo. Asimismo, debieran esperarse diferencias de orden genético entre ellas y, finalmente, debiera haber, también, diferentes tratamientos específicos para los diversos tipos de enfermedad establecidos en el modelo.

1. Frontera natural de separación entre las diversas entidades clínicas.
2. Ruptura de continuidad entre cualquier entidad clínica y la normalidad.
3. Categorías clínicas sólidamente construidas, válidas y fiables.
4. Categorías clínicas estables y constantes en el tiempo.
5. Diferencias de orden genético entre diferentes categorías.
6. Diferentes tratamientos para diferentes categorías de enfermedad.

Modelo categorial de enfermedad

El problema es que una gran parte de los trastornos mentales, especialmente los llamados comunes o de menor intensidad, encajan con dificultad en el modelo ya que no cumplen varias de estas condiciones.

FIABILIDAD Y VALIDEZ EN EL DIAGNÓSTICO

Mencionamos a continuación algunos términos y conceptos esenciales que nos permitirán analizar con detalle los problemas de diagnóstico de los trastornos mentales comunes y algunas de las fórmulas para solucionarlos, aunque con limitaciones. La *fiabilidad* hace referencia a la estabilidad de medida conseguida cuando una medición es repetida. Refleja el grado en que es posible reproducir los resultados obtenidos por un procedimiento de medición. Partimos de que las fuentes de variación en el proceso diagnóstico proceden de los siguientes puntos:

- Criterio de caso. Los criterios formales de inclusión y exclusión que utilizan los clínicos pueden diferir.

Salud mental y atención primaria

- Fuentes de información. No siempre se dispone de las mismas fuentes de información. Esta puede proceder del paciente, de su familia, de otro clínico, de registros escritos o informatizados, etc...
- Subjetividad en las observaciones. Incluso con las mismas fuentes de información es posible que diferentes clínicos discrepen en el juicio que establecen sobre lo que observan.
- Cambios en el sujeto observado. El paciente puede presentar diferentes condiciones morbosas en diferentes momentos. Por ejemplo un trastorno ansioso, primero, y un trastorno depresivo después.
- Cambios en la entidad clínica observada. El trastorno observado en un mismo paciente puede atravesar diferentes situaciones en diferentes momentos. Por ejemplo un episodio de ansiedad duradero seguido de un cuadro depresivo grave.

Del análisis de estas fuentes de variación resulta finalmente que la falta de fiabilidad deriva de tres tipos de circunstancias: 1) diferencias en los instrumentos de medición; 2) diferencias entre los observadores que los aplican; 3) escasa estabilidad del atributo objeto de medición.

En el diagnóstico psiquiátrico, particularmente en el de los trastornos mentales comunes, se dan los tres tipos de circunstancias señaladas ya que, en muchas ocasiones, hay desacuerdo (o al menos no un acuerdo suficiente) entre los instrumentos o criterios con los que se establece el diagnóstico. Por otro lado diferentes observadores, especialmente en diferentes contextos clínicos, pueden llegar a diferentes conclusiones diagnósticas a pesar de aplicar un mismo instrumento. Incluso un mismo observador podría llegar a conclusiones distintas sobre un mismo caso en diferentes momentos. Finalmente, como ya hemos visto, la estabilidad temporal de algunos síndromes o síntomas de carácter inespecífico o leve es baja.

Siempre es importante conocer la cantidad y la fuente de la falta de fiabilidad que pueda estar presente en una situación determinada ya que, conociéndola, podremos evitar llegar a con-

clusiones falsas y, ante todo, carentes de garantía. Las medidas para establecer la fiabilidad son fundamentalmente dos:

- La fiabilidad test-retest que se valora administrando una misma prueba en diferentes momentos esperando que los resultados coincidan o, al menos, correlacionen. Esta medida exige que la entidad observada permanezca estable durante el tiempo transcurrido entre las diferentes observaciones.
- La fiabilidad interobservadores (también conocida como confiabilidad) que se establece mediante la observación simultánea y registro individualizado de los datos de una misma entrevista diagnóstica por dos o más observadores. Para reducir las fuentes de una baja fiabilidad detectada se pueden utilizar diversas estrategias. Las más importantes son las siguientes: 1) disponer de definiciones operativas claras para los diferentes trastornos; 2) manejar un procedimiento estandarizado para el examen clínico que disponga de métodos detallados y precisos para recoger la información; 3) utilizar un instrumento que proporcione mediciones poco variables; y 4) consensuar criterios entre diferentes observadores.

La fiabilidad puede ser comparada con la capacidad de un arquero para dar en un mismo punto en cada disparo que efectúe. De lo que antecede se puede deducir que un instrumento fiable no es todavía necesariamente satisfactorio, ya que si no es capaz de acertar en el centro del blanco (o muy cerca de él) no servirá para proporcionar información útil a pesar de su posible precisión, ya que puede presentar un sesgo sistemático. La validez de un diagnóstico está pues condicionada por su fiabilidad, pero ésta, por sí sola, no puede garantizar la validez. En el ejemplo del arquero esta última puede compararse con su capacidad para dar en el centro de la diana.

La validez expresa el grado en el que una determinada medición sirve para medir realmente aquello que pretende medir. La validez de un diagnóstico se juzga mediante la validez de la me-

dida con la que éste se establece (sea una entrevista clínica habitual o estructurada mediante instrumentos de ayuda). A fin de precisar y definir los diversos aspectos que el concepto contiene se distinguen varias clases de validez:

1. Validez de constructo: describe el grado en que una medición efectuada se corresponde con los conceptos teóricos (construcciones) que explican y describen el fenómeno sometido a estudio. Si, por ejemplo, el fenómeno cambiara con el tiempo, una medición construida con validez tendría que reflejar ese cambio. En el caso de los trastornos mentales comunes la validez de constructo quizá suponga el reto más difícil, puesto que las construcciones teóricas que dan cuenta de los diferentes procesos morbosos no son lo suficientemente sólidas y, muchas veces, están sometidas a controversias desde su propio fundamento, según cuál sea la escuela de pensamiento que las teorice. De momento se ha llegado a soluciones consensuadas de compromiso, que permiten establecer unos criterios mínimos para el diagnóstico de la mayor parte de los trastornos. Pero es posible que este compromiso, aunque necesario para evitar un grado inmanejable de variabilidad, resulte en exceso formal y contribuya a no tener en cuenta elementos potencialmente esenciales de los trastornos mentales a estudio.
2. Validez de contenido: hace referencia al alcance o grado de profundidad en el que la medición efectuada se adentra en el fenómeno a estudio. Por ejemplo una medición válida del grado de salud o enfermedad mental de una persona ha de tener en cuenta, además de las variables clínicas, el estado funcional de la misma incluyendo las actividades de la vida cotidiana y el funcionamiento laboral, social o familiar de esa persona.
3. Validez de criterio: describe el grado en el que la medición efectuada se correlaciona con un criterio externo propio del fenómeno estudiado. En la validez de criterio se suelen distinguir dos aspectos:

- Validez concurrente: la medición y el criterio que la evalúa se realizan en el mismo momento cronológico. Por ejemplo comparando, en un mismo paciente, la opinión diagnóstica de un profesional con la resultante de una entrevista estructurada, cuyos datos para el diagnóstico se han introducido en un ordenador.
- Validez predictiva: la validez de la medida se expresa en términos para predecir el criterio. Por ejemplo una escala que evalúe y cuantifique el riesgo de cometer autoagresiones deliberadas cuya validez se compara con el comportamiento posterior de los sujetos en dicha materia. El valor predictivo de una prueba está condicionado por la sensibilidad y la especificidad de la misma así como por la prevalencia del problema para el que se emplee. La sensibilidad viene dada por la proporción de personas con el trastorno presente en la población estudiada que se han catalogado como tales por la prueba; constituye una medida de la probabilidad de diagnosticar correctamente un caso y se representa mediante la tasa de verdaderos positivos. La especificidad es la proporción de personas sin el trastorno que la prueba en cuestión cataloga como no enfermas; establece una medida de la probabilidad de identificar correctamente a una persona sana mediante la prueba y se representa mediante la tasa de verdaderos negativos.

Desde un punto de vista práctico podemos considerar dos tipos de instrumentos. En primer lugar, aquéllos que son sensibles, pero poco específicos, por lo que resultan útiles si queremos detectar trastornos y no perder muchos casos. En segundo lugar, aquéllos que son específicos, pero poco sensibles y presentan un riesgo de dejar escapar casos. Una estrategia adecuada para equilibrar estas características de los instrumentos es la de combinarlos en dos fases, como se suele hacer en muchos proyectos de investigación. En la primera fase se utilizan los instrumentos más sensibles. Como entre los casos aparecerán muchos falsos positivos necesitaremos realizar, posteriormente, la prueba diag-

nóstica con el instrumento más específico a fin de precisar mejor los diagnósticos.

Describiremos a continuación algunos modelos teóricos de aproximación a la naturaleza de los trastornos mentales (especialmente los más comunes y frecuentes) que pueden ayudar a complementar el diagnóstico categorial y a enfocar un tratamiento posible.

PERSONAS EN CRISIS: ¿HAY QUE INTERVENIR?

En los años sesenta del pasado siglo, Gerald Caplan, un psiquiatra comunitario contemporáneo de la reforma que, impulsada por el presidente Kennedy, transformó la asistencia psiquiátrica en los Estados Unidos, desarrolló lo que llamó *Principios de psiquiatría preventiva*. En los mismos este autor describe un modelo conceptual de prevención primaria en el que establece que, para alcanzar un desarrollo mental normal, todas las personas precisamos de una serie de aportes básicos procedentes de nuestro entorno. Caplan clasificó estos aportes en tres tipos: físicos, psicosociales y socio-culturales. El desarrollo armónico de las personas precisa de una cantidad y calidad adecuada de cada uno de ellos. El déficit o exceso de los mimos puede alterar el necesario equilibrio y estar en la base de futuros trastornos mentales.

Entre los *aportes físicos* incluyó la alimentación, la vivienda, la estimulación sensorial en la época infantil y el ejercicio físico. Se trata de factores necesarios para el desarrollo y crecimiento corporales, que resultan esenciales para el mantenimiento de la salud y la protección contra el daño físico.

En lo que respecta a los *aportes psicosociales* lo esencial es que procuren la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo, mediante la interacción personal con los miembros significativos de la familia y de otras personas iguales o superiores en ámbitos escolares, sociales y laborales. En esta área la provisión de aportes se relaciona con lo que llamamos satisfacción de necesidades interpersonales. La lista de necesidades psicosociales puede resultar algo arbitraria. Lo principal es que las necesidades del conjunto biológico primario se modifican continuamente por la

interacción con el entorno del sujeto y se satisfacen o no en el mismo. Una lista útil podría incluir tres áreas principales:

- Necesidades de intercambio de amor y afecto.
- Necesidades de limitación y control (afirmación y mantenimiento de la autoridad).
- Necesidades de participación en la actividad colectiva.

Las necesidades interpersonales se experimentan en relación con personas significativas que son fuente de continuas vinculaciones emocionales. La resistencia al trastorno mental depende de la continuidad y fortaleza de estas relaciones. La provisión inadecuada de aportes psicosociales se produce cuando no existen oportunidades para que el sujeto se relacione con aquéllos que pueden satisfacerlo, cuando las personas significativas no lo perciben o respetan, cuando tratan de manipularlo para satisfacer sus propias necesidades o cuando una relación satisfactoria es interrumpida por la enfermedad, la muerte, la pérdida o la decepción.

Los *aportes socioculturales* incluyen influencias propias de los valores y costumbres de la cultura y la estructura social en la que está inserto el individuo. Hacen referencia a lo que los otros esperan de la conducta de una persona y que influye de una manera significativa en los sentimientos que uno experimenta acerca de sí mismo. Esto nos permite adscribirnos a un lugar dentro de la estructura social y alcanzar las recompensas y seguridad necesarias. Si la persona nace en un grupo social aventajado y dentro de una sociedad estable, su rol social y el cambio del mismo a lo largo de la vida le proporcionan oportunidades para un desarrollo saludable de su personalidad. Por el contrario, si pertenece a un grupo colocado en situación desventajosa o a una sociedad inestable, puede encontrar bloqueado su progreso, lo que tendrá un efecto negativo sobre su salud mental.

Lo esencial en la *aparición de una crisis* es el desajuste entre la dificultad e importancia del problema planteado y los recursos que se disponen para afrontarlo. El individuo experimenta una

sensación de alerta o peligro para la satisfacción de sus necesidades (aportes básicos), siendo las circunstancias tales que los métodos habituales para resolver problemas resultan ineficaces. El repertorio de soluciones del sujeto se agota porque se presenta una situación nueva, bien por la cantidad de los componentes de la misma (intensidad) o bien por la calidad (una naturaleza diferente del problema a enfrentar). La persona experimenta una sensación de ineficacia que puede ir acompañada de sentimientos de miedo, ira, vergüenza o impotencia, por ejemplo. Estos sentimientos y las conductas que los acompañan provocan una desorganización del individuo que conduce a intentos de descargar la tensión interior que se va acumulando o a sucesivas tentativas de solucionar el problema planteado.

Aparecen cuatro fases típicas:

Fase 1: La elevación de la tensión pone en marcha las habituales respuestas aprendidas para resolver problemas.

Fase 2: El fracaso y la persistencia del estímulo llevan a un incremento de la tensión y el estado descrito de ineffectividad.

Fase 3: La persistencia del aumento de la tensión pone en marcha mecanismos para movilizar recursos inhabituales y de emergencia. El sujeto ensaya nuevas técnicas de afrontamiento y trata de redefinir el problema de forma que se parezca, al menos en algún aspecto, a situaciones previamente vividas. Como resultado de todo ello el problema puede resolverse y la solución suele involucrar un cambio de papel del individuo respecto a la situación anterior.

Fase 4: Si el problema continúa, la necesidad básica no consigue gratificarse y resulta imposible renunciar a ella, la tensión se eleva hasta un punto en el que la desorganización del individuo tiene resultados graves.

En el desenlace de la crisis intervienen diversos factores, algunos de ellos dependientes del propio individuo, sus características personales y su experiencia previa. Es posible establecer una lista de circunstancias que entrañan mayor peligro. Entre ellas se encuentran las llamadas transiciones de rol, como, por

ejemplo, el momento del nacimiento, la pubertad, el climaterio, la enfermedad o muerte de algún miembro de la familia. En tales circunstancias se produce una pérdida, o amenaza de pérdida, de aportes básicos. El modelo implica que existen elementos del entorno del sujeto que pueden resultar cruciales para la resolución o agravamiento de la crisis, como por ejemplo, la influencia de la familia o la de otras personas claves de su medio habitual (escuela, trabajo, vecindario, etc.) o, finalmente, la de los diversos asistentes profesionales que puedan intervenir (maestros, médicos, enfermeras, trabajadores sociales...) incluidos los profesionales de la salud mental.

De todo ello se concluye que tres aspectos de la crisis son especialmente importantes para su resolución. Uno, el desenlace está muy determinado por la interacción durante la crisis de fuerzas endógenas al individuo y exógenas procedentes de su entorno. Estas últimas pueden tener más importancia que los factores de personalidad o la experiencia previa de la persona. Dos, durante una crisis el individuo que la sufre experimenta una intensa necesidad de ayuda, la cual siempre provoca una respuesta de quienes le rodean. Y tres, durante la crisis el sujeto es mucho más sensible a la influencia de otros que durante los períodos estables no críticos.

Finalmente hay que certificar que no todas las crisis vitales, psicológicas o personales deben de ser entendidas como patológicas, sino más bien al contrario, resultan oportunidades de cambio y crecimiento por las que todas las personas pasamos en determinados momentos de nuestra vida. Son por lo tanto situaciones normales e ineludibles a lo largo de la biografía de los sujetos, de las familias y también de las sociedades. Por ello su resolución es muchas veces espontánea y el propio sujeto, amparado habitualmente en su entorno de confianza, y si éste es suficientemente protector, puede solucionar el problema planteado. Así pues no siempre es necesaria la intervención de profesionales sanitarios o de la salud mental en su resolución y ésta en ocasiones es, no solo superflua, sino que puede llegar a ser perjudicial y iatrógena.

La indicación de cuándo hay que intervenir o no en un caso de dificultades psicológicas (término que como decimos no es equivalente al de trastorno mental, aunque a veces se confundan) no es

una cuestión resuelta o que esté debidamente consensuada entre los profesionales. No hay criterios claros capaces de establecer una frontera entre lo que debe y no debe ser tratado. Hay muchos factores, no todos psicopatológicos, que pueden intervenir en la decisión. Entre éstos algunos son de carácter clínico (los síntomas), pero otros pueden ser de tipo asistencial (servicio público o privado), o particulares del paciente o del terapeuta que se va a hacer, o no, cargo del caso. Incluso es importante considerar el tipo de encuentro y relación que se pueda establecer entre ambos y lo que se puede esperar del mismo. Podemos, por ejemplo, intervenir de una forma preventiva, antes de que aparezca un trastorno previsible, a fin de tratar de evitar su aparición o de que ésta tenga efectos menos intensos o de menor duración. También podemos decidir que no es necesario responder a una demanda de atención recetando un medicamento o realizando algún tipo de psicoterapia. Finalmente podemos, una vez considerados los pros y los contras, decidir que el paciente no precisa (o es mejor que no reciba) tratamiento en ese momento, indicando de una forma expresa, que no debe intervenir.

Indicar no tratamiento (Ortiz Lobo y otros, 2009), esto es que el tratamiento no es pertinente, es diferente a no prescribir tratamiento alguno. De alguna forma esta indicación implica una intervención positiva. En primer lugar, se trata de una auténtica prescripción en la que, tras una escucha atenta y la consiguiente evaluación terapéutica, se decide que es mejor que, en ese momento, no haya intervención profesional (lo que es diferente a que no haya ninguna intervención). En segundo lugar, se explica todo esto, sus causas y consecuencias al paciente en un lenguaje entendible para él, a la vez que se le indica dónde puede encontrar la ayuda que reclama en caso de que sea necesaria. En tercer lugar, se le da una explicación que recoge sus preocupaciones, pero no las cataloga como un trastorno mental, cosa que suele tener un efecto tranquilizador. Finalmente el demandante de ayuda recibe un refuerzo en el sentido en que una persona cualificada como profesional (sanitario o de la salud mental) evalúa que sus capacidades para hacerse cargo de su propia problemática (solo o con el apoyo de sus allegados) son suficientes, lo que debe de tener un efecto positivo para su autoestima y salud mental. Indicar

tratamiento (de cualquier tipo) en un servicio de salud mental sanciona al paciente como un presunto enfermo mental necesitado de atención especializada. Por el contrario, no indicarlo, implica certificar la salud mental del sujeto. Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta el estigma asociado a la mayoría de los trastornos mentales, se trata de una intervención muy relevante.

A veces quien demanda ayuda no necesita que ésta sea especializada y puede ser reenviado a otro dispositivo, por ejemplo, de atención primaria o a un servicio social. En estos casos se produce una reorientación de la demanda que suele implicar un cambio en la narrativa que el paciente se hace de su problemática y modifica la forma de resolverla (Ortiz Lobo y otros, 2009). Por otro lado, se trata de una intervención muy frecuente en los servicios de salud mental en los que una gran parte de los demandantes de ayuda, habitualmente derivados desde servicios de atención primaria a efectos de ser evaluados, son dados de alta en una o dos entrevistas sin un diagnóstico de trastorno mental. Ello evita, como venimos diciendo, el riesgo de iatrogenia inherente a cualquier intervención sanitaria por adecuada que ésta sea. En muchas ocasiones el paciente no sólo tiene una narrativa de su problema en la que se considera a sí mismo como un enfermo mental, sino que presenta creencias y expectativas erróneas y, habitualmente muy exageradas, sobre lo que puede recibir de un profesional de la salud mental.

Por otro lado, y según venimos contando, no es lo mismo desarrollar una intervención en el ámbito de un servicio de medicina general que en uno especializado en salud mental. En este último, lo habitual es encontrarse esta narrativa de *enfermedad mental* mucho más arraigada y consolidada que en atención primaria. Sin embargo el especialista también cuenta con más información y conocimientos para desmontar de una manera adecuada las ideas preconcebidas del paciente. Por el contrario el médico de familia puede encontrar un discurso más ambiguo y dubitativo de éste sobre la necesidad o no de tratamiento, lo que también puede facilitar este tipo de intervenciones. Sin embargo ocurre con frecuencia que el paciente reivindica, por lo menos, la opinión del especialista.

Considerar este tipo de intervenciones como una actividad propia del sistema asistencial encaja con una demanda social

mayoritaria que tiende a ver en los problemas psicológicos y la atención especializada para ellos algo habitual en la vida de las personas, que hace necesario un recurso de ayuda al que se puede recurrir y al que se tiene derecho. Esta perspectiva le permite, también al profesional, ver al paciente como alguien que necesita asesoría y consejo para entender que no es un enfermo que necesita tratamiento especializado. No hacerlo así, a estas alturas de la evolución de nuestras sociedades, implicaría menospreciar al paciente, tratándolo como un usuario equivocado o un aprovechado al que se le comunica el alta de una forma burocrática y casi violenta. Una indicación de no tratamiento bien hecha le permite al consultante sentirse comprendido y no expulsado del sistema sanitario.

Lo ideal sería poder medir la eficacia de esta intervención no solo por su capacidad para resolver los problemas que el paciente trae a consulta, sino por su capacidad de evitar otros que no traía. Esta medición también debería de hacerse mediante el registro del grado de satisfacción que el paciente y el propio profesional obtienen con la misma. Sin embargo nos encontramos que, al menos en nuestro país, este tipo de estudios no son muy frecuentes y que esta clase de intervención (que es habitual) no es suficientemente apreciada, a pesar de que tiene tras de sí una base científica y racional muy importantes. También es cierto que hay un grupo de pacientes que quedan decepcionados aunque la intervención esté hecha correctamente. La insatisfacción derivada de la puesta en evidencia de las ganancias secundarias y el rentismo asociados a los síntomas que algunas personas manifiestan, son barreras que dificultan o imposibilitan la resignificación de la demanda. En ocasiones el ambiente dominante favorece este tipo de situaciones y las hace inevitables.

VULNERABILIDAD Y RESTITUCIÓN

Otro interesante modelo que facilita la comprensión de los trastornos mentales comunes y sus dinámicas fue el planteado en 1992 por Goldberg y Huxley con el nombre de *modelo biosocial*. Se trata de un modelo que asume y complementa bastantes de los aspectos hasta aquí comentados, pero que añade una vi-

sión en la que es posible entender las actitudes de algunos pacientes ante sus síntomas. También permite incorporar en el propio modelo el sentido que puede tener el tratamiento y el lugar donde encajarlo de una manera correcta. Este modelo se basa en una concepción teórica general conocida como *vulnerabilidad/estrés*, la cual ha tenido mucho éxito en el campo de la salud mental a la hora de explicar los, a veces, complejos orígenes de los trastornos. En esencia consiste en integrar en un único marco las dimensiones sintomáticas y las variables biológicas o sociales que aparecen en los pacientes.

Toda persona presenta un determinado grado de resistencia a padecer un trastorno mental. El inverso de la resistencia, la vulnerabilidad, también presente en mayor o menor grado en las personas, explicaría la susceptibilidad a padecer trastorno mental. La relación entre esta vulnerabilidad (factor personal) y la intensidad de los estresores (factor ambiental) explicaría la aparición del trastorno. A mayor vulnerabilidad, o mayor estrés, más probabilidades de que éste aparezca. Ni que decir tiene que si se asocian una alta vulnerabilidad (menor resistencia) y un estrés ambiental intenso las probabilidades aumentan todavía más.

¿Qué factores de vulnerabilidad podemos considerar como importantes? Un listado aproximado incluiría los siguientes:

- Factores fisiológicos, sobre todo de tipo genético (véase más adelante las variantes del gen transportador de la serotonina y su relación con la resistencia al estrés en el caso de la depresión).
- Factores familiares, como es el caso de la pérdida parental, especialmente si es temprana, la falta de cuidados o los abusos en la infancia.
- Factores relacionales como la disfunción marital o un débil soporte social.
- Dificultades sociales, especialmente si son de larga duración, como por ejemplo el desempleo o las malas condiciones de vivienda.

- Factores de personalidad, como es el caso del neuroticismo o la baja autoestima.

Este grupo de factores conforman la vulnerabilidad de una persona. Si en la misma coinciden varios de ellos, esta vulnerabilidad será mayor. Por lo mismo los individuos pueden tener factores protectores que atenúen o impidan la acción de los elementos desestabilizadores. Entre estos factores protectores señalaremos el buen cuidado familiar, una relación de pareja gratificante o la existencia de una red social adecuada en el entorno de la persona.

Golberg y Huxley llaman *desestabilización* a la aparición de los síntomas. La persona pierde su resistencia natural a los estresores, se desestabiliza y enferma. Una vez que aparece el trastorno los individuos tratan, por todos los medios, de luchar contra los síntomas, intentando hacerlos desaparecer o disminuir en intensidad. Este proceso lo llaman *restitución* y entienden que puede hacerse mediante tres mecanismos fundamentales: habría 1) una *restitución psicológica*, como es la que se realiza mediante el apoyo de los grupos naturales de relación o mediante intervenciones terapéuticas de tipo psicológico, por ejemplo; 2) una *restitución química*, como es la que algunos pacientes intentan mediante el consumo de alcohol u otro tipo de drogas, o mediante la medicación, ya sea automedicación, fuera de prescripción médica, o un tratamiento farmacológico dirigido por un profesional; y 3) una *restitución neurótica*, que sería un intento fallido de aliviar los síntomas, capaz de generar nuevos problemas y complicar los ya existentes, como es el caso, por ejemplo, de las conductas evitativas en las fobias que aumentan la intensidad de éstas. De lo anterior se deduce que algunas formas de luchar contra los síntomas constituyen complicaciones que acaban entrando dentro de categorías diagnósticas. Tal es el caso del abuso de alcohol y otras sustancias, incluidas las benzodiacepinas. También el de algunas presentaciones crónicas de los llamados trastornos adaptativos, que presentan síntomas arraigados que, en su momento, han constituido una forma de respuesta a los problemas iniciales, pero que ya han perdido su carácter homeostático.

A partir de este tipo de concepciones teóricas, o modelos, que integran múltiples aspectos, potencialmente causales o facilitadores de la aparición de un trastorno mental, podemos organizar la información disponible de una manera que complete el diagnóstico clínico y sea útil para el tratamiento. Detallaremos ahora el esquema que, en este sentido, sigue llamada *formulación de casos* (Goldberg, 2008) en la idea de poder servir de instrumento en la toma de decisiones sobre la mejor manera de proceder con un paciente determinado.

El primer paso es el de realizar un *diagnóstico clínico descriptivo*, habitualmente, según los modelos de la CIE o el DSM, en el que se detallan los síntomas presentes, su intensidad, curso y grado de afectación funcional. Esto último es importante porque nos permite saber si los síntomas permiten al sujeto desarrollar, con mayor o menor esfuerzo, su vida habitual o no. Tras lo anterior hay que realizar un *diagnóstico de situación* en el que se incluya una descripción de los factores desestabilizadores presentes en el momento actual (estresores), así como otra de los factores protectores o de vulnerabilidad con los que cuenta el paciente. En este listado deben de considerarse tanto factores biológicos (problemas médicos, etc.) como sociales o de personalidad del sujeto en cuestión (de la Mata y otros, 2009).

Tras lo anterior es importante conocer, si existen, las explicaciones que el paciente se da a sí mismo sobre lo que le ocurre, así como sus expectativas sobre el tratamiento o el tipo de ayuda profesional que espera. Esto, que se obvia con mucha frecuencia, ayuda a entender mejor lo que ocurre y el motivo de la demanda de ayuda profesional, permitiendo estructurar una mejor y más eficaz respuesta.

Con toda esta información es posible organizar un plan de tratamiento centrado en la persona, en el que sea posible establecer unos objetivos lo más explícitos posible y pactados de común acuerdo con el paciente (de la Mata y otros, 2009). En caso de que no se considere oportuno el tratamiento especializado se puede explicar al paciente dónde y por quién podrá ser atendido. Incluso, si no se considera indicado tratamiento alguno y podemos remitir al paciente a un sistema de apoyo natural e informal, podremos argumentar mejor esta decisión con el pa-

ciente utilizando la información que hayamos obtenido mediante este esquema de formulación de casos. Siempre tiene que haber una devolución de información al usuario en la que se le explique el plan de tratamiento (o por qué no va a haberlo). Esta información debe incluir una descripción de lo que el profesional va a hacer (entrevistas de apoyo, de seguimiento, consejo terapéutico, etc.), intervenciones sociales y medicaciones si se precisan. También hay que explicar, como hemos señalado, los objetivos de la terapia, junto a un pronóstico del caso y el tiempo estimado de duración del tratamiento. Por último es importante dar a conocer qué se espera del paciente o de su familia y cuál va a ser el papel del médico y de otros profesionales que puedan intervenir en el proceso.

INSTRUMENTOS DE AYUDA: DETECCIÓN Y CRIBA

Describiremos a continuación diversos instrumentos útiles en la fase de selección de probables casos con trastorno mental. Como hemos dicho más arriba se trata de instrumentos a los que se les exige una mayor sensibilidad a costa, en líneas generales, de una menor especificidad.

General Health Questionnaire (GHQ)

Se trata de uno de los cuestionarios de criba más conocido y utilizado a nivel internacional. Fue desarrollado por David Goldberg y colaboradores y su primera versión (el GHQ-60) apareció en 1972. Posteriormente se han desarrollado, mediante técnicas de análisis factorial, versiones de treinta, veintiocho y doce ítems. La versión de veintiocho ítems consta de cuatro escalas diferenciadas que exploran las siguientes áreas sintomáticas:

- Síntomas somáticos
- Ansiedad e insomnio
- Disfunción social
- Depresión severa

Se trata de un cuestionario, que explora los síntomas acontecidos durante el último mes. Aunque también pueden utilizarse otros criterios temporales se recomienda que éstos no sean superiores a los treinta días. Hoy en día las versiones más utilizadas son las de veintiocho y doce ítems, que presentan coeficientes de validez muy similares a los de las versiones más largas. La versión de veintiocho ítems tiende a utilizarse más en contextos de consultas, dado que proporciona alguna información de interés, mediante sus escalas diferenciadas, aunque hay que decir que éstas se solapan entre sí y no son específicas para cada una de las dimensiones sintomáticas que exploran. La versión de doce ítems ha sido utilizada en algunos estudios epidemiológicos internacionales de gran envergadura. Especialmente mencionable entre ellos es el ya comentado de Üstün y otros (1995) que exploró trastornos mentales comunes en centros de salud general de América, África, Asia y Europa.

En nuestro medio el GHQ-28 viene siendo muy utilizado en la práctica clínica habitual, especialmente en contextos de atención primaria que son para los que fue diseñado y en los que mejor rendimiento obtiene. En España ha sido validado en múltiples ocasiones con buenos resultados.

PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)

Se trata de un instrumento en dos fases (Spitzer y otros, 1994). Una primera de criba, que a su vez permite un diagnóstico orientativo de presunción, y una segunda para el diagnóstico definitivo. Está desarrollado para su utilización en contextos de atención primaria y permite diagnósticos CIE-10 y DSM-IV. La primera fase consta de un cuestionario para el paciente que tiene carácter autoaplicado, es decir que puede ser cumplimentado por el propio interesado, sin necesidad de auxilio profesional, siempre que no concurren limitaciones importantes. Este cuestionario consta de veinticinco preguntas distribuidas de la siguiente manera:

- Quince preguntas sobre síntomas somáticos.
- Una pregunta sobre trastornos de la alimentación.

Salud mental y atención primaria

- Dos preguntas sobre trastornos del estado de ánimo.
- Tres preguntas sobre trastornos de ansiedad
- Cuatro preguntas sobre consumo de alcohol

En los últimos años se han desarrollado cuestionarios independientes, desagregados del general, para algunos de los trastornos específicos que explora. En líneas generales varios de estos cuestionarios parciales (especialmente los referidos a trastornos del estado de ánimo, ansiedad y consumo de alcohol) presentan una validez casi tan buena como la del instrumento completo.

La mencionada primera fase tiene una función de criba, cuyas respuestas orientan hacia los síntomas críticos del trastorno que debe explorarse en la segunda fase. Ésta consta de una *Guía de evaluación para el médico* que presenta cinco áreas o módulos a explorar:

- Módulo sobre el estado de ánimo
- Módulo sobre ansiedad
- Módulo sobre alcohol
- Módulo sobre trastornos de la alimentación
- Módulo somatomorfo

Cada uno de estos módulos, todos muy intuitivos y sencillos, contiene una guía con las preguntas a realizar en la entrevista y árboles de decisión, con sus correspondientes criterios diagnósticos especificados. El sistema, en conjunto, sirve de ayuda para dirigir el interrogatorio en función de las respuestas obtenidas. Presenta también opciones terapéuticas para las diferentes situaciones que se puedan presentar.

Como vemos, el PRIME-MD no permite realizar todo tipo de diagnósticos sino sólo aquéllos que resultan más frecuentes y de mayor importancia en atención primaria según la mayoría de los estudios epidemiológicos. A ellos se han añadido los trastornos

alimentarios, dado su interés para detectar también otro tipo de problemas en pacientes jóvenes, especialmente en los países desarrollados, y los somatoformes, que resultan omnipresentes, sobre todo en consultas de atención primaria, independientemente del diagnóstico final de que se trate. El sistema incluye fichas con hojas de registro para conservar los datos. Puede ser utilizado por personal sanitario no médico, debidamente entrenado y resulta muy interesante su uso en programas de formación, sea ésta postgraduada o continuada. Ha sido validado en nuestro medio con unos resultados aceptables, que han evidenciado ser mejores en la detección (sensibilidad del 81%) que en la precisión diagnóstica (especificidad del 66%). La propia inestabilidad e inespecificidad de la gran mayoría de trastornos presentes en atención primaria podría ser responsable de este resultado. Sin embargo éste ha sido algo mejor en otros países en los que se ha probado el instrumento.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Se trata de un cuestionario de nueve preguntas específico para la detección de trastornos depresivos derivado del módulo de estado de ánimo del PRIME-MD del cual constituye en la actualidad un elemento separado (Kroenke y otros, 2001). Es, probablemente, la escala más utilizada a nivel internacional para detectar depresión, particularmente en ámbitos de medicina general.

Los ítems que explora están, todos ellos, contenidos en los criterios de depresión mayor del DSM-IV. Cada ítem puede ser puntuado según una escala tipo *likert* que comprende puntuaciones de 0 (ausencia del síntoma), 1 (el síntoma aparece algunos días), 2 (el síntoma aparece más de la mitad de los días) y 3 (el síntoma aparece casi todos los días). De tal forma que las puntuaciones que se pueden obtener para el conjunto de la escala van desde un mínimo de 0 hasta un máximo de 27 puntos. Se acepta comúnmente que las puntuaciones entre 5 y 9 se corresponden con una presencia de síntomas mínimos que no constituye depresión; entre 10 y 14 con una depresión leve o una distimia; entre 15 y 20 con una moderada y las de más de 20 con una grave. Los dos primeros ítems pueden ser utilizados como

preguntas de criba, de tal forma que si la persona explorada contesta negativamente a ambos, no hay que pasarle el resto de la escala y lo contrario si lo hace de forma positiva. El ítem número 9 explora de una manera específica la ideación suicida.

Symptom Check-List (SCL)

Este cuestionario ha sido desarrollado y perfeccionado durante varias décadas, debido a ello existen varias versiones del mismo procedentes de diversos autores (Derogatis y otros, 1974). Originalmente contenía 59 ítems, pero en la actualidad está disponible en diversa extensión de formatos. La más larga corresponde al SCL-90, que consta de nueve subescalas referentes a: depresión, ansiedad, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. También hay versiones de 71 ítems, de 64 y de 58; todas con cinco subescalas, así como una de 25, con sólo dos subescalas (ansiedad y depresión).

Todas las versiones exploran el estado actual de los sujetos y cada ítem debe responderse según una escala de frecuencia de cuatro niveles que oscilan entre *nada en absoluto* y *mucho o extremadamente*. La forma clásica de estimar el resultado final es calculando la suma de puntos obtenida y dividiéndola por el número de preguntas realizado, aunque algunos investigadores prefieren utilizar la puntuación total sin división y con una escala de 0 a 3 en cada ítem.

Diversos estudios han informado de su validez, aunque en los últimos años su uso ha disminuido dado que se tienden a utilizar instrumentos más cortos y aplicables en una consulta médica.

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Se trata, probablemente, de una de las escalas más utilizadas para el estudio y medición de los síntomas depresivos (Hamilton, 1960). Está particularmente extendida en la evaluación de los ensayos clínicos, sobre todo en el caso de los fármacos. Hecho que, probablemente, se debe a que la práctica ha demostrado

que se trata de un instrumento particularmente sensible al cambio. Su amplio uso en la investigación sobre la eficacia de las intervenciones para la terapia de los trastornos depresivos es un importante motivo por el cual merece ser convenientemente conocida. Esto incluye su estructura y su sistemática de valoración, tanto cualitativa (las preguntas en sí mismas y sus criterios diagnósticos operativos) como cuantitativa (puntuación de los ítems, puntos de corte, criterio de remisión, etc.)

A diferencia de otros instrumentos mencionados en este apartado, la HDRS es una escala heteroaplicada que se valora según el criterio del clínico que la administra (y no según el subjetivo del paciente). Explora la presencia de síntomas durante los dos días previos a la entrevista, excepto en el caso del sueño. Consta de 17 ítems en cada uno de los cuales proporciona criterios operativos para puntuarlos e incluye índices, que pueden ser valorados de forma independiente: *melancolía*, *ansiedad*, *sueño* y *vitalidad*.

La puntuación total de la entrevista se valora de la siguiente manera:

- De 0 a 7 puntos: no depresión
- De 8 a 14 puntos: depresión leve
- 15 puntos o más: depresión de moderada a grave

Particularmente importante resulta conocer que en los ensayos clínicos aleatorizados se utilizan los dos siguientes criterios:

- Criterio de inclusión: 18 puntos o más
- Criterio de remisión: 7 puntos o menos

El criterio de inclusión sirve para constatar la presencia de trastorno depresivo relevante y no incluir en el ensayo casos leves de los que cabría esperar mejorías espontáneas o más fáciles y, por lo tanto, no imputables a la intervención estudiada. El criterio de remisión se ha hecho imprescindible, como estándar de eficacia, en los últimos años en los que se exige a las inter-

venciones algo más que una simple mejoría sintomática. Esto ha servido para acercar los resultados a la realidad tanto de los pacientes como de los profesionales que los tratan.

Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)

Consiste en dos grupos de cinco preguntas, uno representando la escala de ansiedad y el otro la de depresión. Cada ítem es valorado mediante una escala de frecuencia de cuatro niveles que van de 0 a 3. El instrumento fue diseñado para ser usado con pacientes con enfermedad física y, preferentemente, en ámbito hospitalario, aunque su validez no disminuye si es utilizado ámbitos de consulta ambulatoria. Los autores han informado de estudios de validez concurrente satisfactorios utilizando diversas entrevistas psiquiátricas (Zigmond y otros, 1983).

Escala para ansiedad y depresión (EADG)

El instrumento es producto de los trabajos del equipo de Goldberg (1988) en la búsqueda de síntomas, que procedentes de la experiencia habida con el GHQ, tuvieran mayor poder discriminante. Se trata de un instrumento de sencilla aplicación y muy útil para contextos de atención no especializada. Pretende discriminar, hasta donde ello sea posible, entre ansiedad y depresión. Pero aunque se acerca a ello más que otros instrumentos dista bastante de lograr una discriminación suficiente. Existe una versión castellana del instrumento, que incluye un estudio de validación satisfactorio

Existen otros instrumentos como la *Zung Self-rating Depression Scale* (1965) y la *Beck Depression Inventory* (BDI), ambas específicas para la detección de síntomas depresivos. La segunda, sobre todo, tiene también un uso muy extendido (1961).

INSTRUMENTOS DE AYUDA: DIAGNÓSTICO

Como tales instrumentos, es decir como medios instrumentales para realizar un diagnóstico lo más válido y fiable posible,

Ordenar, clasificar, pensar

Instrumento	Autor (año)	Dimensión diagnóstica	Items
General Health Questionnaire GHQ	Goldberg (1972)	General	60, 30, 28, 12
Symptom Check-List (SCL)	Derogatis (1974)	General	90 (71, 64, 58, 25)
Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)	Zigmond y Snaith (1983)	Ansiedad Depresión (somatizadas)	10
Escala de ansiedad y depresión (EADG)	Goldberg (1988)	Ansiedad Depresión	18
Rating Scale for Depression (HDRS)	Hamilton (1960)	Depresión	17
Depression Inventory	Beck y otros (1961)	Depresión	21
Self-Rating Depression Scale (SDS)	Zung (1965)	Depresión	20
PRIME-MD	Spitzer y otros (1994)	General	25 (fase de criba)
PHQ-9	Kroenke y otros (2001)	Depresión	9

Resumen de instrumentos y escalas

no existen otros que las entrevistas psiquiátricas. Se suelen utilizar, o bien de una manera independiente, o bien, con mayor frecuencia y dada su mayor especificidad, tras los instrumentos de criba, en una segunda fase encaminada a la confirmación diag-

nóstica. El riesgo que presentan, sobre todo si se utilizan de forma aislada, es que pueden dejar fuera casos sintomáticos, especialmente en el ámbito de los trastornos más comunes y frecuentes. Las entrevistas psiquiátricas pueden ser *estructuradas* (más rígidas, más sencillas de utilizar por no especialistas, más fáciles de aplicar en condiciones diversas y por diversas personas) y *semiestructuradas* (más flexibles, permiten tomar decisiones clínicas, requieren personal experto, más caras y difíciles de realizar). Pero en última instancia, en uno y otro caso, todos los criterios de inclusión y exclusión que sirven para construir el diagnóstico son los de las clasificaciones aceptadas (DSM-IV y CIE-10, en la actualidad).

Su uso viene siendo mayor en investigación que en clínica. Las más conocidas y útiles para diagnosticar trastornos mentales comunes son las que mencionamos a continuación:

Present State Examination (PSE)

El PSE es un antecesor de las actuales entrevistas estandarizadas (Wing y otros, 1974). Se desarrolló hace cuarenta años en el Reino Unido, habiendo sido utilizado en múltiples estudios internacionales, incluidos algunos en nuestro país. Se han desarrollado diversas ediciones revisadas de esta entrevista, siendo la última el PSE-10, que consta de 140 ítems principales. Se trata de una entrevista semiestructurada que explora los síntomas ocurridos en las últimas cuatro semanas. Presenta un formato flexible, donde el entrevistador debe tomar decisiones clínicas. Los diagnósticos se confeccionan mediante un programa de ordenador denominado CATEGO que, en la actualidad, recoge los algoritmos de las categorías diagnósticas de la CIE-10 y el DSM-IV.

En la estructura de la entrevista se incluyen preguntas de sondeo, al inicio de cada apartado, al objeto de tomar la decisión sobre si conviene seguir o no con esa parte de la exploración según sean las respuestas del entrevistado. La mayor parte de los síntomas se puntúan como ausentes o presentes en diversos grados de intensidad. La puntuación total se basa en la suma de puntos de cada uno de los apartados. Básicamente estos apartados son: síndromes neuróticos específicos e ines-

pecíficos; síndromes conductuales y del habla e ideas delirantes y alucinaciones.

Schedules For Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)

El SCAN es una derivación evolucionada del PSE que parte de la décima revisión de este instrumento (Wing y otros, 1990). El sistema SCAN consta de un conjunto de módulos o instrumentos que en resumen integran una entrevista semi-estructurada cuyo objeto es evaluar, medir y clasificar las alteraciones psicopatológicas y conductuales que se asocian a los principales trastornos psiquiátricos del adulto. En el SCAN podemos distinguir los siguientes componentes: la entrevista propiamente dicha, el glosario de definiciones diferenciales para cada ítem o síntoma explorado, el programa informático CATEGO-5 para efectuar los diagnósticos y el CAPSE o versión informatizada del conjunto del sistema.

El glosario contiene una descripción detallada de cada síntoma que se explora con cada pregunta de la entrevista. Permite un interrogatorio clínico de tipo cruzado en el que el entrevistador, previamente entrenado, puede tomar decisiones sobre la mejor forma de interrogar en diversas situaciones. También se especifican en el glosario los criterios para puntuar según el tipo de síntomas observados y la severidad presentada por cada uno de ellos.

El SCAN proporciona diagnósticos ICD-10 y DSM-IV así como una puntuación en el llamado índice de definición (ID). El ID consiste en un sistema, previamente programado, que permite clasificar al entrevistado en ocho niveles sintomáticos de probabilidad creciente para recibir un diagnóstico psiquiátrico. El ID actúa como una escala de severidad psicopatológica. La entrevista SCAN permite evaluar síntomas referidos a diversos períodos de tiempo. Así explora, como el PSE, el “estado actual”, que abarca el último mes del sujeto, pero también podemos estudiar con él un “episodio representativo” ocurrido en el pasado o síntomas de la “vida previa” del entrevistado.

La entrevista SCAN, consta de dos partes, la primera de las cuales evalúa, entre otros, los trastornos de ansiedad, los depre-

sivos y los relacionados con alteraciones de la alimentación, sueño o consumo de sustancias (alcohol u otras).

Entrevista Clínica Estructurada (SCID)

Esta entrevista (Spitzer y otros, 1990) sigue un modelo de evaluación clínica diagnóstica. Comienza con un repaso de la enfermedad actual y los episodios habidos con anterioridad, prosiguiendo con un interrogatorio sobre síntomas específicos y un examen para incluir o descartar trastornos. Se trata de un protocolo destinado a capacitar a los profesionales para organizar la información necesaria que permita llegar a diagnósticos en los ejes I y II basados en el DSM-IV. Se puede usar de forma modular de tal manera que el entrevistador puede seleccionar aquellos módulos de diagnóstico relevantes para sus objetivos y no utilizar los demás.

Se han elaborado varias versiones para los trastornos del eje I: 1) SCID-P dirigida a pacientes psiquiátricos; 2) SCID-OP para pacientes psiquiátricos ambulatorios; y 3) SCID-NP para estudios en la comunidad, familiares, pacientes generales de atención primaria y otros colectivos no identificados a priori como pacientes psiquiátricos.

Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

Es una entrevista diagnóstica (Robins y otros, 1985) completamente estructurada que se creó dentro de un programa de colaboración entre la OMS y la Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration en 1985. Se elaboró a partir de una revisión y extensión de una entrevista previa conocida como DIS y es probablemente la entrevista estructurada más ampliamente utilizada en la actualidad en el ámbito internacional. Está organizada en módulos abarcando, entre otros, campos como los trastornos somatomorfos, los de ansiedad y los depresivos, así como el abuso de sustancias. El CIDI tiene tres características principales: 1) realiza diagnósticos principales para investigación; 2) proporciona una herramienta de aprendizaje para clínicos sobre cómo explorar los síntomas presentes y organizar los criterios operativos de la CIE y el DSM; 3) proporciona soporte clínico.

Desde 1992 existe una versión informatizada de la entrevista. Los síntomas registrados se organizan mediante un algoritmo informático que, en la actualidad, permite obtener diagnósticos CIE-10 y DSM-IV. El instrumento está completamente estructurado al objeto de minimizar el nivel de juicio clínico requerido a quien administra la entrevista. Esto supone que no es requisito disponer de la habilidad de un profesional experimentado por lo que puede ser utilizada por entrevistadores con menor experiencia.

DOS PROPUESTAS DE CLASIFICACIÓN

En 1996 la Organización Mundial de la Salud publicó la adaptación en lengua española de las *Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en atención primaria*. Se trata de un sencillo sistema de 25 fichas, desarrollado a partir de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), destinado a ser usado en contextos de medicina general, donde son tratadas la mayor parte de las personas con problemas psiquiátricos. Fue diseñado como un instrumento destinado a facilitar el diagnóstico y manejo de los trastornos mentales más frecuentes, en cualquier país del mundo, por parte de los médicos generalistas. Esta versión fue elaborada por un grupo internacional de médicos de familia, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos y expertos en salud pública con amplia experiencia en estos programas. Los borradores fueron revisados dos veces y el sistema de clasificación se probó en 32 países. En el proyecto participaron más de 500 médicos de familia con los que se evaluó la facilidad de uso y fiabilidad de las fichas. El grupo de expertos consultado en España incluyó a 146 médicos colaboradores.

La CIE-10 en atención primaria (CIE-10 AP) fue elaborada teniendo en cuenta la experiencia y necesidades de los médicos de familia. Se trata de un texto corto, de fácil uso y orientado hacia la gestión de los casos, que puede ser utilizado como un manual. El esquema general para cada trastorno incluye pautas para el diagnóstico y diagnóstico diferencial, destacando las quejas más frecuentes, así como reglas básicas de actuación, incluyendo información esencial y recomendaciones específicas para pa-

Salud mental y atención primaria

cientes y familiares, medicaciones de uso más frecuente y consejos para consulta y derivación a especialistas. Puesto que está dirigido a facilitar el manejo de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria, el listado de aquéllos que se decidió incluir en las 25 fichas constituye una buena guía para especificar a qué diagnósticos nos referimos cuando hablamos de trastornos mentales comunes.

Como se ve en la tabla que adjuntamos, salvo algunos pocos, como la demencia, el retraso mental y los trastornos psicóticos (consignados aquí debido a la importancia de su diagnóstico precoz), la mayoría de los incluidos hacen referencia a síndromes de perfil sintomático ansioso y/o depresivo. A pesar de no ser un trastorno se incluyó, a petición de los médicos de familia, el duelo (categorizado como código Z) debido a su frecuencia y la importancia de su manejo en consultas de atención primaria.

Código CIE-10	Trastorno
F00	Demencia
F05	Delirium
F10	Trastornos por uso de alcohol
F11	Trastornos por uso de drogas
F17.1	Trastornos por uso de tabaco
F20	Trastornos psicóticos crónicos
F23	Trastornos psicóticos agudos
F31	Trastorno bipolar
F32	Depresión
F40	Trastornos fóbicos
F41.0	Trastorno de pánico
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo

Ordenar, clasificar, pensar

continuación

Código CIE-10	Trastorno
F43	Trastorno de adaptación
F44	Trastorno disociativo (de conversión)
F45	Trastornos somatomorfos
F48.0	Neurastenia
F50	Trastornos de la conducta alimentaria
F51	Trastornos no orgánicos del sueño (insomnio)
F52	Disfunciones sexuales no orgánicas (masculinas)
F52	Disfunciones sexuales no orgánicas (femeninas)
F70	Retraso mental
F 90	Trastornos por déficit de atención e hiperactividad
F91	Trastornos disociales
F98.0	Enuresis no orgánica
Z63	Reacción de duelo

Listado de categorías de trastornos mentales y del comportamiento para atención primaria. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades

Otra interesante clasificación puede ser derivada de la tercera edición del texto *Psychiatry in Medical Practice* (Goldberg y otros, 2008). En parte, en base a consideraciones genéticas, pero también de orden ambiental y psicológico, los trastornos son divididos en *internalizadores*, con mayor evidencia de carga genética compartida entre los mismos y *externalizadores* en los que la base genética resulta casi por completo diferenciada de los anteriores, pero relacionada, en buena parte, con la de diversos rasgos presentes en algunos trastornos de personalidad. La clasificación es la siguiente:

A) TRASTORNOS TIPO INTERNALIZADOR**1. Depresión, ansiedad y trastornos relacionados con temor o miedo:**

- Depresión
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Pánico, fobias y trastorno por estrés postraumático
- Aflicción y duelo
- Trastorno obsesivo-compulsivo

2. Presentación somática de las emociones

- Conducta anómala de enfermedad
- Síntomas somáticos sin explicación médica
- Síntomas médicos crónicos no explicados
- Trastornos disociativos y conversivos
- Simulación

B) TRASTORNOS TIPO EXTERNALIZADOR**1. Abuso de sustancias y trastornos alimentarios**

- Abuso y dependencia de alcohol
- Abuso y dependencia de otras sustancias
- Trastornos alimentarios
- Obesidad

Trastornos de tipo internalizador y externalizador
(Goldberg y otros, 2008).

4

Intervenir

CUESTIONES PREVIAS

¿Qué es lo que funciona en el tratamiento de los trastornos mentales menos graves? ¿Qué es posible hacer para tratar de una manera efectiva a un paciente diagnosticado de un trastorno depresivo o uno de ansiedad? ¿Son igual de resolutivos todos los tratamientos? ¿Funcionan en todos los pacientes? ¿Hay casos incurables? ¿Existen efectos potencialmente peligrosos derivados de los tratamientos?

Para poder responder a todas estas preguntas tenemos que ponernos al día en las llamadas evidencias científicas. Es necesario hacer un repaso de todos aquellos tratamientos y formas de abordar los cuidados de este tipo de problemas sobre los que haya pruebas contrastadas de eficacia. Esta clase de pruebas habitualmente se hallan en las publicaciones científicas de la especialidad y, para serlo, deben estar apoyadas en una metodología suficientemente contrastada. Una vez demostrada la *eficacia* es también importante tener datos sobre la *efectividad* de los tratamientos. La eficacia consiste en tener la prueba de que un tratamiento, en líneas generales, funciona. Para demostrarlo se utilizan los ensayos clínicos en los que se compara la capacidad de los diferentes tratamientos para resolver los síntomas clínicos observados. Pero la efectividad, no menos importante, consiste en saber qué condiciones son necesarias para que esos trata-

mientos funcionen en situaciones comunes y con los pacientes reales que acuden a tratamiento.

Ocurre que en los ensayos clínicos el rigor metodológico obliga a seleccionar de una manera muy estricta las condiciones de inclusión y exclusión de los casos sometidos a estudio, a efectos de tener muy claras las conclusiones que podremos derivar de los mismos. Esto confiere a estos trabajos una buena *validez interna*, o metodológica, pero dificulta su *validez externa*, o sea, la posibilidad de generalizar los resultados a otras condiciones diferentes de aquéllas (normalmente muy controladas) en las que se realizó el ensayo. Por eso son necesarios los estudios de efectividad, esto es, de *eficacia aplicada* a las condiciones reales de trabajo (y no solo ideales de laboratorio). A fin de cuentas lo que interesa más a los pacientes y a los clínicos que los tratan son los resultados reales, y no los teóricos, de los tratamientos aplicados. Es cierto que por alguna parte tiene que comenzar el conocimiento, por lo que los estudios de eficacia son absolutamente necesarios, pero no son suficientes para llegar a conclusiones prácticas. Hay que saber si un determinado tratamiento puede ser puesto en marcha con garantías de éxito en unas condiciones determinadas y no en otras, por ejemplo, o con un tipo de pacientes determinado y no con otros.

Sabemos que hay fármacos que no funcionan igual en hombres que en mujeres, o no son equipotenciales en ancianos, en jóvenes o niños. Otras veces es el perfil de efectos adversos el que cambia según este tipo de circunstancias. También puede ser que una psicoterapia de reconocida eficacia no resulte igual de efectiva si la practica un terapeuta veterano o uno menos experimentado, o si es realizada en un contexto asistencial o en otro. La mayoría de las veces los ensayos clínicos, que son experimentales, no pueden tener en cuenta todos estos determinantes que deben de ser investigados, cuando se puede hacerlo, posteriormente y ya en condiciones de aplicación del tratamiento, menos experimentales o controladas.

Otro aspecto importante, y cada vez más tenido en cuenta, es el que hace referencia a la funcionalidad del paciente. Por tal entendemos a la capacidad del mismo para llevar adelante una vida normal en todos los ámbitos (familiar, laboral, de relación so-

cial, etc.). De nada sirve el demostrar que un determinado tratamiento mejora o “soluciona” los síntomas de un paciente si éste no es capaz de recuperarse hasta el punto de desarrollar una vida de calidad. A día de hoy, cuando medimos el resultado de un tratamiento, no sólo hemos de hacerlo desde un punto de vista clínico, esto es estrictamente sintomático, sino que tenemos que valorar la calidad de vida del paciente y si su mejoría en este sentido es suficiente. No debemos olvidar que, en salud mental, los síntomas lo son no solo por la intensidad del sufrimiento que producen, sino por el grado en que impiden a las personas desarrollar una vida adaptada a su entorno. Por increíble que parezca, hasta hace pocos años no se ha empezado a tener en cuenta, de una manera sistemática, este tipo de mediciones a la hora de juzgar la eficacia de los tratamientos. Para realizar esto, lo fundamental es no olvidarse de recoger el punto de vista del paciente sobre su tratamiento y calidad de vida.

En este capítulo desarrollaremos algunas ideas básicas que tienen que ver con las intervenciones terapéuticas de eficacia probada en el tratamiento de los trastornos mentales comunes. Haremos un especial énfasis en el caso de la depresión que, entre todos ellos, quizá resulte el trastorno más paradigmático y también el mejor estudiado. Para empezar pasaremos revista a algunos principios generales que, en nuestra opinión, siempre debieran ser tenidos en cuenta, aunque la realidad nos dice que con mucha frecuencia son obviados. Revisaremos luego las terapias fundamentales que tenemos a nuestra disposición. Nuestra intención es recordar que las intervenciones farmacológicas, en el caso de los trastornos mentales comunes, muchas veces no presentan una efectividad suficiente y, en cualquier caso, deben ser entendidas como un componente más del arsenal terapéutico disponible y, como tales, inscritas en un contexto de tratamiento donde otras intervenciones alternativas (o complementarias) deben ser consideradas.

En un ámbito donde la demanda y la provisión de servicios presentan una importante combinación de problemas psicosociales y síntomas clínicos, y en el que los síndromes a tratar, en demasiadas ocasiones, muestran una estructura en la que no es fácil encajar un diagnóstico clínico muy definido, resulta lógico

que los tratamientos disponibles, cualquiera que sea la índole de los mismos, no resulten todo lo resolutivos que debieran ser. Como acabamos de mencionar, a pesar de la eficacia probada de algunas intervenciones, la clínica diaria nos confronta con una casuística en la que las condiciones de realidad son muy diferentes a las que se producen en los ensayos clínicos. Por eso debemos hablar de efectividad tanto o más que de eficacia sin más ponderaciones. Y es ahí, en las situaciones de práctica profesional cotidiana, siempre saturada de problemas psicosociales (o simplemente sociales) donde aparecen las dificultades y los fracasos terapéuticos. En consecuencia también es ahí donde debe decidirse si hay que realizar, o no, una intervención terapéutica, cualquiera que sea la naturaleza de ésta (Retolaza, 2009).

1. Seleccionar las intervenciones clínicas más efectivas.
2. Considerar al paciente como un colaborador en su tratamiento.
3. Pensar en la familia y el entorno psicosocial como recursos a utilizar.
4. Reconocer el conjunto de necesidades del paciente.
5. Optar por un planteamiento longitudinal vs uno transversal.
6. Actitud abierta tanto para ofrecer como para retirar intervenciones.

Elementos clave para la prestación de intervenciones clínicas efectivas en el nivel del paciente (Thornicroft y Tansella, 1999)

La tabla anterior contiene algunos elementos de interés para un adecuado planteamiento de las intervenciones en cualquier tipo de servicio. Lo fundamental es que la intervención está planteada desde la perspectiva del paciente y no olvidar que, ante todo, se trata de prestar una ayuda que debe de estar orientada hacia él. Nótese que, como acabamos de señalar, a la hora de seleccionar las intervenciones, se trata de optar por las más *efectivas* y no por las más *eficaces*. En consonancia con lo anterior, esto se debe a que tendrán preferencia aquellas intervenciones

cuya implementación sea factible en las condiciones reales en las que van a ser llevadas a cabo.

1. Gravedad de los síntomas al final del proceso (grado de resolución clínica)
2. Repercusión de los cuidados prestados en la vida del paciente
3. Satisfacción del paciente con los servicios
4. Calidad de vida
5. Discapacidad
6. Necesidades satisfechas y no satisfechas relacionadas con su trastorno

Áreas de resultado más importantes en el nivel del paciente
(Thornicroft y Tansella, 1999)

El plan de tratamiento ideal es aquel que recoge, por un lado, la mejor evidencia disponible en el momento sobre eficacia y efectividad de las diferentes intervenciones posibles y, por otro, está atento a la situación concreta del paciente, sin olvidar las preferencias de éste, ni obviar las estrategias centradas en alternativas de manejo emocional o social de los problemas presentes. Tanto el terapeuta (sea éste médico de familia, psiquiatra o psicólogo) como el paciente deben estar implicados en el desarrollo del plan terapéutico. Hay que tener en cuenta, por un lado, la naturaleza del problema y, por otro, la demanda o los deseos del paciente.

Es necesario reconocer que, en ocasiones, estos factores pueden generar algunas contradicciones y presentar dificultades de manejo. Pero, si se realiza este trabajo adecuadamente, al menos el responsable clínico tendrá más clara la procedencia de las posibles disfunciones en el plan de trabajo y qué posibilidades tiene de abordarlas.

1. Expectativas
 - ¿Qué demanda el paciente?
 - ¿Qué información maneja sobre su problema?
 - ¿Cuáles son sus preferencias respecto al tratamiento?

2. Desarrollo del plan

- Esto incluye una valoración clínica que recoja tanto aspectos estrictamente médicos como psicológico-psiquiátricos, sin obviar las cuestiones de índole social (familiar, laboral, etc.).

3. Implicar al paciente y evaluar su compromiso.

- Involucrar al paciente.
- Revisar con él su comprensión y aceptación de los diferentes aspectos y etapas del plan.
- Considerar la necesidad de un documento escrito sobre el plan, incluyendo, si fuera preciso, consentimiento informado.

4. Previsión de contingencias

- Establecer acuerdos previos sobre seguimiento y revisiones en la línea de un contrato terapéutico.
- Establecer qué deberán hacer el paciente y el terapeuta si las cosas no se desarrollan de acuerdo con el plan establecido.

Esquema básico para un plan de tratamiento
(Goldberg y otros, 2008)

A continuación desarrollaremos algunas ideas (Retolaza, 2009) sobre cursos de acción relativos al manejo de cada uno de los grandes grupos de problemas de los que venimos hablando con más asiduidad (estrés, ansiedad y depresión). Señalaremos varios apartados que se relacionan sucesivamente con: 1) las alertas a desplegar ante situaciones de riesgo aún no claramente patológicas; 2) la detección y el diagnóstico precoz; 3) las líneas básicas para el tratamiento de los trastornos ya instaurados; y 4) los cuidados a desarrollar cuando aparecen casos con frecuentes recaídas o de larga evolución.

Hay que tener en cuenta que, de entrada, estamos hablando de problemas (estrés) o de síntomas aislados (sean de ansiedad o depresión) y no de trastornos establecidos, cuyo diagnóstico debe de cumplir unos criterios más rigurosos de intensidad, duración y afectación funcional de las personas para ser considerados como tales.

Es importante señalar que la mayor parte de las tareas que mencionaremos en este apartado, si no todas ellas, pueden (y deben) ser desarrolladas y puestas en marcha en contextos de atención no especializada, particularmente en la atención primaria de salud. También se hace necesario subrayar que la perspectiva con la que están diseñadas tiene un carácter inclusivo, que tiene en cuenta tanto factores biomédicos como psicosociales relacionados con estos problemas.

- Acontecimientos vitales adversos.
- Enfermedad física amenazante.
- Estrés persistente o crónico.
- Déficit cultural o educativo.
- Mujeres con carga de cuidados importante y de clase social baja.
- Paro o amenaza de desempleo.
- Niños y adolescentes de familias problemáticas.

Estrés y síntomas de ansiedad. Vigilancia.

En la tabla anterior se señalan algunas situaciones que deben ser sometidas a observación atenta. Se trata de organizar algunas actividades de control que incluyan las alertas pertinentes. En la mayor parte de las situaciones que se mencionan no hay aún motivos suficientes para instaurar ningún tipo de tratamiento. Aunque el estrés no puede ser considerado como un trastorno mental, su intensidad o persistencia en el tiempo son factores de riesgo conocidos en la génesis de muchos trastornos mentales. Es posible que, además de las reseñadas, haya otras situaciones que puedan ser incluidas entre aquéllas a vigilar por el riesgo que entrañan. Sólo se han citado, a modo de ejemplo, algunas de las más frecuentes entre las observadas en la clínica y avaladas por la experiencia o por hallazgos epidemiológicos.

- Utilizar técnicas de entrevista apropiadas.
- Uso de cuestionarios de criba (GHQ, PHQ-9).

Salud mental y atención primaria

- Presencia de quejas somáticas frecuentes (mareos, cefaleas, ahogos, vértigo).
- Recordar que hay presentación combinada con síntomas depresivos.
- Ocurren frecuentes fluctuaciones en intensidad y tipología de los síntomas.

Estrés y Síntomas de ansiedad. Detección y diagnóstico.

Es importante recordar que una gran parte de los síntomas clave en las manifestaciones de ansiedad son de naturaleza somática por lo que debe haber una especial atención a los mismos, dado que son más fáciles de objetivar y los únicos que, muchas veces, presentan algunas personas. Las habilidades en técnicas de entrevista resultan esenciales para ganarse la confianza de los pacientes y establecer un marco de relación adecuado en el que éstos expresen sus preocupaciones. La experiencia indica que, a pesar de su utilidad, y relativamente fácil implementación, los instrumentos de criba apenas se utilizan en la práctica clínica habitual en nuestro país. Por último es necesario recordar que la falta de especificidad sintomática en este nivel de trastorno es muy grande por lo que no cabe esperar formas de presentación muy definidas (ansiedad frente a depresión), sino más bien combinaciones de síntomas y fluctuaciones en la apariencia o inten-

- Técnicas de afrontamiento de estrés.
- Técnicas de relajación (individual y en grupo).
- Cuidar higiene del sueño y hábitos asociados.
- Tratar el insomnio con fármacos si éste es importante.
- Psicoeducación (explicar los síntomas y su origen).
- Evitar o minimizar el consumo prolongado de benzodiacepinas.
- Considerar el uso de antidepresivos indicados en el tratamiento de la ansiedad.

Estrés y síntomas de ansiedad. Manejo clínico.

sidad de los mismos que pueden desconcertar a un observador no avisado.

Es necesario explicar la naturaleza de los síntomas a los pacientes, particularmente en el caso de que estén preocupados por el origen o consecuencias de los mismos. Esto tiene particular importancia en el caso de los síntomas somáticos asociados a la ansiedad (cefaleas, sudoración, temblor, mareos, etc.) y suele ser muy frecuente en algunas personas en las que este tipo de preocupaciones contribuyen a propiciar mayores niveles de ansiedad. La psicoeducación que aquí se plantea es elemental y debe ser desarrollada en torno a este tipo de cuestiones. Las técnicas básicas de relajación y el entrenamiento de los pacientes para un mejor afrontamiento del estrés pueden ser desarrolladas por personal de enfermería entrenado.

Conviene siempre pensar alternativas al tratamiento farmacológico, especialmente si se trata de benzodiacepinas.

- Atención a aspectos psicosociales (familia, trabajo, momento del ciclo vital).
- Evitar dependencia y autoconsumo de fármacos.
- La ansiedad persistente puede derivar en claudicación vital y depresión.
- Evitar hiperfrecuentación de consultas.
- Considerar tratamientos mantenidos (con sus correspondientes pausas).
- Tratar en servicios especializados sólo cuadros instaurados, graves o difíciles.
- Vigilar el estrés en los propios equipos asistenciales.

Estrés y síntomas de ansiedad. Cuidados.

A pesar de todo un significativo número de pacientes recae o manifiesta situaciones de estrés o ansiedad crónicas. En estos casos, además de la posible vulnerabilidad previa (cualquiera que sea el posible origen de la misma), casi siempre aparecen asociadas diversas dificultades de orden psicosocial detectables

en el momento de la evaluación y de larga evolución en la biografía de los sujetos. Debido a todo ello hay que intentar minimizar algunos riesgos en este grupo de pacientes, especialmente el consumo crónico y la dependencia de benzodiacepinas, también la hiperfrecuentación de servicios, especialmente los de urgencia hospitalaria. A día de hoy existe suficiente evidencia acumulada que nos informa de que las situaciones de ansiedad crónica pueden acabar en un cuadro de agotamiento psíquico y físico de gravedad considerable en algunos casos, con una vulnerabilidad aumentada para múltiples enfermedades médicas y propiciando una situación de tránsito hacia episodios depresivos de intensidad mayor. Por otro lado, finalmente, se hace necesario reservar un espacio (esto es, un lugar y un tiempo) donde, primero, reconocer y luego poder tratar el estrés que muchas situaciones de cronicidad y dificultades de manejo reiteradas generan entre los propios profesionales que deben atender a los pacientes, a veces en situaciones de gran dificultad y escasez de recursos.

- Pérdidas significativas. Duelos.
- Déficit importante de autonomía.
- Enfermedad física incapacitante.
- Ancianos (particularmente si viven solos).
- Mujeres con cargas importantes en el hogar.
- Síntomas somáticos erráticos o inexplicados.
- Reacciones depresivas farmacológicas.

Síntomas depresivos. Vigilancia.

En general las situaciones de pérdida significativa para las personas conllevan un riesgo de presencia de síntomas depresivos. En el caso de que deriven en un déficit de autonomía, con un deterioro de los niveles previos de actividad, y sobre todo si se producen situaciones de dependencia de terceros, las pérdidas pueden resultar especialmente importantes en cuanto a su potencial generador de síntomas depresivos. Diversas enfermedades médicas, particularmente en el caso de personas

ancianas, conllevan entre sus consecuencias este tipo de situaciones que pueden conducir a un episodio depresivo. Hay que prestar especial atención a la presencia de síntomas médicos generales erráticos o de difícil explicación, que pueden constituir formas de presentación de un trastorno depresivo difícil de detectar, frente a otros síntomas más esperables y conocidos. No se debe olvidar el potencial efecto causante de síntomas depresivos que presentan algunos fármacos de uso muy común como algunos antihipertensivos, antiparkinsonianos, corticoides, antineoplásicos y hormonas.

- Técnicas de entrevista adecuadas.
- Cuestionarios de criba (PHQ-9, GHQ).
- Variedad de formas en la presentación de los síntomas.
- Presentaciones con muy pocos síntomas (astenia, lentitud).
- Presentación somatizada sin apenas quejas psíquicas.
- Presentación combinada con síntomas ansiosos.
- Fluctuaciones en intensidad y síntomas muy variables.

Síntomas depresivos. Detección de trastornos.

Los síntomas iniciales de un trastorno depresivo pueden resultar muy triviales, variados o cambiantes en algunos casos. Especialmente si se trata de ancianos podemos encontrarnos con presentaciones sintomáticas muy pobres, donde la inhibición psicomotriz y la astenia pueden dominar el cuadro sin una clara evidencia de alteraciones manifiestas del humor. Otras veces los síntomas afectivos aparecen enmascarados tras manifestaciones somáticas muy evidentes e, incluso, con presencia concomitante de enfermedades médicas que pueden distraer nuestra atención de los síntomas depresivos. Además en las formas leves, iniciales o residuales del cuadro los síntomas pueden presentar gran inestabilidad.

En caso de duda conviene utilizar instrumentos de ayuda y no desistir en volver a entrevistar al paciente algún tiempo después a fin de confirmar la impresión inicial.

- La empatía y escucha son claves.
- Tratar insomnio asociado si existe.
- Fármacos útiles: ISRS y Benzodiacepinas.
- Uso de dosis única si es posible.
- Dosis efectivas mantenidas un mínimo de seis meses tras mejoría.
- Vigilar el cumplimiento de prescripciones.
- En ancianos atención a polifarmacia e interacciones.
- Psicoeducación (explicar los síntomas y su origen).

Síntomas depresivos. Manejo clínico.

Es importante crear un ambiente donde el paciente se sienta escuchado y atendido. Este es el terreno en el que se podrá apoyar posteriormente cualquier forma de trabajo psicoterapéutico, que en sus formas más sencillas y elementales se basa en la escucha y empatía. Por otro lado una de las claves de mala evolución de un trastorno depresivo es la deficiente cumplimentación de las prescripciones farmacológicas. Muchos pacientes tienden a abandonar la medicación o a tomarla de forma irregular. Hay que instruir a los pacientes de manera precisa en este punto y controlar la toma adecuada de los fármacos. Una parte importante del tratamiento se juega en estos dos aspectos. En los ancianos hay que valorar las interacciones de los fármacos antidepresivos con otros que el paciente esté tomando para diversas enfermedades. Siempre hay que explicar cómo son y por qué surgen los síntomas para que los pacientes puedan entender mejor lo que les pasa.

- Atención a aspectos psicosociales (familia, trabajo, ciclo vital).
- Recordar deterioro cognitivo y demencia.
- Depresión persistente y enfermedad física crónica.
- Depresión y discapacidad (causa y efecto).
- Prevención de suicidio (ancianos, varones, solitarios).

- Evitar hiperfrecuentación de consultas y urgencias.
- Considerar tratamientos de mantenimiento largos.
- Muchos pacientes crónicos esperan sólo amabilidad.

Síntomas depresivos. Cuidados.

Al igual que en el caso de los trastornos de ansiedad debemos prestar suficiente atención al entorno psicosocial del paciente que muchas veces está en la raíz de sus problemas o, cuando menos, es un factor importante que contribuye a su mantenimiento. Muchos cuadros resistentes al tratamiento o recidivantes están relacionados con la presencia de enfermedades médicas de carácter crónico o con la presencia de dolor de difícil control. La prevención del suicidio es uno de los aspectos más trascendentes del tratamiento de cualquier trastorno depresivo. A este fin debemos de estar preparados para captar las situaciones de mayor riesgo y evaluar la potencial letalidad de las mismas (Retolaza, 2009).

1. Descripción del episodio:

- *Objetiva:* Método utilizado, Fármaco ingerido, dosis ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿El paciente estaba sólo o acompañado? ¿Informó sobre sus intenciones? ¿Dejó alguna nota?
- *Subjetiva:* Grado de intención suicida, ¿Conocía el paciente el fármaco ingerido? ¿Qué actitud manifiesta ante el hecho de seguir viviendo?

2. Evidencia de enfermedad psiquiátrica:

- Interesan episodios actuales o recientes, especialmente de depresión, abuso de alcohol o trastorno bipolar, asociados a un mayor riesgo.
- ¿Hay antecedentes de enfermedad psiquiátrica o intentos suicidas?

3. Información social o demográfica de interés:

- Presencia de acontecimientos vitales recientes.
- Duelo o pérdidas significativas.

Salud mental y atención primaria

- Problemas de empleo, maritales, familiares, problemas económicos.
- Historia familiar de trastorno mental o suicidio.
- Aislamiento social del paciente ¿Tiene con quién estar en caso de necesidad?

Valoración del riesgo suicida. Entrevista
(Adaptada de Goldberg y otros, 2008).

En la tabla anterior se describen someramente algunas las principales áreas a explorar en una entrevista cuyo objetivo sea la valoración del riesgo suicida. Lo habitual es que se tenga que entrevistar a un paciente tras algún intento reciente aunque, si se trata de un caso conocido, tampoco es infrecuente que sea el paciente quien espontáneamente o, en el transcurso de una exploración, nos manifieste sus ideas o intenciones.

- Fuertes sentimientos de desesperanza e inutilidad personal.
- Depresión con marcado trastorno del sueño.
- Pobre salud médica o dolor importante.
- Vivir solo.
- Pérdida reciente o acontecimiento vital estresante.
- Varones mayores de 45 años.
- Alcoholismo o abuso de alcohol.
- Antecedentes de trastorno mental o intento de suicidio.
- Antecedentes familiares de trastorno mental, alcoholismo o suicidio.
- Mujeres:
 - Pérdida materna por muerte o separación anterior a los doce años.
 - Tres o más hijos menores de cinco años.
 - Carencia de relación afectiva íntima.
 - Carencia de empleo.

Indicadores de alto riesgo suicida.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

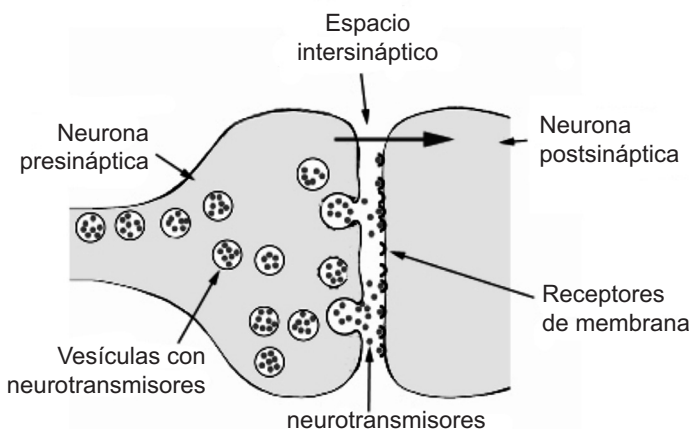
Aunque en la clínica suelen utilizarse diversos tipos de fármacos para el tratamiento de los trastornos mentales comunes, incluidos los neurolépticos en algunos casos especialmente resistentes o atípicos, hablaremos aquí sólo de los más ampliamente utilizados y recomendados en las guías de práctica clínica: ansiolíticos y antidepresivos (Goldberg y otros, 2008).

Existen tres tipos de fármacos eficaces para la ansiedad: los antidepresivos, las benzodiacepinas y los betabloqueantes. Hay datos concluyentes derivados de ensayos clínicos que prueban la eficacia de los antidepresivos en los trastornos de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los fármacos beta bloqueantes se utilizan en el tratamiento de los estados de ansiedad, particularmente si están asociados a síntomas somáticos. Pero, con mucho, siguen siendo las benzodiacepinas los fármacos más utilizados en este campo.

Las benzodiacepinas, o tranquilizantes menores, son efectivas para reducir la ansiedad patológica, la tensión y la agitación a dosis que aún no producen sedación o somnolencia. Todas ellas tienen el mismo mecanismo de acción y sólo difieren en la duración de sus efectos. Se fijan a los receptores GABA y actúan potenciando la inhibición inducida por este neurotransmisor en el sistema nervioso central. En mayor o menor medida cada uno de estos fármacos produce cinco efectos farmacológicos diferenciados: ansiolisis, hipnosis, relajación muscular, amnesia y efecto anticonvulsivante. Sus indicaciones fundamentales son los estados de ansiedad, el insomnio y las desintoxicaciones, particularmente en el caso del alcohol. En el caso de la ansiolisis son efectivas y relativamente inocuas si los objetivos del tratamiento son a corto plazo. Pero el riesgo de tolerancia y dependencia limitan su uso en tratamientos continuados. Deberían ser usadas en períodos limitados a un máximo de cuatro semanas durante los que se tendría que introducir otro tratamiento a más largo plazo si fuera necesario. Las benzodiacepinas de vida media más larga, como es el caso del diazepam, son preferibles a otras como el lorazepam a causa de su menor potencial adictivo.

Salud mental y atención primaria

Los principales riesgos de estas drogas se relacionan con la tolerancia, la dependencia y los síntomas de abandono. Está demostrado que los problemas relacionados con la tolerancia farmacológica y el abandono pueden ocurrir ya a las dos semanas de tratamiento. La posibilidad de que esto ocurra es mayor cuanto más corta sea la vida media del producto en el organismo. Los síntomas de abstinencia o abandono más frecuentes son incremento de ansiedad, insomnio de rebote y disforia. Con mucha menor frecuencia pueden ocurrir agitación, pánico, alucinosis y convulsiones. Se trata de drogas relativamente seguras en caso de sobredosis. Pero que hay que manejar con cuidado dada su potencial letalidad. El mayor riesgo está en que pueden producir depresión respiratoria, sobre todo si se usan junto con otros depresores del sistema nervioso central, como el alcohol.



Todos los antidepresivos actúan incrementando la acción de diversas monoaminas que actúan como neurotransmisores en la hendidura sináptica. Bien sea la serotonina, la noradrenalina y, en ocasiones, la dopamina. Las diversas formas en las que realizan esta acción sirven para clasificarlos. En condiciones naturales la acción de los neurotransmisores en la sinapsis acaba mediante un mecanismo de *recaptación* que recupera cerca del

90% de la sustancia reconduciéndola a la terminación presináptica para su posterior reutilización. Se trata de un mecanismo de ahorro. Por otra parte la enzima monoamino-oxidasa (MAO) se encarga de iniciar el metabolismo y degradación de la porción restante de los neurotransmisores que permanecen en la hendidura sináptica. La acción principal de un gran grupo de antidepresivos es la de inhibir la recaptación o impedir la degradación metabólica de los neurotransmisores, de tal forma que persista su efecto en los receptores postsinápticos. Otro pequeño grupo de estos fármacos logra la misma acción actuando directamente sobre los receptores. Los principales avances habidos en las últimas décadas derivan del hallazgo de sustancias con un mejor perfil de efectos adversos, pero no han sido encontrados fármacos con mecanismos de acción más selectivos que los descritos.

Existe un gran grupo de fármacos antidepresivos que actúan como *inhibidores de la recaptación* de varias monoaminas simultáneamente. El neurotransmisor se acumula en la sinapsis una vez que el lugar de recaptación para el mismo es bloqueado. Existen varios tipos de fármacos de estas características. Entre ellos destacan los antidepresivos tricíclicos, que en la actualidad se usan cada vez menos. Dentro de este grupo la duloxetina y la venlafaxina son productos de nueva creación que poseen un perfil de efectos adversos mucho más ventajoso que los tricíclicos clásicos. Resulta evidente que este tipo de sustancias, por su múltiple mecanismo de acción, resultan útiles en el tratamiento de las depresiones resistentes. Otro grupo de interés son los *inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina*. Su mecanismo de acción les proporciona un cierto perfil estimulador que puede ser de utilidad en algunos tipos de depresión. Por lo mismo pueden provocar alteraciones del sueño. Finalmente están los *inhibidores selectivos de recaptación de serotonina* (ISRS) que, con gran diferencia, son los antidepresivos de mayor uso en la actualidad. Los fármacos principales de este grupo son la fluoxetina (el famoso Prozac), la paroxetina, la sertralina y el citalopram. Las guías actuales recomiendan los ISRS como primera línea de tratamiento de la depresión mayor debido a su eficacia, tolerancia y superior seguridad. La venlafaxina sería una posible elección de segunda línea, si tras seis u ocho semanas de trata-

miento no se produce la suficiente mejoría sintomática. En el trastorno de pánico y en la ansiedad generalizada es mejor iniciar el tratamiento con ISRS. Hay otros fármacos activos sobre los receptores monoaminérgicos. Es el caso de la mirtazapina que tiene utilidad cuando se necesita sedar o controlar el insomnio de los pacientes. Puede usarse sola o en combinación con otro ISRS en casos de resistencia.

- Escoger el tratamiento en base a la evidencia disponible.
- Prescribir las dosis adecuadas desde el principio.
- Establecer una duración ideal del tratamiento.
- Monoterapia o polifarmacia bien razonada.
- Atención a las interacciones.
- Buen conocimiento de los posibles efectos adversos ya establecidos y atención a los aún no conocidos.
- Implicar al paciente.

Reglas básicas para la prescripción
(Goldberg y otros, 2008).

PSICOTERAPIAS Y OTRAS HERRAMIENTAS ESPECÍFICAS

Mencionaremos en este apartado una serie de técnicas y procedimientos suficientemente avalados por la investigación en cuanto a su eficacia y ampliamente recomendados en las guías de práctica clínica para el tratamiento de los trastornos mentales de predominio sintomático ansioso o depresivo.

Existen varias técnicas de relajación para combatir la ansiedad y sus consecuencias en el paciente. Lo común a todas ellas es ayudar a éste a reconocer los signos de tensión en su cuerpo e instruirlo para combatirlos de forma controlada y a voluntad. Diversos ejercicios físicos y respiratorios, que ayudan a reducir el estado de alerta e hipervigilancia de los pacientes, pueden ser ensayados mediante este tipo de procedimientos. Algunas técnicas se ayudan de grabaciones en audio que pueden ser reproducidas fuera de la consulta en el domicilio de los pacientes.

Está establecido que el aprendizaje de la relajación ejercita al paciente en habilidades útiles para modificar situaciones de estrés y síntomas de ansiedad. Esto incluye elementos cognitivos tales como la conciencia y reconocimiento de la posibilidad de ejercer un control activo en situaciones de dificultad, frente a la pasividad ante los acontecimientos de la que el paciente era víctima anteriormente. Sin embargo hay que hacer notar que, para algunas personas, estos procedimientos resultan muy difíciles, debido a su temor a que la propia concentración en sus síntomas y sensaciones corporales provoque un episodio de pánico o ansiedad extrema, con la consiguiente sensación de pérdida de control.

No está de más recordar que, con las debidas excepciones, este tipo de técnicas pueden ser utilizadas en un gran número de pacientes y son susceptibles de ser puestas en práctica tanto con personas en situación individual como en grupo. Por otro lado pueden ser enseñadas y aprendidas sin grandes dificultades por lo que están al alcance de personal no facultativo, como es el caso de los diplomados en enfermería que, incluso en contextos no especializados pueden ponerlas en marcha de manera sistemática.

La depresión y los trastornos de ansiedad son también abordables de manera resolutive mediante técnicas de psicoterapia cognitivo conductual. Pero el acceso a este tipo de terapias suele estar limitado por la disponibilidad de recursos. Una alternativa posible es la de ofertar esta terapia mediante programas de ordenador. Diversas revisiones sistemáticas y meta-análisis han comprobado la efectividad de este método tanto a corto como a medio plazo, así como su buena aceptación por parte de los pacientes. En diversos países europeos hay ya interesantes experiencias en marcha con notable éxito. En España se está llevando a cabo, en la actualidad, un prometedor ensayo clínico en este campo en el que participan varias Comunidades Autónomas. El proyecto se llama *Sonreír es divertido* y compara la efectividad de tres ramas de tratamiento. En una de ellas se desarrolla la terapia *online* de forma auto dirigida por el usuario, en otra con apoyo de un psicoterapeuta entrenado y en la tercera, a efectos de comparación, el tratamiento es el tradicional con el médico habitual del paciente. La intervención se prolonga durante tres meses y las mediciones se efectúan al final del tratamiento, a los seis

meses y al año, a fin de comprobar si el resultado se mantiene en el tiempo.

Terapia de resolución de problemas

El principal presupuesto teórico que inspira la técnica de resolución de problemas es que los síntomas más frecuentes, como la ansiedad o los asociados a la depresión, están relacionados con problemas prácticos que las personas tienen que afrontar en su vida cotidiana. Los pacientes, de una manera natural, suelen establecer este vínculo con facilidad por lo que este procedimiento les ayuda a sentirse mejor de una manera relativamente rápida. Se trata de una técnica sencilla y muy práctica que requiere ser desarrollada de forma colaborativa entre paciente y terapeuta por lo que precisa de personas motivadas para su tratamiento. Es una psicoterapia breve y bien estructurada que requiere trabajar sobre objetivos alcanzables y cuyos resultados han sido avalados por la investigación.

Una de sus características más interesantes es que está especialmente adaptada para ser desarrollada en contextos de atención primaria y es precisamente en éstos donde la evidencia disponible sobre su efectividad es más concluyente.

- Escribir una lista de problemas presentes.
- Escoger uno de ellos como objetivo central.
- Definir el problema de forma lo más clara y simple posible.
- Establecer objetivos prácticos y alcanzables.
- Ayudar al paciente a pensar en posibles soluciones.
- Escoger la mejor solución, después de considerar pros y contras de las diferentes alternativas.
- Establecer un plan, especificando con la mayor precisión posible qué hay que hacer para ponerlo en práctica, incluyendo las diversas etapas del mismo.
- Supervisar el proceso y evaluar los resultados.

Técnica de resolución de problemas. Esquema básico
(Mynor-Wallis, 2005).

Terapia de apoyo

Es muy probable que algunos pacientes no hayan tenido nunca la posibilidad de revisar múltiples aspectos de su vida o de expresar las emociones asociadas a diversos acontecimientos vitales que les han ocurrido. En estas ocasiones, que son muy frecuentes, la escucha activa es una parte importante del proceso terapéutico. Además hay que realizar una búsqueda de las preocupaciones que inquietan al paciente. Este puede tener una particular teoría sobre el origen de sus síntomas y, por otra parte, sus temores también pueden estar relacionados con el diagnóstico o la clase de tratamiento que espera recibir de los profesionales. Todas estas importantes cuestiones habrán de ser discutidas con él de una manera adecuada, permitiendo una eficaz expresión de sentimientos. Esta expresión de sentimientos es un componente de la terapia de apoyo que resulta trascendental y confiere a la relación terapéutica que se establece un carácter específico. Resulta de particular interés que sentimientos tales como la angustia, la frustración o la pérdida no reparada puedan ser expresados, especialmente si el paciente hubiera tenido con anterioridad dificultad en manifestarlos y reconocerlos de una forma abierta. Lo anterior puede ser de gran relevancia en situaciones de duelo o cuando debemos tratar con el paciente malas noticias en las que se pueda sentir muy preocupado.

- Ejercer una escucha activa.
- Explorar preocupaciones e inquietudes.
- Ayudar a ventilar sentimientos.
- Reasegurar al paciente.
- Proporcionar explicaciones sobre sus temores irracionales.
- Suministrar información.
- Limitar los consejos.

Elementos esenciales de la terapia de apoyo.

Frecuentemente hay que reasegurar a los pacientes en el sentido de informarles de que no padecen una enfermedad gra-

ve. Esto suele ser frecuente en el caso de los trastornos de ansiedad debido a las interpretaciones erróneas que muchas personas hacen de los síntomas somáticos asociados a la misma. La información de carácter psicoeducativo sobre la naturaleza de este tipo de síntomas les ayuda a confrontar sus preocupaciones de una forma más eficaz y potencialmente reduce la intensidad de los síntomas relacionados con este tipo de temores. De todas formas hay personas con las que este tipo de explicaciones fracasa e inician una búsqueda en serie de nuevas opiniones o pruebas diagnósticas difíciles de contener. Finalmente, algunos pacientes acuden a consulta en busca de consejo. Hay algunas materias en las que éste puede ser utilizado adecuadamente, de manera especial si se ejerce sobre temas muy precisos, o propios de las profesiones sanitarias, como es el caso de las recomendaciones basadas en el abandono de conductas adictivas (fumadores, abuso de alcohol, consumidores de benzodiacepinas, etc.). Sin embargo deben evitarse consejos en los que se explique al paciente cómo debe dirigir su vida, incluso en el caso frecuente de que sea él mismo quien los solicite. Se pueden discutir o revisar con él las consecuencias de determinadas acciones sobre sus síntomas, pero siempre debemos reforzarle para que tome el control y la responsabilidad y dejar en sus manos las decisiones. La información o la discusión de alternativas pueden ser terapéuticas, pero los consejos (particularmente si son muy directivos) suelen resultar perjudiciales.

Psicoterapia orientada al insight

Se trata de un conjunto de técnicas introspectivas que suelen utilizarse para reconstruir el posible origen de los síntomas del paciente o para examinar los factores que los hacen persistir. Sus características principales se describen a continuación.

En primer lugar, en vez de hacer preguntas directivas conviene utilizar los comentarios del paciente para estimularlo a hablar con mayor detalle y profundidad sobre lo que le ocurre. También interesa utilizar la empatía para intentar comprender cómo el paciente puede sentirse y, cuando el terapeuta crea que ha logrado este objetivo, invitarlo a un diálogo más a fondo.

Además se trata de permitir que el paciente muestre sus emociones. El terapeuta debe utilizar comentarios que apoyen el relato y expresión emocional del paciente, pero debe recordar que el silencio también puede servir a este objetivo. Si el terapeuta comete algún fallo debe dar al paciente la oportunidad de corregirle. Finalmente no se debe intentar reasegurar al paciente demasiado pronto. Es importante respetar su propio ritmo.

Terapia grupal y terapia familiar

Algunos pacientes se benefician de la discusión grupal de sus problemas. Los grupos resultan especialmente útiles en aquellas personas que presentan dificultades relacionales y, también, cuando comparten un mismo problema. Existen múltiples tipos de grupos que pueden servir de ayuda a los pacientes. Los grupos dirigidos a la terapia del alcoholismo, por ejemplo, tienen una gran tradición en todo el mundo. En los últimos años tienden a proliferar los llamados grupos psico-educativos, en los que se suministra información a los pacientes sobre su trastorno y la manera adecuada de manejarlo. Los grupos de apoyo pueden servir a muchos pacientes para conocer cómo otras personas afrontan problemas similares a los suyos y aprender de ellas. Otras formas de grupo más estructuradas son propias de tratamientos psicoterapéuticos formalizados, como es el caso de la terapia grupo-analítica, que debe ser conducida por un terapeuta experto y específicamente formado en ese campo.

Las técnicas de terapia familiar resultan especialmente útiles cuando las relaciones familiares y los conflictos en torno a ellas pueden estar en la causa o promueven el mantenimiento de los problemas detectados. Existen diversas técnicas de terapia familiar basadas en diversos presupuestos teóricos, pero muchas de ellas son complementarias entre sí y es posible integrarlas en procesos terapéuticos concretos. Actualmente se asume que este tipo de técnicas resultan especialmente útiles cuando el paciente a tratar es un niño o adolescente, pero también existen abordajes eficaces cuando el paciente identificado es un adulto o si se trata de una pareja.

Un aspecto interesante de ambas formas de tratamiento es que permiten atender a varias personas a la vez, por lo que son especialmente útiles en contextos asistenciales con problemas de sobrecarga en la demanda, aunque, en la práctica, si se ponen en marcha de una manera adecuada y seria, tampoco suponen un gran ahorro de tiempo. Lo que sí suelen promover es una mejora de la calidad asistencial y una posibilidad de integrar el trabajo en equipo, ya que precisan de la cooperación coordinada de varios componentes del mismo. Para muchos pacientes resultan también especialmente educativas ya que rompen la tradicional atención individualizada que se da en el modelo de consulta médica y les abren nuevas perspectivas. Sin embargo es cierto que no todo el mundo las tolera de igual forma por lo que este tipo de técnicas debe coexistir con los tratamientos individuales clásicos. Constituyen, por lo tanto, una ampliación y complemento de la oferta terapéutica de un servicio, que debe disponer también de otro tipo de terapias en su cartera de servicios para estar a la altura de las necesidades de sus pacientes.

MANEJO CLÍNICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO

En las siguientes páginas haremos una revisión más detallada del manejo de la depresión debido a que se trata, con mucho, del diagnóstico más prevalente entre los que nos ocupan en este trabajo y también probablemente el más estudiado y consensuado en cuanto a sus formas de abordaje y tratamiento.

Dado que no existen pruebas de laboratorio, o de otro tipo, que sean útiles para establecer con seguridad un diagnóstico psiquiátrico y que, por lo tanto, la entrevista de valoración es el único recurso para establecerlo, resulta conveniente disponer de algunos instrumentos de ayuda que puedan ser utilizados, por lo menos en situaciones de duda, como apoyo para esa tarea. En el caso de la depresión podemos citar entre estos instrumentos al *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*. Se trata de un cuestionario de sólo nueve preguntas que permite hacer una criba y diagnóstico rápido de la depresión y que ha sido desarrollado para ser utilizado en contextos de atención primaria. En el nivel especializado la SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*)

es utilizada con frecuencia en estudios e investigaciones de ámbito psiquiátrico y la MINI (*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*) , algo más amistosa en cuanto a facilidad de uso en la clínica cotidiana y disponible en Internet (medical-outcomes.com), son algunas de las más conocidas. En el capítulo dedicado al diagnóstico se han descrito con mayor detalle algunos de estos instrumentos.

En el caso de la depresión la gravedad del trastorno condiciona las alternativas de tratamiento (De Rubeis y otros, 2005). En las formas leves, muchas de las cuales remiten espontáneamente, empieza a haber evidencia concluyente de que ni los fármacos, ni las psicoterapias regladas resultan más eficaces que el placebo. En estos casos se recomienda educar e informar al paciente sobre sus síntomas y la mejor manera de manejarlos por sí mismo. Esto se puede hacer a través de folletos o libros de ayuda, páginas especializadas de Internet o grupos psicoeducativos coordinados por un sanitario. En la depresión moderada hay pruebas de que la psicoterapia resulta tan efectiva como la farmacoterapia, sin embargo se suele recomendar empezar por esta última siempre que el paciente tolere bien el tratamiento. En la depresión grave, o en las formas resistentes de la moderada, está indicado el tratamiento farmacológico y, si es posible implementarlo, debe hacerse un tratamiento combinado (farmacoterapia y psicoterapia simultáneas) que es el que ofrece los mejores resultados. Por otro lado hay pruebas que apuntan en el sentido de que algunos antidepresivos (aquéllos que inhiben la recaptación de más de una monoamina) podrían resultar más efectivos que otros (los inhibidores selectivos de la recaptación de una sola monoamina) en el tratamiento de la depresión grave. En concreto la venlafaxina, a altas dosis, tiene más probabilidades de alcanzar la remisión de síntomas que cualquier ISRS. De cualquier forma se suele reservar como agente de segunda línea a utilizar cuando los demás no logran el objetivo terapéutico.

Especialmente en contextos de atención primaria los trastornos depresivos no son fáciles de identificar. Ante todo, esto se debe a que, con mucha frecuencia, los pacientes no presentan quejas específicas centradas en su humor, sino que, más bien, refieren síntomas inespecíficos o de tipo somático, tales como

fatiga, dolores de difícil caracterización, insomnio o mareo. Algunos pacientes, incluso, no parecen en absoluto conscientes de su estado emocional o no aciertan a describirlo en los términos que un clínico no convenientemente entrenado espera. Debido a ello aquellos pacientes con mayor riesgo de padecer un episodio depresivo, algunas de cuyas características son descritas abajo, deben ser examinados con mayor profundidad.

- Dolor crónico.
- Enfermedad médica crónica (artropatía, cardiopatía, diabetes...).
- Presencia de síntomas somáticos sin explicación médica.
- Hiperfrecuentación en atención primaria.
- Depresión postparto.
- Presencia de estresores psicosociales continuados.

Algunos factores que indican riesgo de padecer depresión mayor.

Se trata de realizar un cribado (*screening*) con el que confirmar o no un diagnóstico que aún puede ser provisional. Hay dos preguntas muy sencillas que pueden ayudar en esta tarea, particularmente cuando hay que desarrollarla fuera de contextos especializados, dado que aún nos encontramos en una fase de exploración del riesgo. Estas preguntas de chequeo son: 1) ¿ha percibido usted un menor interés en realizar sus tareas habituales o en experimentar placer durante el último mes?; y 2) ¿se ha sentido usted desanimado, especialmente triste o sin esperanza en el último mes? Si una de estas preguntas es respondida afirmativamente hay que realizar una más detallada evaluación del estado psicopatológico del sujeto a fin de confirmar un posible diagnóstico de depresión. Es interesante saber que estas dos preguntas son las dos primeras del PHQ-9.

Hay un buen grado de consenso en que el tratamiento de la depresión puede dividirse, como mínimo, en dos fases con diferentes metas y actividades en cada una de ellas. La primera fase se suele denominar *fase aguda*, o de tratamiento agudo, y la se-

gunda, más larga, *fase de mantenimiento*. Algunas guías diferencian dos períodos en esta segunda fase: uno de resolución o estabilización de los síntomas, y otro posterior, para el que se reserva el término específico de fase de mantenimiento, y que debe prolongarse aún más en algunos casos resistentes. Diferencias terminológicas aparte, los principales objetivos y tareas de cada una de estas fases, así como su duración recomendada (o sea, el tiempo promedio habitual que vienen a durar en un caso estándar) se detallan en la siguiente tabla:

Fase aguda	Fase de mantenimiento
Duración: 8-12 semanas	Duración: 6-12 meses
1.Objetivos: • Remisión de síntomas. • Mejoría funcional (social y laboral). 2.Tareas: • Establecer alianza terapéutica. • Educar y entrenar la autoayuda. • Seleccionar el tratamiento más adecuado. • Manejar efectos adversos y secundarios no buscados. • Seguimiento y monitorización de resultados.	1.Objetivos: • Completa recuperación funcional (social y laboral). • Prevención de recaídas. 2.Tareas: • Educación y autoayuda más monitorizadas. • Controlar efectos adversos. • Rehabilitar las funciones social y laboral. • Monitorizar recurrencias.

Fases del tratamiento de la depresión
(Lam y otros, 2008).

Según las recomendaciones más comúnmente aceptadas a día de hoy, todos los pacientes con un diagnóstico de depresión claramente establecido deben seguir en tratamiento farmacológico un mínimo de seis meses. Pero existe un grupo de pacientes que presenta factores de riesgo añadidos que hacen recomendable el mantener la farmacoterapia hasta dos años (incluso más en algunos casos). Estos factores de riesgo son los siguientes:

- Episodios muy graves.
- Cronicidad manifiesta.
- Episodios comórbidos (combinados con otros trastornos mentales).
- Depresiones resistentes.
- Recurrencias frecuentes.
- Edad avanzada.

Hay evidencia empírica suficiente para afirmar que las recaídas o recurrencias son más probables si las medicaciones prescritas son retiradas demasiado pronto, una vez establecidos diagnóstico y tratamiento. Algunos estudios rigurosos han cuantificado la eficacia del tratamiento de mantenimiento medida mediante la tasa de recaídas. Entre un 10% y un 20% de recaídas con tratamiento activo, frente a una tasa del 50% o superior con placebo.

Psicoterapia en el trastorno depresivo

Existen pruebas suficientes de la eficacia de algunas modalidades de psicoterapia en poblaciones definidas de pacientes con síntomas de depresión mayor (Segal, 2001). La lista de técnicas de eficacia probada incluye las siguientes: terapia cognitiva, terapia conductual, terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia para la resolución de problemas. Aunque las distintas técnicas presentan diferencias entre sí, son, sin embargo, muchos los elementos que tienen en común. Entre éstos destacaremos el carácter pragmático de sus estrategias, la exigencia de un compromiso activo tanto por parte del terapeuta como del paciente y su énfasis en el tratamiento a corto plazo. Otras modalidades de psicoterapia, como es el caso de las basadas en técnicas psicodinámicas, pueden también resultar efectivas en el tratamiento de la depresión mayor, pero a diferencia de las anteriores su eficacia no han sido estudiada de forma sistemática y no existen pruebas sólidas y bien fundamentadas sobre su eficacia.

En la práctica es frecuente encontrar a muchos terapeutas que combinan técnicas de diversas modalidades en su trabajo con los pacientes en una forma de tratamiento que se suele denominar *psicoterapia ecléctica*. No obstante, la evidencia disponible sobre los factores que determinan un mejor resultado, sugiere que los elementos determinantes son, por un lado, la mayor experiencia de los terapeutas y, por otro, la práctica de técnicas bien estructuradas en alguna modalidad concreta de psicoterapia. Se plantea la cuestión de qué modalidad de psicoterapia elegir ante un paciente determinado. Existen muy pocos estudios centrados en la búsqueda de evidencias sobre eficacia comparando diversas psicoterapias entre sí. Algunos meta-análisis han puesto de relieve que la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal tendrían similares tamaños de efecto y alcanzarían logros parecidos en el tratamiento de la depresión mayor. Aún disponemos de escasa información referida a los factores clínicos que podrían resultar buenos indicadores de resultado en cada psicoterapia concreta.

La terapia cognitiva es la técnica psicoterapéutica más validada por numerosos ensayos clínicos y meta-análisis. A menudo se usa en forma combinada con la terapia conductual. Parece que reduce la vulnerabilidad de los individuos frente a posteriores episodios de depresión. En cualquier caso sus efectos se mantienen durante bastante tiempo una vez finalizado el tratamiento.

Principios conceptuales:

- Identificar patrones de pensamiento negativo y actitudes relacionadas.
- Retar creencias falsas.
- Sustituirlas por pensamientos más racionales.

Duración: Entre 12 y 16 sesiones.

Terapia cognitiva (Beck y otros, 1979).

La terapia conductual también está ampliamente validada por la investigación. Se basa en la idea de que la depresión está asociada a una disminución de conductas dirigidas a logros significa-

Salud mental y atención primaria

tivos y a una reducción de actividades con refuerzos positivos para el sujeto. A menudo se usa combinada con la terapia cognitiva. Utiliza diversas técnicas de activación, incluyendo un aumento de las actividades placenteras, localización de sentimientos negativos, ejercicios de relajación y entrenamiento en habilidades sociales.

Principios conceptuales:

- Identificar patrones de conducta desadaptativos.
- Reforzar conductas de afrontamiento más positivas.
- Practicar entrenamiento en habilidades sociales.

Duración: Entre 8 y 12 sesiones.

Terapia conductual (Segal y otros, 2001).

La terapia interpersonal utiliza una combinación de técnicas cognitivo-conductuales y psicodinámicas. Se basa en la observación de que las personas con depresión suelen presentar relaciones interpersonales perturbadas. Se centra en algunos pocos focos terapéuticos que resultan claves en las relaciones interpersonales. En la fase inicial se identifica el foco más prevalente en el paciente y se diseñan algunas alternativas para trabajar sobre el mismo. Es mucho menos estructurada que las técnicas cognitivo-conductuales.

Principios conceptuales:

- Identificar los principales problemas en la relación con otras personas.
- Uso de estrategias para abordar alguno de los problemas identificados.

Duración: Entre 12 y 16 sesiones.

Terapia interpersonal (Klerman, 1984).

La terapia interpersonal adopta un modelo de enfermedad que asume la vulnerabilidad y el estrés como elementos determinantes de los trastornos mentales. Sus principios básicos están confirmados por múltiples hallazgos de la epidemiología clínica

(Weissman y otros, 2000). En la práctica, identifica algunos problemas muy frecuentes en el ámbito de las relaciones personales o en determinados momentos del ciclo vital de las personas. Estos problemas son conceptualizados como focos sobre los que dirigir los esfuerzos de la terapia. Los principales problemas o focos terapéuticos sobre los que se diseñan estrategias de afrontamiento son los siguientes:

- Duelo no resuelto.
- Relaciones conflictivas (maritales, paterno filiales, etc.).
- Roles de transición (pérdida de empleo, jubilación, divorcio...).
- Aislamiento social.

Principios conceptuales:

- Identificación de problemas.
- Desarrollo de habilidades para resolverlos.

Duración: Entre 4 y 6 sesiones.

Terapia para la resolución de problemas (Malouff y otros, 2007).

En la terapia para la resolución de problemas las sesiones son de una duración entre veinte y treinta minutos cada una. Se trata de una técnica emparentada con la terapia cognitivo conductual, con la interesante característica de que puede ser puesta en práctica en ámbitos de atención primaria y con personal no especializado, con buenos resultados. Varios ensayos clínicos han mostrado mayor eficacia con esta técnica cuando es comparada con los tratamientos habituales que se desarrollan en contextos de medicina general.

Algunas situaciones especiales

Aproximadamente una tercera parte de los pacientes no responde a los tratamientos antidepresivos convencionales y entre un 20-30% más no lo hace de manera suficiente, mostrando una

remisión incompleta. Existe poca evidencia sobre cuáles puedan ser las mejores formas de actuar en estas circunstancias por lo que la mayor parte de las recomendaciones proceden de la opinión de expertos y guías de consenso derivadas de ellas (Segal y otros, 2001).

El concepto de depresión resistente se utiliza para describir una limitada respuesta tras varios tratamientos antidepresivos, habitualmente farmacológicos. Lo más común es que el término se utilice para mencionar el fracaso terapéutico tras ensayar dos o más fármacos diferentes. La *respuesta clínica* se define como una mejoría igual o superior al 50% de los síntomas presentes en el punto de partida del tratamiento, establecidos éstos mediante alguna escala validada. Desde hace algún tiempo se prefiere el término de *remisión clínica* que es más exigente y supone un grado mucho más alto de mejoría sintomática. Un adecuado ensayo de tratamiento (Sourey y otros, 2006) requiere optimización del fármaco en cuestión, lo que precisa del uso de las dosis máximas permitidas (sin efectos adversos) del fármaco y un tiempo mínimo de uso (entre cuatro y seis semanas). Como podemos ver, la definición habitualmente utilizada de depresión resistente al tratamiento no tiene en cuenta la mejoría parcial o la presencia de síntomas residuales, tampoco recoge el caso de estrategias de aumento de dosis o combinación de fármacos, ni la utilización de técnicas psicoterapéuticas por lo que su uso, en los términos que se manejan en la actualidad, tiene evidentes limitaciones.

Los principales pasos a dar en caso de depresión resistente al tratamiento se incluyen en la siguiente tabla:

- Reevaluar el diagnóstico.
- Evaluar la comorbilidad. Sobre todo de trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de personalidad o enfermedad médica.
- Evaluar la adherencia al tratamiento.
- Evaluar el perfil del fármaco utilizado y sus posibles interacciones.
- Precisar el grado de respuesta utilizando una escala validada.

- Considerar opciones de tratamiento psicoterapéutico.
- Considerar otras opciones farmacológicas.
- Considerar terapia electroconvulsiva.

Evaluación de pacientes con depresión resistente al tratamiento
(Fava, 2003)

Existen muchas similitudes en el manejo de la depresión en pacientes ancianos (Hollon, 2005) y en personas con enfermedad médica (Beliles y otros, 1998). Los trastornos del ánimo en población geriátrica o con patología médica comórbida son especialmente frecuentes. Numerosos estudios han demostrado que la depresión es mucho más frecuente en pacientes con patología médica que en población general. La depresión aparece precipitada por la enfermedad médica y conlleva un mayor riesgo para ésta. Sin embargo muchas veces resulta infradiagnosticada y enmascarada tras los síntomas médicos. Los riesgos de mortalidad, estancia hospitalaria o duración del proceso morboso suelen estar aumentados en el caso de que los pacientes presenten sintomatología depresiva establecida. Sabemos que la presencia de dolor, sobre todo si es crónico, aumenta la probabilidad de que aparezca depresión y empeora el pronóstico de ésta. La demencia suele coexistir con la depresión en muchos pacientes ancianos. Por otro lado también puede ser confundida con ella debido a que la depresión puede producir síntomas cognitivos, particularmente en personas mayores, aunque en este caso la presentación de los mismos suele coincidir cronológicamente con el episodio depresivo y es más abrupta que en la demencia.

La elección de fármacos antidepresivos requiere consideraciones sobre la seguridad de los mismos, teniendo en cuenta sus efectos adversos y posibles interacciones. La psicoterapia está plenamente indicada en pacientes con enfermedad médica. Sin embargo su uso en ancianos no suele estar muy extendido. Entre otras cosas la psicoterapia es útil para aumentar la autoestima del paciente y ayudarle a aceptar las limitaciones —muchas veces importantes— derivadas de su patología médica. Constituye un mé-

todo ideal para que logre descargar las emociones y miedos asociados a su enfermedad y también es útil para que reciba información adecuada sobre la misma y pueda manejarse mejor con su entorno. Las técnicas más adecuadas son las mismas que han demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión y ya hemos descrito con anterioridad. En algunos casos la terapia grupal puede servir para ayudar a los pacientes a manejar sus sentimientos de aislamiento y soledad e instruirlos de una manera razonable sobre aspectos básicos de su patología médica. La terapia familiar puede servir para mejorar la comunicación del paciente con sus allegados y preparar a la familia para los cambios necesarios.

Los síntomas depresivos también suelen presentarse con frecuencia durante el embarazo y el puerperio. Las personas con antecedentes tienen mayor riesgo de padecer una depresión establecida. En esas circunstancias está aconsejada una especial vigilancia, incluyendo un cribado sintomático que permita confirmar o descartar un episodio de enfermedad (Way y otros, 2007).

Dado el potencial riesgo que los fármacos presentan tanto para el feto como para la madre, es necesario utilizarlos con cautela especialmente durante el primer trimestre de embarazo. Sin embargo también hay que recordar que una depresión no tratada puede presentar importantes riesgos para ambos. Por otra parte tampoco el abandono del tratamiento, si ya venía siendo administrado, parece aconsejable debido a que pueden presentarse recaídas que algunos autores cifran en un 70% en los casos con depresión establecida. Aunque la evidencia disponible no es concluyente, los datos indican que los antidepresivos de segunda generación, particularmente los ISRS, resultan relativamente seguros durante el embarazo (Einarson y otros, 2005).

De una manera general la exposición a antidepresivos está asociada a un leve incremento de riesgo de aborto, aunque aún no está claro hasta qué punto la propia depresión contribuye a ello. El uso de ISRS durante el tercer trimestre de embarazo también se ha asociado a un aumento de riesgo de distrés neonatal en un 10-30% de neonatos (frente a un 3-10% en casos no expuestos). La causa de estos síntomas no está clara. En cualquier caso lo habitual es que no sean graves y se resuelvan en unas dos semanas.

Los antidepresivos son excretados por la leche materna en una proporción variable. Las cantidades detectadas a las dosis habitualmente utilizadas, especialmente con los ISRS, son muy bajas y no parecen presentar un riesgo importante para los lactantes. Como consideración final, dada la limitada evidencia disponible, el uso de antidepresivos durante el embarazo y puerperio debe ser realizado con prudencia y atendiendo a consideraciones respecto al balance riesgo/beneficio en cada caso individual.

Por otra parte hay evidencia suficiente de que los tratamientos psicoterapéuticos arriba señalados pueden ser especialmente eficaces en estas circunstancias y por lo tanto deben ser considerados de primera línea en caso de embarazo. Sin embargo no siempre están al alcance de las personas que los necesitan y en el momento oportuno.

En los últimos años se ha producido una importante controversia centrada en el hecho de si los antidepresivos podían aumentar el riesgo suicida cuando se utilizan en niños y adolescentes con depresión. Se trata de una cuestión difícil pues las ideas y los actos suicidas son también síntomas propios de un episodio depresivo grave. La cuestión se complica debido a que existen muchos menos ensayos clínicos que estudien esta población comparado con lo que ocurre en el caso de los adultos. Por otro lado, aunque existe evidencia de la eficacia de la psicoterapia (cognitivo-conductual e interpersonal) en el tratamiento de la ansiedad en población juvenil, hay menos información sobre lo que ocurre en el caso de la depresión. La mayor parte de los estudios disponibles, aunque muestran la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos, manejan muestras de diferentes niveles de gravedad, lo que limita la calidad de las pruebas a favor. De todas formas parece que los mejores resultados se alcanzan combinando un tratamiento con fluoxetina y terapia cognitivo conductual.

Se dispone de estudios que atestiguan la poca efectividad de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de jóvenes con depresión. Respecto a los antidepresivos de nueva generación, particularmente los ISRS, todo el grupo y especialmente la fluoxetina, muestran claramente efectos significativamente mejores que el placebo en el tratamiento de la depresión y los trastornos

Salud mental y atención primaria

de ansiedad. En promedio, hay que realizar diez tratamientos para obtener un caso de éxito. Por otro lado, el riesgo de suicidio asociado al uso de antidepresivos es pequeño, aunque estadísticamente significativo. Se han de tratar 112 pacientes para que aparezca un caso de riesgo relevante.

En resumen, los nuevos antidepresivos resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos depresivos en niños y adolescentes, pero deben ser usados con prudencia, evaluando en cada caso el perfil de riesgo y beneficio a obtener (Bridge y otros, 2007). Hay pruebas de que existe un leve riesgo de suicidio asociado a su uso, pero probablemente lo que ocurre es que sólo lo empeoran en un pequeño grupo de pacientes vulnerables.

Organizar la asistencia

5

EL SISTEMA ASISTENCIAL

En la mayoría de los países desarrollados el sistema sanitario público de provisión de servicios está estructurado en niveles asistenciales organizados de forma gradual a la complejidad y gravedad de los casos a tratar. La atención primaria se sitúa en el primer escalón asistencial. Muchas personas suponen que los médicos generalistas, por el hecho de no centrar su actividad en un grupo específico de enfermedades o en un aparato determinado (corazón, pulmón, cerebro, etc.) tienen un menor dominio del saber médico necesario y no resultan tan fiables como los especialistas “que saben más de lo suyo”. Sin embargo, la realidad es que la medicina familiar y comunitaria (que en muchos países como el nuestro es la que básicamente soporta la atención primaria de salud) es una especialidad fundamental para una organización eficiente del sistema sanitario. Esta especialidad, junto con la enfermería de atención primaria, ejerce funciones de diagnóstico rápido y eficaz, así como de seguimiento a largo plazo de todo tipo de pacientes, incluyendo en sus tareas (cuando pueden ser ejercidas adecuadamente) una perspectiva social, familiar y psicológica. Su carácter de primer escalón asistencial confiere a la atención primaria una función reguladora y de válvula del sistema sanitario evitando el colapso innecesario de los servicios especializados o de la atención de urgencias hospita-

larias. Pero, sobre todo, su tarea es la de prestar atención cercana y accesible a la mayoría de los pacientes, atendiéndolos de una manera personalizada y en contacto con los diversos especialistas a los que estos tengan que acceder. Desde que la OMS definió el carácter y tareas esenciales de la atención primaria en la conferencia de Alma Ata, en 1978, tal y como sucintamente las acabamos de referir, la mayoría de los países (tanto desarrollados como no) las han adoptado en los términos descritos.

El nivel secundario está formado por especialistas en las diversas enfermedades, especialmente de aquellas que tengan mayor prevalencia. A diferencia de los médicos de familia, éstos ejercen sus tareas sobre todo en el ámbito hospitalario, pero en muchas ocasiones también realizan consultas ambulatorias tanto en el hospital como en centros de salud. Finalmente existe un nivel terciario formado por especialidades que tratan patologías menos frecuentes, pero especialmente graves o importantes que requieren recursos muy sofisticados y costosos (trasplantes de órganos, grandes quemados, fecundación asistida, etc.).

En lo que respecta a la salud mental hay que reconocer que, a día de hoy, al menos en nuestro país, existen insuficiencias organizativas para atender de una manera efectiva y eficiente al grupo mayoritario de trastornos mentales comunes tal y como se presentan en las consultas de nuestros centros de atención primaria y salud mental comunitaria. La organización actual de nuestro sistema asistencial no parece la más adecuada para ello. Hay que recordar que, dado su gran volumen y escasa severidad, en su mayoría se trata de casos que son y van a ser atendidos en centros de salud general por médicos de familia y no en centros de salud mental por psiquiatras o psicólogos. Esto exige una formación adecuada de los médicos de familia y enfermeras del primer nivel asistencial, pero, sobre todo, una disponibilidad de recursos, empezando por un tiempo de consulta suficiente. También debe haber un tipo de coordinación y trabajo intersectorial entre servicios de salud mental y de atención primaria que, en la actualidad, en nuestro país se da de una manera muy insuficiente.

A lo anterior hay que añadir que existe cada vez mayor evidencia publicada señalando que –como hemos visto– diversas técnicas psicoterapéuticas, son especialmente eficaces en el tra-

tamiento de muchos de estos trastornos. Sin embargo la escasez de tiempo y de personal debidamente entrenado en las mismas hace que sean aplicadas de una manera muy escasa y deficiente. A decir verdad este problema lo compartimos con la mayoría de los países de nuestro entorno, en gran parte de los cuales tampoco se ha desarrollado de manera sistemática la atención psicoterapéutica por parte de los servicios de salud. Lo habitual, en caso de que el paciente acceda a tratamiento, es utilizar los fármacos como única solución, lo que, como ya sabemos, no produce unos resultados suficientemente satisfactorios y multiplica los costes económicos que el sistema sanitario podría dedicar a otras necesidades. Y no es que los fármacos no sean útiles. De hecho, en el caso de la depresión, por ejemplo, la evidencia indica que deben de ser la primera elección de tratamiento en los casos de depresión moderada o grave. No es así, sin embargo, como ya hemos visto, en el caso de la depresión leve (muy frecuente en los centros de salud general) donde la eficacia de los tratamientos disponibles ya sean farmacológicos o psicoterapéuticos, es muy escasa, por lo que no se recomienda su uso.

Por otra parte, el dominio de los llamados trastornos mentales comunes es un campo complicado en el que muchos médicos de familia y psiquiatras no se encuentran cómodos por considerarlo difícil y fuera de su cometido los primeros, o de menor entidad los segundos. Suele ser muy común despachar este tipo de problemas con la etiqueta, más bien peyorativa, de *trastornos menores*, en la opinión de que los *auténticos* trastornos mentales son otros. Como ya hemos visto, los resultados de múltiples estudios, muy bien fundados, nos informan de que este tipo de casos vienen asociados a problemas psico-sociales muy extendidos, relacionados con dificultades en la salud, la vida familiar y el trabajo de las personas. Ello hace que sus formas de presentación generen dudas a muchos profesionales sobre su auténtica naturaleza (psiquiátrica o social). A lo anterior hay que añadir que nuestras actuales nosografías no son lo suficientemente sensibles para muchos de estas entidades que, con gran frecuencia, presentan fases y/o episodios *subumbral*, en los que los síntomas son escasos en número, menos graves o de menor duración y no cumplen todos los requisitos diagnósticos requeridos en aquéllas. Sin

embargo, a pesar de ello, generan importantes demandas asistenciales.

Recientes investigaciones epidemiológicas han dejado claro que sujetos con depresión subumbral tienen un riesgo más elevado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. La siguiente cuestión a examinar debería versar sobre las características diferenciales de las personas que llegan a padecer finalmente el episodio de depresión mayor respecto a las que no lo padecerán. Se trata de un campo aún por investigar en profundidad, donde la naturaleza de los problemas –más cerca de la normalidad aceptada– es aún poco conocida y genera evidentes riesgos de psiquiatrizar o medicalizar algunos problemas vitales. Frente a ello, su adecuado manejo podría prevenir el desarrollo de trastornos más graves y evitar un sufrimiento innecesario a muchas personas, además de generar un importante ahorro económico a nuestro empobrecido sistema sanitario.

Además, al menos en los países desarrollados, diversos factores relacionados con la evolución que han tomado nuestras sociedades han venido produciendo un cambio cultural, cada vez más evidente, que ha favorecido un importante consumismo médico que también ha afectado al campo de los trastornos mentales. Lo anterior se manifiesta en el hecho de que, en la actualidad, existe una parte de la población sujeta a tratamiento, incluso en servicios especializados, que resulta de difícil etiquetaje diagnóstico. Si por un lado resulta importante prevenir la presencia de trastornos instaurados en sectores de población que puedan presentar situaciones de riesgo de padecer trastornos mentales, por otro, los abordajes preventivos no debieran ser considerados como tratamientos propiamente dichos o, cuando menos, quienes estén sujetos a los mismos no debieran ser considerados pacientes con trastorno mental instaurado. Lo cierto es que, en la actualidad, estamos padeciendo una importante dosis de confusión al respecto, motivada entre otras cosas por la falta de consenso profesional suficiente. Esta confusión lleva a que el *riesgo de padecer un trastorno* sea considerado como un trastorno propiamente dicho, generando a veces importantes demandas de tratamiento con la consiguiente intervención de servicios altamente especializados, cuando muchas veces, la mejor preven-

ción, puesto que tiene que ver con las condiciones de vida habituales de las personas, es aquélla que se desarrolla fuera de los servicios asistenciales y teniendo en cuenta, precisamente, factores relacionados con esas condiciones.

		Francia	España
Con trastorno mental	En tratamiento	3,9%	1,7%
	No tratamiento	4,9%	2,2%
Sintrastorno mental	En tratamiento	9,5%	5,5%
	No tratamiento	81,7%	90,6%

Acceso a atención para problemas de salud mental en población general. Comparación entre Francia y España

Las consideraciones anteriores nos llevan plantearnos qué es posible hacer para mejorar el estado actual de la cuestión en este ámbito. Es probable que, al menos mientras se mantengan las circunstancias actuales, muchos de los determinantes sociales y culturales que influyen en el presente estado de cosas no resulten fácilmente modificables. Pero existen otras intervenciones relacionadas con aspectos que sí están al alcance de la mayor parte de los usuarios y profesionales así como de los gestores responsables de las decisiones, resultando, por lo tanto, posibles. Hay diversos aspectos relacionados con la formación de los profesionales, tanto especializados en el campo de la salud mental como no especializados, o con la forma en la que están organizados los servicios y sus diversas tareas, que tienen potencial para generar cambios, incluso importantes. Pasemos a hablar de ello.

EL MÉDICO DE FAMILIA COMO DETECTOR

Una variable determinante, que es preciso conocer y evaluar en profundidad, es la capacitación de los médicos de familia para manejar el diagnóstico y tratamiento de este tipo de trastornos.

Salud mental y atención primaria

Teniendo en cuenta esta información y las circunstancias que la condicionan podrán ponerse en marcha planes adecuados de formación, coordinación y cooperación intersectorial entre los servicios de atención primaria y los de salud mental. En líneas generales, y desde una perspectiva internacional, la capacidad de detección de los médicos generalistas se sitúa en un rango aproximado entre el 50% y el 60% del total de trastornos mentales hallados en sus consultas mediante entrevista psiquiátrica estructurada. También se ha observado que esta capacidad de detectar casos puede ser diferente, en el mismo médico, para diversos trastornos específicos. Los estudios disponibles informan de que la detección es algo mejor en los países desarrollados.

A continuación revisaremos algunos datos procedentes de diversos estudios.

Trastornos ICD-10	Prevalencia estimada	Reconocimiento
Depresión	16,9%	69,6%
Ansiedad generalizada	7,0%	72,3%
Abuso de alcohol	3,6%	66,1%
Trastorno de pánico	3,5%	70,6%
Distimia	2,0%	80,9%
Uno o más	26,2%	62,9%
Dos o más	14,1%	67,4%

Trastornos en atención primaria y reconocimiento por médicos generales. (Kisely y otros. Manchester, 1995).

En relación a nuestro medio asistencial resumiremos los datos de dos estudios realizados en Bizkaia que pueden tener cierta validez externa y ser, por lo tanto, generalizables a la situación en nuestro país. En el primero (Retolaza, 1995) se estudió la prevalencia de trastornos psiquiátricos en diez consultas de atención primaria del centro de salud de Basauri (Bizkaia) mediante una

entrevista estructurada que sirvió como patrón oro para establecer la presencia de trastornos. La sensibilidad de los médicos de familia frente a los casos encontrados por la entrevista fue, en promedio, del 50%. Es decir que detectaron la mitad de los trastornos, mientras valor predictivo positivo (capacidad de predecir qué personas darán positivo en la entrevista psiquiátrica) fue del 52%. Quizá la metodología del estudio provocara este rendimiento algo bajo por parte de los facultativos, ya que se comparó el criterio establecido por especialistas de salud mental, mediante una entrevista estructurada que conlleva una duración mínima de treinta minutos, frente al criterio habitual de los médicos, sin instrumento alguno, en su consulta diaria.

Los resultados fueron, en conjunto, algo mejores en un segundo estudio sobre factores asociados a la hiperfrecuentación en atención primaria, realizado en tres centros de salud del entorno metropolitano de Bilbao (Retolaza, 2009). La sensibilidad (proporción de casos reales detectados) por el conjunto de los médicos fue del 62% y el valor predictivo del 68%. En esta ocasión se comparó el rendimiento de los médicos de manera específica en dos grupos de diagnósticos. El primer grupo incluía a los trastornos afectivos, que en su mayoría fueron episodios depresivos, y el segundo abarcaba diversas categorías de trastornos de ansiedad, incluyendo trastornos fóbicos y otros, pero no episodios de depresión. Para el primer grupo la sensibilidad fue muy alta (92,5%) y para el segundo sólo del 55,6%. En este estudio los médicos realizaron más del doble de diagnósticos psiquiátricos que la entrevista. En estas condiciones la sensibilidad para la detección de trastornos tiende lógicamente a aumentar a costa de la especificidad (proporción de sanos confirmados como tales) por lo que aparecen muchos falsos positivos. El hecho de que se tratara de un estudio sobre hiperfrecuentación en consultas explica, en buena medida, esta tendencia a sobrediagnosticar, pero no el importante diferencial encontrado entre ambos grupos. Da la impresión de que los médicos estudiados captaban mejor los síntomas relacionados con la depresión.

En 1980 David Goldberg describió las circunstancias asociadas a una detección precisa por parte de los médicos de familia. Entre ellas detalló las que siguen:

Salud mental y atención primaria

- Relacionadas con la estructura asistencial (recursos, presión asistencial).
- Relacionadas con el paciente (personalidad, tipo de trastorno).
- Relacionadas con el médico y sus características personales.

En general, y como parece lógico, la falta de disponibilidad de tiempo para realizar una consulta tranquila y la presión asistencial alta estaban relacionadas con una peor detección. Sin embargo el hallazgo más importante fue que la principal dificultad para una correcta detección de los trastornos mentales venía derivada de que la mayor parte de los pacientes presentan quejas físicas como elemento dominante de su sintomatología, lo que contribuye a distraer la atención del médico sobre los aspectos psicológicos. Esto ocurría incluso si, finalmente, el paciente presentaba un diagnóstico psiquiátrico claramente especificado a través de una entrevista estructurada realizada por un experto.

Por otra parte cuando profundizó en las características que diferenciaban a los médicos buenos detectores de los que no lo eran encontró las que se detallan en la tabla siguiente:

- Hacen contacto visual con el paciente.
- Hacen comentarios empáticos.
- Captan signos verbales.
- Captan signos no verbales.
- Hacen preguntas directivas de contenido psicológico.
- No toman notas o miran al ordenador cuando el paciente habla.
- Saben controlar a los pacientes muy habladores.
- Saben tratar con los problemas cotidianos de los pacientes.

Características de los médicos de familia buenos detectores
(Golberg y cols., 1980)

Es importante saber que algunos elementos clave que determinan una buena detección están más relacionados con la es-

estructura asistencial y su adecuado funcionamiento que con las capacidades propias del médico. Se han estudiado diversas características, propias de la organización de servicios en el nivel de atención primaria, que afectan a la detección de trastornos. En este orden de cosas se ha encontrado un mejor reconocimiento y detección de trastornos psíquicos (54%) en aquellos servicios que estaban centrados en el usuario y sus necesidades. Por contra la detección fue mucho peor (sólo el 27%) en servicios estructurados a partir de las prioridades organizativas generadas por los propios servicios, entre los profesionales y administradores, y que tenían menos en cuenta las necesidades de los pacientes. Las características esenciales de los servicios centrados en el usuario fueron las siguientes (Üstün y otros, 1995):

- 1) Atención médica personalizada. En lo esencial se relaciona con que el médico y el paciente se conocen y tienen establecida una relación derivada de anteriores contactos.
- 2) Tiempos de espera breves. El servicio está accesible y el paciente consigue ver a su médico de cabecera sin mayor dificultad ni demora.
- 3) Historial médico detallado de todos los pacientes. Existen datos suficientes, debidamente registrados, sobre el historial del paciente, sobre los contactos previos habidos y sus resultados así como otras informaciones de interés.
- 4) Responsabilidad directa del médico en la continuación de cuidados. El médico actúa como asesor del paciente y coordinador en las diversas remisiones a especialistas o pruebas diagnósticas.

Finalmente hay que considerar el uso de instrumentos de ayuda (test de criba y cuestionarios de entrevista diagnóstica fundamentalmente) para la detección de trastornos mentales en atención primaria. Aunque son muchos los desarrollados en los últimos años, su uso en la práctica diaria, al menos en nuestro medio asistencial, está muy restringido por diversos motivos. Entre ellos, el más frecuentemente alegado es la falta de tiempo. Aunque muchos médicos, especialmente si son experimentados,

refieren que confían más en sus propias habilidades de entrevista y diagnóstico o que se encuentran incómodos utilizando escalas diagnósticas o test que les resultan artificios difíciles de introducir de una manera sistemática en su práctica cotidiana. Un reto para los investigadores es el de diseñar instrumentos, además de útiles, sencillos y amables tanto para los médicos como para los pacientes. En los últimos años se han desarrollado algunos de los que ya hemos hablado en otro capítulo.

¿QUÉ SE TRATA REALMENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA?

La mayoría de los trastornos mentales que se observan en consultas de medicina general presentan gran inespecificidad e inestabilidad sintomáticas. Las combinaciones de síntomas ansiosos, depresivos, somáticos y las dificultades psicosociales constituyen las formas de presentación más frecuentes. Los pacientes con trastornos psiquiátricos diagnosticables padecen, en su mayor parte, trastornos leves del humor o de ansiedad y lo más habitual es que presenten una combinación de ambos tipos de síntomas (Retolaza y otros, 2011).

Por motivos evidentes, en el contexto de la atención primaria, se produce una importante comorbilidad entre la enfermedad médica común y los trastornos psiquiátricos. En líneas generales los pacientes que presentan patologías médicas más serias o amenazantes, así como aquéllos que presentan limitaciones o discapacidades derivadas de ellas, tienden a presentar mayor frecuencia de trastornos mentales y éstos suelen ser más graves.

Lo habitual es que estos pacientes reciban medicaciones ansiolíticas o antidepresivas como único tratamiento. Pero en muchas ocasiones, o bien no reciben tratamiento alguno o son tratados con apoyo y consejo por parte tanto de médicos de familia como de personal de enfermería. En el contexto de una relación continuada en el tiempo, la capacidad de escucha y empatía ante las dificultades del paciente constituye un importante recurso a movilizar con efectos terapéuticos considerables. Sin embargo la presión asistencial, con la consiguiente carencia de tiempo para movilizar este tipo de recursos en algunas consultas, especialmente en ámbitos urbanos, motiva que, muchas

veces, no sea este el resultado final. Ya en algunos estudios comunitarios pioneros realizados en el Reino Unido durante los años setenta del pasado siglo, se encontró que la mayor parte de mujeres con síntomas de depresión que acudían a sus médicos con la esperanza de comentar sus problemas con ellos, se encontraban, sin embargo, con una breve entrevista y una prescripción farmacológica como forma de respuesta dominante.

En el estudio internacional realizado por la OMS (Üstün y otros, 1995) en diversos centros de salud del mundo se encontró que, para el conjunto de los centros estudiados, en cifras promedio, los médicos de atención primaria habían proporcionado tratamiento al 77,8% de los casos identificados con algún tipo de trastorno mental. Los tratamientos más frecuentes fueron el consejo (52,9%), los fármacos ansiolíticos (26,3%) y los fármacos antidepresivos (15,0%).

Un aspecto de interés reside en el pronóstico de los casos que son tratados en atención primaria. En este sentido se presentan diferencias importantes entre un grupo de pacientes que padece trastornos crónicos y que evoluciona poco, o de forma muy lenta, frente otro grupo de pacientes con trastornos nuevos, o de inicio reciente, que cambia de forma más rápida. La evidencia disponible indica que, tras varios años de seguimiento, una considerable menor proporción de casos crónicos se recupera o presenta una mejoría significativa, frente a lo que ocurre en los casos nuevos. Esta diferencia se presenta de forma similar en todos los grupos de edad. La perspectiva para el grupo de pacientes crónicos de edad avanzada parece especialmente poco favorable.

Los altos consumidores de servicios tienden a ser pacientes multiproblemáticos. Suele tratarse de personas caracterizadas por la presencia de varias enfermedades crónicas, con múltiples quejas somáticas y síntomas psiquiátricos en diversas combinaciones. No es infrecuente encontrar, además, estresores diversos en el ámbito familiar u otros. Este hallazgo hace necesario estudiar más en profundidad el posible papel del malestar psicológico como mediador de otros síntomas en la conducta de enfermedad. Algunos investigadores han examinado la posibilidad de que, en personas especialmente predispuestas, diversos síntomas psi-

cológicos puedan actuar como factores intermediarios entre un acontecimiento de vida estresante y un episodio de enfermedad médica. Se ha visto, también, que para las mujeres (a diferencia de los hombres) los problemas de relación marital incrementaban la probabilidad de acudir al médico de familia más de dos veces en un breve lapso de tiempo. El estado de salud física no parece ejercer un efecto significativo ni en los hombres ni en las mujeres.

Finalmente las personas con problemas psicológicos utilizan los servicios de salud en una proporción mucho más alta que las que no los tienen. La razón entre las tasas de utilización de uno y otro grupo suele situarse entre 1.5 y 2.0 a favor de los primeros. Además la distribución poblacional respecto al uso de servicios sanitarios está altamente sesgada. Un pequeño grupo de personas responde de una alta proporción del total de cuidados disponibles. Algunos estudios han establecido que en torno a un 15% de la población da cuenta de un 50% del total de la utilización de servicios.

No podemos acabar este apartado sin dejar de llamar la atención sobre una cuestión que puede aportar una visión crítica al mejor entendimiento de este tipo de problemas. Y es la siguiente: los servicios de salud podrían contribuir a propiciar un rol de identidad a algunos enfermos al proporcionarles una justificación y una posibilidad de mantener conductas disfuncionales relacionadas con sus síntomas. Esto se vería favorecido por la fuerte tendencia de la cultura occidental a utilizar etiquetas médicas para experiencias sintomáticas muy banales.

Al igual que ocurre con el segundo filtro, es el médico general quien desempeña el papel fundamental a la hora de decidir qué pacientes y en qué condiciones son derivados a los servicios especializados. Sin embargo también es cierto que hay algunas características propias de los pacientes que pueden influir de manera considerable en la decisión del médico. Por otro lado la derivación se halla claramente influida por la estructura asistencial y las características de los servicios psiquiátricos disponibles.

De una manera general se ha encontrado que los médicos de familia, primero, presentan una fuerte tasa de retención de casos que identifican como psiquiátricos y, segundo, tienen menor ten-

dencia a derivar casos agudos que crónicos. Muchos estudios han mostrado que los médicos que trabajan en contextos urbanos derivan más pacientes que los que lo hacen en un contexto rural. Desde los iniciales estudios de Shepherd y sus colaboradores en el Reino Unido (1966), durante los años sesenta del pasado siglo, las razones que con mayor frecuencia se encuentran para explicar la importante retención de pacientes con trastorno mental por parte de sus médicos de familia son dos. La primera de ellas, es que al paciente no le gustaría la derivación y la segunda es que la atención a los pacientes con trastornos emocionales comunes es tarea del médico generalista. Algunas características asociadas a actitudes del médico que pueden influir en una mayor retención de pacientes, y que han sido encontradas en varios estudios, son el interés y la preocupación hacia este tipo de problemas y diversos factores de personalidad, como la aceptación y buena respuesta ante los sentimientos y necesidades personales del propio médico hacia sí mismo. En su conjunto estas características influirían tanto en la manera de entrevistar como en la de tratar a los pacientes.

Lo habitual es que la derivación se produzca, tras ensayar algún tipo de tratamiento, cuando éste no resulta efectivo. Otro grupo de pacientes derivados lo es a petición propia. Este último grupo tiende a estar formado por personas de mayor nivel cultural y que, en ocasiones, ya ha sido usuario de servicios psiquiátricos o psicológicos con anterioridad o conoce su funcionamiento y solicitan la derivación por sí mismas. Al menos en Europa la derivación tiene más probabilidad de ocurrir si es un varón quien presenta el problema. Las personas jóvenes y los solteros también presentan mayor probabilidad de ser derivados, frente a lo que ocurre con los ancianos y las personas casadas. Como es lógico los pacientes derivados tienden a presentar patologías más graves que los que son tratados en el nivel generalista. La amenaza de suicidio suele estar entre las causas más frecuentes de derivación.

Finalmente la estructura y la organización de los servicios, la presión asistencial y la disponibilidad de recursos pueden condicionar de manera notable la derivación. La presencia de listas de espera y, en general, la accesibilidad a los servicios especializa-

dos, condicionada por la distancia o facilidad de transporte pueden resultar determinantes. Por otro lado si existen protocolos de trabajo consensuados y programas de coordinación bien desarrollados entre el nivel especializado y el de atención primaria, la calidad de las derivaciones puede verse notablemente mejorada.

¿QUÉ SE TRATA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA?

En este nivel asistencial es relevante conocer el grado de accesibilidad a los cuidados y si las personas que acuden a tratamiento presentan una gravedad o complejidad de trastorno que justifiquen una intervención especializada. Ya hemos visto cómo existen diversas barreras, tanto culturales como propias de la organización asistencial que dificultan el acceso a algunos grupos de pacientes, según han encontrado diversos estudios. Por otro lado también sabemos que pacientes a los que no es posible caracterizar como personas con trastorno mental acceden a los servicios ambulatorios de psiquiatría en proporciones variables. En nuestro medio se calcula que aproximadamente entre un 4% y un 5% de los pacientes que acuden a los servicios especializados no presentan trastorno.

No disponemos de muchos estudios que nos den información directa de las características de este tipo de demanda. Pero la interpretación de los datos procedentes de aquéllos que sí tenemos disponibles, apunta en el sentido de que una parte de estos casos, posiblemente, proceda de sectores de población con importantes niveles de estrés y con acontecimientos vitales estresantes acumulados. Otra parte, puede explicarse por la demanda específica de tratamiento especializado ejercida por los propios pacientes. En el primer caso, se trataría de grupos de riesgo, en los que los síntomas ansiosos y depresivos suelen estar presentes, con variaciones en su intensidad sintomática, a lo largo del tiempo y que se presentan en agrupaciones de síntomas por encima o debajo del umbral diagnóstico en diferentes momentos. En este grupo se encuentran muchos pacientes con diagnósticos relacionados con reacciones ante el estrés y trastornos adaptativos. En el segundo caso, por el contrario, se trata de usuarios de mayor nivel cultural, caracterizados también por tener menor

edad que la mayoría de los consultantes y con predominio de mujeres entre ellos. En este grupo suele ser común la demanda de psicoterapia. Como ya hemos comentado la mayoría de los estudios que revisan las características de las derivaciones desde el nivel primario han encontrado que los médicos de familia, de manera habitual, aceptan sin impedimentos la demanda de derivación del paciente cuando éste la solicita de forma explícita.

Otro aspecto de gran interés se centra en saber quién realiza la provisión de cuidados. Dado que tanto en el nivel primario como en el especializado existen diferentes tipos de profesionales, interesa saber si es el médico especialista u otro profesional quien finalmente atiende al paciente y si esta atención es compartida o no con otros profesionales, durante cuánto tiempo o en qué tipo de trastornos. Como hemos visto una gran parte de la provisión de cuidados se hace desde servicios médicos generales. En un importante estudio sobre consultas ambulatorias, realizado en los Estados Unidos (Olson y otros, 1996), se encontró que los psiquiatras proporcionaban un significativo mayor número de consultas que los psicólogos, para trastornos esquizofrénicos, pacientes bipolares, abuso de sustancias y depresión; pero significativamente menor para trastornos de ansiedad y síntomas misceláneos de nerviosismo. Los médicos generales tuvieron el mayor número de consultas para trastornos adaptativos, mientras que otros profesionales diversos atendieron los trastornos infanto-juveniles y el retraso mental.

Otro estudio de los mismos autores (Olson y otros, 1994) sobre la provisión de psicoterapia en medio ambulatorio, encontró que la mayor parte de ellas, un 81%, fueron administradas por especialistas de salud mental. Los psicólogos realizaron un 32% de las mismas y los psiquiatras un 24%. Se ha observado que el acceso y la adherencia al tratamiento dependen de medidas objetivas del trastorno, como el diagnóstico y la severidad del mismo, pero también de medidas subjetivas, como la necesidad percibida por el propio interesado (Meadows y otros, 2000). Parece que este hecho es el que influye más en que las personas con mayor nivel educativo reciban una mayor atención. Como hemos visto la necesidad percibida es importante hasta el punto de que, en algunos países, la proporción de usuarios de servicios

especializados sin un diagnóstico definido o con un trastorno menor resulta especialmente alta.

Existen diversas variables sociodemográficas relacionadas con el consumo de recursos psiquiátricos especializados (Rickwood y otros, 1994; Swartz y otros, 1998). Parece que las mujeres, los jóvenes y las personas de nivel educativo alto tienen mayores probabilidades de iniciar tratamiento o de recibir psicoterapia. Las personas de bajos ingresos o escaso nivel educativo tienen más probabilidad de recibir y mantener cuidados psiquiátricos generales, especialmente en el sistema público de salud, pero no psicoterapia. Los ancianos son el grupo de edad con menor probabilidad de entrar en tratamiento psiquiátrico en cualquier circunstancia, especialmente en ámbito hospitalario. La privación social, medida a través de variables como la clase social o el desempleo entre otras, se ha asociado a una mayor utilización de servicios. También influye el lugar de residencia. En general los habitantes de áreas urbanas, frente a los de áreas rurales, presentan una mayor frecuentación de servicios.

LA ORGANIZACIÓN QUE NECESITAMOS: PERSPECTIVAS

De lo dicho hasta aquí se deducen algunas ideas y principios generales que deben ayudarnos a mejorar la actual organización de nuestro modelo asistencial público en la tarea de proporcionar una adecuada provisión de servicios a los trastornos mentales comunes. Esta tarea, como no podía ser menos, afecta tanto a los servicios de atención primaria como a los centros de salud mental, ambos ubicados en la comunidad. Una dificultad central, tanto para la atención primaria como para los servicios especializados, es que la atención a este tipo de trastornos debe ser compatible (en la distribución de tiempo, dedicación de recursos y organización de programas) con la que unos y otros tienen que prestar a otros problemas médicos y psiquiátricos, en muchas ocasiones, de mayor gravedad o urgencia. Además diversas tareas necesarias para un correcto abordaje de los trastornos mentales comunes implican el adecuado concurso de dispositivos extrasanitarios, particularmente sociales, que hay que conocer y saber articular de una manera eficiente. Comentaremos a conti-

nuación algunos principios generales que pueden auxiliarnos ante la dificultad de estas tareas.

Conviene no olvidar que, en nuestros días, una adecuada organización de servicios en materia de salud (y no sólo en el campo de la salud mental) debe tener una estructura en red. Esto quiere decir que ningún dispositivo por sí sólo, y por muy sofisticado que sea, puede resolver el conjunto de problemas que se presentan en su área de especialidad. Es más, dado el creciente nivel de demanda inespecífica, se hace totalmente necesario el concurso de servicios generalistas para que los especializados puedan funcionar de forma eficiente. Este tipo de demanda inespecífica se relaciona con un mayor nivel de desarrollo socio-económico tanto de los países como de las personas, lo que hace necesario encontrar un espacio razonable y adecuado para responder a estas necesidades (en caso de que lo sean) sin dejar de prestar atención a otro tipo de demandas, más específicas, ante las que el conocimiento médico acumulado puede permitir a los profesionales más especializados un mayor control de las situaciones que se les presentan.

Gran parte de este trabajo debe ser entendido como un trabajo de prevención (primaria y/o secundaria) y de educación sanitaria. También como una actividad encaminada a formar a los pacientes en su propio autocuidado ayudándoles a responsabilizarse más de sí mismos en todo aquello en lo que sea posible. Por otro lado la importancia de un conveniente despliegue de servicios de atención primaria de salud y de servicios sociales suficientes es clave en este entramado en red. En demasiadas ocasiones el problema empieza desde arriba por la falta de inversión suficiente o la inadecuada forma de distribuir los presupuestos. En este sentido el déficit de financiación de la atención primaria resulta muy importante en nuestro país, donde el diferencial de gasto con respecto a la atención hospitalaria especializada, no ha hecho más que crecer en los últimos años. La participación de la atención primaria en el gasto sanitario público se redujo el doble que la participación hospitalaria ya durante el periodo 1995-2002 y no ha hecho más que aumentar con la actual crisis económica.

Además el modelo público de salud, en el que la atención primaria juega un papel central, está en la actualidad en franco

retroceso en algunas comunidades autónomas. Por otro lado, muchas veces, incluso los planteamientos técnicos sobre las formas de abordar y resolver los problemas de salud (incluida la salud mental) adolecen de un excesivo sesgo hacia la consideración estrictamente individual de las personas, sin tener en cuenta otras importantes determinaciones que pesan sobre el estado de salud de las mismas y la existencia de diversas formas de aproximación al tratamiento de la enfermedad. En absoluto se sugiere aquí la desatención de las necesidades y demandas individuales de los pacientes, siempre a considerar con atención y respeto, sino que, más bien al contrario, de lo que se trata es de no obviar planteamientos más comunitarios (esto es, compartidos por muchas personas) en los que la experiencia nos indica que existen soluciones a problemas difíciles de resolver sin tener éstos en cuenta. Cuando aparecen este tipo de planteamientos, especialmente aquellos referidos al trabajo en red, el sistema público goza de importantes ventajas sobre el privado en el que la complejidad de una organización asistencial de estas características, o bien resulta excesivamente cara y poco accesible, o bien, no se puede dar en absoluto.

Algunos autores y diversas organizaciones internacionales se han preocupado de desarrollar este tipo de conceptos de una manera especial en sus trabajos. Hablaremos a continuación un poco más de ello en la idea de desarrollar algunos principios generales que nos ayuden en nuestro cometido.

En la tabla de la página siguiente se resumen algunas de las ideas que queremos exponer y, que en nuestra opinión, tienen la virtud de proporcionar un marco de referencia para un correcto planteamiento del problema que nos ocupa. Indudablemente la perspectiva es la de un sistema público de salud convenientemente financiado y estructurado, único modelo en el que la necesaria interconexión de los servicios, tiene unas garantías suficientes de ser, cuando menos, tenida en cuenta de una forma clara. Se trata de potenciar la colaboración y de prevenir la fragmentación y ruptura de continuidad, propia de otros modelos exclusiva o predominantemente centrados en el individuo.

Planteamiento de salud pública	Planteamiento de salud individual
1. Visión de la población en su conjunto.	1. Visión individualizada y parcializada de la población.
2. Considera a los pacientes en su contexto social y económico.	2. Tiende a excluir los factores de contexto.
3. Puede proporcionar información sobre prevención primaria.	3. Menor probabilidad de dar información relevante sobre prevención primaria.
4. Prevención secundaria y terciaria basadas tanto en el individuo como en la población.	4. Sólo prevención individual.
5. Visión de los diferentes servicios como un sistema.	5. Visión de los servicios como dispositivos aislados o programas.
6. Elimina barreras al acceso de servicios.	6. Puede haber limitaciones en el acceso (edad, diagnóstico, casos sociales, tipo de seguro).
7. Favorece el trabajo en equipo sin desfavorecer el individual.	7. Favorece el trabajo individual.
8. Perspectiva longitudinal a largo plazo.	8. Perspectiva a corto plazo e intermitente basada en el seguimiento de cada episodio.
9. La relación coste/efectividad se considera en términos de población.	9. La relación coste/efectividad se considera en términos individuales.

Comparación de planteamientos público vs individual en el ámbito de la Salud Mental (Thorncroft y Tansella, 1999)

MODELOS DE TRABAJO E INTERVENCIÓN

Para llevar adelante un programa que incluya al menos en parte algunas de las tareas que venimos señalando, se han propuesto diferentes técnicas y modelos de trabajo, varios de los cuales suponen un gran vuelco en los métodos de atención tradicionales y conllevan un cambio cultural considerable en lo relativo a los sistemas de organización de la asistencia. Uno de

estos modelos es el de gestión de casos y/o enfermedades que, en esencia consiste en responsabilizar a una persona del equipo de la coordinación y seguimiento (no necesariamente del tratamiento) de un determinado número de personas con una determinada patología. Para ello se potencia un sistema de atención proactivo, en el que el profesional no debe sólo responder de una manera reactiva a las demandas y propuestas del paciente, sino que debe ser capaz de adelantarse a ellas y educar a éste en el cuidado de sí mismo. Se suelen establecer sistemas de alarma para determinadas situaciones a evitar o para tareas periódicas que el seguimiento del caso requiera. Este terreno se está desarrollando de una manera especial en muchos lugares del mundo gracias a cambios en los roles de enfermería.

En el caso de la depresión, por ejemplo, esta tarea afecta tanto a la enfermería de atención primaria como a la especializada. Parte de este cambio resulta facilitado por el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación que hacen accesibles y factibles, mediante el concurso de la informática, la telemedicina, etc., sistemas de trabajo que hasta hace poco estaban fuera de nuestro alcance. Algunos de estos modelos hacen especial énfasis en la educación del paciente (y sus allegados) en el conocimiento y cuidado de su propia enfermedad. Esto tiene especial relevancia en el caso de enfermedades crónicas en las que lo importante es organizar, de la manera más práctica posible, un buen sistema de cuidados en el que la frecuentación médica no se dispare de manera incontrolada y la simple consulta de rutina pueda ser sustituida por otras modalidades más efectivas y, también menos costosas, de atención. En este sentido la potenciación y uso de los sistemas comunitarios de apoyo presentes en el entorno vuelve a cobrar carta de naturaleza como elemento terapéutico.

Por otro lado, no ya la coordinación, sino, más allá de ella, la integración de servicios y procesos asistenciales se constituye en la norma. Algunos componentes clave para una buena integración de servicios son los siguientes:

- Los equipos están localizados físicamente en un mismo edificio.
- Existe un sistema de educación individualizado y colaborativo dirigido a los pacientes.
- Hay disponibilidad de un psiquiatra consultor.
- Existe un apoyo administrativo suficiente.

Vemos que se hace necesaria, como venimos señalando, una adecuada revisión de los roles profesionales y el desarrollo de intervenciones tempranas. Los elementos clave para un adecuado manejo de la depresión, por ejemplo, están basados en el uso sistemático de guías clínicas, educación del paciente y el profesional, uso de herramientas de ayuda en el diagnóstico y tratamiento, registro adecuado de la información y gestión de casos. Se viene proponiendo un modelo gradual y escalonado de atención como mejor sistema de organización de cuidados. Hay que destacar que el uso de guías de práctica clínica o de métodos de criba sistemáticos no resultan siempre todo lo eficaces que a primera vista parecen. La mayoría de autores coinciden en que, utilizados de forma aislada, estos instrumentos no logran una efectividad suficiente. En cambio cuando forman parte de una batería de intervenciones bien estructurada y están inmersos en un sistema integrado de atención su efectividad es indudable.

Describiremos ahora algunos modelos de atención (Retolaza, 2012) que incorporan diversos aspectos de los mencionados y que se están ensayando en distintos lugares del mundo a fin de realizar un adecuado abordaje de los trastornos mentales comunes, implicando en ello a cuantos servicios asistenciales tengan contacto con los pacientes. Aunque son modelos que sirven para organizar la actividad del conjunto del sistema sanitario, y no sólo la salud mental, se están aplicando también, como vamos a ver, en muchos de los dominios de ésta.

Atención escalonada

Consiste en el establecimiento de niveles de disposición de los recursos en función de la gravedad y evolución de los tras-

tornos. En la actualidad, como ya hemos mencionado, la importancia estratégica que tiene la atención primaria para el conjunto del sistema sanitario resulta incuestionable. Esto es también válido para la mayor parte de los problemas de salud mental, especialmente aquellos cuyo nivel de severidad es menor o requieren menos movilización de recursos especializados. En esta línea se vienen desarrollando en diversos países programas para los trastornos depresivos y de ansiedad, que siguen las recomendaciones de la guía NICE (*National Institute for Clinical Effectiveness*) del Reino Unido (2010). En esencia se trata de organizar un esquema general de procesos de dificultad creciente para el manejo y resolución de este grupo de trastornos mentales. El procedimiento se ha denominado como *stepped care* (cuidados escalonados). Partiendo de que el proceso de reconocimiento y diagnóstico del problema ya está efectuado correctamente se trata de describir las acciones y actores pertinentes según una escala de varios niveles de dificultad. En general, el primer nivel es el de la atención primaria, desde donde se derivan a salud mental aquellos casos que requieren de una atención especializada. En el nivel de salud mental es el psiquiatra quien habitualmente desempeña el papel central, recibiendo pacientes procedentes de diversos médicos y centros de atención primaria, y organizando su asistencia con la participación de otros profesionales (psicólogos, enfermería especializada, trabajadores sociales, etc.). Es un modelo característico de los servicios públicos de salud, donde la atención primaria constituye la puerta de entrada al sistema. La evidencia sobre la efectividad del modelo de atención escalonada en los trastornos mentales comunes no es concluyente todavía, sugiriéndose que su integración en un modelo más complejo de atención colaborativa podría asociarse con mejores resultados. En las dos tablas siguientes resumimos las guías de manejo y recomendaciones generales de este modelo en el caso de los trastornos depresivos y los ansiosos.

En esta misma línea algunas experiencias en nuestro país están intentando desarrollar modelos de trabajo centrados en la interfase entre la atención primaria y los servicios de salud mental. Se trata de organizar dispositivos más cercanos y accesibles al nivel primario de atención, en el que se pueden situar a profesio-

Características del paciente	Manejo recomendado	Servicios implicados
Paso 1: Detección	Valoración y cribado en atención primaria (AP)	Médico general, enfermera, equipo de AP, trabajadores de salud (monitores, auxiliares) en AP
Paso 2: Depresión leve	Esperar y observar, guías de autoayuda, terapia cognitivo conductual (TCC) por internet, ejercicio físico, psicoterapia breve, registro de casos	Equipo AP, trabajadores de salud en AP, apoyo local por organizaciones o servicios sociales en la comunidad
Paso 3: Depresión moderada o severa	Medicación (ISRS), TCC o terapia interpersonal, soporte social	Equipo AP, médico general (medicación), servicios de salud mental (SM) en la comunidad
Paso 4: Depresión resistente, depresión atípica, psicótica o recurrente, situaciones de riesgo significativas	Medicación (ISRS), intervenciones psicológicas complejas, tratamientos combinados, especialistas de SM, intervenciones multidisciplinarias	Equipo de SM, psicoterapeutas especializados, equipos de intervención en crisis
Paso 5: Riesgo vital, deterioro importante	Medicación, tratamientos combinados, terapia electroconvulsiva	Cuidados hospitalarios, intervención en crisis

Depresión: Guía de manejo y Recomendaciones
(Adaptado, NICE 2010)

nales de psicología o enfermería, por ejemplo, encargados de tratar con casos dudosos, leves, con demandantes con escasos síntomas o problemas psicosociales no claramente diagnosticables. En una fase previa, o diferente, al nivel especializado se pueden así organizar grupos u otros sistemas de apoyo y diagnóstico, de duración limitada, a través de los que filtrar aquellos casos que se confirmen como más graves y necesitados de ayuda en el nivel especializado. Para otro grupo de usuarios ese ni-

Salud mental y atención primaria

Características del paciente	Manejo recomendado	Servicios implicados
Paso 1: Detección	Valoración y cribado en AP	Médico general, enfermera, equipo de AP, trabajadores de salud (monitores, auxiliares) en AP
Paso 2: Ofrecer tratamiento en AP	Psicoterapia breve (TCC); farmacoterapia (ISRS o imipramina; clomipramina en trastornos de pánico); guías de autoayuda	Equipo AP, médico general (medicación), trabajadores de salud en AP, apoyo local por organizaciones o servicios sociales en la comunidad
Paso 3: Revisión y proponer alternativa	Otra alternativa diferente entre las recomendadas en el paso anterior	Como en paso 2
Paso 4: Fracaso de intervenciones en AP	Derivar a SM	Equipos especializados
Paso 5: Cuidados de especialistas de salud mental	Evaluación holística de las necesidades del caso, incluyendo circunstancias sociales, TCC con terapeutas experimentados; potenciación del tratamiento farmacoterapéutico, tratar comorbilidad. Enviar a servicios terciarios	Equipos especializados servicios hospitalarios

Ansiedad: Guía de manejo y Recomendaciones
(Adaptado, NICE 2011)

vel de atención se mostraría como suficiente y no requerirían derivación a los servicios de salud mental.

Interconsulta o consulta de enlace

La consulta de enlace se enfoca principalmente hacia la vinculación entre los profesionales de atención primaria y los psiquiatras

u otros especialistas de salud mental ante aquellos pacientes que lo requieran (Gilbody y otros, 2002). Dirige una especial atención al componente educativo y formativo. La responsabilidad en el seguimiento de los casos se mantiene principalmente en el nivel no especializado y puede ser compatible con modelos de colaboración más complejos.

El modelo, en sí mismo, muestra una evidencia limitada en la mejora de la atención a la depresión y otros trastornos comunes, pero su inclusión en otros modelos organizativos podría presentar una mayor eficacia y un uso más eficiente del tiempo del especialista. El conocimiento y las relaciones entre los profesionales de ambos niveles, así como su grado de motivación, parecen ser fundamentales para su implementación. En algunos estudios aparece una posible mayor efectividad de su aplicación en zonas de bajo nivel social.

Gestión de casos y enfermedades (Case management)

Los programas de gestión de enfermedades y de casos tienen su origen en Estados Unidos (CMSA, 2012) en respuesta a la necesidad de ganar en efectividad y eficiencia en la atención a determinadas patologías crónicas o a determinados pacientes con uno o varios problemas de salud que precisan de una asistencia más integrada y continuada. Su extensión a otros países, incluido el nuestro, se ha acompañado de advertencias acerca de la importancia de que estos programas sean considerados como parte de estrategias y políticas sanitarias más generales, así como sobre los riesgos derivados de su limitada evidencia, su diseño vertical y de un exceso de mimetismo.

Destaca como componente característico de dichos modelos la existencia de un determinado profesional que asume la responsabilidad de identificar y hacer el seguimiento de los pacientes, así como de la coordinación, gestión, y evaluación de todos aquellos recursos que resulten necesarios para su asistencia. En la práctica aparece una gran variabilidad de profesionales, roles y tipos de pacientes implicados, así como dificultades en la evaluación de sus resultados. Los efectos de este tipo de programas conllevan un incremento, aunque no muy grande, en cuanto a

mejoría de síntomas, satisfacción de los pacientes, aumento de visitas a atención primaria y adherencia al tratamiento. La mejoría no parece tan importante en lo relativo a costes, resultados finales y derivación a psiquiatría.

Los modelos de gestión de casos se asocian con mejores resultados en los pacientes, especialmente si el gestor de casos se vincula e informa directamente a los médicos de atención primaria y si participa en su asistencia mediante actividades de terapia psicológica. El incremento en la adherencia al tratamiento podría intervenir como mecanismo de acción clave en la mejoría encontrada.

Programas de mejora de la calidad

Los programas para la mejora de la calidad se iniciaron a finales de los años ochenta del siglo pasado, con un desarrollo importante en algunos países del norte de Europa, Estados Unidos, Canadá y Australia. Su desarrollo se ha caracterizado por una gran heterogeneidad de experiencias y ámbitos concretos de aplicación (Schouten y otros, 2008).

Los programas de mejora de calidad aplicados al ámbito de la colaboración entre niveles asistenciales ante pacientes con depresión y otros trastornos comunes, representan un nivel complejo de intervención ya que actúan simultáneamente sobre diferentes dimensiones y agentes implicados en la organización de la asistencia (formación, diseminación de guías de práctica clínica, gestión de casos, apoyo desde salud mental y monitorización, entre otros).

En algunos de los estudios se muestran mejoras a los pocos meses y en algún caso hasta varios años después de su implementación. La consecución de mejoras, aún limitadas al corto plazo, requiere la combinación de actividades necesariamente integradas y complejas cuya evaluación resulta especialmente dificultosa.

El modelo de atención a crónicos

Aunque estamos hablando de trastornos mentales comunes, en su mayor parte de intensidad no grave, una parte de ellos se

manifiesta con características de cronicidad, dada su duración y la tendencia que presentan a las recidivas. Al menos en el caso de la depresión es conocido que, aproximadamente, un 40% de los casos presentan recaídas tras un primer episodio, incluso si éste es correctamente tratado.

El Modelo de atención a crónicos (Wagner y otros, 1996) ha sido diseñado de una manera general para la atención a pacientes de larga duración con cualquier tipo de enfermedad física o mental. En el mismo los cuidados efectivos ambulatorios se caracterizan por interacciones productivas entre pacientes, familiares o cuidadores activados y equipos de clínicos en disposición proactiva, esto es, que no esperan a que los problemas se produzcan, sino que saben anteponerse a los mismos y prevenirlos. Este modelo se beneficia de sistemas de atención que utilizan de una manera habitual los recursos comunitarios de su entorno. El objetivo es alcanzar una dispensación de cuidados que sean seguros, efectivos, oportunos en el tiempo, centrados en el paciente, eficientes y equitativos. Cualquier cambio operado en el sistema debe ser evaluado con estos principios. A continuación describiremos con mayor detalle los objetivos mayores de este modelo. Observaremos que muchos de ellos vienen formando parte, desde los años de las reformas psiquiátricas, de algunos de los principios de la psiquiatría comunitaria.

- Autocuidado: consiste en preparar y empoderar a los pacientes para el manejo de su salud y los cuidados de la misma. En esencia se trata de enfatizar el papel central del paciente en el manejo de su propia salud. Un factor de importancia es el uso efectivo de estrategias de autocuidado que incluyan evaluación del estado del paciente, entornos de cuidado, planificación de acciones, resolución de problemas y seguimiento. Para este objetivo deben organizarse recursos, tanto propios del paciente y su medio habitual como profesionales y comunitarios, capaces de proporcionar el soporte necesario.
- Diseño de un sistema de atención adecuado: se trata de asegurar la provisión de un soporte efectivo de cuidados

clínicos, eficientes y basado en el autocuidado. Para lograrlo hay que definir roles y distribuir tareas entre los miembros del equipo asistencial y utilizar interacciones planificadas de cuidados basados en evidencia probada. El sistema debe de ser capaz de proveer atención a pacientes complejos y asegurar un seguimiento regular de los mismos. El cuidado debe ser proporcionado de tal manera que sirva de información y contribuya a la educación de los pacientes sobre su enfermedad.

- Decisiones fundamentadas: hay que promover un tipo de cuidado coherente con la evidencia científica y que, simultáneamente, atienda a las preferencias de los pacientes. Para ello es preciso hacer rutinario el uso de guías clínicas en la práctica cotidiana, integrar atención primaria y especializada, utilizar métodos probados para educar al proveedor y compartir la información pertinente con los pacientes estimulando su participación.
- Desarrollar sistemas de información clínica: el objetivo es estructurar los datos disponibles de manera que sirvan para facilitar un cuidado efectivo y eficiente. Algunas tareas en este ámbito son las que siguen:
 - Disponer de sistemas de recordatorio de actividades, accesibles tanto para los pacientes como para los clínicos.
 - Identificar subpoblaciones relevantes para un cuidado proactivo.
 - Promover un plan individualizado de cuidados.
 - Compartir información para una mejor coordinación de la atención.
 - Disponer de un sistema de registro que facilite el cumplimiento de tareas del equipo y de los cuidados procurados.
- Organización de cuidados de salud: se trata de crear una cultura en la organización asistencial en la que estén presentes mecanismos que promuevan seguridad clínica y cuidados de alta calidad. Hay que hacer visible el apoyo a

las mejoras en todos los niveles de la organización, comenzando por los líderes clínicos, y promover estrategias efectivas de mejora que aporten cambios sistémicos alineados con el modelo. Por otro lado, es preciso estimular un manejo abierto y sistemático de errores y problemas de calidad a efectos de una mejora de cuidados. Para ello se pueden estimular incentivos basados en la calidad de la atención y desarrollar acuerdos que faciliten la coordinación de cuidados en la propia organización y hacia fuera de la misma.

- Comunidad: Hay que movilizar los recursos comunitarios precisos para satisfacer las necesidades de los pacientes. Debe estimularse la participación de los pacientes en programas comunitarios. También tendrán que participar los profesionales, junto con otros agentes sociales, en el patrocinio de organizaciones de soporte que cubran necesidades de los pacientes y apoyar políticas de mejora social y asistencial.

Modelos colaborativos

El aspecto más destacado de los mismos es la cooperación y el apoyo sistemático entre niveles asistenciales, particularmente entre la atención primaria y la especializada, como elemento central de la práctica cotidiana (Bower y otros, 2006). Existe un grado progresivo de desarrollo del modelo, incluso en su evolución histórica, que va desde la coordinación a la localización conjunta en un mismo edificio o servicio, llegando finalmente a la completa integración. En algunos casos se han desarrollado sistemas de *co-localización*: los profesionales de salud mental, particularmente psicólogos y psiquiatras consultores, están ubicados en el servicio de atención primaria. También de *co-localización inversa*, en la que son los médicos de familia quienes trabajan en el servicio de salud mental a efectos de abordar *in situ* la comorbilidad médica de los pacientes psiquiátricos. Existe una diversidad de modelos colaborativos en cuanto al número y tipo de intervenciones que los caracterizan, a menudo insuficientemente descritas y evaluadas. La mayoría de las revisiones sobre la aten-

Salud mental y atención primaria

ción colaborativa afirman que estos modelos son más efectivos que la atención habitual.

Algunos de los componentes e intervenciones principales de los modelos colaborativos son los siguientes:

- Involucran tanto a atención primaria como especializada.
- Hacen hincapié en la formación del profesional.
- Insisten en la educación del paciente.
- Promueven la utilización de guías de práctica clínica y protocolos.
- Promueven la mejora de la comunicación entre profesionales.
- Utilizan sistemas de información compartidos.
- Seguimiento y monitorización de resultados.
- Promueven la introducción de gestores de casos y/o de enfermedades.
- Desarrollan sistemas escalonados o graduales de atención.
- Insisten en elementos tales como: preparación, liderazgo, tiempo y estructuras de apoyo, etc.

Existen varios tipos de intervenciones propias de los modelos de trabajo que acabamos de señalar. Mencionaremos a continuación las más representativas entre ellas, valorando la efectividad de cada una según la evidencia disponible en la actualidad.

Intervenciones formativas

Este tipo de intervenciones se orientan en líneas generales a aportar conocimientos y habilidades en el manejo de los trastornos mentales por parte de los profesionales de salud mental dirigidos a los clínicos de atención primaria. Los programas y contenidos son variados, incluyendo pautas de mejora en el diagnóstico y en la prescripción, habilidades en terapia psicológica,

discusión de casos y diseminación de información mediante seminarios (Bower y Gilbody, 2005).

Las actividades formativas aparecen en mayor o menor grado en los diferentes modelos comentados, pero las estrategias exclusivamente educativas apenas resultan efectivas. Es decir, son actividades necesarias, pero no suficientes, con resultados mejores en la medida en que forman parte de modelos más complejos, como la gestión de casos o la atención colaborativa.

Uso de guías de práctica clínica

La gran variabilidad de casos existente en la práctica clínica ha servido de argumento para la difusión, también en este campo, de la *medicina basada en la evidencia*, y de las mencionadas guías como uno de sus productos más operativos. La finalidad principal de la difusión de guías consiste en aportar información que permita fundamentar científicamente dicha práctica asistencial mediante la revisión rigurosa de las evidencias que justifican cada uno de los componentes de la intervención (cribado, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, derivación, etc.). Existen, tanto a nivel nacional como internacional, diferentes guías de práctica clínica elaboradas y revisadas por las principales agencias, organizaciones sanitarias y profesionales.

Sin embargo la revisión de su efectividad, de modo similar a lo comentado a propósito de las actividades formativas, muestra que se trata de una intervención importante, pero no suficiente en la mejora de la atención a los pacientes (Craven, 2006). Su implementación aislada no conlleva resultados de mejora o éstos son limitados, advirtiéndose efectos más favorables si su desarrollo forma parte de modelos colaborativos integrados.

Actividades de cribado

Entre las deficiencias detectadas en la práctica asistencial en atención primaria se ha insistido en la insuficiente detección de los trastornos mentales en las personas que los padecen, lo cual les impediría beneficiarse del tratamiento que necesitan. Sin em-

bargo la incorporación indiscriminada de actividades de cribado ha sido objeto de cuestionamiento, al considerarse que la mayoría de los casos no detectados se corresponderían con trastornos leves que en realidad no necesitan tratamiento, existiendo un evidente riesgo de iatrogenia derivado de los posibles excesos de diagnóstico y tratamientos no justificados (Thombs y otros, 2012).

También aquí los efectos resultan más favorables cuando su aplicación forma parte de modelos o programas más complejos, en aquellos casos en los que se lleva a cabo un tratamiento y seguimiento adecuados de los casos diagnosticados y, sobre todo, si su utilización se orienta específicamente a determinados grupos de pacientes de mayor riesgo.

Uso de tecnologías

En general el buen funcionamiento de los sistemas de información resulta esencial en los modelos colaborativos para poder llevar a cabo el seguimiento de los pacientes, compartir los datos clínicos y evaluar la efectividad y la eficiencia de las prácticas desarrolladas. Sin embargo, la evidencia disponible es muy limitada y referida sobre todo al papel de las alertas informáticas. Dichas alertas en tiempo real resultan ser efectivas a corto plazo en la modificación de las prescripciones, pero se desconocen sus efectos a largo plazo.

La atención telefónica aparece vinculada al seguimiento por teléfono (realizado por enfermería u otros profesionales) para apoyar al paciente y comprobar que sigue el tratamiento adecuadamente. En este sentido parece resultar efectiva, sobre todo en el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas, y en relación con la experiencia profesional y el método de supervisión llevado a cabo por el responsable del seguimiento.

La telepsiquiatría (Hilty, 2002) no se limita al seguimiento por un gestor de casos, sino que supone el uso de tecnologías de información y comunicación electrónica para dar o apoyar clínicamente la atención psiquiátrica a distancia, generalmente en condiciones geográficas donde no es posible la consulta con presencia física. Incluye múltiples modalidades de comunicación co-

Organizar la asistencia

mo teléfono, fax, correo electrónico, internet y videoconferencia, siendo esta última la más aplicada. La telepsiquiatría constituye principalmente una estrategia que mejora la accesibilidad a la atención en áreas suburbanas y rurales. En algunos estudios su efectividad se equipara a la de la consulta psiquiátrica presencial resultando asimismo más eficiente, al menos a corto plazo. No obstante la experiencia con la misma es aún limitada y se precisan evaluaciones más consistentes.



Investigando

6

INTRODUCCIÓN

El creciente éxito de la denominada *medicina basada en la evidencia* también ha alcanzado a la psiquiatría. Aunque en castellano la expresión correcta es la de *medicina basada en pruebas*, ya que lo evidente no necesita ser demostrado, el término traducido directamente del inglés (*evidence based medicine*) es el que ha alcanzado mayor éxito y el que se usa de una manera habitual en nuestra lengua (Sackett y otros, 2000). El concepto se refiere al uso de estimaciones matemáticas derivadas de investigación de máxima calidad y con muestras poblacionales suficientes, sobre el riesgo, beneficio o daño de actividades realizadas con pacientes, todo ello con el fin de informar las decisiones clínicas, el diagnóstico y el correcto manejo de los mismos. El resultado que se busca es el de lograr que las cuestiones prácticas de diagnóstico y tratamiento tengan mayores probabilidades de éxito en cada paciente concreto. La calidad de la evidencia (o pruebas) se deriva de diversas fuentes de información entre las que destacan las revisiones sistemáticas, los meta-análisis y los ensayos clínicos aleatorizados. Otros factores metodológicos como la validez estadística, la relevancia clínica y la revisión por pares son también importantes para garantizar los hallazgos y las recomendaciones derivadas de ellos.

Salud mental y atención primaria

Existen, por otra parte, elementos de los cuidados de salud, especialmente importantes en el ámbito de la salud mental, como son la calidad de vida o la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, que también tienen gran interés y que solo de una manera parcial pueden ser estudiados mediante esta metodología. Debido a lo anterior la aplicación de la medicina o de la psiquiatría basada en evidencia depende, así mismo, de las preferencias de los pacientes y de circunstancias muy diversas, por lo que cada tratamiento concreto permanece en un territorio sujeto a decisiones personales, éticas y económicas.

La medicina basada en la evidencia procede de una evolución de la epidemiología clínica, una disciplina que trata de tender un puente entre la salud pública y la práctica clínica, buscando en la primera pruebas rigurosas para mejorar el trabajo con los pacientes. En última instancia consiste en la incorporación de métodos científicos (cuantitativos y cualitativos) que puedan dar una sólida base al *arte* de la práctica clínica cotidiana, sujeto muchas veces a una excesiva variabilidad que también es fuente de error.

En 1996 David Sackett, uno de los padres reconocidos de esta corriente médica escribió:

La medicina basada en la evidencia consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la actualidad para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente.

Esta definición resume todo el empuje que esta disciplina ha adquirido en las últimas décadas en las que ha sido adoptada como método de cabecera, no sólo por la gran mayoría de los clínicos (incluidos los psiquiatras), sino por casi todas las organizaciones de provisión de servicios, sean públicas o privadas. Además la medicina basada en la evidencia ha generado instituciones científicas para su propio desarrollo, como son la Cochrane Collaboration (2011), encargada de organizar redes profesionales para la revisión sistemática de la evidencia científica en múltiples campos y el Centre of Evidence Based Medicine, con delegaciones y sucursales múltiples en diversos países.

De forma paralela a su desarrollo esta corriente médica ha recibido también críticas desde la perspectiva de quienes opinan que los condicionantes sociales de salud, y por consiguiente los de diagnóstico y tratamiento, implican que hay otros aspectos, más allá de los individuales, que deben ser tenidos en cuenta en las decisiones, como hemos mencionado más arriba. Por otro lado se echa en falta que, demasiadas veces, las políticas y estrategias de gestores y administradores, que suelen dirigir piropos a esta manera científica de proceder, no estén a su vez basadas en evidencia suficiente a la hora de tomar decisiones, que pueden ser críticas y que afectan a la calidad en la provisión de servicios ¿Para cuándo una gestión basada en la evidencia?

Lo anterior ha provocado que, como veremos en breve, los ensayos clínicos como fuente de información científica hayan cobrado una gran relevancia en las últimas décadas. Y, aunque es cierto que el ensayo clínico es de gran utilidad para probar la eficacia de un tratamiento, tiene también sus propias limitaciones que, en el campo de la salud mental, suelen salir a relucir con cierta frecuencia. Luego las examinaremos con mayor detalle.

Pero desde el punto de vista de los ensayos clínicos controlados ¿Qué es lo que está demostrado en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental? ¿Cuáles son las pruebas disponibles, por ejemplo, para el tratamiento de la depresión o los trastornos de ansiedad? ¿Qué tipo de técnicas o de organización de servicios son los más adecuados, para qué trastornos y en qué circunstancias?

Obviamente la evidencia disponible, aunque amplia, sólida y creciente resulta escasa para responder, en toda la extensión requerida, a esas preguntas, entre otras cosas porque la metodología del ensayo clínico no es fácilmente aplicable (aunque se ha hecho) a los estudios sobre servicios, por ejemplo. Tampoco puede dar cuenta de variables de contexto u otras circunstancias, a veces complejas, que condicionan la evolución de los pacientes, su diagnóstico y tratamiento. En origen la metodología del ensayo clínico está desarrollada para estudiar la eficacia de los tratamientos con fármacos y, como veremos más abajo, necesita adaptaciones, o se aplica con dificultad, a otro tipo de interven-

ciones como es el caso de las psicoterapias. Con todo hay bastantes cosas que tienen, a día de hoy, una evidencia probatoria más que contrastada. Algunas de ellas, por ejemplo en el terreno de los trastornos depresivos, son las que siguen:

- Está demostrada la eficacia de los fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor, siempre que el diagnóstico de ésta sea correcto y el medicamento se utilice durante un mínimo de tiempo, que se ha establecido en seis meses, aproximadamente.
- No hay evidencia concluyente de que ningún antidepresivo sea más eficaz que otro para el éxito del tratamiento. El grupo de fármacos conocidos como Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) tienen un perfil de efectos adversos más beneficioso y su uso es mejor tolerado que el resto de productos existentes.
- Algunas psicoterapias como la cognitivo conductual, la interpersonal y la llamada terapia para resolver problemas han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión. En algunas variantes de la misma su efectividad es, como mínimo, igual que la de los psicofármacos y su uso está recomendado.
- Para las formas leves de depresión no existe evidencia de que ningún tipo de tratamiento activo sea mejor que el placebo. Ni el uso de fármacos, ni la psicoterapia, en ninguna de sus variantes, tienen efectos demostrados. En estos casos parece ser más útil educar a los pacientes sobre sus síntomas, asesorarles sobre el manejo de los mismos y sobre la benignidad del curso del trastorno.
- A pesar de realizar un correcto tratamiento, aproximadamente un 40% de los casos de depresión mayor tienen recidivas y presentan un curso largo de la enfermedad.
- Hay menos evidencia de la efectividad de algunos tratamientos cuando se aplican en ancianos, niños, mujeres y personas de raza no blanca. La causa es que, debido a diversos motivos, particularmente en el caso de niños y ancianos, las muestras a estudio experimental no los suelen incluir de una

manera sistemática, por lo que no hay pruebas concluyentes sobre los resultados cuando se da esta situación. En el caso de las mujeres no está suficientemente explorada la variación de efectos debida al género. Parece probable que, por motivos culturales, las mujeres reciban un sobrediagnóstico de depresión con respecto a los hombres y que muchos casos así etiquetados, en realidad no tengan una depresión clínica. Respecto a las variantes raciales se admite en la actualidad que deben ser mejor exploradas, dado que se conocen diferencias respecto a la metabolización de algunos fármacos que pueden diferir en su eficacia cuando son utilizados en sujetos de diferente raza.

En relación con esto último se está desarrollando con creciente intensidad la llamada farmacoterapia personalizada ya que se van conociendo diferencias intersubjetivas, mediadas por variantes genéticas de la normalidad, en los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos de diferentes medicamentos. Ello podría explicar por qué en determinadas personas unos productos son más efectivos que otros, en principio equipotenciales según la evidencia disponible. Es posible que, en un futuro inmediato, un simple test genético que pueda diferenciar a los sujetos metabolizadores rápidos de los lentos respecto a algunos fármacos pueda servir para decidir con mejor criterio qué medicamento utilizar en uno y otro caso.

En las páginas siguientes repasaremos a grandes rasgos los más importantes campos de investigación en el ámbito de la salud mental y, de una manera especial, en el caso de los trastornos mentales más frecuentes, como es el caso de los depresivos y los de ansiedad. Intentaremos detallar los principales retos a los que esta investigación tiene que enfrentarse así como algunos de sus principales logros. Antes, y para ayuda del lector, dejaremos sentada la definición de tres importantes conceptos que venimos utilizando de manera profusa a lo largo de este texto y que tienen especial relevancia cuando hablamos de investigación clínica. Se trata de los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia. Según los diccionarios epidemiológicos las definiciones son las siguientes (Last, 1988):

Eficacia: grado en el que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio originan un resultado beneficioso en condiciones ideales. La manera idónea para la determinación de la eficacia se basa en los resultados de un ensayo clínico aleatorizado.

Efectividad: grado en el que una determinada intervención, procedimiento, régimen o servicio puestos en práctica logran lo que se pretende conseguir para una población determinada.

Eficiencia: efectos o resultados finales alcanzados en relación con el esfuerzo empleado en términos monetarios, de recursos y de tiempo.

De una forma clásica se suele decir que la *eficacia* representa el punto de vista del investigador que no tiene una responsabilidad directa en el tratamiento de pacientes; la *efectividad* representa el de los clínicos que sí la tienen y la *eficiencia* el de los gestores que deben decidir la mejor forma de invertir recursos y dinero. De cualquier forma las tres son de la incumbencia de todas las personas interesadas en el desarrollo de una medicina y una psiquiatría de calidad, justas y accesibles para el conjunto de la ciudadanía.

INVESTIGACIÓN BÁSICA: GENÉTICA

En este campo, que tradicionalmente viene asociado a investigación realizada en laboratorio, se han desarrollado en las últimas décadas múltiples estudios sobre genética de los trastornos mentales comunes y, de una manera especial, han resultado interesantes los centrados en las interacciones entre genes y ambiente, como es el caso de la depresión. El campo de la *epigenética*, es decir, el estudio de las formas en las que los genes finalmente se expresan, y los resultados últimos de esta expresión, ha adquirido especial relevancia atendiendo a la complejidad del tema. Tras la finalización del proyecto Genoma Humano en 2001 los científicos se dieron cuenta de que hay que ir más allá de las bases del funcionamiento celular en el desarrollo de muchas enfermedades, incluidas las mentales. A partir de ahí la vieja idea

de que los humanos somos lo que está escrito en nuestros genes comenzó a cambiar de forma muy rápida y la ciencia se encamina hacia el desciframiento del lenguaje codificado en pequeñas modificaciones químicas, que serían capaces de regular la expresión de muy distintos genes.

En los últimos años se viene acumulando una cantidad importante de información que sugiere que, al igual que otras enfermedades comunes, los trastornos psiquiátricos se deben a diversas combinaciones de factores de riesgo genéticos que actúan junto a factores no genéticos, entre los que se pueden incluir el ambiente, el comportamiento y el azar. Ninguna variante o *locus genético* particular puede ser suficiente o necesaria para provocar las formas comunes de estos trastornos. Recientemente ha surgido la evidencia de que la contribución genética al riesgo de contraer trastornos mentales puede depender tanto de variantes comunes como de mutaciones raras (Hyman, 2011). Hay abundantes datos que sugieren que combinaciones heterogéneas de una gran cantidad de variantes y mutaciones pueden participar en una buena parte de los trastornos psiquiátricos. En la medida en que crece el conocimiento sobre esta gran complejidad, la esperanza de que las pruebas genéticas puedan llegar a desempeñar un papel importante en el diagnóstico psiquiátrico ha comenzado a verse muy mermada. Las formas menos frecuentes de enfermedad, secundarias a mutaciones muy penetrantes, seguramente son una excepción. Es más probable que la importancia de los descubrimientos genéticos para las formas comunes de trastorno mental resida en su capacidad de señalar los mecanismos fisiopatológicos que posibilitan su aparición. Variantes genéticas comunes pueden contribuir a incrementos relativamente pequeños del riesgo de contraer este tipo de trastornos.

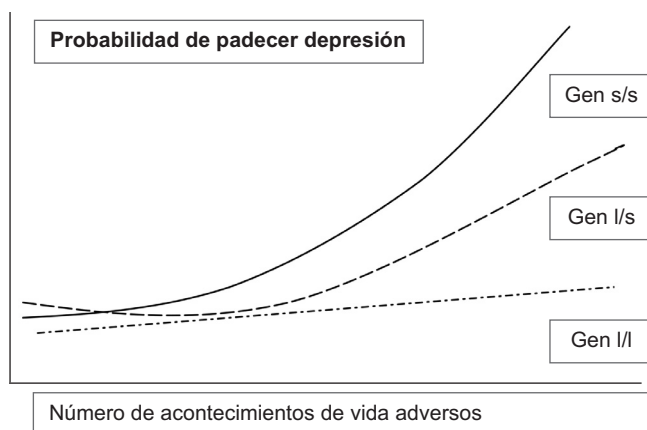
Como acabamos de señalar los componentes genéticos de riesgo de un trastorno se deben a interacciones de variantes genéticas comunes en múltiples *loci* que después interactúan con factores no genéticos. Una versión de este modelo poligénico postula que los riesgos de contraer enfermedades humanas comunes surgen de combinaciones desafortunadas de variantes genéticas comunes. Esta hipótesis, más que plausible, se conoce como *variante común-enfermedad común* (Hyman, 2011).

Hasta la actualidad la mayoría de los estudios genéticos continúan definiendo los grupos de análisis basándose en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Sin embargo muchos investigadores están examinando alternativas que puedan servir para mapear más de cerca los determinantes genéticos reales. De la misma forma que ocurre con otros rasgos genéticos complejos hay una importante controversia acerca de si, por ejemplo, el fenotipo de la ansiedad debiera definirse con mayor o menor amplitud que la delimitada por los diagnósticos que manejamos en la actualidad. El problema de fondo es sencillo de plantear: ¿Sirven nuestros actuales diagnósticos basados en la descripción de síntomas para referir sucesos de orden genético? ¿Hay una correlación estable y clara entre los diagnósticos que manejamos en la clínica y las posibles bases genéticas de los mismos? Los estudios sobre familias y gemelos sugieren que algunas formas de ansiedad, la depresión y otros trastornos del espectro afectivo podrían representar resultados diferentes de factores genéticos comunes. De una manera sumaria se puede decir que los factores genéticos responsables de la depresión podrían ser los mismos que los de la ansiedad. Parece ser que estos genes controlarían una forma básica de la reactividad emocional de las personas. Por otro lado, es probable que existan genes específicos para los trastornos relacionados con reacciones de miedo (pánico o fobias) que, sin embargo, también presentarían un cierto grado de solapamiento y coincidencia con los anteriores.

Las expresiones genéticas de los sistemas neurales implicados en la depresión, han suscitado especial interés en el estudio de este trastorno y su tratamiento. Se ha prestado especial atención en el *polimorfismo funcional* que, mediante variaciones en las secuencias de ADN, podría hacer variar la expresión o funcionamiento final de algunos genes. Sin embargo no se ha conseguido asociar la depresión mayor con el polimorfismo encontrado en el gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR). Sucesivos estudios desarrollados en este sentido no han logrado replicar los hallazgos iniciales. Pero lo encontrado puede resultar de importancia para avanzar en nuestro conocimiento sobre la respuesta al estrés. La evidencia actual sugiere que el polimorfismo 5-HTTLPR estaría asociado con los *rasgos neuróticos de las per-*

sonas y su respuesta al estrés de una manera genérica, de tal modo que su variabilidad modificaría la *respuesta al estrés* de los sujetos, más que provocar de forma directa la depresión.

Entre la población homocigota (31% de las personas), que posee ambas versiones largas del alelo del gen, se evidencia una mayor resistencia a la depresión y una tendencia a no desarrollarla incluso ante la presencia de estresores importantes. Entre la población heterocigota (51% de la población), con un alelo corto y otro largo del gen, se observa una mayor vulnerabilidad en el caso de que aparezcan acontecimientos de vida estresantes. Finalmente entre la población homocigota con ambos alelos cortos del gen (17% de la población) la presencia de depresión resulta mucho más frecuente que en las dos situaciones anteriores. Pero lo importante es que, en ausencia de estrés, no se evidencia una expresión del gen por sí mismo, es decir, no hay sintomatología depresiva clínicamente evidente. Mientras que, en presencia de estrés, serían los genes los que marcarían la probabilidad de padecer depresión. Estos hallazgos (Caspi y otros, 2003) constituyen la que, hasta la fecha, es la mejor evidencia disponible de la interacción entre genes y ambiente en el campo de los trastornos mentales comunes.



Relación entre el gen transportador de la serotonina, acontecimientos adversos de vida y probabilidad de padecer un episodio depresivo.

En resumen los factores genéticos responsables de la depresión parecen ser los mismos que los de la ansiedad y, probablemente, controlan también la reactividad emocional de los individuos, entendiendo ésta como una expresión de lo que solemos llamar *neuroticismo*. Todo parece funcionar como si los factores genéticos tuvieran influencia sobre un nivel general e inespecífico de los síntomas, mientras que algunos factores ambientales que manifiestan una intensa influencia sobre la ansiedad no parecen hacerlo sobre la depresión, por lo que parecen comportarse con mayor especificidad.

INVESTIGACIÓN BÁSICA: FÁRMACOS

También forma parte de la investigación básica todo lo relacionado con los estudios sobre medicamentos, ya sean totalmente nuevos, derivados de otros ya conocidos o nuevas aplicaciones de estos últimos. El desarrollo de este campo en las tres últimas décadas ha sido exponencial. En este tiempo han entrado en uso una cantidad de nuevos medicamentos muy superior en número y calidad a cualquiera que hubiera sido conocida en el pasado. Bien es cierto que se trata de un campo relativamente joven, donde los primeros psicofármacos conocidos datan de la década de los cincuenta del pasado siglo y el desarrollo habido hasta los años ochenta, aunque progresivo, fue lento comparado con lo que ha venido después. En los primeros treinta años de este ciclo (entre 1950 y 1980) se desarrollaron los primeros antidepresivos y algunos de los ansiolíticos de mayor uso que junto con los neurolépticos clásicos (utilizados en el tratamiento de las psicosis) y el litio (específico para el trastorno bipolar) constituían el bagaje completo del arsenal farmacológico disponible. La década iniciada en 1980, que no casualmente es la misma en la que apareció el DSM-III, marca un claro cambio de tendencia impulsado por la industria que invirtió grandes cantidades de dinero en la investigación de nuevos productos. Así se desarrollaron nuevos neurolépticos y antidepresivos con la cualidad diferenciada de producir menos o más tolerables efectos adversos en los pacientes, lo que facilitó su uso y, también, posibilitó su abuso.

Pero la historia de los ansiolíticos o *tranquilizantes menores* es algo más larga. En 1903, la empresa Bayer comercializó, con el nombre de Veronal, un producto de síntesis conocido como Barbitol (derivado del ácido barbitúrico) al que se le habían descubierto, entre otras, propiedades sedativas. Se trata de un fármaco altamente adictivo, que durante años constituyó el único producto utilizado como hipnótico-sedante. Otro caso fue el tristemente famoso de la Talidomida, fármaco comercializado entre 1958 y 1963 como sedante (y también como antiemético durante el embarazo) que tuvo un gran éxito popular, basado en que se le creía libre de efectos adversos. Sin embargo este medicamento, comercializado en Alemania por Chemie Grünenthal, provocó miles de nacimientos de niños afectados de focomelia, grave anomalía congénita, caracterizada por la carencia o excesiva corteza de las extremidades que, caso de existir, semejaban auténticos muñones. Por otra parte, ya en 1933 los investigadores habían descubierto las benzodiazepinas, un grupo de sedantes no barbitúricos. Los más famosos entre ellos fueron comercializados con los nombres de Librium y Valium. En poco tiempo, este último formaría parte de la lista del gobierno federal de Estados Unidos en la que se le incluía entre las veinte drogas de abuso más importantes del país, por encima de la heroína y la cocaína. Sin embargo, hacia los años cincuenta, se observó que las benzodiazepinas resultaban efectivas a dosis mucho más bajas que los barbitúricos y, como consecuencia, comenzaron a utilizarse de forma masiva como tranquilizantes y somníferos. A día de hoy los esfuerzos de los investigadores se centran en lograr fármacos que, manteniendo las propiedades sedativas de los anteriores, no presenten riesgo de adicción. Pero, aunque existen en el mercado diversos productos que presumen de estas características, este objetivo no ha sido alcanzado de una manera satisfactoria.

Con un enfoque algo diferente se viene desarrollando desde hace un tiempo una línea de investigación basada en los efectos del cortisol, una hormona relacionada con el estrés, particularmente con el estrés crónico. Se sabe que, en situaciones de emergencia, nuestro cerebro envía una señal a las glándulas suprarrenales para que aumenten la producción de cortisol. Niveles elevados de esta sustancia en la sangre influyen en un aumento

de glucosa disponible para ser utilizada por nuestros músculos. Simultáneamente se suspenden las funciones del organismo relacionadas con la creación y reparación de tejidos como forma de ahorrar energía. Si esta situación se mantiene por demasiado tiempo, como ocurre en el estrés crónico, empiezan a aparecer los primeros síntomas: cansancio, irritabilidad, dolores de cabeza, hipertensión arterial, etc... Por otro lado el estrés daña al cerebro, que contiene estructuras muy vascularizadas y sensibles a la presencia de cortisol, como es el caso del hipocampo, produciendo, entre otras cosas, alteraciones de la memoria. Se supone que si se desarrollan fármacos capaces de disminuir la presencia o los efectos del cortisol en el cerebro, tendremos fármacos anti-estrés eficaces y probablemente, menos adictivos. Con este razonamiento se ha abierto una línea de trabajo que aún no ha dado frutos concluyentes, pero que, al menos en principio, parece prometedora.

En lo que respecta a los antidepresivos, como acabamos de señalar, los principales avances de los últimos años han estado en la línea de desarrollar productos con menor potencial de efectos indeseables y más tarde, también, de establecer posibles diferencias de eficacia entre los diversos fármacos conocidos.

INVESTIGACIÓN BÁSICA: PSICOTERAPIA

Un campo que también debe de ser considerado dentro del ámbito de la investigación básica es el relativo al desarrollo de nuevas técnicas de psicoterapia (o nuevas adaptaciones de técnicas ya conocidas), el estudio de sus indicaciones y contraindicaciones, así como los *estudios de proceso* de las mismas. En la actualidad la necesidad de demostrar su eficacia ha llevado a que la mayoría de los estudios sobre psicoterapias se centren sobre resultados, relegando otros aspectos de gran interés (Luborsky, 1971). Tan importante como demostrar que algunas técnicas de psicoterapia sirven para mejorar a los pacientes, es descubrir por qué lo hacen, es decir, saber cómo funcionan y qué requisitos deben de cumplirse y son imprescindibles para que este funcionamiento se mantenga. En esto consisten los *estudios de proceso* en los que se exige observar y reconocer qué aspec-

tos son los específicos de un modelo de psicoterapia frente a otro y para qué sirve o deja de servir. Por lo mismo, y quizá más importante a día de hoy, hay que establecer cuáles son los factores comunes a todas o la mayoría de las psicoterapias, qué las hace funcionar como tales (por ejemplo la empatía) y cómo conseguir ponerlas en marcha reconociendo las condiciones (del paciente, del terapeuta, del encuadre de trabajo, etc.) que son necesarias para ello.

En la actualidad la realidad económica y asistencial de los sistemas de atención (tanto públicos como privados) empuja en una dirección en la que resulta imprescindible disponer de modelos de trabajo psicoterapéutico en formato corto, es decir, con un número limitado de sesiones, pero que mantengan su efectividad. Por la misma razón se necesita disponer de técnicas de intervención relativamente sencillas, que puedan ser enseñadas a nuevos profesionales sin un excesivo gasto en horas o necesitando de formadores muy expertos y poco disponibles. Es así como se ha impuesto la necesidad de que deban de ser técnicas manualizadas, sobre las que se pueda redactar una guía básica de uso y manejo de situaciones a disposición de los alumnos y que posibilite una evaluación, tanto del aprendizaje como de la efectividad de la propia psicoterapia (Luborsky y De Rubeis, 1984). Estas exigencias, propias de los tiempos que corren, han venido marcando las condiciones mediante las que los estudios de proceso han encontrado su campo de investigación y han comenzado a desarrollar sus propias metodologías, a través, por ejemplo, de la observación o mediante técnicas de registro importadas de la antropología, que permiten estudiar algunos factores estructurales de la relación psicoterapéutica. Lo que los estudios de proceso tratan de dirimir en realidad es ¿qué es lo que ocurre dentro de una relación psicoterapéutica que la hace funcionar? ¿qué es lo que condiciona que no pueda tener lugar? La dificultad de la empresa no impide que sea un terreno que debe ser investigado con sus propias técnicas y tenido en cuenta como una forma de investigación básica, ya que, de alguna manera, se necesita una cierta experimentación de laboratorio para que estos aspectos sean considerados como objeto de estudio y los métodos para investigarlos puedan ser puestos en marcha.

Finalmente forma parte también de este apartado de investigación sobre fundamentos básicos el estudio y comparación transcultural (González y Comelles, 2000) de los diferentes síndromes y entidades psiquiátricas en aras a comprobar tanto sus diferencias, marcadas por la diversidad de culturas, como –sobre todo– sus similitudes. Estas últimas resultan muy útiles para apoyar y dar base firme a la existencia de procesos clínicos estables y comunes, a salvo, en lo sustancial de las citadas variantes culturales. El conocimiento de la posible estabilidad a lo largo de un tiempo histórico de algunos de estos síndromes o entidades resulta, por lo mismo, esencial para poder comprobar, o en su caso diferenciar, aspectos más invariantes de otros menos estables y con mayor probabilidad de ser modelados por el ambiente en el que viven los sujetos.

VALIDEZ Y FIABILIDAD DIAGNÓSTICA

En los últimos años ha crecido el interés por mejorar los sistemas de clasificación diagnóstica en psiquiatría hasta convertirse, en sí mismo, en un importante y trascendental campo de investigación (Sartorius, 2011).

Tradicionalmente la ausencia de pruebas o marcadores objetivos para diagnosticar los trastornos mentales ha hecho que la fiabilidad (el acuerdo entre diferentes observadores) sea un desafío crucial. El DSM-III fue la primera clasificación sistemática y completa para el diagnóstico psiquiátrico que enfocó de una manera clara la fiabilidad entre evaluadores. Este mismo enfoque lo adoptó también más tarde, en 1992, la CIE-10, la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para los trastornos mentales y del comportamiento. Esta perspectiva contrastaba radicalmente con las breves descripciones clínicas proporcionadas por las ediciones anteriores de ambos manuales que suministraban muy escasa información sobre cómo debían de aplicarse los diagnósticos. La fiabilidad se convirtió en una prioridad científica en una época en la que no era posible obtener una validez suficiente. Sin embargo se esperaba que una mayor investigación sobre la naturaleza de los trastornos a partir del DSM-III pudiera dar origen a una clasificación válida.

Robins y Guze (1970), ya habían establecido una serie de criterios para poder alcanzar un diagnóstico *válido* en psiquiatría. Válido quiere decir que se corresponda de la mejor manera posible con aquello que realmente ocurre y, también, que represente a una entidad natural diferente de otras similares a ella. Estos criterios, totalmente lógicos, fueron los siguientes: 1) hay que identificar aquellos síntomas y signos que habitualmente se agrupan y se presentan juntos; 2) es preciso realizar estudios de seguimiento a largo plazo que permitan establecer la estabilidad del diagnóstico a lo largo del tiempo; 3) debe de haber una separación clara entre un trastorno y otro; 4) hay que realizar estudios de laboratorio que confirmen hallazgos sobre una determinada enfermedad mental; 5) también hay que realizar estudios familiares que confirmen la posible presencia de factores de herencia.

La presunción central que subyacía a este planteamiento consistía en considerar que la mejor manera de caracterizar los trastornos psiquiátricos era hacerlo, según el *modelo médico* tradicional, como *categorías* independientes unas de otras y con una clara discontinuidad respecto a la salud. No aparecía la idea de adoptar un enfoque alternativo —también muy frecuente en la medicina general— que representara, por lo menos a algunos de los trastornos, como desviaciones cuantitativas (más que cualitativas) respecto al estado de normalidad. En este último caso las descripciones cuantitativas, también conocidas como dimensionales, de un determinado trastorno se continúan con un estado normal de salud. Es decir, no hay una frontera fija de separación donde sepamos con exactitud que empieza la enfermedad. Por ello en el *modelo dimensional de trastorno* deben establecerse umbrales que exigen un consenso profesional, basado en la observación y el seguimiento clínicos, con los que establecer, de forma ideal y un tanto arbitraria, esa frontera. Dos buenos ejemplos de ello en la medicina general son el caso de la hipertensión arterial o el de la anemia ferropénica.

A día de hoy las insuficiencias de los sistemas diagnósticos vigentes en psiquiatría no pueden encararse mediante la simple revisión de los conjuntos de criterios pertinentes para describir

cada entidad clínica, ni tampoco añadiendo nuevas categorías de trastorno al DSM-5 y la CIE-11. Los diversos enfoques científicos que servirían para explicar los diferentes trastornos mentales siguen estando a un nivel incipiente. No se han establecido factores de riesgo causales (genéticos o de otro tipo) para ningún trastorno psiquiátrico con un nivel de certeza o completitud que resulte verdaderamente útil. Pese a los recientes e interesantes avances en el conocimiento de los sustratos neurales o genéticos de los trastornos de ansiedad, o los depresivos, por ejemplo, es prematuro argüir que se conoce su fisiopatología. De hecho aún no hay ninguna prueba médica objetiva para ningún trastorno del DSM-IV. Parece que existen, pues, problemas estructurales significativos heredados del DSM-III y derivados del uso sistemático de categorías (esto es, de diagnósticos cerrados, tipificados todos y cada uno de ellos en un conjunto dado de síntomas). La realidad de la clínica diaria viene demostrando que se trata de criterios rígidos y altamente específicos que ayudan a obtener una aceptable fiabilidad diagnóstica, pero carecen de una suficiente validez. Es decir, no describen adecuadamente lo que se observa en una buena cantidad de casos clínicos (Hyman, 2011).

El debate entre modelos de enfermedad dimensionales o categoriales no debe ser planteado, abstractamente, en cuanto a la verdad o error implícitas en los propios modelos, cosa que, en última instancia, no tiene sentido, pues se trata de constructos teóricos. La cuestión debe ser formulada en términos que propicien el avance de nuestro conocimiento en materia de psicopatología y en torno a preguntas como ¿qué modelo explica mejor los datos clínicos observados?, ¿cuál sugiere hipótesis más susceptibles de ser puestas a prueba mediante la investigación?, ¿qué sistema produce más facilidades de uso y es más versátil?

Con respecto al grupo mayoritario de pacientes que son diagnosticados de algún tipo de trastorno mental común hay que señalar, según se muestra en el cuadro siguiente, algunos puntos de importancia:

- Muchos de ellos tienen síntomas muy cerca del umbral diagnóstico y, además, se mueven entre diagnósticos a medida que el tiempo pasa.
- La frontera entre la normalidad y algunas entidades clínicas es débil y borrosa. En muchas ocasiones resulta difícil estimar con claridad cuándo un individuo la ha traspasado.
- La fiabilidad de las categorías entre los diversos sistemas y entre diferentes observadores es baja.
- La estabilidad temporal de algunas categorías diagnósticas es también muy baja. Esto es particularmente válido para los trastornos de ansiedad y depresión que se intercambian entre sí con bastante facilidad, sobre todo en los casos de intensidad sintomática más leve.
- No hay evidencia concluyente respecto a que los posibles factores genéticos que puedan influir sobre la depresión no lo hagan también sobre la ansiedad. En cambio, el entorno psicosocial podría tener efectos específicos.
- Los tratamientos no son específicos para cada entidad, resultando, en muchas ocasiones, independientes del diagnóstico. Los diagnósticos de ansiedad y depresión no proporcionan una base firme para una efectiva elección de tratamiento farmacológico.

Si revisamos los criterios de Robins y Guze que hemos expuesto más arriba, la conclusión resulta evidente: por lo menos en lo que respecta a los trastornos mentales comunes, los modelos categoriales no parecen satisfacer adecuadamente las exigencias básicas que permitirían aceptarlos como los constructos teóricos más adecuados. En primer lugar, no consiguen explicar muchos de los datos procedentes de la investigación y de la observación clínica. En segundo lugar, sólo con dificultad se pueden derivar de este tipo de modelos hipótesis sugerentes que nos permitan avanzar en nuestro estado de conocimiento en la materia. La mayor virtud de los modelos categoriales de enfermedad reside en la aceptabilidad y comodidad de su uso, que posibilita un lenguaje uniforme para la comunicación entre profesionales,

administradores y usuarios. Constituyen, en la actualidad, la base para un consenso mínimo a la hora de establecer criterios comunes de investigación, aunque cabe preguntarse si este consenso resulta suficiente o si no está suponiendo, finalmente, también un lastre que impide un adecuado desarrollo, tanto teórico como práctico, en la materia (Goldberg, 1988).

Sin embargo, todo lo anterior no hace automáticamente válida la alternativa del modelo dimensional. Queda por demostrar que éste satisface mejor los criterios de correspondencia con los datos, sugerencia de hipótesis apropiadas para el avance científico y utilidad práctica de uso. La experiencia nos indica que, hasta la fecha, estos modelos resultan, por lo menos, tan problemáticos como los categoriales, aunque encajan de manera más satisfactoria con los datos disponibles sobre los denominados trastornos comunes. Pero existen otro tipo de problemas. Los modelos dimensionales precisan de un evidente y continuo aparato matemático para su correcta expresión, por lo que resultan menos intuitivos y más engorrosos de usar. Es muy natural decir que una persona tiene, o no, un trastorno o que padece una u otra patología y bastante menos decir que tiene tanta cantidad de este síntoma, o grupo de síntomas, y tanta cantidad de este otro u otros. Por otro lado el uso de las técnicas estadísticas convencionales para el análisis multivariado hace depender el número y las características de las dimensiones producidas de la particularidad de las poblaciones sujetas a estudio. Además muchos síntomas no parecen estar repartidos entre la población según una distribución normal y los casos más evidentes de psicopatología son propios de un relativamente pequeño número de síntomas. Todo ello implica que no exista un acuerdo claro sobre el tipo de análisis multivariado que resultaría más apropiado para un modelo dimensional. No debemos olvidar que cualquier constructo estadístico sólo puede representar de una manera simplificada aquello que ocurre en realidad (Goldberg, 1988).

A pesar de estas dificultades, debemos reiterar que tanto la experiencia clínica como los datos disponibles en la actualidad avalan la idea de que no existe una línea nítida de separación entre la normalidad y los trastornos mentales más comunes. Más bien se puede considerar a éstos como distribuidos a lo largo de

un continuo, con diferentes grados de severidad, para el conjunto de la población.

Desde este punto de partida la pretensión central de la nueva clasificación DSM-5 consiste en agrupar categorías diagnósticas en base a su similitud o coexistencia sintomática y disminuir el número de las mismas que, ahora mismo, parece arbitrario y excesivo. La gran comorbilidad de muchos trastornos (como es el caso de la depresión y la ansiedad) invita a ello. Por otro lado se quiere intentar que lo que se conoce respecto a la genética o la base neural de algunas entidades pueda ser utilizado para poner al día las agrupaciones de las mismas, clasificándolas de una manera más real y útil. En este sentido un objetivo central del DSM-5 es el de efectuar modificaciones estructurales en la clasificación que faciliten nuevos descubrimientos capaces de acelerar el desarrollo de diagnósticos más válidos, que sirvan para realizar mejores enfoques terapéuticos y que permitan una base más sólida para la investigación.

La vía que se está adoptando en un gran grupo de diagnósticos es la de conservar, al menos por ahora, los diagnósticos categoriales, pero reagruparlos según criterios basados en la observación clínica, para facilitar experimentos diagnósticos. Se quiere introducir el uso de dimensiones diagnósticas que sean comunes y puedan abarcar a diversos trastornos actuales, de tal forma que se puedan reconceptualizar aquellos que estén etiológica o fisiopatológicamente relacionados. Quedarían así agrupados en lo que se viene denominando *espectros* de enfermedad, que podrían ser estudiados tanto en forma dimensional como categorial y siempre sobre la base de datos científicos emergentes. Una de las agrupaciones que se ha planteado es la relativa a los trastornos del estado de ánimo, en la que se incluirían las diversas presentaciones de la depresión y –muy probablemente– el trastorno de ansiedad generalizada con el que aquéllas presentan una gran comorbilidad (Goldberg y otros, 2011). Otra, ésta nueva, es la de trastornos de ansiedad basados en el miedo, con la fobia como entidad central. Este grupo estaría caracterizado por una mayor reactividad y adaptación enlentecida del circuito de la amígdala (un conjunto de núcleos neuronales que forman parte del sistema límbico del cerebro y de los que se sabe que

actúan en el procesamiento de las reacciones emocionales).

El grupo de estudio del DSM-5 ha elaborado un conjunto de once criterios que deben de servir de elementos de validación externa para la posible reagrupación de diagnósticos (Hyman, 2011). Son los siguientes:

- Sustratos neurales compartidos.
- Biomarcadores compartidos.
- Antecedentes temperamentales compartidos.
- Procesos cognitivos y emocionales comunes.
- Factores comunes de riesgo genético.
- Trastornos relacionados con interacciones familiares.
- Factores de riesgo ambientales causales.
- Síntomas similares.
- Comorbilidad frecuente según las actuales clasificaciones.
- Evolución de la enfermedad.
- Respuesta al tratamiento.

La elaboración de dimensiones (ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, etc.) que puedan ser comunes a diferentes trastornos constituye un proyecto complejo que implica elaborar e investigar escalas cuantitativas. Estas escalas deberían ser capaces de medir la presencia de síntomas, fijar umbrales para decidir cuándo una determinada *cantidad de síntoma* debe de ser considerada anómala (como ocurre con la glucemia, por ejemplo) y, de una forma ideal, conseguir que una determinada dimensión sintomática pueda ser aplicada de la misma forma en diferentes grupos de patologías.

Por otro lado, una vez establecida, en la medida de lo posible, la validez de las clasificaciones, se hace necesario seguir perfeccionando los sistemas de fiabilidad al objeto de conseguir mejorar el acuerdo entre observadores a la hora de aplicar un determinado diagnóstico (Hyman, 2011). La investigación sobre procedimientos diagnósticos es de naturaleza indirecta. Consiste

en estudiar y medir, la exactitud, precisión y reproductividad de los instrumentos con los que realizamos nuestros juicios clínicos y establecemos criterios de predicción. En psiquiatría y psicología la mayoría de estos instrumentos, como hemos visto, son cuestionarios, test o modelos más o menos estructurados de entrevista que deben explorar ítems o síntomas relacionados con los diversos diagnósticos conocidos. La propia naturaleza de estos instrumentos los hace especialmente vulnerables a diversas fuentes de error, que la moderna investigación está consiguiendo minimizar tras arduos esfuerzos. Se trata, en lo esencial, de un tipo de investigación basado en la comparación entre el resultado producido por un instrumento diagnóstico determinado y el criterio clínico o nosológico que, en condiciones reales, debe ser reproducido por el propio instrumento u otros similares previamente desarrollados y ya conocidos.

Como acabamos de ver la noción de validez hace referencia a algo sustancial, puesto que afecta al núcleo de aquello que entendemos por trastorno mental y nos obliga a *operativizarlo*, esto es, a explicitar todos y cada uno de los elementos que lo constituyen. Listar síntomas, agruparlos, establecer criterios fiables de cualidad o cantidad, presencia o ausencia, severidad y temporalidad, así como de exclusión, nos introduce en el hábito de la observación clínica diaria, su estudio y crítica constante. La noción de fiabilidad desafía a la consistencia de un diagnóstico, tanto como al método a través del que se establece, al poner a prueba y medir su capacidad de ser reproducido en diferentes circunstancias y por diferentes sujetos.

La salud mental y la psiquiatría llevan ya varias décadas elaborando y perfeccionando instrumentos de ayuda (test, cuestionarios, entrevistas, etc.) con las que conseguir evaluar a los pacientes de una manera válida y viable, capaz de ser utilizada en una consulta habitual. En el campo de los trastornos de ansiedad y depresión se han desarrollado diversos cuestionarios de detección y criba (a algunos de los cuales ya hemos hecho referencia en capítulos anteriores de este libro). La necesidad de adaptarse a los diferentes contextos ha hecho que se hayan desarrollado instrumentos específicos para ser utilizados en atención primaria, unos, o en contextos especializados, otros.

Más allá de estos cuestionarios de *screening* o criba, se ha desarrollado el campo de las entrevistas diagnósticas estructuradas, mediante procedimientos que persiguen reducir la variabilidad a la hora de explorar, registrar síntomas y hacerlos encajar de manera correcta en un diagnóstico preciso. Básicamente este tipo de entrevistas se han confeccionado a partir de manuales que contienen una serie de ítems con síntomas o áreas a explorar en el paciente, que incluyen todos los especificados en un determinado diagnóstico según la clasificación que estemos utilizando, por ejemplo el DSM-IV. Existen criterios para puntuar también la presencia o ausencia de un determinado síntoma, así como su intensidad. Estos manuales incluyen no sólo el conjunto de criterios que es necesario explorar para efectuar un determinado diagnóstico, sino que también especifican la forma de hacerlo y, usualmente, aportan ayudas para solventar situaciones de dificultad en la exploración. Todo ello hace que a partir de ellos sea posible realizar un entrenamiento con el que conseguir una mayor fiabilidad a la hora de diagnosticar a los pacientes.

Según la iniciativa que el manual de entrevista deje a quien va a realizar la exploración, existen modelos de entrevista *estructurados* o *semiestructurados*. En el primer caso el modelo es más rígido y deja poca libertad al entrevistador, mientras que en el segundo, se le permite a éste cierta capacidad de decisión. Usualmente el primer tipo de entrevista se utiliza cuando no se dispone de entrevistadores expertos, mientras que el segundo, más difícil de llevar a cabo, requiere de personal experto y entrenado.

Otra innovación de las entrevistas estandarizadas ha sido el desarrollo de algoritmos informáticos que permiten auxiliar al clínico en la confección del diagnóstico del paciente. En esencia consisten en programas de ordenador que contienen los descriptores de cada diagnóstico según un determinado sistema clasificatorio (DSM-IV o CIE-10) y el árbol de decisiones para llegar a él de una manera correcta. De esta forma el clínico sólo tiene que explorar los síntomas y registrar su presencia o ausencia, encargándose el programa informático de realizar una tentativa diagnóstica según los criterios especificados. Este método reduce la variabilidad debida al criterio diagnóstico que pueda manejar cada explorador y, aunque no aspira a sustituir al de éste como cri-

terio definitivo, sí puede ayudarle a cometer menos errores y encontrar un más fácil consenso con otro entrevistador.

Ya hemos dado algunos ejemplos de este tipo de entrevistas, tales como el PSE, el SCAN o el CIDI en un capítulo anterior. El despliegue de estas metodologías ha permitido en los últimos veinte años uniformizar lo suficiente los diagnósticos entre diferentes clínicos como para alcanzar una fiabilidad alta. Es así como se han podido desarrollar estudios epidemiológicos válidos y de gran trascendencia en el aumento del conocimiento sobre el impacto de los trastornos mentales en nuestras sociedades. Estudios como el *Epidemiologic Catchment Area* (Robins, Regier, 1991) o el *Colaborative Study on Psychological Problems in General Health Care* (Üstün y otros, 1995), este último centrado en los trastornos mentales comunes y la atención primaria de salud, han constituido auténticos hitos en esta área y han servido para introducir estas metodologías y su continuo perfeccionamiento en un territorio epistemológico de creciente interés y gran utilidad. En los últimos años España también ha tenido una participación creciente en algunos estudios europeos basados en estas metodologías, como es el caso del ya citado *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*, más conocido por su acrónimo ESEMeD (2004).

EL ENSAYO CLÍNICO EN PSIQUIATRÍA

El ensayo clínico, también denominado *ensayo clínico controlado* o –en su denominación completa– *ensayo clínico controlado con distribución aleatoria*, es un experimento en el que los sujetos de una población a estudio (por ejemplo, pacientes con diagnóstico de depresión) se asignan de manera aleatoria a grupos, generalmente denominados de *estudio* y de *control*, para recibir o no recibir un procedimiento, maniobra o intervención, preventivos o terapéuticos, de carácter experimental (Last, 1989). El grupo de estudio es aquél en el que se realiza el experimento propiamente dicho y el de control es el que sirve de comparación, por lo tanto en éste no se realiza la intervención. Los resultados se valoran mediante comparaciones rigurosas de las tasas de enfermedad, muerte, recuperación u otra evolución adecuada re-

sultantes, en los grupos de estudio y de control. El ensayo clínico se considera generalmente como el método más rigurosamente científico para comprobar hipótesis y, como hemos señalado más arriba, es la base necesaria para introducir cualquier nuevo tratamiento en la práctica clínica.

La definición de ensayo clínico incluye todo tipo de intervenciones y diversas finalidades de las mismas, bien se trate de experimentar con fármacos, tratamientos psicoterapéuticos o cualquier otra intervención posible. Esto tiene importancia, puesto que existen o pueden existir procedimientos de carácter preventivo o rehabilitador que también pueden ser medidos con esta metodología. Tradicionalmente, tanto el concepto como el método del ensayo clínico se han venido aplicando, sobre todo, al campo de los medicamentos, pero sus métodos (o formas adaptadas de los mismos) llevan tiempo aplicándose a otros ámbitos. Como hemos dicho un tratamiento psicoterapéutico o cualquier programa novedoso de intervención, como procedimientos de enfermería, intervenciones coordinadas de equipo, terapias ambientales, etc., pueden también ser sometidos a ensayo clínico frente a las condiciones habituales de trabajo. Se menciona esto por su especial trascendencia en el ámbito de la praxis psiquiátrica, dado lo frecuente de intervenciones no farmacológicas que también pueden ser, y de hecho son, efectivas.

El ensayo clínico es un método experimental, de carácter prospectivo en el que se compara el efecto y el valor de una intervención respecto a un control en seres humanos y en el que la asignación de sujetos a uno u otro grupo se hace de forma aleatoria. Esta metodología garantiza, si el procedimiento es correctamente aplicado, el mayor nivel científico posible, hoy por hoy, en cuanto a la validez de las conclusiones obtenidas. Frente a él, los estudios cuasi-experimentales, observacionales, retrospectivos, etc., aunque también válidos, lo son en menor medida en cuanto al grado de certeza y seguridad que confieren. Estos últimos sólo están legitimados en aquellas circunstancias en las que, por diversas causas, el ensayo clínico no puede ser puesto en práctica.

Existen unas características predefinidas, que comentaremos a continuación, con las que poder juzgar la calidad de un ensayo

clínico (National Institutes of Health, 2013). La primera es la *asignación aleatoria* de los pacientes a cada rama de estudio, ya sea la de intervención o la de control. Debe de ser así para garantizar un adecuado manejo de sesgos o desviaciones que desvirtuarían los resultados. El azar resulta el mejor medio conocido para neutralizar este efecto. Además la asignación de participantes a uno u otro grupo debe ser *oculta*, es decir, no debe permitir conocer, a priori, qué pacientes irán a un grupo u otro. Cualquiera debe de tener las mismas probabilidades de acabar en cualquiera de los dos grupos. Además debe aplicarse el *doble ciego*, que consiste en que ni el paciente ni el experimentador deben de saber en qué grupo está incluido el propio paciente. Estas cautelas sirven para neutralizar el efecto derivado de las expectativas previas sobre el tratamiento que tanto pacientes como médicos puedan tener y que condicionarían los resultados. También se relaciona con el efecto placebo cuyo uso, cuando la naturaleza del experimento lo permite, está recomendada. Finalmente se aconseja una evaluación de resultados por *tercero ciego*. Esto quiere decir que quien evalúe los resultados y compare los efectos es bueno que no sepa en qué grupo está cada uno de los pacientes. Ello garantiza su neutralidad. Esta última característica resulta particularmente importante en aquellos experimentos en los que no es posible garantizar el doble ciego, como es el caso de las técnicas psicoterapéuticas, en las que tanto el paciente como el terapeuta tienen información de lo que ocurre.

Con el paso de los años se han ido añadiendo más controles de calidad, lo que ha significado un aumento de las exigencias y el rigor con el que debe realizarse el ensayo clínico ideal. Como acabamos de ver existen circunstancias en las que, debido a la propia naturaleza de la intervención a estudio, no pueden ser garantizados todos los requisitos de calidad necesarios, lo que no impide que se deban exigir siempre que se pueda, ya que la fuerza de la prueba derivada del resultado es más obvia y, por lo tanto, mayor.

El disponer de una *amplia muestra*, es decir de un número suficiente de pacientes en ambas ramas del estudio es también una garantía de mejores resultados. De ello depende la potencia estadística del estudio a la hora de cumplir los estándares aceptados para asumir que una diferencia de resultado entre el grupo

de intervención y el de control es estadísticamente significativa (la famosa $p < 0.05$). Por otra parte los estudios de calidad demostrada suelen constituir las bases de las que se nutren los *meta-análisis* en los que se suman las evidencias procedentes de varios ensayos clínicos semejantes al efecto de conseguir un mayor poder probatorio de un determinado efecto.

Por otra parte el denominado *análisis por intención de tratar* constituye un requisito importante a la hora de no sobrestimar los resultados de un estudio (Guyatt y otros, 2002). En esencia este método consiste en considerar, a todos los efectos, que el número de pacientes que entran desde un principio en un estudio (aquéllos a los que se intenta tratar) son los que deben ser analizados con respecto a los resultados producidos. Esto quiere decir que las pérdidas muestrales (los sujetos perdidos por cualquier causa a lo largo del estudio) deben de ser contabilizadas hasta el final del mismo y, dado el hecho de que en ellos, no puede ser medido el efecto final del tratamiento, suelen ser elementos que actúan en contra del mismo. Esta exigencia permite no estimar en exceso los efectos de un tratamiento si solo se tienen en cuenta aquellos pacientes que concluyen el estudio y que suelen ser los que se ven más favorecidos por el mismo. Habitualmente las pérdidas son más abundantes en aquellas personas que, entre otras causas, se retiran voluntariamente del estudio porque el tratamiento ensayado no les surte efecto. No contabilizarlas supone tener en cuenta un resultado final o un tamaño de efecto mayor del que realmente tiene lugar. En el caso de que los sujetos se retiren en una fase intermedia, en la que parte de los efectos del tratamiento hayan sido ya evaluados, se permite conservar estos resultados parciales a efectos de no perjudicar demasiado el resultado final. Es lo que se llama mantener la *última observación proyectada* hasta el final.

Finalmente existe otra exigencia que ha ido cobrando carta de naturaleza en los últimos años y que consiste en tener en cuenta, a efectos de resultado, solo la completa remisión de los síntomas del paciente y no una simple mejoría de los mismos como ocurría hasta hace no mucho tiempo (AMA, 2000). En psiquiatría y/o psicología cuando hay que establecer una medida de resultado, frente a cualquier tipo de intervención, es importante tener en cuenta el

canon de medida que utilizamos. En la práctica se debe hablar de *remisión total* de síntomas, sea cual sea la dificultad inherente a este objetivo. Considerar como válida una simple mejoría sintomática, o *tasa de respuesta*, a un tratamiento supone dar por válido un efecto parcial y no es de recibo a día de hoy. Las respuestas a cualquier tratamiento en salud mental se cuantifican estableciendo la diferencia entre las puntuaciones, previa y posterior al tratamiento a estudio, en un cuestionario o escala. Algunos autores han apuntado que la tasa de remisión en los ensayos aleatorizados, con una media de ocho semanas de duración, es aproximadamente del 25% mientras que la tasa de respuesta está sobre el 50%. Estas cifras expresan una exigencia metodológica a la hora de establecer la medida adecuada de resultado cuando nos atenemos a variables estrictamente clínicas. Parece pues indicado ser exigente en las mismas. Por otro lado, y tanto por cuestiones éticas como metodológicas, parece exigible que se introduzcan también variables de tipo subjetivo, más atentas a la opinión del paciente sobre el resultado y la calidad de vida asociada al mismo.

¿Cuándo debe de realizarse un ensayo clínico? Los objetivos del mismo están claros y su puesta en marcha es determinante para adquirir pruebas a favor o en contra en los siguientes casos:

- Cuando se necesita establecer la eficacia de una indicación terapéutica, profiláctica o diagnóstica.
- Para conocer el perfil de reacciones adversas y establecer la seguridad de una intervención.
- En el caso de los fármacos: para poner de manifiesto los efectos farmacodinámicos o registrar datos referidos a su absorción, distribución, metabolismo o excreción.
- En el caso de las psicoterapias: para establecer sus condiciones de aplicabilidad y los elementos predictores de su eficacia.

Frente a cualquier otro método posible el ensayo clínico tiene ventajas evidentes que han acabado por imponer su utilidad. Las principales son las siguientes:

Salud mental y atención primaria

- Neutraliza variables que son potenciales factores de confusión.
- Neutraliza efectos debidos a remisión espontánea.
- Neutraliza la “regresión a la media”.
- Neutraliza el efecto placebo.
- Elimina el sesgo del evaluador (si se mantiene el ciego).
- Constituye la base de las revisiones sistemáticas.

Sin embargo también presenta algunas limitaciones (Tansella y otros, 2006):

- Validez externa baja frente a validez interna alta. Los resultados no siempre son generalizables.
- Examina las intervenciones de una en una, cuando muchas veces el éxito depende de la coexistencia de varias realizadas en serie o en paralelo.
- Rara vez examina la eficacia de cuestiones prácticas de manejo (por ejemplo: cuándo empezar a tratar a un paciente).
- Evalúa sólo a corto y medio plazo. En enfermedades crónicas es muy importante el largo plazo.
- Es poco útil para evaluar sucesos infrecuentes (p. ej.: suicidio).
- No tiene en cuenta variables de contexto.

Por otro lado existen algunos requisitos éticos que deben de ser cumplidos de manera escrupulosa por este tipo de estudios. A continuación mencionamos los principales:

- Relevancia social del estudio.
- Validez científica contrastada.
- Selección equitativa de los sujetos.
- Balance riesgo/beneficio adecuado para los participantes.

- Evaluación independiente.
- Consentimiento informado.
- Respeto por los sujetos inscritos.

Lo habitual es que los protocolos de estudio, incluyendo los requisitos metodológicos y éticos, sean sometidos al criterio de comités de ética asistencial, que suelen existir en los hospitales y demás organizaciones de servicios sanitarios, las cuales deben de aprobar y supervisar la investigación para que ésta sea autorizada y pueda ponerse en marcha.

Más allá del ensayo clínico señalaremos, también, algunos de los requisitos de calidad que deben de ser tenidos en cuenta a la hora de juzgar la relevancia de un proyecto de investigación, sea éste del tipo que sea:

- Número elevado de sujetos (tamaño muestral suficiente).
- Instrumentos de medida estandarizados.
- Medir resultados multidimensionales y multifásicos.
- Monitorizar suficientes variables socio-demográficas a fin de conseguir una mayor adecuación.
- Garantizar tasas elevadas de seguimiento de los participantes en el estudio (minimizar las pérdidas).

Expondremos a continuación un ejemplo que nos servirá para mostrar las dificultades que debe afrontar la investigación de calidad en este ámbito (Lam, Mok, 2008). Hay muchos fármacos antidepresivos que presentan probada eficacia de resultados frente al placebo. Por el contrario hay muy poca información sobre las diferencias de eficacia existentes entre los diversos antidepresivos disponibles. Un problema metodológico de envergadura se deriva del hecho de que es mucho más complicado realizar estudios para detectar pequeñas (pero probablemente significativas) diferencias entre dos fármacos activos, que probar más grandes diferencias entre cualquiera de ellos y un placebo. Los cálculos estadísticos muestran que un ensayo clínico aleatorizado requie-

re, aproximadamente, 400 pacientes en cada grupo para demostrar un 10% de diferencia entre la eficacia de dos fármacos activos. No es fácil encontrar muestras tan grandes de pacientes en ningún estudio y menos en el campo de la psiquiatría. El problema se puede resolver, parcialmente, mediante la técnica del meta-análisis, un método estadístico que permite combinar los efectos de los resultados provenientes de varios estudios con muestras más pequeñas de pacientes, agregándolas, y comparando la eficacia resultante. Sin embargo hay limitaciones también para esta aproximación. Por ejemplo, es difícil establecer cuáles son las dosis equivalentes a utilizar entre diversos productos a la hora de medir su eficacia comparada. Por otro lado, es frecuente entre los estudios de meta-análisis agrupar tipos diferentes de medicaciones para conseguir tamaños muestrales mayores, pero no está claro –incluso en el caso de que pertenezcan al mismo grupo terapéutico– que todas ellas tengan el mismo perfil de eficacia. Por ejemplo la respuesta terapéutica (o falta de respuesta) a un determinado ISRS no predice la respuesta a otro del mismo grupo y viceversa.

Lo que obtenemos, finalmente, tras todos estos estudios, y sólo en el caso de que estén realizados con gran rigor metodológico, son probabilidades de respuesta al fármaco. Por ejemplo, mediante meta-análisis se ha evidenciado, de manera consistente, una tasa de remisión entre un 7% y un 10% superior si se utiliza venlafaxina que si se utiliza fluoxetina en un caso de depresión. Los datos dicen que se necesita tratar a diez pacientes con venlafaxina para lograr un caso más de remisión que haciéndolo con fluoxetina, o, que de cada cien pacientes que se traten con alguno de los dos productos, habrá diez casos más que alcancen la remisión si se les prescribe venlafaxina. Por otro lado la superioridad de esta última no ha sido probada frente a otros productos como la duloxetina, el escitalopram o la mirtazapina.

Y para terminar expondremos la escala de grados de evidencia, de mayor a menor fuerza probatoria, aceptada a día de hoy por la comunidad científica internacional, en lo referente a la tipología de la experimentación en el ámbito biomédico (Anderson y otros, 2000):

- Ia: meta-análisis de ensayos aleatorios controlados.
- Ib: al menos un ensayo aleatorio controlado.
- IIa: al menos un estudio controlado sin aleatoriedad.
- IIb: al menos un estudio casi-experimental de otro tipo.
- III: estudios descriptivos no experimentales, como estudios comparativos, correlacionales o estudios de caso-control.
- IV: informes u opiniones de comités de expertos y/o experiencia clínica de autoridades de prestigio.

Se observará que la psiquiatría y la salud mental, en muchas ocasiones y a falta de algo mejor, deben de conformarse con investigaciones y métodos de los que resultan pruebas débiles, ya que se sitúan en los niveles bajos de esta escala.

EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y SALUD PÚBLICA

El desarrollo de los sistemas de diagnóstico estandarizado y las entrevistas clínicas estructuradas han permitido el progreso de la epidemiología psiquiátrica. Los avances en la misma a partir de los años 60 del siglo pasado han sido trascendentales en comparación a lo que ocurría con anterioridad. Se entiende que el estudio y cuantificación de la presencia de los diversos trastornos mentales en una población determinada (ciudad, país, población que consulta a su médico de familia, etc.) no haya podido establecerse de una manera verosímil hasta que no ha sido posible contar con sistemas diagnósticos fiables. El primer hito importante en los estudios epidemiológicos lo constituyó el Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (IPSS en sus siglas en Inglés), desarrollado por la OMS (WHO, 1973). Este estudio no habría podido ser llevado a cabo sin la contribución metodológica que supuso el PSE, una de las primeras entrevistas psiquiátricas estandarizadas, desarrollada para aumentar la fiabilidad entre observadores. Merece la pena que nos detengamos en describir algunos aspectos de este estudio porque sirven perfectamente de ejemplo a diversas cuestiones que venimos planteando. Se trataba de un estudio transcultural que se realizó, con más de mil

pacientes de nueve países, con la misión de sustentar una base científica en la que apoyar posteriores estudios epidemiológicos sobre otros trastornos. A estos efectos el estudio constaba de varios programas, siendo uno de los más importantes el que buscaba la homologación del diagnóstico, clasificación y síntomas de la enfermedad. Se sospechaba que los criterios de los especialistas podían variar entre Nueva York, donde se diagnosticaban más esquizofrenias que psicosis depresivas, y Londres, donde ocurría exactamente lo contrario. La utilización del PSE demostró que, efectivamente, no se trataba de diferencias reales entre ambas poblaciones, sino que los usos diagnósticos de los psiquiatras eran diferentes a uno y otro lado del Atlántico y diferían a la hora de juzgar a un mismo paciente. A partir de este hallazgo se extendió de una manera importante el uso del PSE, como modelo de entrevista que ayudaba a la homologación de criterios entre los profesionales.

La epidemiología psiquiátrica se inicia con los estudios de *incidencia* (número de casos nuevos de una enfermedad que aparecen en un período de tiempo determinado, por ejemplo un año, en un lugar determinado) o de *prevalencia* (número de casos totales, nuevos o antiguos, en el mismo período y lugar). Se continúa con el estudio de la distribución de los diferentes trastornos entre la población, examinado, por ejemplo, si existen diferencias de género, edad o clase social en esa distribución o si es la misma, o no, la proporción de casos en diferentes zonas de un mismo país. Este tipo de estudios permite conocer la realidad con la que clínicos y administradores se tienen que enfrentar y permite hacer previsiones en cuanto a las necesidades de servicios o profesionales que se necesitan para afrontarla con garantías de éxito. También interesa el estudio y descripción de los factores asociados a los diferentes trastornos mentales, por ejemplo la depresión, sean éstos biológicos o sociales. A partir de esta información de carácter descriptivo se hace posible establecer hipótesis sobre variables de posible efecto causal, coadyuvante, desencadenante o atenuante (protector) en el desarrollo de los trastornos que también pueden ser, a su vez, convenientemente testadas. De todo ello pueden sacarse importantes conclusiones para el trabajo de los clínicos que tra-

tan a los pacientes. De ahí que se hable, a veces, de epidemiología clínica (Last, 1989), frente a una epidemiología más general, que tiene una evidente expresión estadística y que ofrece sus resultados en grandes números que interesan, sobre todo, a gestores y administradores.

Con los años han cobrado creciente importancia los estudios sobre servicios, necesarios para juzgar con objetividad la calidad de los mismos y poder evaluar de una forma contrastada el grado de cumplimiento de los objetivos para los que habían sido creados (Thornicroft y Tansella, 2009). A tales efectos los estudios sobre flujos de demanda (las trayectorias de los usuarios hasta que encuentran el servicio que pueda atenderlos de una manera efectiva y los condicionantes de las mismas), de satisfacción de los pacientes con el trato profesional o los resultados de los tratamientos, han tenido un importante desarrollo desde hace dos décadas. Cada vez más, aparte de los resultados medidos con criterios de mejoría o remisión sintomática, interesan los relativos a mejora en la calidad de vida de los pacientes. También importa el estudio y cuantificación del grado de discapacidad o pérdida funcional asociada a los diversos trastornos. Todas estas necesidades, sean de tipo clínico u organizativas, han potenciado el desarrollo de instrumentos de medida que se ha hecho necesario crear y validar mediante metodologías apropiadas para ello, las cuales han contribuido de una manera clara a que, en la actualidad, dispongamos de más y mejor conocimiento sobre casi todos los aspectos que estamos detallando en este apartado.

Recientemente diversos autores (Thornicroft y Tansella, 2009) han propuesto operativizar y trasladar algunos principios éticos a las medidas de resultado en la investigación epidemiológica sobre servicios de salud mental. Aunque señalan como muy importante el desarrollo de la investigación sobre medidas de proceso, reconocen que, en la actualidad, la medición de resultados tiene carácter dominante. Argumentan que es necesario seleccionar y definir una serie de principios éticos capaces de ser operativizados y validados como medidas de resultado. Consideran que solo de esta forma se podrá obtener una amplia y contrastada información para tomar decisiones correctas en materia de salud pública y servicios en psiquiatría.

El método que proponen consta de cinco pasos o fases:

- Seleccionar aquéllos principios más relevantes para la evaluación de los servicios de salud mental.
- Proponer definiciones operativas de los mismos.
- Validar las definiciones.
- Operativizar medidas de resultado mediante escalas o similares.
- Utilizar estas medidas en la investigación de servicios, dentro de un contexto de medicina basada en la evidencia.

Entre otras aportaciones metodológicas, y como primera conclusión de su propuesta, proponen nueve principios, cada uno con su definición operativa, que pasamos a enumerar brevemente: autonomía, continuidad de cuidados, efectividad, accesibilidad, integralidad, equidad, responsabilidad, coordinación y eficiencia. Cada uno de estos principios es situado en un doble eje, haciendo referencia al paciente y al servicio en cuestión. Se considera, además, que en todo proceso de evaluación ha de seguirse un orden lógico y ético. Primero, hay que examinar la efectividad de los procedimientos y sólo después valorar la relación costo-efectividad.

Todo lo anterior subraya la importancia creciente de la evidencia científica en la guía de las decisiones sobre cómo intervenir en cuidados de salud mental.

LA MEJORA DE SERVICIOS COMO ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Mientras los estudios efectuados en ámbitos de investigación reglada (universidades, laboratorios privados, etc...), como es, por ejemplo, el caso de los ensayos clínicos controlados, rinden una información de calidad científica probada, no se da la misma situación cuando se trata de adoptar cambios exitosos en la provisión de servicios. Existe una insuficiente evidencia científica (pocas pruebas bien demostradas) sobre qué y cómo es mejor hacer o dejar de hacer en cuanto a la manera de organizar servicios de atención para los pacientes.

La organización de servicios de salud mental se ha convertido en los últimos años en una nueva y prometedora rama de la ciencia (Thornicroft y Tansella, 2009). La manera en la que se provee y organiza la atención a los pacientes es uno de los aspectos cruciales a investigar en muchas áreas de la medicina entre las que destaca la salud mental. El punto de partida es que existe una importante distancia entre aquellas prácticas o tratamientos que la investigación ha demostrado que son efectivos y las que los usuarios reciben en el día a día de los servicios. No se trata de que los pacientes estén recibiendo, ahora mismo, un tratamiento de baja calidad o inefectivo, sino de que las rutinas necesarias para una adecuada organización de la asistencia dificultan la aplicación inmediata de las mejores novedades en tratamientos, dado el continuo y, cada vez más rápido avance de la investigación científica. En todo el mundo, incluso en los países más avanzados, existe un tiempo de retraso, a veces considerable, entre el conocimiento médico (o psiquiátrico en este caso) de última generación y su aplicación en la práctica. Por otro lado, la experiencia ha demostrado que la simple incorporación, sin más, de las últimas novedades, por ejemplo en tratamientos farmacológicos o de otro tipo, no siempre contribuye a que las cosas vayan mejor, dado que es necesario tener en cuenta todo un conjunto de circunstancias sistémicas que se pueden ver alteradas por la introducción de una variación novedosa sin que quede suficientemente garantizado el resultado final. La creciente conciencia sobre estas circunstancias ha llevado a que la implementación de servicios, es decir la manera en la que se organiza y provee la atención, sea —a su vez— objeto de investigación científica (Proctor y otros, 2009). Hay que planificar y estructurar, dentro de un conjunto de actividades, cómo se introducen las novedades que la ciencia aporta. También hay que hacerlo en un tiempo razonable, así como evaluar y medir los resultados finales. Se ha dado el caso de que supuestas innovaciones de inicial gran interés han acabado aportando poco o complicando el producto final respecto a aquel óptimo razonable que los pacientes deben de recibir.

Por otro lado los pagadores de servicios, públicos o privados, necesitan tener suficientes garantías sobre si las novedades de las que se les pide sufragar los gastos (a veces considerables)

van a resultar todo lo efectivas y eficientes que se les promete. Asegurar que las intervenciones mejores sean implementadas en diversos lugares y organizaciones y sobre diferentes poblaciones se ha convertido en una prioridad en todos los sistemas sanitarios avanzados del mundo. El gasto que produce este tipo de investigación supone una buena inversión capaz de ahorrar miles de millones a los financiadores y con ellos al contribuyente público (o, en su caso, al accionista privado). Ya en 2007 el Instituto Nacional de la Salud Mental en Estados Unidos, el NIMH, ha declarado prioritario este campo.

Pero la ciencia de la implementación es todavía joven y está en fase de construir un programa de investigación científica estructurado y coherente, con un lenguaje y unos conceptos básicos compartidos. En la actualidad se están desarrollando esfuerzos concertados en esa dirección en diversos países que, de una manera rápida, contribuyen a que la implementación de servicios constituya una ciencia emergente. Frente a ello tenemos lo que hasta ahora viene siendo la práctica habitual en este orden de cosas, donde la información disponible sobre cómo organizar e introducir cambios descansa en pruebas anecdóticas, estudios de casos concretos o experiencias muy bien controladas científicamente, pero de escasa aplicación fuera del contexto en el que fueron efectuadas.

Dicho esto ¿Cómo podemos definir lo que es la ciencia de la implementación? Una posible definición (Proctor y otros, 2009) es la siguiente:

El estudio sistemático sobre la manera en que un grupo de actividades específicas y estrategias prediseñadas son utilizadas para integrar con éxito una intervención de probada eficacia (basada en evidencia) en un contexto asistencial concreto.

Rubinstein y Pugh (2006) han propuesto otra definición:

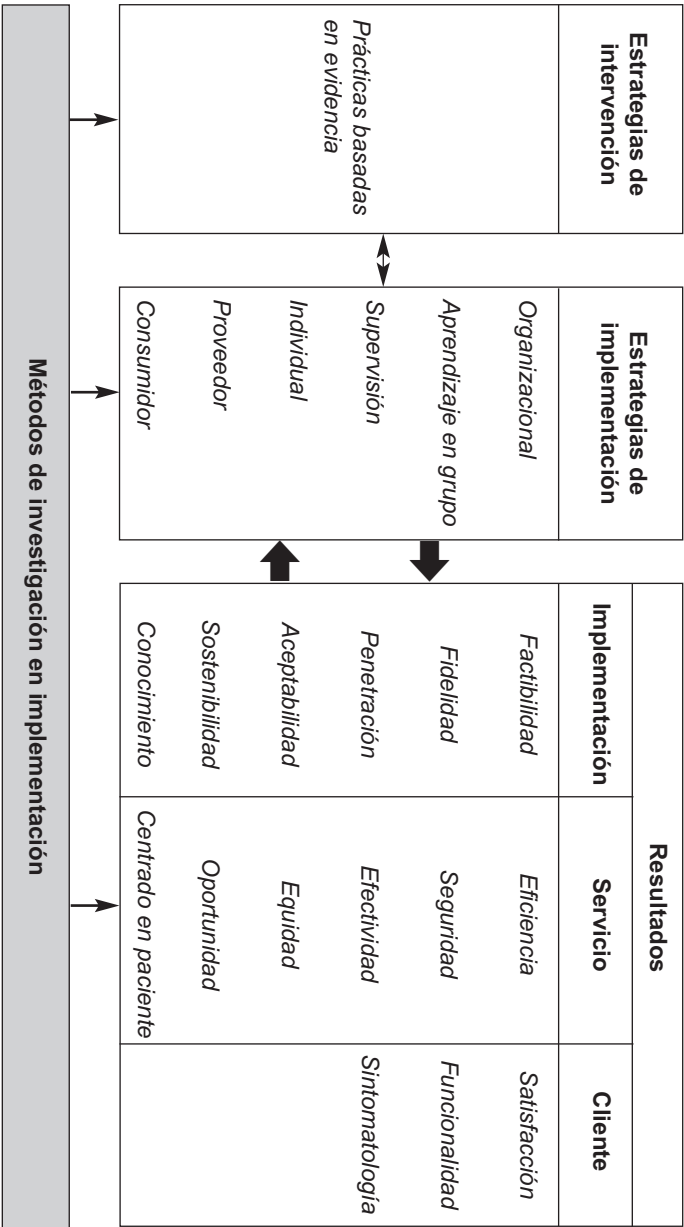
La implementación científica consiste en un tipo de investigaciones que soportan un cuerpo de conoci-

miento sobre cuidados efectivos de salud basados en evidencia y su traslado desde el conocimiento clínico de base hasta su uso rutinario.

Este tipo de investigaciones se constituye como un programa de investigación que informa del traslado sistemático de hallazgos científicos nuevos o de escaso uso, a las actividades habituales de un servicio de salud, entendiendo éste en sus diversas acepciones (nacional, regional, organizaciones asistenciales o práctica clínica individual).

La implementación científica está en fase de construir un cuerpo conceptual sólido que le sirva de base, así como una terminología precisa y propia de su territorio epistemológico. En ese sentido debe distinguirse la *implementación* (esto es, el uso de estrategias específicamente diseñadas para introducir o cambiar intervenciones de salud, basadas en evidencia, en contextos específicos) de la *diseminación* (entendida ésta como la simple difusión pasiva de información sobre intervenciones basadas en evidencia entre los clínicos). La diferencia está en que la diseminación no dispone, necesariamente, de una estrategia específica y no se rentabilizan los esfuerzos realizados para generar un adecuado retorno de conocimiento sobre los factores de éxito o fracaso. La implementación constituiría el escalón final de una serie de eventos, incluidos bajo el más amplio paraguas de la *traslación*. Esta última incluye un amplio rango de procesos complejos, tales como la *difusión*, la diseminación y la propia implementación. La implementación científica consiste en el estudio de aquellos procesos y estrategias que son útiles para trasladar o integrar la evidencia conocida en la rutina de los equipos en sus lugares habituales de trabajo. Comprender estos procesos resulta crucial para la mejora de los servicios.

La implementación científica es necesariamente sistemática y requiere de tareas multidisciplinarias en las que convergen diversas perspectivas. Los investigadores deben de trabajar juntos, atravesando las fronteras de sus propias disciplinas y marcos de trabajo. No existe aún una tradición o línea única de investigación a la que poder hacer referencia en este campo. Se precisan per-



sonas que desarrollen trabajo clínico, investigadores de servicios y técnicos de calidad. Todos ellos deben trabajar con economistas y gerentes, así como con expertos en programas específicos. Tampoco existe una única disciplina o departamento universitario que pueda hacerse cargo en su totalidad de esta ciencia emergente. La ausencia de programas organizados de estudios académicos en este campo subraya la actual importancia de disponer de entrenamiento práctico sobre el terreno.

Modelos de trabajo en implementación científica

- El modelo oleoducto o tubería: en este modelo los investigadores siguen un plan en cinco fases, que se suceden entre sí como partes ensambladas de un largo tubo (Rubinstein y Pugh, 2006). Comenzando por las hipótesis y métodos de desarrollo (fases 1 y 2), continuando con los ensayos de intervención (fase 3: eficacia), definiendo estudios poblacionales (fase 4: efectividad) y terminando con la demostración e implementación (fase 5). Se considera el proceso de una manera progresiva y lineal, con la implementación situada en la parte final de la intervención. Clásicamente se consideran dos escalones de traslación. El primero se movería desde la ciencia básica hacia el desarrollo y testado de las intervenciones y el segundo desde aquí hacia la implementación en condiciones de realidad. Sin embargo este modelo asume, de una manera no realista, que existe una progresión lineal desde la eficacia hasta un amplio retorno de conocimientos. Por otro lado queda más claro el primer escalón, caracterizado por la asignación de recursos, y se hace menor énfasis en el segundo.
- Modelos multinivel: tendríamos el modelo “desde arriba” en el que los cambios son introducidos por los responsables jerárquicos del sistema; el modelo “desde abajo” en el que el papel clave en la implementación lo desempeñan proveedores individuales o en equipo, que desarrollan algún tipo de investigación importante e introducen guías de práctica en contextos asistenciales; y –finalmente– el mo-

delo “desde arriba y desde abajo” donde ambos sistemas son adoptados simultáneamente (Shortell, 2004).

- Modelos de uso de servicios: en estos se tienen en cuenta aspectos como las características estructurales de los servicios, los procesos de atención y cuidado y los resultados finales, incluyendo puntos como la accesibilidad de los servicios y conductas de búsqueda de atención. Estos modelos no se dirigen, en principio, hacia la implementación, pero sirven para poner el acento en ingredientes activos de cualquier estrategia de cambio a considerar y que deben ser incluidos en la misma (Proctor y otros, 2009).

EL FUTURO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL: ¿QUÉ CABE ESPERAR?

La investigación en salud mental llevada a cabo en las últimas décadas se ha expandido en diversos niveles y múltiples disciplinas. La epidemiología, las ciencias sociales, la psicología, la psiquiatría biológica y la neurociencia pueden dar cuenta de ello. Salvo alguna excepción, la mayor parte de esta investigación se viene desarrollando en el interior de las diversas disciplinas y carece de una necesaria perspectiva integradora. En relación con lo anterior parece que uno de los mayores retos del inmediato futuro puede venir derivado de descubrimientos críticos en el campo de la genómica y la neurociencia junto con la exploración de los contextos socioculturales y ambientales en los que se desarrollan los diversos trastornos mentales. Ello sugiere que cada vez será más importante atravesar las fronteras establecidas entre las ciencias naturales y las sociales (Van Os, 2012).

Sin embargo esto no es nada fácil de conseguir en el estado actual de nuestros conocimientos. Ello se debe, como hemos visto más arriba, a que, desde los orígenes de la disciplina psiquiátrica, las teorizaciones y la investigación en salud mental utilizan simultáneamente dos lenguajes, uno *físico*, en el que los fenómenos se reducen al mundo de las ciencias naturales y otro *mental* en el que se introduce una perspectiva en la que la experiencia humana, a diferencia de lo que ocurre en los procesos moleculares o celulares, manifiesta intencionalidad o significado simbólico.

lico. En el lenguaje físico, que es el de toda la ciencia positiva desarrollada hasta la fecha, tiene pleno sentido establecer leyes causales; pero en el mental no cabe una reducción a este tipo de leyes. Las ciencias naturales y las sociales se enfrentan a una separación que les impide compartir algunos presupuestos y trabajar en un mismo paradigma de investigación. La existencia de estos dos lenguajes diferenciados condiciona de una manera muy potente la falta de comunicación entre ambos mundos. Es por ello por lo que, aunque la investigación en salud mental en las últimas décadas se ha expandido de una forma exponencial, lo ha hecho en direcciones divergentes, dando muestras de una fragmentación creciente en lugar de una integración. Integración de la que probablemente depende su futuro, pero que no sabemos aún si será posible alcanzar.



Conclusiones de urgencia

7

¿PSICOTERAPIA PARA TODOS?

Hace unos años, en una conferencia pronunciada en Madrid, David Goldberg se atrevió a hacer una predicción sobre el futuro de la asistencia psiquiátrica en el mundo globalizado de las próximas décadas. Más o menos sus comentarios fueron del orden que resumimos a continuación.

Para los ricos, con buen nivel de poder adquisitivo en cualquier parte del mundo, habrá oferta de tratamientos variados, tanto farmacológicos (cualquiera que sea su precio) como psicoterapéuticos. Y ello con independencia de que los demandantes de ayuda tengan un diagnóstico psiquiátrico establecido o no. Simplemente aquellos que tienen poder para escoger lo hacen y el mercado siempre dispone de ofertas de atención a su disposición. En el extremo opuesto de la distribución social están los más pobres. Estos recibirán tratamiento más bien en función de la demanda efectuada por terceras personas (otros afectados, empresas, instituciones, etc.) que por su propia petición. Ello es así porque la clave de la atención a los sectores más depauperados vendrá dada —como en el pasado, pero cada vez más— en función de la alteración social que su trastorno produzca. El objetivo último de este tipo de atención es mantener el orden social y evitar que las conductas alteradas lo perturben. Esta situación

será más marcada en países no desarrollados o del llamado tercer mundo.

Para el gran sector de población que queda en el medio de los dos anteriores habrá servicios de pago y oferta pública en una proporción variada. Pero la tendencia al ahorro en el gasto, en todos los sistemas sanitarios (sean públicos o privados), marcará la tónica dominante. Lo más probable es que haya servicios de bajo coste proporcionados por personal no médico, especialmente enfermería, pero también psicólogos. Se proporcionará una buena cantidad de tratamiento en atención primaria y los fármacos ocuparán, como ahora, un lugar dominante. A medida que haya evidencia acumulada a favor, se dispondrá también de tratamientos psicoterapéuticos para los principales trastornos, como es el caso de la depresión, pero la oferta de estos tenderá a ser por un tiempo limitado. Las psicoterapias de baja intensidad, realizadas de forma virtual por Internet o proporcionadas por personal entrenado al efecto, sin un elevado nivel de especialización, proliferarán especialmente en los servicios públicos.

Sentado, en líneas generales, este escenario para los próximos años, hablemos un poco de la situación actual en los países ricos. En cuanto a la oferta de tratamientos psicoterapéuticos, cuya generalización y estandarización constituye un desafío importante para los sistemas de atención pública, hay que decir que, a día de hoy, los mayores problemas en este campo son dos. Primero, garantizar a los pacientes que lo necesiten el acceso a técnicas psicoterapéuticas bien fundamentadas y con pruebas sobre su eficacia y, segundo, disponer de terapeutas bien cualificados y entrenados en número suficiente allí donde sean necesarios. Ambos factores unidos condicionan todavía una oferta limitada de tratamientos efectivos (y también eficientes) para muchas personas que potencialmente se beneficiarían de ellos. Esta situación es particularmente grave en la oferta disponible, incluso en los países más avanzados que, a pesar de incluir prestaciones psicoterapéuticas en su cartera de servicios, no están en condiciones de ofertarla de una manera coherente y efectiva a todas las personas que las necesitan. En nuestro país éste es un problema de gran trascendencia en el momento presente (Retolaza, 2009).

Por otra parte, y en palabras de nuestro colega Mariano Hernández Monsalve (2009):

La reconsideración de la psicoterapia como instrumento de aplicación “masivo” obligará a pasar de una producción artesanal a una producción industrial, con los consiguientes problemas en los que estamos ahora totalmente inmersos, como ya ocurrió con la salud pública en general y la educación pública. El desafío es cómo combinar la aplicación generalizada, en masa, con los requerimientos de la individualización personalizada.

En este sentido revisaremos a continuación lo ocurrido con el conocido como *Informe Layard* (2006). Este informe, de carácter económico, sirvió hace unos años de apoyo argumental a la preocupación de los poderes públicos en el Reino Unido por facilitar el acceso de grandes sectores de población a tratamientos psicoterapéuticos de eficacia probada de los que se hallaban excluidos. El *Informe Layard* puso en evidencia la incapacidad del National Health Service (NHS), el servicio público de salud británico, para poner en marcha las recomendaciones de la guía NICE en lo que respecta al tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad, especialmente en el caso de los tratamientos de tipo psicoterapéutico. El informe se desarrolló en el ámbito de la London School of Economics y en su razonamiento básico está la estimación del enorme impacto económico que suponen estos trastornos. Como decimos, en el mismo se concluye que éstos se tratan de una manera insuficiente dentro del NHS y que ello sale muy caro al sistema. Por un lado hay un gran gasto en recursos asistenciales insatisfactorios y en fármacos, que no consiguen evitar que el número de bajas e incapacidades laborales derivadas de estos problemas sigan aumentando de una manera cada vez más importante. En este sentido resulta especialmente llamativa la observación de que el coste promedio de un mes de baja laboral en el Reino Unido (750 libras cuando se hizo el informe) era prácticamente el mismo que el de unas dieciséis sesiones de tratamiento con psicoterapia cognitivo-conductual.

Estas sesiones, dada la probada eficacia de la técnica, tendrían la potencialidad, si se hiciesen, de producir una tasa de recuperaciones sintomáticas suficiente para compensar el gasto producido.

El informe acaba planteando la posibilidad de generalización de esta oferta psicoterapéutica en el ámbito del NHS y su necesaria conexión con el mundo laboral. Propone que la experiencia se apoye en una modalidad de intervención escalonada (basada en recomendaciones de la guía NICE), con la terapia cognitivo conductual como referencia principal a la que se podrían añadir otros conocidos sistemas de apoyo, como la autoayuda, la biblioterapia, la escucha y consejo por teléfono o formas de terapia por Internet. También recomienda aceptar la autoderivación, es decir, que las personas candidatas a estos sistemas de ayuda puedan solicitarla a iniciativa propia y de una manera directa, sin necesidad de pasar por su médico de cabecera, como es habitual en casi todos los sistemas públicos de atención.

El informe contiene también estimaciones de gasto y un estudio de impacto. En ellos se concreta que para plantearse con éxito el objetivo señalado, se precisarían diez mil profesionales entrenados en técnicas cognitivo-conductuales. Se propone, así mismo, dotar de servicios (de unos cincuenta terapeutas profesionales, cada uno) para proveer este tipo de atención a cada área de doscientos mil habitantes, hasta un total de 250 servicios en todo el país. De los diez mil terapeutas necesarios, cinco mil saldrían de los psicólogos clínicos disponibles en el NHS, muchos de los cuales deberían adquirir o completar su formación en técnicas cognitivo-conductuales. Los otros cinco mil podrían obtenerse a partir de los sesenta mil profesionales de enfermería, trabajo social u otros de los que el sistema asistencial público dispone. Se estima que el programa no tendría un costo computable, ya que el gasto se compensaría con el ahorro en pensiones de incapacidad o baja laboral que supondría. Por otro lado se produciría un aumento de la productividad entre esta población y no solo se ahorraría sufrimiento a estas personas, sino que se les recuperaría para una vida laboral y socialmente productiva (Layard, 2006).

Como se ve este proyecto constituye un exponente claro de qué es lo que significa pasar de una práctica artesanal a una pro-

ducción industrial de la psicoterapia, tal y como se ha comentado más arriba. El proyecto derivado del informe Layard abarca el período 2006-2013 para desarrollar el plan previsto y evaluar sus resultados, por lo que los mismos están próximos a ser conocidos de una manera completa. De todas formas existen evaluaciones parciales, procedentes de algunos proyectos piloto, que se han acogido al informe con el propósito de facilitar el acceso a terapias psicológicas para trastornos de ansiedad y depresión en los servicios públicos de salud ingleses. En concreto hay dos proyectos en marcha en las localidades de Doncaster y Newham, que aunque presentan algunas diferencias entre ellos en lo relativo a las características sociodemográficas de cada localidad (tasas de paro e inmigración, etc.) y en las condiciones de partida de sus programas, han presentado informes sobre su experiencia (Clark y otros, 2008). Los resultados disponibles informan de que el nuevo servicio resulta muy accesible, se indican pocas sesiones y se producen beneficios terapéuticos notables para las personas que llevan más de seis meses padeciendo síntomas. Algunas cifras concretas son las que siguen:

- Se produce una mejoría sintomática en el 52% de los casos diagnosticados de ansiedad y/o depresión con evoluciones previas de seis o más meses. Parece que, en un número importante de casos, las mejorías se mantienen en los seguimientos a cuatro y doce meses.
- No hay evidencia de intervenciones mejores que la recuperación espontánea en problemas de menos de seis meses de duración.
- Se recomienda hacer seguimientos de entre tres y seis meses, como mínimo, y sesiones de recuerdo como forma de prevenir posibles recaídas.

Las valoraciones iniciales evalúan como positivo el hecho de que los usuarios hayan podido acceder a los servicios sin pasar por el médico de atención primaria. Al respecto no existen informes que analicen los efectos a largo plazo de esta circunstancia sobre la continuidad de cuidados, que podría verse negativamente

te afectada. También se han evidenciado otros datos de interés como es el del aumento del 5% en la tasa de empleo entre las personas atendidas en el programa.

A propósito del Informe Layard y el tipo de práctica psiquiátrica para los trastornos mentales comunes que preconiza, ha surgido un interesante debate que fue recogido en el *British Journal of Psychiatry*. En lo sustancial, en el mismo, se presentan argumentos a favor (Veale, 2008) y en contra (Summerfield, 2008) de la extensión de la psicoterapia dedicada a este tipo de problemas en los servicios públicos de salud. Por un lado Derek Summerfield, que trabaja en el Instituto de Psiquiatría del King's College en Londres y que durante un tiempo ejerció como psiquiatra consultor, especializado en salud laboral, en el Metropolitan Police Service de la capital británica, manifiesta opiniones sumamente críticas con el proyecto y señala que el mismo puede resultar contraproducente desde una perspectiva social, contribuyendo a agravar el problema más que a solucionarlo. Su línea argumental se apoya en que los datos epidemiológicos, que arrojan tan importantes tasas de ansiedad y depresión en la población, no son fiables. Existiría un sobrediagnóstico porque las cifras barajadas se apoyan en cuestionarios que facilitan que se pueda pasar de simples problemas de la vida a diagnósticos psiquiátricos de ansiedad o depresión. Summerfield opina que no debieran de considerarse trastornos mentales los problemas derivados de condiciones de trabajo u otros modos de vida típicos de nuestras sociedades. Por más problemáticos que resulten, estos asuntos reclaman abordajes sociales o políticos, pero no terapéuticos. Tratar a las personas que los padecen con terapia cognitivo conductual refuerza una perspectiva individualista del problema y parece ingenuo esperar que una técnica de tratamiento pueda resolver una cuestión social de tanto alcance. Subraya que este proceder fomenta la pasividad de las personas y dificulta su reincorporación al trabajo. Summerfield ofrece datos en los que muestra cómo el disponer del doble de psiquiatras consultores que veinte años antes, o consumir el triple de antidepresivos que en 1990, no ha conseguido parar el número de personas con problemas de salud mental o disminuir el de quienes cobran pensiones de incapacidad por esta causa. Su posición está claramente basada en el principio *de primun non*

nocere y trata de evitar tanto la iatrogenia como la llegada de un posible *Estado terapéutico*.

Por su parte David Veale, que como el anterior también ejerce en el Instituto de Psiquiatría del King's College, esgrime argumentos a favor del proyecto. Alega que los datos actualmente disponibles sobre la importante prevalencia de estos trastornos son fiables y proceden de los mejores métodos epidemiológicos que tenemos en la actualidad para establecer diagnósticos psiquiátricos. Por otro lado pone de manifiesto que la mayoría de estas personas no están recibiendo ningún tratamiento efectivo por parte del Servicio Nacional de Salud Británico, existiendo al respecto importantes necesidades sin cubrir que generan sufrimiento a las personas y pérdidas económicas a la sociedad. Además existen recomendaciones específicas, basadas en evidencia científica probada, para el tratamiento de este tipo de problemas, centradas en la efectividad de la terapia cognitivo conductual. Las recomendaciones del Informe Layard y las pruebas correspondientes están ampliamente recogidas en la *Guía NICE* y otras similares de las que dispone el Servicio Británico de Salud. Veale nos recuerda que se trata de problemas importantes con un promedio de duración de síntomas de seis años. Argumenta que, en muchas ocasiones, la población prefiere acceder a este tipo de tratamientos a que le sean prescritas medicaciones que, aunque efectivas en ocasiones, también suponen un importante costo. Muchos pacientes, así mismo, prefieren evitar la mediación del médico de atención primaria. Finalmente argumenta que el proyecto garantiza el concurso de todos los elementos necesarios para una correcta evaluación de los resultados del mismo y de la calidad con la que es aplicado, cuestiones en las que se implica de modo oportuno a los propios pacientes.

Como en otras ocasiones similares en las que se establece una polémica abierta entre dos posiciones, los editores del *British Journal* propusieron a una tercera persona para realizar comentarios sobre los argumentos y posibles conclusiones del debate. En esta ocasión, Michael King, del Royal Free and University College Medical School de Londres, fue el encargado de realizar el comentario. A su juicio (King, 2008) todo el asunto le traía a la cabeza la imagen de dos boxeadores empeñados en dar golpes

al aire sin llegar a tocarse. Por un lado cree que Summerfield no es suficientemente explícito a la hora de razonar su opinión sobre por qué medicalizar el malestar atenta contra los métodos tradicionales con los que las personas se adaptan a las dificultades de la vida cotidiana. Por otro, Veale sólo argumenta, aunque con razón, sobre datos procedentes de evidencia publicada. Los exhortos de cada uno versan sobre temas diferentes y no logran entrar en el núcleo del asunto. A juicio de King los temas centrales son dos: 1) ¿cuál es la relación entre la psicoterapia disponible en los servicios públicos con la ley, la política o la ética?; y 2) ¿puede la psicoterapia ayudarnos a alcanzar un asidero vital en un mundo, muchas veces, carente de sentido o injusto?

El debate sobre la utilidad pública de la psicoterapia es muy nuevo y de lo que aquí se trata es de su aplicación sistemática a grandes poblaciones. Aunque se pueda estar de acuerdo con Summerfield, resulta difícil encontrar una alternativa muy diferente a la que propone Veale. Lo que descansa en el corazón de este debate es el balance posible entre un individualismo extremo, que se podría percibir tras la expansión ilimitada de la psicoterapia, y la idea de una ciudadanía que intenta posicionarse sobre el lugar que la felicidad individual debe ocupar en nuestras sociedades.

Abundando en esta línea recogemos a continuación una experiencia local en el País Vasco, la cual implica hasta qué punto y cómo los elementos centrales de esta polémica también los tenemos ya presentes en nuestro medio social.

Se trata del Programa Psicoterapia Solidaria en Bizkaia (ASVASAM, 2013). Este programa surge de una iniciativa privada lanzada por un grupo de jóvenes psicólogos que han desarrollado una importante parte de su formación profesional en el Reino Unido durante los últimos años, dentro del contexto del *Informe Layard*. Según sus propias declaraciones, la iniciativa no tiene, en principio ánimo lucrativo y es sostenida por una asociación de reciente creación, la Asociación Vasca pro Salud Mental (ASVASAM). El objetivo de esta asociación es fomentar una cultura preventiva en el ámbito de la salud mental en la sociedad, así como desarrollar las capacidades propias de las personas, contribuyendo a la difusión de valores más adaptados a las demandas

de la sociedad actual. Aunque inicialmente desarrolla sus actividades solo en Bizkaia, esta asociación tiene ambiciones más amplias y nace como una respuesta a las necesidades y carencias vislumbradas en la oferta asistencial en el ámbito de la salud mental en el País Vasco. Es decir como una forma de complemento a la oferta de servicios que en la actualidad realiza el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) en materia de salud mental. Por otro lado las actividades de la asociación pretenden tener un marcado carácter de ayuda social. Con la finalidad de contribuir a extender un modelo de bienestar integral ofrecen programas de intervención comunitaria, diversas actividades de formación, seminarios, talleres y –de una manera especial– un programa de intervención psicológica.

Centraremos nuestra atención en este último y sus características. Se trata de un programa de pago, cuyas condiciones señalamos más abajo, y que tiene como objetivo prioritario acercar la psicoterapia a los sectores sociales más afectados por la crisis económica. De una forma novedosa, además de una propuesta psicoterapéutica en condiciones económicas ventajosas, el programa promueve entre los usuarios del mismo, la realización de actividades de cooperación y ayuda socio-sanitaria, que pretenden aportar valor tanto a entidades sociales del entorno como a las propios interesados que colaboren en él. De una manera significativa el programa va dirigido a personas que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- Encontrarse en una situación de desempleo, con preferencia para los parados de larga duración.
- Verse afectado por un proceso de regulación laboral.
- Encontrarse en proceso de sufrir un desahucio.
- Verse afectado por la crisis de una manera severa.

Esta última circunstancia, que abre la oferta de una manera muy amplia, requiere explicar los motivos del demandante, explicitando por escrito, en una ficha al efecto, los motivos de la solicitud de admisión y sus circunstancias. El programa también

Salud mental y atención primaria

oferta ayuda a los hijos cuyos padres o tutores legales se vean inmersos en alguna de las circunstancias expuestas arriba y se comprometan a cumplir con los requisitos de pago y demás normas del programa. Estas sustancialmente son: presentar una necesidad de psicoterapia y asumir un compromiso en el que se acepta y firma un contrato terapéutico con las siguientes características:

- Abonar la tarifa reducida aplicable al programa.
- Acudir semanalmente a sesiones de psicoterapia en el horario prefijado con el profesional.
- En caso de no poder acudir a una sesión, avisar, al menos, con 24 horas de antelación.
- Contribuir con alguna actividad de intervención comunitaria integrada en el entorno del paciente.

Este último requisito del programa constituye una innovación de interés y que, si tiene éxito, puede contribuir a la difusión del programa de manera notable.

Las características de la terapia ofertada son: formato individual, duración aproximada de 45 minutos por sesión y tiempo total de terapia limitado a doce sesiones distribuidas a lo largo de tres meses. La terapia breve estratégica y la terapia cognitivo analítica son dos de las técnicas psicoterapéuticas que, en la actualidad, se desarrollan en el programa. Se supone que otras técnicas psicoterapéuticas basadas en evidencia podrían hacerlo en un futuro y que, en este sentido, la oferta no está limitada a estas modalidades más que por cuestiones de carácter práctico.

La tarifa actual es de diez euros por sesión, con una entrevista de evaluación gratuita. Se especifica que el abono de la misma puede realizarse, en función de los intereses del usuario, semanal, quincenal o mensualmente. Es interesante resaltar que, en el programa de mano inicialmente distribuido por los promotores del programa, consta una tarifa de cinco euros por sesión que, al parecer, se ha visto pronto superada. Como vemos una característica importante del programa es su vocación de inser-

ción comunitaria. En la actualidad la asociación tiene convenios de variado carácter con el Ayuntamiento de Bilbao y diversos municipios de su entorno urbano, así como con asociaciones comunitarias y ONG, como, por ejemplo, Cruz Roja, Cáritas y otras varias. La idea es que, a través de ellas, puedan llegar usuarios al programa y que la actividad de inserción comunitaria que se les plantee a éstos pueda ser realizada en alguna de las asociaciones colaboradoras. Un objetivo implícito a todo ello es el de activar al paciente para conseguir aumentar su autoestima mediante el ejercicio de un trabajo cooperativo de interés social.

Una observación interesante es que se proponen actividades de voluntariado de duración limitada en el tiempo o de carácter urgente, que tienen posibilidades de ser mejor aceptadas que las clásicas de tipo permanente y limitadas a militantes, con frecuencia semiprofessionalizados, del tercer sector. Actualmente el programa está en fase de pilotaje, pero presto para su despliegue a más amplia escala.

LA BASE ÉTICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Ya hemos señalado más arriba que, en los últimos años, algunos autores (Thornicroft y Tansella, 1999) han desarrollado un modelo capaz de poner en práctica y trasladar a medidas de resultado los principios éticos esenciales que se ponen en juego cuando se organizan y desarrollan servicios de salud mental. En la tabla siguiente se detallan los principios de mayor relevancia entre los que estos autores señalan. Su modelo de trabajo también recoge los tres niveles de evaluación y análisis en los que, a su juicio, deben ser estudiados. Como se ve algunos de estos principios forman parte de un nivel personal e individualizado, por lo que, más que característicos de un servicio, sirven para evaluar lo que se hace para preservar y promover la autonomía de los usuarios. También se observa que deben ser evaluados en varios de los niveles de responsabilidad en la atención.

Aunque la mayoría de ellos no precisan ser explicados, detallaremos las nociones fundamentales que cada uno desarrolla a fin de establecer su alcance.

Salud mental y atención primaria

Principio	Niveles de evaluación		
	Paciente	Local	Estatal
1. Autonomía	X		
2. Continuidad	X	X	
3. Efectividad	X	X	
4. Accesibilidad		X	
5. Comprensividad		X	
6. Equidad		X	X
7. Responsabilidad		X	X
8. Coordinación		X	X
9. Eficiencia		X	X

Principios de los servicios comunitarios de salud mental.

Relación con los niveles geográficos del modelo
(Thornicroft y Tansella, 1999)

Autonomía, continuidad y efectividad hacen referencia a la capacidad del paciente para tomar decisiones y elegir por sí mismo. *Continuidad y efectividad* hacen especial hincapié en la atención ininterrumpida y coherente a la que el usuario tiene derecho, la cual viene a relacionarse con una buena coordinación y puesta en práctica de las prestaciones que se deban realizar en los diferentes servicios de la red. *Accesibilidad, comprensividad y equidad* son entendidas como un tipo de características de los servicios mediante las que los usuarios y sus cuidadores pueden ser atendidos donde y cuando lo precisen. Sirven para describir las barreras a la atención o las carencias de la misma, en el caso de que ésta no cubra todas las áreas necesarias. La *accesibilidad* puede estar limitada o, por el contrario, ser excesiva. Si la accesibilidad es demasiado alta de forma que los servicios especializados y caros atienden a una gran proporción de trastornos leves, lo que disminuye es la eficiencia. De ello se deduce que la

accesibilidad no puede carecer de límites. Finalmente, *responsabilidad, coordinación y eficiencia* hacen referencia a la manera de tomar a cargo los casos. Por ejemplo el tipo de responsabilidad que se debe ejercer en un centro de salud mental basado en la comunidad es más amplio que el que se suele desarrollar en un hospital tradicional, ya que, por ejemplo, debe incluir a aquellos pacientes que podrían requerir tratamiento, aunque de momento no estén en el servicio. Por otro lado la responsabilidad no se ejerce sólo en relación con el paciente sino también con su familia y con el resto de la comunidad. La *coordinación* está en relación con un plan coherente de tratamiento para cada paciente individual y tiene una perspectiva *trasversal*, que remite a la comunicación entre servicios durante un episodio determinado y otra *longitudinal*, que supone una continuidad de cuidados durante un período más prolongado de tiempo. La *eficiencia* sería una característica del servicio consistente en minimizar los recursos necesarios para alcanzar un resultado adecuado, o bien, maximizar los resultados a partir de un determinado nivel de recursos.

Para acabar se hace necesario recordar que todo proceso evaluativo ha de seguir un orden, tan lógico como ético, en el que la efectividad de los procedimientos debe ser examinada previamente a su eficiencia y tanto los clínicos como los administradores habrían de responder a seis importantes retos (Light, 1991):

- Considerar todo aquello que funciona, que es efectivo.
- Conseguir que los tratamientos efectivos sean accesibles para todos quienes los necesiten.
- Minimizar el tiempo de las intervenciones.
- Tratar a los pacientes en el lugar más efectivo.
- Prevenir sólo aquello que es posible prevenir.
- Diagnosticar sólo si hay tratamiento.

En la atención sanitaria a los trastornos mentales comunes, hoy en día, se hace necesario distinguir el oro de la paja, lo que no siempre es fácil. Por un lado hay pacientes con síntomas es-

tablecidos que, según los manuales de diagnóstico consensuados, constituyen un trastorno mental evidente. Entre éstos hay casos leves, moderados y graves y no todos necesitan la misma intensidad de atención. En algunas ocasiones el tratamiento es solo preventivo y hay otras, como ocurre en muchos trastornos adaptativos, en que los pacientes evolucionan bien por sí mismos, espontáneamente y sin tratamiento alguno. En la práctica no disponemos de métodos completamente fiables para prevenir qué casos evolucionarán hacia un trastorno más grave y, por lo tanto, merecen más atención a fin de evitar una mala evolución. Esta situación obliga a los profesionales a atender a un gran número de casos durante algún tiempo antes de que se pueda comprobar qué camino empiezan a tomar. Existen factores de personalidad (y en ocasiones de tipo genético) que nos pueden ayudar en la predicción, pero los primeros suelen ser difíciles de establecer de una manera fiable y los segundos no están al alcance del clínico común en nuestros sistemas sanitarios de atención. Además tampoco resultan completamente seguros.

Por otro lado ya hemos visto que hay problemas de la vida diaria, que no constituyen un trastorno psiquiátrico de ninguna manera, pero que se presentan con gran asiduidad en las consultas, tanto de atención primaria como especializada, sobre todo en épocas de crisis como la actual. Los problemas relacionados con conflictiva laboral o familiar, asociados o no a otros síntomas psiquiátricos importantes, ocupan hoy en día un lugar central en las consultas de psiquiatras y psicólogos de los países desarrollados. Frente a este tipo de casos, en la mayoría de las ocasiones, bien poco se puede hacer, desde una perspectiva estrictamente individual de tratamiento, salvo prestar una escucha amable y comprensiva. Lo malo es que muchos de ellos resultan tomados a cargo para algún tipo de tratamiento y reciben medicación o alguna forma de psicoterapia sin que esté demostrada (más bien al contrario) la eficacia de dichos métodos de intervención en este tipo de personas (que, en realidad, no son enfermos). Por otro lado esta clase de intervenciones, sobre todo si se alargan, pueden generar efectos adversos en las personas que los reciben como, por ejemplo, dependencia a determinadas medicaciones como las benzodiacepinas, o una renuncia al ejer-

cicio de responsabilidades basado en una supuesta incapacidad psicológica para afrontar sus problemas vitales derivada de su malestar.

El peor efecto adverso de una psicoterapia mal dirigida o claramente contraindicada, como sería el caso, es el de generar en el paciente pasividad frente a cómo asumir su responsabilidad y vivir su vida. Esto se suele asociar a una dependencia excesiva hacia el tratamiento y hacia el propio terapeuta, tras el que se acaba escudando para justificar su propia renuncia. Freud llamó a este tipo de actitudes “beneficio secundario” asociado a los síntomas y evidenció con claridad que este “beneficio” constituye uno de los más poderosos móviles para aferrarse al síntoma y no desear, en el fondo, abandonarlo en absoluto. Vale decir que llega un momento en el que al paciente le compensa más seguir enfermo que curarse, lo que contribuye a su cronificación. Si esta situación se produce en el seno de un sistema sanitario de carácter universal, público y gratuito, lo que tenemos es una situación de claro abuso (a veces sostenida de manera inconsciente por los propios profesionales). Además de contribuir a un gasto continuado para el erario público, estas personas ocupan un espacio y un tiempo que podría ser dedicado a otros pacientes más graves y necesitados.

Pero en la práctica es muy difícil que las cosas se planteen de esta manera tan radical y resulta fácil escamotearlas bajo pseudodiagnósticos que prolongan indefinidamente y sin objetivos un supuesto tratamiento de sostén del usuario. Una alternativa podrían ser las terapias grupales, pero también éstas deben de estar bien indicadas y dirigidas a un objetivo claro y limitado en el tiempo o de lo contrario acaban reproduciendo el mismo tipo de situación que acabamos de comentar. Si no existe una clara indicación y un objetivo abordable (lo que en buena medida depende también de la actitud del paciente hacia su propio tratamiento) no es posible prescribir con garantías de éxito ningún tipo de terapia y conviene no hacerlo. En definitiva, éstos son algunos de los inconvenientes de realizar una aproximación estrictamente individual o psicologicista a problemas de orden misceláneo que son experimentados por un gran número de personas y que tienen en elementos del entorno laboral o familiar, un claro origen.

Lo anterior nos aboca de lleno a plantearnos cuáles son los límites éticos del trabajo asistencial en torno a este tipo de problemas, a qué personas (o hasta cuándo) hay que tratar y a cuáles otras no. Y también quién debe hacerlo.

En principio es necesario reconocer el riesgo de celo excesivo que toda intervención técnica supone. Pero la manera correcta de abordar este asunto consiste en asumir como inevitable que, en la actualidad, muchos problemas personales (con trastorno psiquiátrico añadido o no) son, y van a seguir siendo, objeto de demanda asistencial, lo que hace necesario enfrentarlos en su propio terreno, sin rehuir este hecho como si se tratara de un tabú. Algunos argumentos que apoyan esta manera de ver las cosas son los siguientes (Retolaza, 2008): 1) la experiencia dice que resulta inevitable que esto ocurra, debido a la evolución de nuestras sociedades y a las demandas que nuestros conciudadanos se han acostumbrado a plantear a los profesionales sanitarios; 2) esta situación de dificultad se da también en muchas otras intervenciones técnicas ofertadas en los sistemas de atención pública dentro del ámbito de la medicina e, incluso, fuera de ella como es el caso de los servicios sociales; 3) el buen resultado de cualquier intervención psicológica o psiquiátrica bien dirigida precisa siempre de la cooperación interesada y la motivación suficiente del usuario o paciente, lo que disminuye los riesgos de abuso profesional, pero no del que pueda provenir de la parte del usuario; 4) en cualquier caso, este último siempre va a tener que gestionar su problema y hacerse (o no) cargo de él, lo que no excluye que en un tramo de su recorrido vital precise de la ayuda de otros, que a veces pueden ser profesionales, mediante la que poder mejorar sus estrategias de afrontamiento. Éste sería el objetivo de una psicoterapia bien enfocada: devolver al sujeto la responsabilidad y el control sobre su vida; 5) rechazar de plano y, por principio, como inadecuadas una parte importante de las demandas que se plantean en los servicios asistenciales, supone no entrar en una discusión (que también tiene una vertiente *técnica*) sobre cómo evitar caer en peligros que, de todas formas, acechan por todas partes tanto a los profesionales como a los usuarios. En su lugar lo que habría que hacer es analizar y describir, de la manera más precisa posible, las condiciones que

apuntan hacia una indicación de *no intervención*; 6) a estas alturas es casi una condición ética enfrentar este asunto de una manera profesional y directa, sin demasiados apriorismos, dadas las características que presentan las demandas que formulan muchos de nuestros conciudadanos; 7) por el contrario, el puro y simple rechazo de cualquier forma de intervención (cosa, que en la práctica, no ocurre casi nunca), sin una argumentación suficientemente razonada y al alcance del usuario, podría connotar un abandono de la obligación de asistencia, inherente a la propia ética de todo sistema asistencial público.

Y existen medios para desarrollar esta tarea de forma adecuada. Hay *técnicas* de abordaje e intervención que partiendo del análisis de la demanda (que debe preceder a todo diagnóstico o, como mínimo, acompañarlo) pueden posibilitar una devolución en condiciones mejores y más elaboradas del problema al usuario y reubicar los conflictos en el lugar más adecuado para su resolución, que muchas veces no es la consulta médica o psiquiátrica, aunque —como he señalado más arriba— ésta pueda constituir un lugar más por el que éstos transitan. Puede ser que estas intervenciones requieran cierta pericia y algunas veces (como el resto de intervenciones posibles) fracasen. Puede ser que el demandante de ayuda no desee (o no pueda) en absoluto hacerse cargo de sí mismo y sus problemas. Pero trabajar con esta perspectiva ayuda sobremanera a separar las intervenciones posibles de las imposibles, también a definir el grado y nivel de alcance necesario a las mismas e, incluso, contribuye a esclarecer quién debe o no debe llevarlas a cabo. Se trata de disponer de elementos racionales (y no solamente subjetivos) de juicio, más fáciles de exponer y consensuar, a fin de separar no casos de casos a tratar. También de construir procedimientos cada vez más explícitos que especifiquen la naturaleza de las intervenciones más eficaces o las descarten, por lo menos, del ámbito sanitario.

Ya Caplan, en sus *Principios de psiquiatría preventiva*, planteaba para la salud mental comunitaria diferentes modelos de consulta en función de las necesidades derivadas de cada demanda. En todo caso, se trata de que profesionales y servicios estén armados técnica y éticamente frente a dinámicas sociales

muy acusadas. Dentro de este panorama los profesionales sólo constituyen una parte de la balanza, como por su lado también lo son el cliente-usuario y el empleador, que, en nuestro contexto y, de momento, casi siempre es la Administración Pública.

Hablemos también del malestar profesional. Este, en gran parte, viene derivado de las características generales de los sistemas asistenciales públicos de nuestra época, sujetos en todas partes a crítica en profundidad, con discusiones sobre su viabilidad financiera y organizativa y sometidos a procesos de reestructuración, cuando no directamente a recortes de inversión o privatizaciones salvajes. El proceso seguido por el National Health Service del Reino Unido, con una progresiva y fuerte delegación de funciones en la asistencia privada y de pago, tanto en la gestión como en la provisión de servicios, resulta –dada la historia y prestigio internacional que llegó a alcanzar– especialmente paradigmático. Donde hubo vocación de servicio público, ahora aparecen áreas de negocio. Y es que la lógica de nuestro actual modelo social y productivo está presidida por la *eficiencia* (siempre según la definen gerentes y gestores) y también por la *satisfacción de los consumidores*. Ninguno de estos parámetros es establecido por los profesionales sanitarios. Esto se opone a la lógica del sistema sanitario tradicional, marcada por la *eficacia* en términos, antes sí, marcados por los propios profesionales (Irigoyen, 2007). Un tipo de pacientes como los que estamos describiendo, que tienen problemas menos graves y son más capaces de hacer valer sus derechos que los locos tradicionales, generan más problemas a los profesionales de la psiquiatría y psicología. Desde esta perspectiva se entiende que aparezcan múltiples microconflictos abiertos o latentes. La alteración de los modos tradicionales en la asistencia sanitaria produce perplejidad e incluso desconcierto en muchos profesionales. De ahí se pueden derivar prácticas defensivas o inapropiadas.

En su conjunto el actual sistema productivo se centra en el consumidor, entendido éste como un individuo soberano, con una idiosincrasia particular relativamente autónoma respecto a los condicionantes sociales. En esta situación todas las instituciones sociales originarias de la era industrial previa experimentan una seria crisis de adaptación. En concreto el sistema sanitario pre-

senta dificultades especiales, ya que la naturaleza de la demanda sanitaria queda profundamente alterada. Hasta hace poco, simplemente, se había ampliado de forma cuantitativa, incluyendo progresivamente nuevos sectores sociales anteriormente excluidos de la atención (como es el caso de los trastornos psiquiátricos en su conjunto), pero no existían contenidos cualitativos añadidos. En el nuevo sistema, fruto del modelo social imperante, se produce una ampliación de las necesidades percibidas que configura un cambio de naturaleza cualitativa. Estas necesidades aparecen en continua mutación y crecimiento y muchas de ellas no pueden ser sostenidas por el sistema, que por definición precisa de límites para ser viable. Por fuerza se producen tensiones y conflictos.

Además se observan sectores claramente diferenciados entre los usuarios de la asistencia sanitaria (Irigoyen, 2007). Por un lado aquéllos con los suficientes recursos culturales y económicos como para expresar sus problemas, utilizar su influencia y resolver con satisfacción su proceso. Por otro, usuarios menos dotados de recursos, que no tienen capacidad para interactuar con los proveedores y deben aceptar lo que se les ofrece, pero que también presentan expectativas debido a que éstas han sido reconocidas e, incluso estimuladas socialmente.

Pero hay más. Los nuevos estilos de vida, en los que las referencias sociales resultan cada vez más obviadas configuran un modelo de identidad débil. Un yo más lábil, si se prefiere expresar de otro modo. Se trata de formas de personalidad en las que lo social queda subordinado a lo individual. Esto, por un lado, genera nuevos riesgos psicológicos derivados de la extrema fragilidad de muchas personas y, por otro, al potenciar el interés exclusivamente individual, estimula demandas que pueden resultar inviables. En cualquier caso se vuelven a adivinar zonas de conflicto y malestar importantes, que afectan tanto a los usuarios como a los proveedores de servicios (Retolaza, 2008).

Además, y en consonancia con lo argumentado más arriba, hoy sabemos que muchos problemas de salud sólo pueden ser adecuadamente planteados y resueltos desde una perspectiva integradora, donde la importancia de lo socio-sanitario es muy patente. El escaso desarrollo, especialmente en nuestro país, de

una oferta coherente de servicios sociales y la dificultad de organizar de una manera coordinada sus prestaciones resultan de una gran trascendencia en el momento actual. Existen enfermedades (o problemas) con escasa respuesta efectiva (incluso entre los llamados trastornos menores) por parte de los dispositivos asistenciales disponibles a fecha de hoy. También procesos crónicos cuyo objetivo asistencial es la gestión continuada de los cuidados pertinentes, e, incluso, problemas inevitables en poblaciones con importantes niveles de fractura social.

El envejecimiento de la población, los nuevos modelos familiares con mayor presencia que en el pasado de núcleos desestructurados que aumentan las probabilidades de que aparezcan fenómenos desadaptativos, el deterioro de los equipamientos y las condiciones de vida en la periferia urbana, o en su caso, los núcleos históricos de algunas ciudades, generan vulnerabilidad, fragilidad psíquica, social y física. También el fenómeno de la precariedad laboral que golpea con especial crudeza a jóvenes e inmigrantes y conduce a bajos salarios, inestabilidad y cambios de empleo, movilidad geográfica constante y desarraigo familiar. Todo ello es fuente de un malestar que un sistema asistencial moderno debe de saber gestionar.

BIOÉTICA

El modelo de los cuatro principios de la bioética es, en la actualidad, el marco más idóneo y consensuado a la hora de dirimir las diversas situaciones que puedan presentar conflictos éticos dentro de un contexto sanitario. Estos principios deben entenderse como balanceados entre sí y como elementos de ayuda y guía en la deliberación. Las acciones u omisiones a las que esta deliberación de lugar deben ser también observadas desde las consecuencias más probables que puedan derivarse de las mismas, a fin de que la argumentación quede suficientemente fundamentada. Cuando se dirimen cuestiones con un fuerte componente de incertidumbre, como es el caso de muchas de las que se presentan en los servicios sanitarios (y particularmente en los de salud mental), nada libra de una forma definitiva a quien toma las decisiones de un posible error, pero una bien fundada argumen-

tación ética ayuda en la tarea. De manera breve describiremos estos cuatro principios (Santander, 2000):

- Principio de autonomía: su esencia tiene que ver con la libertad de las personas. Versa sobre el derecho de cada uno a ser respetado en sus decisiones y en ser considerado como capaz y competente para dirigir su vida. La incapacidad de un paciente no sólo hay que demostrarla, sino hay que establecer su alcance (parcial o total y en qué áreas de su actividad). De este principio de autonomía se deriva el concepto de consentimiento informado. De partida toda persona debe ser considerada como capaz de realizar una elección adecuada para sus propios fines en la vida, desde la base de una correcta información a la que tiene derecho y que los profesionales que le atienden deben de suministrarle.
- Principio de justicia: los beneficios, costos y riesgos relacionados con las decisiones sanitarias deben ser repartidos de una forma equitativa entre las personas sujetas a las mismas. Aquellos pacientes que estén en similares circunstancias deben ser tratados de la misma manera. Nadie debe ser objeto de discriminación por ningún motivo.
- Principio de beneficencia: los sanitarios tienen la obligación de actuar en beneficio del paciente. Esto implica un correcto balance entre riesgos y beneficios de las distintas intervenciones a desarrollar. También hay que balancear beneficios y costos de los mismos, teniendo en cuenta el punto de vista del paciente.
- Principio de no maleficencia: el profesional de la salud no debe causar daño al paciente. Todo tratamiento conlleva un riesgo en este sentido que debe ser el mínimo posible y que, además, debe de guardar una proporción respecto al bien que se espera de él.

Tomando estos cuatro principios como punto de partida señalaremos a continuación algunas fuentes de conflicto ético que se pueden presentar en el trabajo con pacientes afectados por trastornos mentales de intensidad sintomática leve o moderada.

Principio de autonomía

Preguntas clave: ¿Quién decide realmente sobre un tratamiento? ¿Quién decide cómo, dónde y cuándo se realiza? ¿Cuál es la posibilidad de autonomía y la competencia del paciente respecto a esta decisión? ¿Y la del profesional que le atiende?

Básicamente la mayoría de los usuarios presentan un déficit de información, que puede influir en su posible consentimiento informado respecto a las técnicas, los lugares o las personas adecuadas para su tratamiento. Habitualmente presentan mayores problemas en este apartado los usuarios con mayor déficit educativo o de edades límite (muy jóvenes o ancianos). Por el contrario los usuarios y familias de mayor nivel social o educativo, mejor informados y más conscientes de sus derechos, tienen tendencia a buscar los servicios mejores y de mayor prestigio según su propio criterio y con independencia de la gravedad de su problema o trastorno.

¿Cuál es la forma más correcta de tomar la decisión sobre el nivel asistencial (primaria o especializada) adecuado para tratar un caso determinado? ¿Quién debe tomarla? ¿En qué aspectos se debe basar una indicación de no tratamiento? ¿Qué precauciones debe conllevar?

Principio de justicia

Preguntas clave: ¿Se tratan necesidades o demandas de salud mental? ¿Qué hacer con los pacientes en situación de exclusión social?

Puesto que se pueden detectar necesidades, incluso graves, sin que de ellas surja una demanda, ¿quién es competente para establecerlas? Puesto que no todas las demandas presentan igual grado de necesidad, ¿cómo estimar un reparto adecuado de recursos?, ¿qué actitud plantearse ante demandas no explícitas? Y, por el contrario, ¿cómo limitar otras?

Sabemos que factores socio-culturales (dependientes de los usuarios) influyen en el acceso a servicios. También sabemos que factores socio-económicos (dependientes de la organización

social y sanitaria) influyen en la cantidad y calidad de los servicios, así como en la distribución territorial de los mismos.

En relación a lo anterior, a igualdad de trastorno no existe igualdad de probabilidades de acceso a los servicios para el conjunto de los ciudadanos. Incluso es probable que algunos entre los más necesitados estén en peor disposición para el acceder a los mismos.

Desde un punto de vista de salud pública, y puesto que para algunos trastornos la prevalencia es alta, se hace necesario incluir criterios de eficiencia (el costo en dinero, tiempo o esfuerzo en relación a la efectividad). Tratar a un paciente (incluso con una técnica adecuada) sin reparar en ello, puede suponer limitar las posibilidades de futuros pacientes, igualmente necesitados, para acceder al mismo tratamiento.

Principio de beneficencia

Preguntas clave: ¿a quién beneficia el posible tratamiento?, ¿al paciente, a sus allegados, a terceros? Por el contrario: ¿puede derivarse algún beneficio si el tratamiento no se realiza?, ¿quién es la persona que resulta beneficiada en este caso?, ¿el paciente u otros?, ¿cuáles son las condiciones que deben cumplirse para indicar o no tratar un caso?

Siempre hay que considerar a terceros implicados en caso de tratamiento: ¿existen cargas para otros derivadas de tratar el caso, por ejemplo, en atención primaria?, ¿y si es en el servicio de salud mental?, ¿cuáles son las consecuencias de no tratarlo?, ¿se pueden asumir?

Hay que considerar el caso también en el ámbito de la familia, del vecindario, del marco laboral, pero también en el de otros servicios asistenciales o sociales: ¿qué se les exige a éstos en relación con una determinada intervención?

¿Se pueden justificar sólo por beneficio individual determinadas intervenciones?, ¿se pueden omitir otras sólo en base a un mayor beneficio social?, ¿cuáles serían las consecuencias derivadas de esa omisión?, ¿a quién benefician?, ¿se pueden asumir?

Principio de no maleficencia

Preguntas clave: ¿qué es un caso?, ¿a qué efectos es considerado como tal?, ¿con qué fines?, ¿es lo mismo caso que trastorno mental?, si no lo es ¿es ético aceptar a tratamiento casos sin trastorno mental?, ¿con qué límites? Respecto al posible tratamiento: ¿cuál es la forma más efectiva de tratar a un paciente?, ¿qué técnicas son las más adecuadas?, ¿cuál es el nivel asistencial idóneo para practicarlas?, ¿quién debe aplicar una técnica?, ¿está esta cuestión libre de conflictos de interés ajenos al tratamiento?

Existe la dificultad de que algunos tratamientos estén basados en evidencia suficiente. También la de consensuar criterios metodológicos para someter a prueba intervenciones o criterios diagnósticos. En la medida en que una determinada prueba diagnóstica o un tipo de tratamiento presentan evidencia probada mediante una metodología aceptada, los conflictos en torno a la adecuación de su uso disminuyen. Debiéramos basarnos en criterios de indicación y contraindicación de las intervenciones, teniendo en cuenta un adecuado balance riesgo/beneficio.

CONCLUYENDO

Tras lo expuesto hasta aquí se hace preciso llegar a algunas conclusiones, forzosamente provisionales, dada la amplitud e implicaciones del asunto que venimos tratando. En primer lugar, la naturaleza del problema que tenemos que afrontar es compleja. Tiene que ver, tanto o más que con la salud mental de las personas, con el bienestar de las mismas. Frente a ello la extensión del malestar (probablemente mayor que en el pasado) nos habla también de su importancia. Aquí tenemos un síntoma de algo que nos está ocurriendo colectivamente. Los datos disponibles informan de que, efectivamente, existe un indudable componente social que se manifiesta mediante este malestar en grandes grupos de población. Y con él venimos familiarizándonos en los países desarrollados desde hace varias décadas. Los trabajos que Wilkinson y Pickett (2009) vienen publicando sobre la desigualdad, a los que hemos hecho referencia en el primer capítulo, apuntan

en esa dirección. Y es seguro que necesitaremos una perspectiva, también social –y probablemente política– para hacer frente a algunas de las más importantes consecuencias de este malestar tan extendido, especialmente entre las clases populares. No cabe pensar que podamos organizar una solución viable (si es que la hay) desde un modelo exclusivamente asistencialista e individualizado, cuyos costos, por otra parte, seguramente no podrán ser asumibles desde sistemas de ayuda colectivos en un mundo postcrisis. Por otra parte quizá tengamos que acostumbrarnos a vivir con una cierta dosis de este malestar (individual y colectivo) como tributo a un mundo cambiante y ambiguo, donde son muchos los que tienen probabilidades de quedarse en las cunetas del camino.

Además, el tipo de desarrollo presente en nuestras sociedades occidentales, que ha potenciado una visión cada vez más individualizada de los principales problemas que nos afectan y sus posibles soluciones, condiciona en gran medida cómo pensamos y abordamos este malestar que aún solemos calificar como psico-social. Pero lo cierto es que, una vez excluido el ámbito estrictamente físico-médico, caracterizar un determinado sufrimiento (especialmente si éste no tiene unas manifestaciones clínicas muy específicas) de psicológico o psiquiátrico, tiene tanto sentido como caracterizarlo de social. Después de todo son las personas concretas las que sufren las consecuencias de lo que ocurre en su entorno y su malestar es condicionado y mediado por éste. Si nadie puede escapar de sí mismo, tampoco de la época, ni del entorno social en el que vive. El modelo médico-asistencial, en el que la atención a los trastornos mentales viene inscribiéndose desde hace doscientos años, ha generado una conceptualización propia (y en muchos sentidos muy útil) de los mismos y también ha contribuido al desarrollo y potenciación de un modelo terapéutico. Pero no parece que pueda dar cuenta de la totalidad del problema que supone el malestar psicosocial que ha prendido en nuestras sociedades. Sin el concurso de los avances democráticos o de las políticas asociadas a los derechos de las personas, que en su día nos trajeron el estado de bienestar (con la sanidad universal, pública y gratuita como una característica esencial del mismo), no estaríamos donde estamos. Tam-

poco sin las contradicciones inherentes a un sistema social y político donde el beneficio económico (maximizado hasta donde sea posible) es el único motor reconocido de todo cambio posible. John Maynard Keynes, cuya doctrina económica favoreció el desarrollo del estado de bienestar tras la Segunda Guerra Mundial, con su conocida perspicacia, sintetizó el que llamó el *problema político de la humanidad* en la combinación de tres principios: la eficiencia económica, la justicia social y la libertad individual.

Si por un lado resulta ineludible el tener en cuenta la libertad de elección de las personas que solicitan ayuda, en base al ejercicio de su propia autonomía, por otro —y sobre todo cuando se trata de servicios públicos— no debemos perder de vista la referencia a un principio de justicia. Este último nos remite a considerar la gravedad e importancia de los casos que un sistema público debe de atender. Se supone que, de entrada, y en base al esfuerzo de cohesión social que está en los fundamentos del sistema público de atención, deberán priorizarse los casos más graves y a las personas más necesitadas, empezando por las que sufren otro tipo de trastornos diferentes a los aquí expuestos.

Por otro lado hay que considerar los costes económicos que el mantenimiento del sistema asistencial conlleva, los cuales se sufragan a través de impuestos (como es el caso actualmente en España) o, en ocasiones, de cotizaciones sociales procedentes de trabajadores y empresarios (tal y como ocurre en la actualidad en muchos países y fue el caso del nuestro en el pasado). ¿Cuál es la carga que un sistema asistencial de estas características debe, o puede, soportar? ¿Cuáles son sus límites? La respuesta a esta pregunta solo puede ser dada desde una perspectiva social. Y, una de dos, o surge de un pacto democrático y explícito entre la ciudadanía y los administradores de lo público (que ahora mismo parece muy alejado de nosotros) o vendrá de una imposición por los hechos de quienes tienen poder para determinar el estado de cosas. Es decir, mandará solo el dinero.

Hablando de la autonomía personal tenemos que considerar los cambios históricos en las costumbres habidos en las últimas décadas y los que es posible prever para un futuro inmediato. La libertad de las personas, en lo referente a las actitudes asociadas a sus problemas o dificultades psicológicas y los métodos que

buscan para ponerles solución, nos remite tanto al posible consumismo médico por parte de un sector, probablemente mayoritario, de población, como a la evitación de todo acercamiento a nada que provenga de la psiquiatría o la psicología, debido al estigma que se les asocia. De cualquier forma lo primero que se precisa es que la población disponga de una información coherente y adecuada de lo que puede esperar al respecto, cosa que no es fácil de llevar a cabo, dados los contradictorios intereses que están en juego en este asunto. Estos intereses no solo proceden del mundo empresarial y económico, sino de la forma en que cada persona y el conjunto de la sociedad decida que hay que organizar la atención a los problemas de salud (incluida la salud mental) y la forma más correcta de sufragarlos. No sabemos qué forma adquirirá el sistema sanitario público en los próximos años. Ni siquiera sabemos si subsistirá, una vez que gran parte de su actividad es entregada a organizaciones privadas, sean de gestión o provisión de servicios. En cualquier caso lo que ya aparece como muy claro es que, si sobrevive a la actual crisis, tendrá que cambiar bastante en aras a su efectividad y eficiencia de manera que pueda garantizar su sostenibilidad y evitar cualquier tipo de gasto no justificado socialmente. Respecto a la demanda de atención podemos concluir que su presencia ha ido en claro aumento en las últimas décadas y que, según las previsiones, no va a detenerse en un futuro próximo. Además los cambios con respecto al pasado no son sólo de orden cuantitativo, sino también cualitativo ya que vienen asociados a la conciencia de derechos adquiridos de ciudadanía.

En lo que toca a las formas de teorizar y pensar este malestar, ya hemos dado suficiente cuenta del estado actual de la cuestión a lo largo de este texto, donde se han expuesto tanto concepciones sociológicas como psicológicas o biológicas. Sobre las posibilidades y limitaciones de las mismas puede el lector pronunciarse. Quizá se echa en falta que podamos introducir, sin complejos, una perspectiva más socio-cultural, bien fundamentada, que las unifique y complete. Esto último hace referencia también a formas de prevención e intervención suficientemente efectivas. Más allá de los modelos bio-médico o psico-social se necesita plantear, claramente, que las condiciones de vida y trabajo de muchas

personas no son las más adecuadas para prevenir este tipo de males, constituyendo, por el contrario, una fuente de padecimiento constante. Ahora, más que nunca, parece necesario introducir en la agenda social (y quizá también en la política) este tipo de malestar. En palabras de Tony Judt (2010):

Las patologías de la desigualdad y la pobreza —la delincuencia, el alcoholismo, la violencia y los trastornos mentales— se han multiplicado proporcionalmente. Nuestros antepasados eduardianos habrían reconocido de inmediato los síntomas de la disfunción social. La cuestión social vuelve a estar en la agenda.

Por otro lado ya no es posible actuar, desde una perspectiva que se pretenda terapéutica, fuera de las evidencias científicas. Sólo pueden ser éticamente válidas aquellas intervenciones que tengan pruebas claras de su eficacia o que sean susceptibles de ser sometidas a los estudios pertinentes en aras a encontrarla. Además está el viejo principio médico del *primum non nocere*, que nos lleva a intentar evitar el daño que las actuaciones, sobre todo si son muy intrusivas, suponen para las personas.

En lo que respecta a la investigación ya hemos mencionado sus líneas divergentes y la necesidad de encontrar modelos de integración que favorezcan perspectivas de conocimiento más completas e innovadoras. Pero hay que reconocer que finalmente se investiga (o sea, se dedica dinero a investigar) en función de valores a los que la comunidad científica y la sociedad en su conjunto dan prioridad. Y no parece que ahora mismo la integración de perspectivas biológicas y sociales esté entre ellos. Sin embargo sí parece que la investigación sobre servicios, una rama naciente, pueda servir de estímulo a los más interesados en un compromiso posible y diferente.

La organización asistencial es, a día de hoy, una cuestión clave. Nos proporciona el modelo de pensamiento que una sociedad tiene sobre cómo vérselas con el malestar de expresión psicológica. No está descartado que pueda optarse por abordar desde un sistema de asistencia privado la atención a los trastornos men-

tales comunes (en todo o en parte). Sin embargo es esencial pensar esta organización desde una perspectiva pública, porque solo desde ella tenemos posibilidades de realizar un adecuado análisis y encontrar una solución plausible al problema que tenemos planteado. La perspectiva pública es la única que nos proporciona un balance equilibrado entre libertad (demanda de atención, necesidades de *todas* las personas) y justicia (provisión de servicios financiados con el dinero de *todos*) sin excluir a nadie.

Podemos decir que la estructura de ese modelo asistencial se corresponde, en líneas generales, con el modelo social dominante según el cual una sociedad entiende y aborda los problemas de salud mental y, en concreto, este tipo de problemas de menor intensidad pero de gran frecuencia. Esta correspondencia se puede formular mediante algunas preguntas como las siguientes: ¿Es importante la organización asistencial, en sí misma, a los efectos de mejorar el resultado de las intervenciones? ¿Cómo hemos de considerar la realidad de la clínica?, ¿Como una *praxis individual* en la que un sujeto (psiquiatra, psicólogo) entra en una relación especial que llamamos terapéutica con otro sujeto (paciente)?, ¿O más bien como un *ejercicio colectivo* en el que un grupo de profesionales, en una época determinada, pone en práctica un conjunto de conocimientos y habilidades en beneficio de sus pacientes? Desde esta última perspectiva, que es la que marca el tipo de práctica asistencial dominante en un momento determinado: ¿Es importante el tipo de estructura asistencial, de organización, donde un cuerpo de conocimiento teórico y práctico puede ser puesto (o no) en marcha? Lo que aquí se quiere poner de manifiesto es que la estructura de la organización asistencial, donde unas prácticas como la psiquiatría o la psicología pueden ser ejercidas, tiene una gran importancia en los resultados derivados de esas prácticas, en el tipo de formulaciones y preocupaciones teóricas que de todo ello se derivan.

La complejidad del actual conocimiento necesario para una buena praxis en el ámbito psicológico-psiquiátrico, implica que diversos profesionales desde diversas disciplinas deben ejercer su tarea de una manera estructurada como un todo y debidamente coordinada. No existe una sola figura profesional o perfil de conocimiento único que, por sí mismo, se baste para dar cuenta del

conjunto de prácticas necesarias para un adecuado desarrollo de la labor diagnóstica o terapéutica. Tampoco un lugar privilegiado al que le sea dado en exclusiva lo fundamental de esta tarea.

A día de hoy se ha hecho evidente que es necesario organizar la praxis en una estructura reticular (una red de asistencia) en la que poder inscribir y poner en relación los distintos lugares, saberes, profesiones y prácticas indispensables para el ejercicio de una clínica ligada a un buen hacer. Allí donde es posible poner en marcha esta red, y si la articulación de la misma logra ser funcional, debe de ponerse de manifiesto una mejora asistencial. También debe abrirse paso un nuevo espacio de observación y estudio que amplíe y corrija los puntos de vista anteriores. Lo que con esto se quiere afirmar es que el tipo de organización asistencial, el contexto estrictamente sanitario en el que la clínica es ejercida, favorece unos determinados modos y formas de trabajo que deben derivarse de la misma y perjudica a otros. El contexto de trabajo, para bien o para mal, marca las actividades que se desarrollan en el mismo. Ya hemos hablado de la evidencia, aún incompleta, a favor de los sistemas cooperativos de atención y de una adecuada organización escalonada de la atención, donde los asuntos más sencillos puedan ser respondidos de la manera más simple y natural y los más complejos con la respuesta específica del mejor nivel técnico posible. En este sentido la perspectiva de un sistema asistencial público, en el que la red de servicios y profesionales necesarios puede ser pensada y organizada como un todo en favor de los intereses del usuario, favorece la cooperación e integración asistencial imprescindibles para llevar a cabo la tarea en sus justos términos.

Finalmente, y en relación con todo lo anterior, nos encontramos con el sistema público de asistencia y su situación en el contexto internacional, y también en nuestro país, en la presente situación de crisis económica. En la actualidad si no se quiere optar por el pesimismo, es ineludible trabajar con la incertidumbre. El cambio está servido y parece más necesario que nunca. Pero si vamos a oponernos a los recortes indiscriminados (injustos e ineficientes) tendremos que aceptar que el sistema necesita algunas reformas para mantenerse en pie. Cómo realizarlas de una manera eficiente y justa se ha convertido en una cues-

Conclusiones de urgencia

tión central. En palabras de Richard Feynman (1998), premio Nobel de física:

Los problemas que valen la pena son los que uno puede realmente resolver o ayudar a resolver, aquellos en los que uno puede aportar algo. Un problema es grande en ciencia si se presenta ante nosotros irresuelto y vemos alguna manera de avanzar en él.



BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª ed. Texto revisado. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T. (1988). *Love is never enough*. Nueva York: Harper and Row. (Traducción en español: *Con el amor no basta*. Barcelona, Altaya, 1995).
- Beck, U. (2004). *Poder y contrapoder en la era global: la nueva economía política mundial*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Boltansky, L., Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Galimard. (Traducción en español: *El Nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid, Akal, 2002).
- Erikson, E.H. (1959). *Identity and the Life Cycle*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1977). *El malestar en la cultura*. Obras Completas. Tercera edición, Tomo III, págs. 3017-67. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1977). *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*. Obras Completas. Tercera edición, Tomo III, págs. 3001-191. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1981). *Psicoanálisis. Cinco conferencias pronunciadas en la Clark University*. Obras Completas. Cuarta edición, Tomo II, págs. 1533-63. Madrid: Biblioteca Nueva.

- (1981). *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Obras Completas. Cuarta edición, Tomo II, págs. 2123-412. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Golberg, D., Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock Publications. (Traducción en español: *Enfermedad mental en la comunidad*. Madrid, Ediciones Nieva, 1990).
- Illouz, E. (2007). *Cold intimacies: The making of emotional capitalism*. Cambridge: Polity Press. (Traducción en español: *Intimididades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Madrid, Katz Editores, 2007).
- (2008). *Saving the modern soul: Therapy, emotions and the culture of self help*. University of California Press. (Traducción en español: *La salvación del alma moderna: terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Madrid, Katz Editores, 2010).
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. Nueva York: Macmillan. (Traducción en español: *Problemas humanos de una civilización industrial*. Buenos Aires. Nueva Visión. 1973).
- Pérez Cuadrado, S., Morán Tiesta, C., Carreño Freire, P. y otros. (2009). Consumo de psicofármacos y disfunción familiar. *Atención Primaria*, 41(3):153-57.
- Reich, W. (1980). *La plaga emocional en el trabajo*. Barcelona: Síntesis.
- Retolaza, A. (2008). El territorio del malestar. *Atopos. Salud mental, comunidad y cultura*, 7: 13-25.
- Roazen, P. (1975). *Freud and his followers*. Nueva York: Alfred Knopf.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. (Traducción en español: *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires, Paidós, 1961).
- Shenhav, Y. (1998). *Manufacturing rationality*. Oxford: Oxford University Press.
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A.C. y cols. (1966). *Psychiatric Illness in General Practice*. London: Oxford University Press.
- Wilkinson, R., Pickett, K. (2009). *The spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Allen Lane. Penguin

Books. (Traducción en español: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid, Turner Publicaciones, 2009).

Willis, P.E. (1977). *Learning to labour: How working class kids get working class Jobs*. Farnborough: Saxon House. (Traducción en español: *Aprendiendo a trabajar: Cómo los chicos de clase obrera consiguen trabajos de clase obrera*. Madrid, Akal, 1988).

CAPÍTULO 2.

DEMANDANDO ATENCIÓN

Aiarzagüena, J.M. (1995). Factores bio-psico-sociales y utilización de servicios de atención primaria de salud. Tesis doctoral. Bilbao: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

Alonso, J., Codony, M., Kovess, V. y otros (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 190: 299-306.

Berkanovic, E., Telesky, C., Reeder, S. (1981). Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms. *Med. Care*, 19 (7): 693-709.

Brown, G.W., Harris, T. (1989). *Life events and illness*. London: Unwin and Hyman.

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Projeet). *Acta Psychiatr Scand*, 109 (Suppl. 420): 21-27.

Goldberg, D., Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock Publications. (Traducción en español: *Enfermedad mental en la comunidad*. Madrid, Ediciones Nieva, 1990).

—(1992). *Common Mental Disorders. A Biosocial Model*. London: Routledge.

González de Rivera, J.L., Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.

- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G. y grupo ESEMeD España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin.*, 126(12):445-51.
- Harris, T.O. (1988). Psychosocial vulnerability to depression. En S. Henderson, G. Burrows (eds.): *Handbook of Social Psychiatry*. Amsterdam: Elsevier.
- Holmes, T.G., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychosomatic. Res.*, 11: 213-218.
- Horwitz, A.V. (1996). Seeking and receiving mental health care. *Current Opinion in Psychiatry*, 9: 158-61.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Mechanic, D. (1968). *Medical sociology: a selective look*. New York: The Free Press.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 141: 135-42.
- Paykel, E.S., Prusoff, B.A., Uhlenhuth, E.H. (1971). Scale of life events. *Arch. Gen. Psychiatry*, 25: 340-47.
- Pini, S., Piccinelli, M., Zimmermann-Tansella, Ch. (1995). Social problems as factors affecting medical consultation: a comparison between general practice attenders and community probands with emotional distress. *Psychol Med.*, 25: 33-41.
- Serrano Blanco, A., Palao, D., Haro, J.M. (2006). *Estudio de la prevalencia de depresión mayor y otros trastornos mentales en atención primaria en Cataluña*. Generalitat de Catalunya.
- Üstün, T.B., Sartorius, N. (eds.) (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester/New York/ Brisbane/ Toronto/ Singapore: John Wiley & Sons Ltd.
- Vázquez-Barquero, J.L., García, J., Artal Simón, J. y otros. (1997). Mental health in primary care. An epidemiological Study of morbidity and use of health resources. *B.J. of Psychiatry*, 170: 529-35.
- Wells, K.B., Golding, J.M., Burnam, M.A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical condition. *Am. Journal of Psych.*, 145: 976-81.
- Wilkinson, G., Wright, A. (1994). Research potential in general practice. En I. Pullen, G. Wilkinson, A. Wright, D. Pereira Gray (eds.):

Psychiatry and General Practice Today. Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners.

Williams, P., Tarnopolsky, A., Hand, D. y otros. (1986). Minor psychiatric morbidity and general practice consultation. The West London Survey. *Psychol. Med.* (9): 1-37.

CAPÍTULO 3.

ORDENAR, CLASIFICAR, PENSAR

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. (Traducción en español: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995).

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M. y otros. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-71.

Caplan, G. *Principles of Preventive Psychiatry*. (1964). Basic Books Inc. (Traducción en español: *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires, Paidós, 1980).

Casey, P.R., Byng, R. (2011). *Psychiatry in Primary Care*. Fourth Edition. Cambridge: Cambridge University Press.

Croudace, T., Evans, J., Harrison, G. y otros. (2003). Impact of the ICD-10 Primary Health Care (PHC) diagnostic and management guidelines for mental disorders on detection and outcome in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 182: 20-30

De la Mata, I., Ortiz Lobo, A. (2009). Formulación de casos en salud mental: una guía de entrenamiento. En A. Retolaza (ed.): *Trastornos mentales comunes. Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, págs.:195-213.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. (1974). The SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 9: 13-28.

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y otros. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97: 897-99.

- Goldberg, D., Gask, L., Morris, R. (2008). *Psychiatry in medical practice*. Third Edition. Sussex: Routledge.
- Goldberg, D., Huxley, P. (1992). Common mental disorders. A bio-social model. London/New York: Tavistock/Routledge.
- Goldberg, D., Williams, P. (1988). *A user's guide to the general health questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson Publishing Company. (Traducción en español: *Cuestionario de Salud General. GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas*. Barcelona, Masson, 1996).
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23: 56-62.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.*, 16(9):606.
- Ortiz Lobo, A., Murcia García, L. (2009). La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En A. Retolaza (ed.): *Trastornos mentales comunes. Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. Págs.: 179-193.
- Retolaza, A. (2009). Diagnóstico. En A. Retolaza (ed.): *Trastornos mentales comunes. Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. Págs.: 147-178.
- Robins, L.N. (1985). *Composite Internacional Diagnostic Interview*. St. Louis MO. DIS training Faculty Washington University School of Medicine.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. y otros. (1990). *Structured Clinical interview for DSM-III-R-patient edition (SCID-P, Version 1.0)*. Wasington DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Kroenke, K. y otros. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA. Journal of the American Medical Association*, 272: 1749-56.
- Üstün, T.B., Sartorius, N. (eds.). (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester/New York/ Brisbane/ Toronto/ Singapore. John Wiley & Sons Ltd.
- Williams, P., Wilkinson, G. (1990). The Determinants of Help-Seeking for Psychological Disorders in Primary Health Care Settings. En N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo y otros (eds.): *Psycho-*

- logical Disorders in General Medical Settings*. Toronto/Lewiston/NY/Bern/Göttingen/Stuttgart: Hogrefe & Huber Publishers.
- Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T. y otros. (1990). SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 589-93.
- Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N. (1974). *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and guidelines*. Geneva: World Health Organization. (Traducción en español: *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor, 1992).
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361-70.
- Zung, W.W.K. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12: 63-70.

CAPÍTULO 4. INTERVENIR

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y otros. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beliles, K., Stoudemire, A. (1998). Psychopharmacologic treatment of depression in the medically ill. *Psychosomatics*, 39: S2-S19.
- Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B. y otros. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in paediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAM*, 297: 1683-96.
- De Rubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D. y otros. (2005). Cognitive therapy vs medication in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 409-16.
- Einarson, T.R., Einarson, A. (2005). Newer antidepressants in pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis of prospective comparative studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 14: 823-27.

- Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment resistant depression. *Biol Psychiatry*, 53: 649-59.
- Goldberg, D., Gask, L., Morris, R. (2008). *Psychiatry in medical practice*. Third Edition. Sussex: Routledge.
- Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Nierenberg, A. y otros. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *Clin Psychiatry*, 66: 455-68.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y otros. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depresión*. New Cork: Basic Books.
- Lam, R.W., Mok, H. (2008). *Depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Schutte, N.S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 27: 46-57.
- Mynor-Wallis, L. (2005). Problem-Solving Treatment for Anxiety and Depression. Oxford: Oxford University Press.
- Retolaza, A. (2009). Terapéutica. En A. Retolaza (ed.): *Trastornos mentales comunes. Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. págs: 215-251.
- Segal, Z.V., Whitney, D.K., Lam, R.W. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders.III. Psychotherapy. *Can J Psychiatry*, 46: (Suppl 1): 29S-37S.
- Segal, Z.V., Kennedy, S.H., Cohen, N.L. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. V. Combining psychotherapy and pharmacotherapy. *Can J Psychiatry*, 46: (Suppl 1): 59S-62S.
- Souery, D., Papakostas, G.J., Trivedi, M.H. (2006). Treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*, 67 (Suppl 6): 16-22.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge UP. (Traducción en español: *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Madrid, Triacastela, 2005).
- Way, C.M. (2007). Safety of newer antidepressants in pregnancy. *Pharmacotherapy*, 27: 546-52.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic

Books. (Traducción en español de la parte I de esta obra: J. Solé Puig (trad. y ed.): *Manual de psicoterapia interpersonal*. Madrid, Editorial Grupo 5, 2013).

CAPÍTULO 5.

ORGANIZAR LA ASISTENCIA

Bower, P., Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*, 9;330(7495):839-42.

Bower, P., Gilbody, S., Richards, D. y otros. (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*, 189:484-93.

Case Management Society of America (CMSA). (2012). What is a case manager? [cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx].

Craven, M.A., Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry*, 51(6 Suppl 1):7S-72S.

Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. y otros. (2002). Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care*, 7(5).

Goldberg, D., Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock Publications. (Traducción en español: *Enfermedad mental en la comunidad*. Madrid, Ediciones Nieva, 1990).

Hilty, D.M., Luo, J.S., Morache, C. y otros. (2002). Telepsychiatry: An overview for psychiatrists. *CNS Drugs*, 16(8):527-48.

Kisely, S.R., Gater, R., Goldberg, D.P. (1995). Results from the Manchester Centre. En T.B. Üstün, N. Sartorius (eds.): *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. págs.: 175-191.

Meadows, G., Burgess, P., Fossey, E. y otros. (2000). Perceived need for mental health care. Findings from the Australian National

- Survey of mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 30(3):645-56.
- Olfson, M., Pincus, H. (1994). Outpatient psychotherapy in the United States, II: patterns of utilization. *Am J Psychiatry*, 151:1289-294.
- (1996). Outpatient mental health care in nonhospital settings: distribution of patients across provider groups. *Am J Psychiatry*, 153(10):1353-56.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults* (updated edition). Leicester & London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- NICE (2011). *Updates Anxiety Guidance*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Retolaza, A. (2009). La organización asistencial. En A. Retolaza (ed.): *Trastornos mentales comunes. Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. págs.: 61-96.
- (2012). La atención al trastorno mental común. Modelos de trabajo y sistemas de Atención. En M. Desviat, A. Moreno (ed.): *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española Neuropsiquiatría. Estudios. págs.: 556-567.
- Retolaza, A., Ballesteros, J. (2011). ¿Es mejorable la versión castellana del *General Health Questionnaire* en escalas (GHQ-28)? *Atención Primaria*, 43: 662-67.
- Retolaza, A., Márquez, I., Ballesteros, J. (1995). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15 (55): 593-608.
- Rickwood, D., Braithwaite, V. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional factors. *Soc Sci Med*, 39:563-572.
- Schouten, L.M., Hulscher, M.E., van Everdingen, J.J. y otros. (2008). Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ*, 28, 336(7659):1491-4.
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A.C. y otros. (1966). *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Swartz, M.S., Wagner, H.R., Swanson, J.W. y otros. (1998). Administrative update: utilization of services, I. Comparing use of public

- and private mental health services: the enduring barriers of race and age. *Community Mental Health Journal*, 34(2): 133-44.
- Thombs, B.D., Coyne, J.C., Cuijpers, P. y otros. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *CMAJ*, 184(4): 413-18.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge UP. (Traducción en español: *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Madrid, Triacastela, 2005).
- Üstün, T.B., Von Korff, M. (1995). Primary Mental Health Services: access and Provision of Care. En T.B. Üstün, N. Sartorius (eds.): *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: Wiley & Sons. págs.: 347-360.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*, 74(4):511-44.

CAPÍTULO 6.

INVESTIGANDO

- Anderson, I.M., Nutt, D.J., Deakin, J.F.W. (2000). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol.*, 14:3-20.
- American Psychiatric Association. (2000). Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry.*, 157(4, suppl):1-7.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffit, T.E. y otros. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301: 386-89.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Proje). *Acta Psychiatr Scand*, 109 (Suppl. 420): 21-27.
- González, E., Comelles, J.M. (2000). *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
- Goldberg, D., Simms, L., Gater, R. y otros. (2011). Integración de espectros dimensionales de depresión y ansiedad en diagnósticos

- categoriales para la práctica médica general. En D. Regier, W. Narrow, E. Kuhl, D. Kupfer (eds.): *The Conceptual Evolution of DSM-5*. Arlington, Virginia, London: American Psychiatric Publishing. (Traducción en español: *DSM-5. Evolución conceptual*. Madrid, Editorial Panamericana, 2012. págs.:17-32).
- Goldberg, D., Williams, P. (1988). A user's guide to the general health questionnaire. Windsor. NFER-Nelson Publishing Company. (Traducción en español: *Cuestionario de salud general. GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas*. Barcelona, Masson, 1996).
- Guyatt, G., Rennie, D. (eds.). (2002). *User's Guides to The Medical Literature: essentials of Evidence-Based Clinical Practice*. Chicago, IL: American Medical Association – AMA Press.
- Hyman, S.E. (2011). Diagnostico de los trastornos mentales a la luz de la genética moderna. En D.A. Regier, W.E. Narrow, E.A. Kuhl, D.J. Kupfer (ed.): *The Conceptual Evolution of DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing. (Traducción en español: *DSM-5. Evolución conceptual*. Madrid, Editorial Panamericana, 2012 págs.: 3-16).
- Lam, R.W., Mok, H. (2008). *Depression*. Oxford University Press, 2008.
- Last, J.M. (1988). *A dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press. (Traducción en español: *Diccionario de epidemiología*. Barcelona, Salvat, 1989).
- Luborsky, L. y otros. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75: 145-85.
- Luborsky, L., De Rubeis, R.J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals. A small revolution in psychotherapy research stile. *Clinical Psychology Review*, 4: 5-14.
- National Institutes of Health. An Introduction to Clinical Trials. (2013). [clinicaltrials.gov/ct/gui/c/a2b//info/whatis].
- Proctor, E.K., Landsverk, J., Aarons, G. y otros. (2009). Implementation Research in Mental Health services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological and Training Challenges. *Adm Policy Ment. Health*, 36:24-34.

- Regier, D., Narrow, W., Kuhl, E. y otros. (2011). The Conceptual Evolution of DSM-5. Arlington, Virginia, London: American Psychiatric Publishing. (Traducción en español: *DSM-5. Evolución conceptual*. Madrid, Editorial Panamericana, 2012).
- Robins, E., Guze, S.B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126: 983-87.
- Robins, L.N., Regier, D. (eds.). (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Rubinstein, L.V., Pugh, J. (2006). Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research. *Journal of General Internal Medicine*, 21, S58-S64.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S. y otros. (2000). *Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM*. 2nd edition. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone.
- Sartorius, N. (2011). Metaefectos de la clasificación de trastornos mentales. En D. Regier, W. Narrow, E. Kuhl, D. Kupfer (ed.): *The Conceptual Evolution of DSM-5*. Arlington, Virginia, London: American Psychiatric Publishing. (Traducción en español: *DSM-5. Evolución conceptual*. Madrid, Editorial Panamericana, 2012. Págs.: 55-71).
- Shortell, S.M. (2004). Increasing value: a research agenda for addressing the managerial and organizational challenges facing health care delivery in the United States. *Medical Care Research and Review*, 61 (3), 12S-30S.
- The Cochrane Collaboration. (2011). International activity within Cochrane Review Groups in the first decade of the twenty-first century. *J Evid Based Med*. 2011-01-27. [doi:10.1111/j.1756-5391.2011.01109.x. PMID 21342476].
- Tansella, M., Thornicroft, G., Barbui, C. y otros. (2006). Seven criteria to improve effectiveness trials in psychiatry. *Psychol. Med.*, 36(5): 711-20.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Üstün, T.B., Sartorius, N. (eds.). (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: Wiley & Sons.

Van Os, J. (2012). Las soluciones para los pacientes dependen de que podamos salvar la distancia que separa los enfoques de investigación de ciencias sociales y ciencias naturales en el campo de la salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3):135-138.

World Health Organization. (1973). *The International Pilot Study of Schizophrenia*. Vol. 1. Geneva: WHO.

CAPÍTULO 7.

CONCLUSIONES DE URGENCIA

ASVASAM. Asociación Vasca pro Salud Mental. (2013). Programa de Psicoterapia Solidaria [asvasam.org].

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books. (Traducción en español: *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires, Paidós, 1980).

Clark, D.M. y otros. (2008). Improving Acces to Psychological Therapy: Initial Evaluation of the Two Demonstration Sites. LSE Centre for Economic Perfomance Working. Paper nº 1.648 [iapt.nhs.uk].

Feynman, R. P. (1998). *The Meaning of it All: Thought of a Citizen*. Massachusetts: Helix Books.

Hernández Monsalve, M. (2009). La psicoterapia en el tratamiento de los trastornos mentales comunes. En A. Retolaza (ed.): *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. págs.:279-99.

Irigoyen, J. (2007). La reinención de los pacientes ("El cliente siempre tiene razón"). *Salud 2000. FADSP*, 113: 20-25.

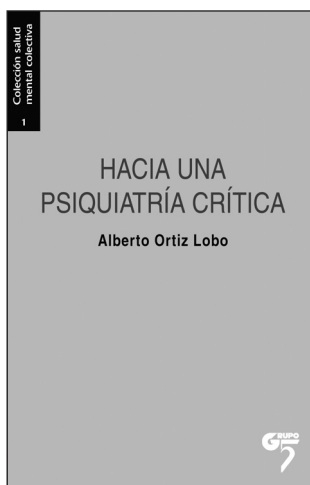
Judt, T. (2010). *Ill Fares the Land*. (Traducción en español: *Algo va mal*. Madrid, Taurus, 2011).

King, M. (2008). Invited commentary on Proposals for massive expansion of psychological therapies would be counterproductive across society. *The British Journal of Psychiatry*, 192: 331-32.

Layard, R. (2006). *The Depression Report: A new Deal for Depression and Anxiety Disorders*. London: Center of Echonomic Perfo-

- mances. London School of Economics and Political Science [cep.lse.ac.uk/research/mentalhealth].
- Light, D.W. (1991). Effectiveness and Efficiency under Competition: The Cochrane Test. *British Medical Journal*, 303: 1253-54.
- Retolaza, A. (2008). El territorio del malestar. *Atopos. Salud Mental. Comunidad y cultura*, 7: 13-25.
- (2009). Terapéutica. En A. Retolaza (ed.): *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. págs.: 215-251.
- Santander, F. (ed.). (2000). *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
- Sumerfield, D., Veale, D. (2008). Proposals Form Massive Expansion of Psychological Therapies Would Be counterproductive across society. *The British Journal of Psychiatry*, 192: 326-30.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge UP. (Traducción en español: *La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios*. Madrid, Triacastela, 2005).
- Wilkinson, R., Pickett, K. (2009). *The spirit Level. Wyo More Equal Societies Almost Always Do Better*. Penguin Books. (Traducción en español: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid, Turner, 2009).

También en la colección
Salud mental colectiva



Hacia una psiquiatría crítica:

Excesos y alternativas en salud mental

Alberto Ortiz Lobo

346 págs. • PVP 24€

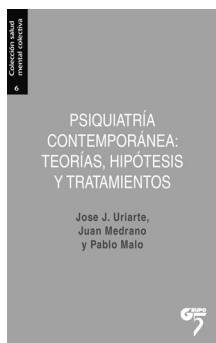
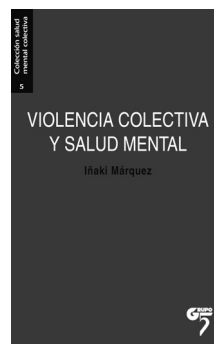
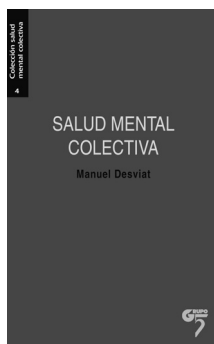
ISBN: 978-84-941428-0-2

Salud mental colectiva, 1

La expansión de la psiquiatría y la psicología en los últimos decenios, la hegemonía del modelo biomédico en salud mental y la transformación de la atención sanitaria en un mercado extraordinariamente rentable, son algunos de los factores que favorecen que se dañe a los pacientes. Este perjuicio se está produciendo, por ejemplo, mediante intervenciones preventivas sin fundamento, el uso de etiquetas diagnósticas reduccionistas y estigmatizadoras o la aplicación de tratamientos excesivos, innecesarios o inadecuados. Todo ello amparado en una autoridad que muchas veces está basada en conocimientos pseudocientíficos, y que ejerce su poder imponiendo una única forma de entender los problemas mentales y transgrediendo en muchas ocasiones los derechos humanos de los pacientes.

También en la colección

Salud mental colectiva



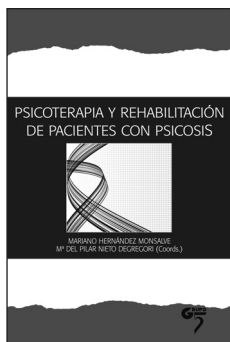
Es aquí, en esta encrucijada en la que nos instala con urgencia el debate sobre el tipo de sanidad del futuro, donde surge la iniciativa de esta colección. Hacer frente al reto que supone mantener, en estos tiempos pragmáticos y sin valores, un modelo comunitario que haga posible una atención integral, equitativa y eficiente significa una opción política y una opción ciudadana, pero también una responsabilidad de los profesionales de la salud mental. Significa la imperiosa necesidad de adecuar nuestras técnicas, nuestros programas, a una realidad vertiginosamente cambiante. La viabilidad de un modelo público, colectivo, sostenible, implica hacerlo creíble a la población para que lo incluya entre sus prioridades reivindicativas; pero para ello tenemos que avanzar en nuestros programas, en la clínica, en el conocimiento. Tenemos que romper la brecha entre acción y conocimiento para, desde la propia práctica, construir una nueva clínica y una nueva psicopatología hecha desde el cuidado y el respeto a la autonomía de las personas con problemas de salud mental. Los textos de esta colección quieren contribuir a esta tarea.

Manuel Desviat

(Director de la colección *Salud mental colectiva*)

También en Editorial Grupo5

Serie *Intersecciones y fronteras en la salud mental*



PSICOTERAPIA Y REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON PSICOSIS

Mariano Hernández Monsalve y Pilar Nieto Degregori
(Coords.) VVAA

244 págs. • PVP 18.95 €

ISBN: 978-84-938948-8-7

Serie *Intersecciones y fronteras de la salud mental*, 1
Editorial Grupo 5, Madrid, 2011



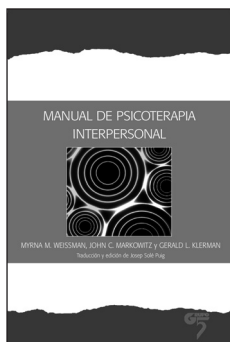
EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS GRUPALES

Emilio Irazábal Martín y Mariano Hernández Monsalve
(Coords.) VVAA

252 págs. • PVP 17.95 €

ISBN: 978-84-939872-5-1

Serie *Intersecciones y fronteras de la salud mental*, 2
Editorial Grupo 5, Madrid, 2013



MANUAL DE PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

Myrna M. Weissman, John C. Markowitz y
Gerald L. Klerman (trad. y ed. Josep Solé Puig)

262 págs. • PVP 22.95 €

ISBN: 978-84-939872-7-5

Serie *Intersecciones y fronteras de la salud mental*, 3
Editorial Grupo 5, Madrid, 2013

Serie dirigida por Mariano Hernández Monsalve

También en Editorial Grupo5

Colección *Psicología, bienestar y salud*



OBESIDAD Y TRASTORNO POR ATRACÓN

María Isabel Casado Morales

170 págs. • PVP 14.95 €

ISBN: 978-84-937730-4-5



HIPNOSIS EN EL SIGLO XXI

Héctor González Ordi

192 págs. • PVP 14.95 €

ISBN: 978-84-939872-9-9



PSICOLOGÍA Y MÚSICA

María Teresa Orozco Alonso

174 págs. • PVP 14.95 €

ISBN: 978-84-941428-2-6

La colección *Psicología, bienestar y salud* surge con el propósito de abordar un conjunto de temas de interés desde una perspectiva divulgativa, en la que se conjuguen la actualización y rigor científico con una presentación de contenidos clara, atractiva y de fácil lectura.

Los títulos que integran la colección van dirigidos tanto al gran público, potencialmente interesado en los diversos temas tratados, como a estudiantes y profesionales de los distintos campos en que estos tópicos tienen especial relevancia.

Juan José Miguel Tobal

(Director de la colección *Psicología, bienestar y salud*)

También en Editorial Grupo5 Salud mental



Guías de procesos y buenas prácticas en rehabilitación psicosocial

Varios autores

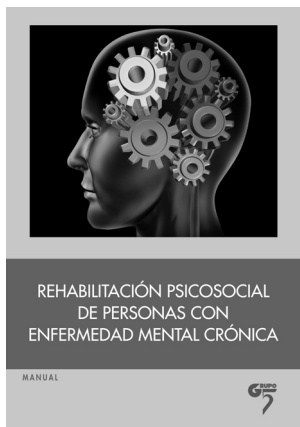
1. *Centro de Rehabilitación Psicosocial* (148 págs. • PVP 18€ • ISBN: 978-84-938527-5-7)
2. *Centro de Día de Soporte Social* (156 págs. • PVP 18€ • ISBN: 978-84-938527-7-1)
3. *Centro de Rehabilitación Laboral* (188 págs. • PVP 18€ • ISBN: 978-84-938527-6-4)
4. *Mini Residencia* (176 págs. • PVP 18€ • ISBN: 978-84-938527-8-8)

Las guías de procesos y buenas prácticas en rehabilitación psicosocial trazan, con un enfoque muy práctico y visual, un mapa claro del trabajo diario que un equipo multidisciplinar (educadores, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, técnicos de inserción laboral...) realizan en los centros de atención de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Una herramienta que permitirá a los profesionales de la rehabilitación psicosocial entender cómo funcionan y cómo se desarrollan los procesos de trabajo y la coordinación entre los diferentes profesionales. En la elaboración de estas guías usuarios reales de cada recurso, organizados en torno a grupos de discusión, analizaron detalladamente cada una de las fases y procesos de su itinerario de rehabilitación, aportando el punto de vista del usuario que recibe la atención.

PUNTOS CLAVE

- Herramienta para el trabajo diario de los profesionales.
- Descripción detallada y práctica de las fases y procesos de todo el itinerario de rehabilitación.
- Una guía práctica y visual. Escrita por profesionales para profesionales.
- Incluye el punto de vista de los usuarios sobre cada fase y proceso.

También en Editorial Grupo5 Salud mental



Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica

Varios autores

500 págs. • PVP 28.95€

ISBN: 978-84-938948-3-2

Este manual ofrece una perspectiva multi-disciplinar para una atención integral en rehabilitación psicosocial, que permitirá a los profesionales:

- Identificar los aspectos que influyen en la rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica.
- Dotarse de las habilidades y herramientas necesarias para la intervención psicosocial con personas con enfermedad mental crónica.
- Conocer la sintomatología, evolución y tratamiento de enfermedades mentales severas como la esquizofrenia y otros graves trastornos de la personalidad.



Acompañamiento terapéutico en España

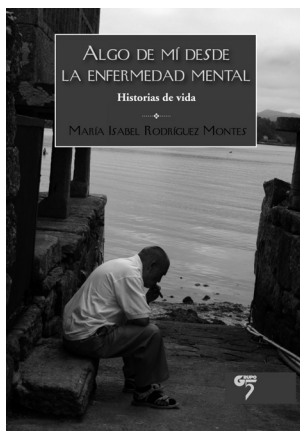
Alejandro Chévez Mandelstein (coord.)

428 págs. • PVP 24.95€

ISBN: 978-84-939872-2-0

El acompañamiento terapéutico es uno de los modelos de intervención sociocomunitaria mas difundido en el mundo. Se caracteriza por su versatilidad, habiéndose implementado con eficacia en el ámbito hospitalario, clínico-asistencial, educativo y judicial, así como en la intervención social con diferentes colectivos (personas con enfermedad mental, drogodependencia, patología dual, discapacidad intelectual y física, etc.). *Acompañamiento terapéutico en España* está dirigido a todos aquellos profesionales que quieren realizar un acompañamiento especializado en el propio entorno de la persona, mediante técnicas y estrategias específicas para tal fin. El lector encontrará consejos y experiencias para realizar esa tarea, así como un marco teórico útil para comprender la complejidad y la responsabilidad que un acompañamiento terapéutico conlleva.

También en Editorial Grupo5 Salud mental



Algo de mí desde la enfermedad mental

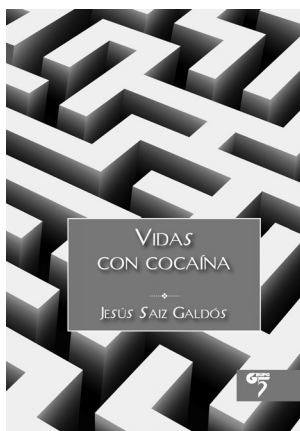
María Isabel Rodríguez Montes

280 págs. • PVP 18.95€

ISBN: 978-84-937730-5-2

La evolución en la atención a las personas con trastornos mentales graves en España a lo largo de las últimas décadas ha sido importante y ha abierto muchas posibilidades para mejorar la calidad de vida, la atención y la integración de las personas con enfermedad mental. *Algo de mí desde la enfermedad mental* recoge historias y testimonios de vida de personas con enfermedad mental, familiares y profesionales de la salud mental. Ochenta relatos reales contados en pri-

mera persona con los que la autora traza un recorrido de esta evolución hasta llegar a nuestros días, desde los antiguos psiquiátricos hasta los programas comunitarios, reflejando las inquietudes, los problemas, los éxitos, los fracasos y los sueños de las personas implicadas desde los diferentes ámbitos de la enfermedad mental, sueños que en muchas ocasiones pasan por lograr un mejor entendimiento y mayores oportunidades.



Vidas con cocaína

Jesús Saiz Galdós

210 págs. • PVP 18.95€

ISBN: 978-84-938948-1-8

¿Cuándo probaste la cocaína? ¿Qué sensaciones te produjo las primeras veces? ¿Cuándo te diste cuenta de que se había convertido en un problema? ¿Qué consecuencias ha tenido el consumo de cocaína en tu vida?

En *Vidas con cocaína* los propios afectados nos cuentan su experiencia con esta sustancia, aportando su opinión sobre temas cruciales como la eficacia de las campañas de prevención o los itinerarios de rehabilitación. Doce historias de vida que

forman parte de la muestra de la investigación cuyos resultados cierran la obra y arrojan algunas conclusiones sobre elementos tales como factores precipitantes, hábitos de consumo, estrategias de rehabilitación y cuestiones relativas a la prevención.

También en Editorial Grupo5

Salud mental



Estigma y salud mental

Adrián Badallo Carbajosa

350 págs. • PVP 20.95€

ISBN: 978-84-937730-3-8



El estigma asociado al trastorno mental tiene consecuencias en la persona estigmatizada. Más allá de la exclusión y marginación social, afecta a nivel psicológico. Desde este punto de partida, *Estigma y salud mental* muestra cuáles son estas consecuencias y cómo influyen en la atención psicosocial al colectivo de personas con enfermedad mental.



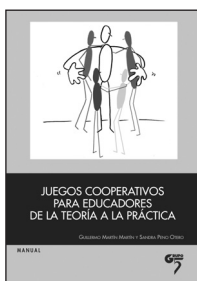
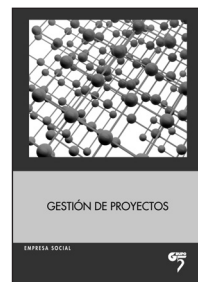
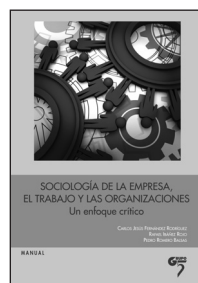
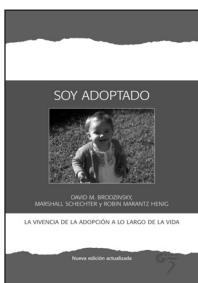
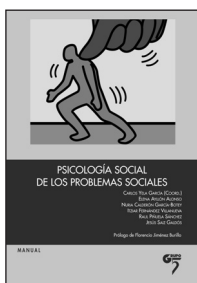
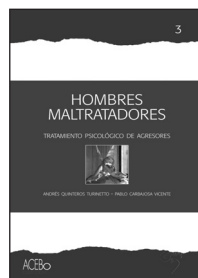
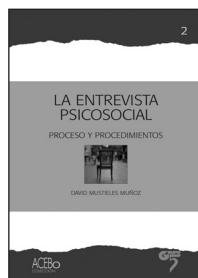
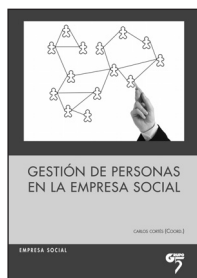
Estigma y salud mental presenta una serie de estrategias de lucha contra el estigma que tienen como fin disminuir la influencia de este fenómeno en el proceso de recuperación.

Estrategias que deben centrarse no sólo en los usuarios, sino en todos los implicados: familiares, profesionales de la rehabilitación psicosocial y la comunidad, incluyendo el estigma como una perspectiva de trabajo complementaria a la actual, con unos objetivos concretos y diferentes tipos de intervenciones. Asumiendo esta perspectiva, la atención social a las personas con trastorno mental severo y persistente se ve potenciada y mejorada, al incluir dentro del trabajo cotidiano aspectos que hasta el momento únicamente se contemplaban de manera transversal o colateral.

El lector encontrará una reflexión crítica sobre la atención social a las personas con trastorno mental y líneas de actuación y estrategias generales de intervención que permiten desarrollar una lucha contra el estigma.

De interés para el ámbito profesional y académico de la rehabilitación psicosocial y la salud mental (psicólogos, sociólogos, directores de recursos de rehabilitación, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, psiquiatras, enfermeros...) que buscan conseguir un conocimiento práctico sobre el estigma asociado al trastorno mental así como recomendaciones para potenciar la atención social al Colectivo de personas con enfermedad mental.

También en Editorial Grupo5



Consulta nuestro catálogo completo en
www.editorial.grupo5.net



editorial.grupo5.net
editorial@grupo5.net