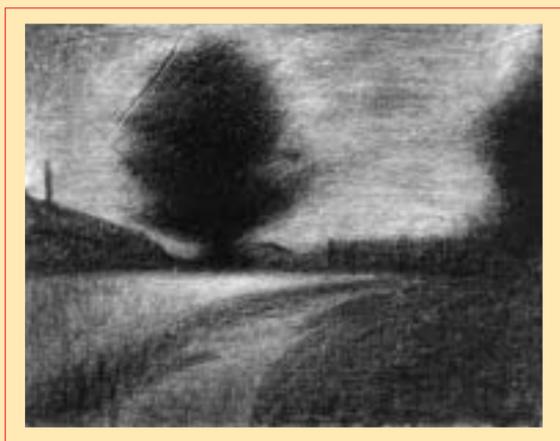


ANDER RETOLAZA
(Coordinador)

TRASTORNOS MENTALES COMUNES: MANUAL DE ORIENTACIÓN



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

TRASTORNOS MENTALES COMUNES:
MANUAL DE ORIENTACIÓN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 41

ANDER RETOLAZA (Coordinador)

**TRASTORNOS MENTALES COMUNES:
MANUAL DE ORIENTACIÓN**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2009

Ponencias del XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
Cádiz, 3-6 de junio de 2009

© Los autores

© Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009

C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725599

ISBN: 978-84-95287-45-8

Depósito Legal: VA. 353.-2009

Impreso en España. Unión Europea

Detalle de la sobrecubierta: Georges Seurat, 1882

Impresión: Gráficas Andrés Martín, S. L. Paraíso, 8. 47003 Valladolid

Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, 8-9. Polígono El Malvar.
28500 Arganda del Rey (Madrid)

Directores de la edición: Fernando Colina y Mauricio Jalón

ÍNDICE

Prólogo, <i>Manuel Desviat</i>	9
Presentación, <i>Ander Retolaza</i>	13
Los autores	15
I. Visión general, <i>Ander Retolaza</i>	17
II. La organización asistencial, <i>Ander Retolaza</i>	61
III. Las consultas sin patología en salud mental, <i>Alberto Ortiz Lobo, Beatriz García Moratalla, Carolina Lozano Serrano</i>	97
IV. Hacia un modelo de cooperación, <i>José Carmona Calvo, Antonio Gutiérrez Iglesias, Trinidad Maqueda Madrona, Fernando de Osma Rodríguez, Manuel Tejero Bernal</i>	109
V. Diagnóstico, <i>Ander Retolaza</i>	147
VI. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos, <i>Alberto Ortiz Lobo, Laura Murcia García</i>	179
VII. Formulación de casos de salud mental: una guía de entrenamiento, <i>Iván de la Mata, Alberto Ortiz Lobo</i>	195
VIII. Terapéutica, <i>Ander Retolaza</i>	215
IX. Modelos de tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comunes y sus limitaciones, <i>Iván de la Mata Ruiz</i>	253
X. La psicoterapia en el tratamiento de los trastornos mentales comunes, <i>Mariano Hernández Monsalve</i>	279
XI. Prevención, <i>Ander Retolaza</i>	301
XII. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores, <i>Alberto Ortiz Lobo</i>	313
XIII. Formación, investigación, ética, <i>Ander Retolaza</i>	325
XIV. Trastornos mentales menores en atención primaria. La visión con un antropólogo marciano, <i>Juan Gérvás</i>	341
XV. Construyendo trastornos psiquiátricos: quejicas, simuladores, ventajistas, <i>Guillermo Rendueles</i>	351

PRÓLOGO

Uno de los principales debates que tiene hoy la psiquiatría y la psicología pública es determinar el límite de sus prestaciones, qué es susceptible de ser atendido en los servicios de salud mental y qué supone un malestar de la vida cotidiana cuya resolución, apoyo o consuelo está en otra parte. Para algunos, abducidos por una concepción biomédica positivista, hay que tratar aquello que es enfermedad, que médicamente es enfermedad. Podríamos, en principio, estar de acuerdo. Pero el saber qué es enfermedad y qué no lo es no es siempre fácil de discernir, más aún en una sociedad que medicaliza el sufrimiento y las dificultades de la existencia, trasladando a la sanidad las grietas del funcionamiento social.

Una ilusión —lo venimos diciendo hace tiempo, profesionales y legos— puebla el imaginario colectivo: para todo puede haber remedio, una receta y un aseguramiento. Cada época escenifica sus enfermedades. Los psiquiatras y los psicólogos, traducirán esa construcción, esa narración colectiva, certificando, en sus consultas quién es y quién no es un caso psiquiátrico. Pero definir un caso psiquiátrico será siempre, como bien dicen los autores de este libro, un consenso profesional prendido en la urdimbre del entorno, de la cultura, del imaginario social: construcción de un concepto que adquiere sentido en su interrelación con el entorno del sujeto, pues sujeto y enfermedad se constituyen mutuamente. Una dificultad que se acrecienta cuando pretendemos ponernos de acuerdo en qué es un trastorno común, y más aún al plantear qué podemos hacer con ellos. Se presentan en la consulta de atención primaria y especializada y en la urgencia hospitalaria como síntomas mínimos y a menudo persistentes no encuadrables en las clasificaciones al uso, estados psicológicos más o menos habituales, que todos nosotros podemos experimentar en diversos grados de intensidad y en diferentes momentos, que revelan lo difuso de los límites entre la normalidad y el trastorno mental y la escasa fiabilidad en la que se mueven las categorías diagnósticas. Combinaciones de síntomas ansiosos, depresiones menores, cuadros somáticos en el contexto de dificultades psicosociales: el 70% de las bajas laborales de larga duración son debidas a trastornos mentales, a lo que se añade el sentimiento de insatisfacción organizada que impele a un consumo no saciable y el miedo continuo —al fracaso, a la ganancia de peso, a la vejez, al afuera, al adentro, al compromiso, a las emociones— que genera el estilo de vida del que se nos hace responsables y nos lleva a transitar la vida entre el vacío y la ansiedad.

Ahora bien, la cuestión no se reduce a un debate teórico, no se acaba con la crítica o la denuncia de las contradicciones de una sociedad alie-

nante. Víctimas o rentistas, enfermos o no-enfermos, lo que viene a importar es que constituyen casi un tercio de los pacientes en la consulta especializada. Lo que importa es hasta dónde estamos utilizando bien los recursos sanitarios, sociales y comunitarios de que disponemos, y hasta qué punto las respuestas de los profesionales de la salud mental pueden a veces llevar a la desatención de una crisis aparentemente menor que puede acabar en un trastorno mayor, y otras veces, nuestro celo lleva a facilitar un estatuto de enfermo que incapacita a la persona para asumir su vida. La cuestión es central para planificar la asistencia sanitaria y sus imprecisos lindes con la atención social; para la organización de un modelo sanitario comunitario, y en definitiva para el futuro de la psiquiatría y de la psicología clínica. Un futuro amenazado por la restricción psicopatológica a que les somete el predominio de la actual ideología biológica, que reduce la atención a la receta y el consejo, y por la incertidumbre, en la turbulencia de una demanda proteica, de la delimitación de su campo de actuación en un escenario que ha convertido la salud en objeto de consumo. Una demanda cuya magnitud –se puede ver la escalada epidemiológica en los diversos capítulos del libro– dimensiona la importancia de estos trastornos y la necesidad de adecuar el sistema sanitario a las nuevas necesidades, sea para prevenir trastornos mayores sea para resolver los casos de no enfermedad sin su institucionalización sanitaria. Una organización que, partiendo de la morbilidad no expresada presente en la comunidad, establezca los niveles y filtros necesarios, recuperando nociones de salud pública, desde la prevención a la rehabilitación como actos integrados, sin caer en las trampas de un abusivo prevenciónismo, de un salutismo iatrogénico. Es precisamente aquí donde adquiere gran valor este libro, hecho desde el compromiso con la asistencia pública, desde una praxis técnico social acreditada por el bagaje profesional político sanitario de sus autores, protagonistas en el proceso de reforma sanitaria y psiquiátrica que se ha llevado a cabo en las últimas décadas en este país. Ya conocíamos textos sobre el tema del coordinador del libro ponencia, Ander Retolaza, artículos y capítulos de libros que vienen siendo referencia bibliográfica obligada desde hace dos décadas, como lo son los del resto de autores: Pepe Carmona, Alberto Ortiz, Iván de la Mata, Mariano Hernández Monsalve, y en la addenda, desde un cuestionamiento más crítico, Guillermo Rendueles y Juan Gervás, médico generalista, como le gusta llamarse, de varios pueblos de la sierra de Madrid. Textos sobre las patologías menores y las no-patologías, sobre los llamados códigos Z y el uso racional e irracional de los medicamentos.

La obra, subtitulada con acierto *manual de orientación* por esa construcción *práctica* a la que nos referíamos antes, parte del marco conceptual que establecieron Goldberg y Huxley en su ya clásico libro *Enfermedad mental en la Comunidad* (Tavistock, 1980; Nieva, 1990), recuperando conceptos como los de morbilidad comunitaria, nivel asistencial (los dis-

tintos servicios asistenciales) y filtro asistencial (que sirve para describir y analizar las barreras sociales, clínicas asistenciales que se presentan para pasar de un nivel a otro), cuyo esquema se viene representando desde entonces con un gráfico piramidal donde la base es la comunidad y su delgada cúspide las camas hospitalarias. En los diferentes capítulos se trata el diagnóstico, los manuales al uso, su validez y fiabilidad, las guías para la formulación de casos; las herramientas terapéuticas, en las que se incluye acertadamente la indicación de no tratamiento; la prevención, sus límites y posibilidades; y, por último, la formación e investigación en salud mental, dónde se encuentran, cuáles son sus líneas de futuro y qué podemos hacer. Y, en el trasfondo de todo el libro, dos ideas indisolublemente enlazadas: la importancia del entorno, del carácter plural del enfermar y la militancia por lo público, por los servicios públicos.

Apretado recorrido, que ha supuesto una puesta en común colectiva, un trabajo en equipo, que no se queda en una rigurosa revisión de planteamientos y herramientas, que lo es, sino que configura una visión propia, desde una mirada cosida a nuestro país y a nuestra época. Una época donde la apuesta por una teoría y una práctica comunitaria, progresista, exige pararnos a pensar sobre la clínica. No cabe duda de los avances alcanzados en la asistencia psiquiátrica de este país desde la transición democrática, ni del peso que en este proceso han tenido las ideas comunitarias en la reordenación de los espacios de tratamiento. Pero tampoco se puede ignorar la todavía gran fragilidad de una clínica que privilegie el cuidado del sujeto, de una psicopatología que parta de la autonomía, de la libertad informada de la persona al construir sus formulaciones, y que no renuncie a trascender los estrechos límites que separan las categorías salud, sociedad, comunidad.

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 con la atención primaria como puerta de entrada del sistema. El modelo de salud mental se construye a partir de servicios integrados de salud mental en estrecha colaboración con los equipos de atención primaria. Atención primaria, ordenación sanitaria y salud mental que constituyen para muchos los mayores logros de la reforma sanitaria española. Y que, sin embargo, se encuentran hoy amenazados, de forma heterogénea dada la desigualdad sanitaria en el mapa autonómico español, por recortes presupuestarios –la masificación de las consultas por precarización del empleo y otros recursos– y tendencias privatizadoras que descolocan las redes públicas (¡en Madrid se plantea un área sanitaria única para 6 millones de habitantes!). Privatización y consecuente individualización de la responsabilidad del enfermar y el sanar que coloca las alteraciones del cuerpo y el alma en el centro de la fractura social, al tiempo que delega la atención en los expertos del cuerpo y las emociones, en la guías de autoayuda, los chamanes y los profesionales del «cómo vivir», en una

industria de la salud que diseña la publicidad, verdadera ideología de nuestra época, dando forma a unas necesidades que inundan los servicios en busca (compra) de remedios para todo. La población, los usuarios y los profesionales quedan desguarnecidos, en manos de los dueños del negocio: las empresas farmacéuticas, aseguradoras, constructoras de hospitales, o de las ONG caritativas captadoras de almas y de euros. En su cuenta de resultados está lo que es enfermedad y lo que no, qué malestar se trata y cómo. De ahí que la actuación sanitaria deba centrarse en trabajar esas necesidades y demandas, que es de lo que trata este libro, en indispensable negociación de la población, los gestores, políticos y profesionales para planificar y asignar los recursos disponibles, para que la acción sanitaria, social y comunitaria se adecue a la morbilidad existente y a las posibilidades reales de atenderla. Claro que esto sólo será posible desde unos servicios públicos, universales, equitativos, accesibles, y por tanto, en el horizonte de un Estado del Bienestar.

MANUEL DESVIAT

PRESENTACIÓN

Aún hoy en día, podemos considerar que tanto una reforma psiquiátrica plena, entendiendo por ésta un acabado desarrollo comunitario de los servicios, como el despliegue de un modelo coherente de atención primaria de salud, han quedado implantados a medias en nuestro país. El peso del hospital y el modelo asistencial que le es implícito siguen siendo centrales todavía en nuestra asistencia sanitaria. Este modelo, que persiste en el tiempo y marca la tónica dominante, está basado en la concentración de servicios, la hiper-especialización y la fascinación tecnológica. Se trata de un modelo que, además, genera su propia propaganda seduciendo con su brillo tecnológico y las consecuentes promesas de saber (y poder) a un gran número de profesionales y cautivando a muchos ciudadanos en la fantasía de que existe una solución tecnológica para todos (o la mayoría) de sus problemas de salud. El modelo hospitalario de organización necesita además una gran cantidad de recursos económicos para poder funcionar y no alcanza a tener en cuenta que una buena parte de los problemas que se le plantean precisan de otra forma de organización, más horizontal y menos hiperespecializada (pero no menos tecnológico-científica), para ser convenientemente planteados y resueltos. Hoy ya sabemos que una organización asistencial comunitaria y coherente, donde los servicios hospitalarios estén bien dimensionados y coordinados con el resto de dispositivos, resulta más costo-efectiva.

Según los datos disponibles, y a pesar de trabajar con escasos medios, la atención primaria de salud alcanza un poder resolutivo superior al 90% de las visitas atendidas en nuestro país. Sin embargo, y sólo es un dato tal vez desfasado, en España la participación de la atención primaria en el gasto sanitario público se redujo el doble que la participación hospitalaria durante el período 1995-2002. Una atención primaria falta de desarrollo, escasa o desbordada es una fuente inagotable de problemas para el conjunto del sistema sanitario al que las demandas no organizadas y desordenadas desarbolan y restan eficacia resolutiva. Esto es tanto más verdad cuanto más especializado sea el nivel al que accedan esas demandas, muchas de ellas inespecíficas, y que la atención primaria sabe y debe atender, resolver y ordenar.

Es posible que una gran parte del problema que se nos viene planteando sobre los trastornos mentales comunes, o menores para algunos, y que, en los últimos años incomoda y abrumba a muchos profesionales de la salud mental, tenga sus causas en esta situación, todavía mal resuelta, sobre qué es lo que requiere una atención especializada y qué es lo que no. Las exigencias de muchos de nuestros conciudadanos frente a los servi-

cios sanitarios públicos y la falta de unos servicios sociales suficientes son otros dos aspectos de este problema que debemos considerar en toda su dimensión y complejidad.

Han pasado casi 25 años desde el XVII Congreso de la AEN celebrado en San Sebastián en 1986. En el mismo se presentó una ponencia sobre Salud Mental y Atención Primaria que significó un importante hito para nuestra asociación y su, al menos por entonces, no desdeñable campo de influencia. El título de la misma fue *Salud Mental y Atención Primaria de Salud*. Sus autores fueron Marcelino López Álvarez (coordinador), Augusto López Krahe, Zoilo Fernández Rodríguez, José Luis Pedreira Massa, María José Rodríguez Borrego, Ignasi Pons i Anton y Ángele García Janeiro. En aquel momento, el desarrollo de la reforma psiquiátrica en nuestro país estaba empezando ya a estar condicionado, en una buena medida, por lo que estaba sucediendo con la atención primaria, la otra gran reforma asistencial que ha marcado la evolución del sistema sanitario público en estos más de veinte años. Las reflexiones y propuestas de aquella ponencia, que informaba de los avances en la investigación y de nuevas formas de abordaje en la organización de los servicios asistenciales en otros países de nuestro entorno, sirvieron a muchos profesionales como elementos de guía práctica en sus actuaciones, contribuyeron a la mejora de nuestros servicios e impulsaron el desarrollo de una todavía incipiente investigación en este campo en nuestro país.

Desde entonces las cosas han cambiado bastante y, en la actualidad, nos encontramos ante nuevos retos y realidades, muchos de los cuales suponen la culminación de aquella etapa. La situación actual de la salud mental en atención primaria (entendiendo por esto, aquella que no precisa ser atendida en servicios hospitalarios) ha mejorado en nuestro país sensiblemente respecto a la que entonces había. Pero, como no podía ser de otro modo, nos exige nuevos compromisos en diversos campos, tanto referidos a cuestiones clínicas como de investigación o respecto a la innovación y calidad de nuestros servicios. Debemos responder a estos importantes retos con una actualización de nuestros conocimientos y nuestras prácticas en este campo, así como con una revisión de lo acontecido en estos años que contribuya a mejorar nuestros resultados. Esos son los objetivos de esta ponencia. Desde aquí doy las gracias a quienes han contribuido con su esfuerzo a que la misma sea una realidad. Los autores esperamos que, en las páginas que siguen, el lector podrá encontrar datos suficientes y puestos al día sobre el estado de la cuestión en nuestro país y en otros de nuestro entorno. Que todo ello le sirva para avanzar en el camino de atender mejor a nuestros pacientes.

ANDER RETOLAZA
Coordinador de la Ponencia

LOS AUTORES

Manuel Desviat Muñoz. Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Tetuán. Madrid.
Director de *Atopos. Salud mental, comunidad y cultura*.

Alberto Ortiz Lobo, Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Salamanca. Madrid.

Beatriz García Moratalla, Psiquiatra. Hospital Nuestra Sra. del Perpetuo Socorro.
Albacete.

Carolina Lozano Serrano. Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Germain. Centro
de Salud Mental de Leganés. Madrid.

José Carmona Calvo. Psiquiatra. Coordinador de la USMC de Jerez de la Frontera.
UGC de Salud Mental. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Antonio Gutiérrez Iglesias. Psiquiatra. USMC de Jerez de la Frontera. Cádiz.

Trinidad Maqueda Madrona. Médica de Familia. CS San Benito. Jerez de la
Frontera. Cádiz.

Fernando de Osma Rodríguez. Médico de Familia. CS San Telmo. Jerez de la
Frontera. Cádiz.

Manuel Tejero Bernal. Médico de Familia. CS Manuel Blanco. Jerez de la
Frontera. Cádiz.

Laura Murcia García. Psicóloga clínica. Hospital Universitario Virgen de la
Arrixaca. Murcia.

Iván de la Mata Ruiz. Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico-Servicios de Salud Mental
José Germain. Leganés. Madrid.

Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra. Jefe de los Servicios de Salud Mental
del Distrito de Tetuán. Madrid.

Juan Gervas. Médico general rural, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes
y El Cuadrón (Madrid). Equipo CESCA, Madrid.

Guillermo Rendueles Olmedo, Psiquiatra. CSM IV. Gijón (Asturias).

Ander Retolaza Balsategui. Psiquiatra. Jefe de Unidad. CSM de Basauri-
Galdakao. Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB). Osakidetza.

I VISIÓN GENERAL

Ander Retolaza

Introducción

En la era de la globalización y de la economía de mercado a gran escala, el estado de salud de las poblaciones no puede ser expresado ni juzgado correctamente en términos que se refieran exclusivamente a las estadísticas de mortalidad. La discapacidad juega, hoy en día, un papel fundamental a la hora de establecer el estado de salud de las personas o los costos, directos o indirectos, que genera mantenerlo en niveles óptimos. En su estudio sobre la Carga Global de Enfermedad (1996), la OMS ya 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 poblaciones. 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 lo suficiente sus métodos como para proporcionarnos datos cada vez más precisos sobre las características y naturaleza del problema objeto de este trabajo: los trastornos mentales comunes. 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 especialmente 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 cada vez más consistentes en el sentido de aportar información sobre la gran prevalencia de los llamados trastornos mentales comunes y el sufrimiento individual y colectivo que generan; de su enorme costo en bajas, improductividad laboral y sobrecarga familiar (especialmente para las mujeres) y de la –todavía hoy– insuficiente efectividad con que son tratados en el sistema sanitario, con el gasto ineficiente que también ello produce. Sólo con esto ya hay motivos suficientes para poner en marcha todo un proceso de investigación de alcance universal sobre este asunto, como en realidad está ocurriendo en todo el mundo y también en nuestro país desde hace más de veinte años. Resulta necesario 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, etc.) 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 conflictividad 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 por el 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 siguientes, aportaremos algunos datos extraídos de diversos estudios epidemiológicos, de ámbito tanto internacional como local, lo que nos permitirá establecer las comparaciones pertinentes y hacernos una mejor 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. Entre los estudios que mencionaremos destaca por su envergadura el proyecto denominado ESEMeD, acrónimo que identifica el conocido internacionalmente como *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*. Se trata de un importante estudio de base poblacional sobre los trastornos mentales comunes realizado en seis países europeos, incluida España. Lo publicado hasta la fecha nos permite disponer de datos promediados referidos a todos los países incluidos en el estudio, además de los datos desglosados referidos a cada país y, en el caso de España, a algunas de las comunidades autónomas.

Previamente haremos una breve descripción del modelo epidemiológico de Goldberg y Huxley, lo que nos permitirá disponer de un marco de trabajo en el que inscribir y entender mejor los diferentes datos.

La pirámide de Goldberg y Huxley

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 aten-

dados en servicios asistenciales, fueran éstos de Atención Primaria o especializados. Ello permitió el desarrollo de un marco teórico (aunque a la vez de base muy práctica) que impulsó de manera hasta entonces desconocida la investigación en la materia. Conceptos, por otra parte completamente naturales, 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, etc., se han beneficiado acumulando nuevos e importantes descubrimientos a nuestro acervo de conocimiento. El ámbito de los trastornos mentales comunes, aunque no sólo él, 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. En líneas generales, parte de un intento de ordenar y organizar los dispersos conocimientos proporcionados por la epidemiología psiquiátrica anterior. Hasta entonces se disponía, por un lado, de algunos estudios comunitarios que habitualmente proporcionaban tasas de prevalencia puntual y, por otro, de estudios de provisión de servicios, casi siempre centrados en el ámbito de la salud mental especializada, que disponían de informes de población en tratamiento en los que los datos suelen suministrarse en tasas de incidencia o prevalencia periódica asistidas (normalmente anual). Por otro lado se disponía de escasos estudios centrados en el nivel de la Atención Primaria. En la mayor parte de ellos, los datos hacían referencia a porcentajes de pacientes atendidos, lo que dificultaba aún más las cosas. Poner en relación y comparar unos datos con otros resultaba imposible hasta que no se pudo disponer de cifras más precisas sobre incidencia (nuevos casos) de periodicidad anual en alguno de los niveles señalados, a partir de la cual era posible obtener las cifras de prevalencia correspondientes mediante un simple producto. Paralelamente, los estudios comunitarios comenzaron a mejorar sus estimaciones preguntando en sus encuestas sobre el estado de salud durante el año anterior de los entrevistados. Aunque se considera que este procedimiento podría subestimar los resultados obtenidos, resultaba con toda seguridad más preciso que los practicados anteriormente y proporcionaba mayor fiabilidad a los resultados. Todo ello contribuyó a crear las condiciones necesarias para elaborar 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 para investigar sobre las posibles respuestas a estos interrogantes.

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 podrían 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 y las características de los pacientes que los padecen, además de cuáles son las situaciones asociadas a los mismos, que pueden ser o no semejantes a las apreciadas en el nivel anterior.

Nivel 3: *La morbilidad detectada en Atención Primaria*, habitualmente 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 aquella que sólo 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.

Los 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 el nivel 1 y 2. Aquí interesa conocer 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, 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 de la estructura organizativa de la Atención Primaria). Se trata de un aspecto funda-

mental del modelo que concede una importancia trascendental al papel del médico de familia y los equipos de trabajo de este nivel asistencial. 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 asistencial.

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*. Nótese 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 previos relevantes. 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 bastante inferior. Correlativamente con lo que antecede, el modelo asume que existe un número de casos (que la investigación ha 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 referida a nuestro país (o en su caso a países del entorno que puedan servir de referencia) al objeto de disponer de datos contrastables sobre la situación de nuestros servicios que permitan establecer las mejores estrategias para enfrentar la situación observada a día de hoy.

Nivel 1: El trastorno mental en la Comunidad

Para ilustrar al lector sobre la situación actual de nuestro conocimiento en este ámbito, empezaremos por presentar los resultados principales del proyecto ESEMeD. Este estudio, dada su reciente realización (aún se están publicando resultados parciales del mismo) y el hecho de que aporta datos referidos a España, con la posibilidad de ser comparados con los de países de nuestro entorno económico, social y cultural, proporciona un buen punto de partida para nuestro objetivo.

Al objeto de suministrar elementos de juicio sobre el alcance y limitaciones de este estudio, pasaremos a describir y comentar algunas de las características metodológicas del mismo, que delimitan con bastante exactitud los problemas con los que tienen que enfrentarse estudios de esta envergadura. El estudio principal se ha realizado en seis países europeos: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia y se ha centrado en la población adulta mayor de 18 años. La selección de participantes se realizó mediante muestreo estratificado, 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 de cada país. Este criterio dejó fuera a un importante grupo de inmigrantes, sobre todo de primera generación, que no dominaban la lengua en cuestión. 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, es decir transeúntes, indocumentados y personas institucionalizadas. Entre estos últimos están los pacientes ingresados por cualquier circunstancia, incluyendo entre éstas los trastornos psiquiátricos graves.

Tal y como se viene realizando en la mayor parte de estudios epidemiológicos de los últimos años, se optó por entrevistadores legos (es decir, no profesionales) debidamente entrenados, que manejaron un formato muy estructurado y cerrado de entrevista. Ésta consistió en una nueva versión del CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) de acuerdo con diagnósticos DSM-IV referidos al último año o a toda la vida del sujeto. Por motivos de validez del estudio no se incluyeron varias categorías importantes de trastorno mental debido, entre otras cosas, a su relativamente escasa presencia en muestras de base poblacional como es el caso de la estudiada. Así, no se evaluaron en este trabajo los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos alimentarios, abuso de drogas, trastornos infanto-juveniles, ni trastornos psicóticos. Se excluyeron también todos los casos en cuyos síntomas no podía descartarse una etiología orgánica. En consecuencia un porcentaje de personas que cumplían criterios de Trastorno de ansiedad generalizada (5,06%) o Trastorno de pánico (12,68%) fueron descartadas porque sus síntomas podían ser atribuidos a una enfermedad médica más que a un trastorno mental.

Se desprende de la metodología utilizada que se ha utilizado un criterio muy restrictivo para la selección de casos. Ello indica que los datos aportados, debido a las características del estudio son *de mínimos*, es decir, que 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 probabilidades de tener trastornos derivados del abuso de alcohol. Los desempleados, las personas con discapacidad o de baja por enfermedad y las personas que nunca han estado casadas, o lo han estado previamente, pero no en el momento actual, 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.

Tabla 1.1. *Prevalencia vida de trastornos mentales en seis países europeos (2004)*

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)

A diferencia de otros estudios previos, no se ha encontrado 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, pero consistente, incremento de riesgo de padecer trastorno mental (depresión, ansiedad, abuso de alcohol) 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.

Los resultados de este estudio muestran cifras globales algo más bajas que las aportadas por otros trabajos previos. Se han utilizado criterios más

conservadores para definir el abuso de alcohol. Además la nueva versión del CIDI produce menos falsos positivos. 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 permite establecer comparaciones mejor fundadas. La muestra estudiada fue de 21.425 personas entrevistadas. El universo representado es de 212 millones de personas que es la suma de la población de los países estudiados. Como vemos, las estimaciones arrojan cifras importantes. En números redondos, en este grupo de países, unos 20 millones de personas han padecido algún tipo de trastorno mental durante el último año, de los cuales algo más de 12 millones experimentaron trastornos de ansiedad y más de 9 millones fueron trastornos depresivos, mientras que casi 3 millones de personas padecieron trastornos relacionados con el uso del alcohol. Unos 51 millones de personas que residen en estos seis países han experimentado algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. De ellos, más de 28 millones han sido trastornos del humor, 26 millones de ansiedad y unos 10 millones por abuso de alcohol.

Tabla 1.2. *Prevalencia año de trastornos mentales en seis países europeos (2004)*

PREVALENCIA 12 MESES % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	7,1 (6,4-7,8)	12,0 (11,2-12,8)	9,6 (9,1-10,1)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,8 (2,3-3,3)	5,6 (5,1-6,1)	4,2 (3,8-4,6)
Cualquier trastorno de ansiedad	3,8 (3,3-4,3)	8,7 (8,0-9,4)	6,4 (6,0-6,8)
Cualquier trastorno por consumo de OH	1,7 (1,4-2,0)	0,3 (0,2-0,4)	1,0 (0,8-1,2)
Depresión Mayor	2,6 (2,2-3,0)	5,0 (4,5-5,5)	3,9 (3,6-4,2)
Distimia	0,8 (0,6-1,0)	1,5 (1,2-1,8)	1,1 (0,9-1,3)
Fobia específica	1,9 (1,5-2,3)	5,0 (4,5-5,5)	3,5 (3,2-3,8)
Abuso de alcohol	1,3 (1,0-1,6)	0,2 (0,1-0,3)	0,7 (0,6-0,8)

Los trastornos mentales comunes en España

Aunque en nuestro país existían algunos estudios previos metodológicamente bien planteados en el nivel comunitario, no eran muy abundantes (Vázquez Barquero, 1987). Además la mayor parte de ellos son de ámbito geográfico local o parten de muestras insuficientes para que sus resultados puedan ser generalizables, sin riesgo de sesgo, al conjunto del país. ESEMeD es el primer estudio que ha evaluado la presencia de tras-

tornos mentales en una muestra de población general adulta en el conjunto de España. Al objeto de conseguir una adecuada representación de cada una de las comunidades autónomas y de las poblaciones de residencia, la selección muestral se realizó de forma estratificada por comunidad autónoma y tipo de municipio. En este último caso la tipología considerada fue el tamaño del mismo. Se estratificó la muestra en cuatro grupos: menos de 10.000 habitantes; entre 10.001 y 50.000; entre 50.001 y 250.000 y mayores de 250.000. Esta forma de proceder permite realizar una estimación adecuada sobre las posibles diferencias entre medio rural y urbano.

Vemos en las Tablas 1.3 y 1.4 que los trastornos mentales son también muy frecuentes en nuestro país cuando lo observamos de forma aislada de los del resto del estudio. La mayoría de los trastornos tienen una frecuencia y distribución, en grandes líneas, 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 son grupos con mayor riesgo de padecer trastornos mentales, y precisan una mayor cobertura sanitaria. Sin embargo la prevalencia encontrada es un poco inferior a la que podemos observar para el conjunto de los seis países europeos. 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. El estudio ESEMeD-Italia ha mostrado también unas cifras de prevalencia algo más bajas que el resto. Surge 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.

Tabla 1.3. *Prevalencia vida de trastornos mentales en España (2006)*

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)

El estudio ESEMeD también muestra una tasa de trastornos menor que las encontradas en otros desarrollados en España con anterioridad. Aunque estas comparaciones están muy limitadas, dado que existen importantes diferencias metodológicas (forma de selección muestral, características de la entrevista psiquiátrica, probabilidad de falsos positivos, etc.) que no permiten hacer comparaciones de una forma adecuada. Puede sorprender la baja prevalencia anual encontrada para el abuso de alcohol (0,69%), muy inferior además a la prevalencia vida para este mismo trastorno. Quizá la causa pueda residir en que se ha empleado el criterio diagnóstico del DSM-IV, que es muy restrictivo y no basa sólo la definición de abuso en la cantidad consumida. Con todo parece que se trata de un dato que requiere confirmación en estudios posteriores.

Una cuestión de interés deriva del hecho de que la relación entre prevalencia año y prevalencia vida puede considerarse un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno. En este estudio se observa que los trastornos de ansiedad son algo más frecuentes que los depresivos cuando observamos la prevalencia-año y ocurre a la inversa cuando lo hacemos con la prevalencia-vida. Esto podría indicar una mayor cronicidad de los trastornos de ansiedad (relación prevalencia año/vida) frente a los depresivos, que podrían tener un curso más episódico.

Tabla 1.4. *Prevalencia año de trastornos mentales en España (2006)*

PREVALENCIA 12 MESES % (IC 95%)			
	Varón	Mujer	Total
Cualquier trastorno Mental	5,25 (4,17-6,33)	11,44 (10,02-10,86)	8,48 (7,53-9,42)
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,33 (1,61-3,04)	6,25 (5,20-7,30)	4,37 (3,71-5,04)
Cualquier trastorno de ansiedad	2,53 (1,74-3,31)	7,61 (6,41-8,80)	6,20 (4,63-7,77)
Cualquier trastorno por consumo de OH	1,38 (0,78-1,99)	0,05 (0,00-0,12)	0,69 (0,40-0,98)
Depresión Mayor	2,15 (1,45-2,85)	5,62 (4,66-6,59)	3,96 (3,34-4,59)
Distimia	0,52 (0,22-0,81)	2,38 (1,69-3,07)	1,49 (1,10-1,88)
Fobia específica	1,19 (0,68-1,70)	4,20 (3,23-5,16)	3,60 (2,82-4,38)
Abuso de alcohol	1,38 (0,78-1,99)	0,05 (0,00-0,13)	0,69 (0,40-0,98)

Los autores del estudio desarrollado en nuestro país han realizado también una estimación de prevalencia del conjunto de los trastornos mentales por Comunidades Autónomas. Sin embargo, dado el insuficiente tamaño muestral de las comunidades con menor número de habitantes, sólo los datos de las más habitadas pueden ser considerados como fiables y son, en consecuencia, los finalmente publicados.

Tabla 1.5. *Prevalencia vida de trastornos mentales comunes en siete Comunidades Autónomas (Haro y cols., 2008, ESEMeD)*

Comunidad Autónoma	Prevalencia estimada	IC 95%
Andalucía	15,71	12,3-19,3
Cataluña	23,68	21,2-26,17
Madrid	18,02	13,97-22,06
Valencia	17,41	12,92-21,89
Castilla-La Mancha	20,50	14,33-26,66
Galicia	22,03	15,22-28,84
País Vasco	18,96	13,3-24,62

Resumiendo las principales conclusiones de este estudio destacaremos lo siguiente:

- 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 sexo. 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.

Como acabamos de mencionar, el estudio ESEMeD también ha revisado otros factores como la comorbilidad de los diversos trastornos mentales. En la siguiente tabla podemos apreciar algunos de sus hallazgos en esta materia para el conjunto de países incluidos en el estudio.

Tabla 1.6: *Comorbilidad entre trastornos muy frecuentes en la comunidad. Asociación entre trastornos padecidos durante el último año.* Adaptada de Estudio ESEMeD, *J. Clin. Psychiatry*, 2007, 68 (supl. 2)

TRASTORNO	Depresión Mayor	Ansiedad Gener.
	OR (IC)	OR (IC)
Distimia	53,0 (36,1-77,8)	
Ansiedad Gener.	37,1 (23,2-59,1)	
Agorafobia	15,5 (8,0-30,0)	26,6 (10,8-65,1)
Trastorno Pánico	29,8 (19,0-46,6)	21,8 (11,5-41,2)
Abuso OH	3,4 (1,3-8,7)	1,8 (0,4-8,0)
Dependencia OH	9,8 (2,7-35,8)	18,9 (4,8-74,4)

En el caso de las asociaciones habidas entre abuso y dependencia de alcohol con otros trastornos se observaron importantes diferencias de género 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 en el estudio (OR=10,2; 95% IC= 8,2-12,7). Algo menores resultan las asociaciones entre trastornos del humor y trastornos por abuso o dependencia de alcohol, por un lado (OR=5,1; 95% IC=2,6-10,1) y entre trastornos de ansiedad y abuso o dependencia de alcohol, por otro (OR=3,7; 95% IC=1,7-8,3).

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 muy pocas decisiones. Debido a ello, el presente trabajo se ha limitado a recoger información sobre aquellos trastornos en los que el CIDI ha mostrado una muy buena validez. Por otro lado se trata de un estudio transversal y, a pesar de las estrategias desarrolladas para evitar sesgos, no se puede 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. Con todo, los

resultados parecen muy válidos, son de una gran solidez y revisten una gran trascendencia.

Después de este repaso general en el marco comunitario, y siguiendo la referencia del modelo de Goldberg y Huxley, continuaremos revisando los diferentes datos disponibles así como los factores relacionados con ellos en relación con los niveles propiamente asistenciales y sus correspondientes filtros. A lo largo de nuestra exposición nos referiremos, sobre todo, a la Atención Primaria y a la Asistencia Psiquiátrica ambulatoria debido a que son los lugares donde la atención a los trastornos mentales comunes tiene su centro de gravedad.

El Primer filtro: La decisión de consultar

Una parte de las personas que sufren trastornos mentales en la comunidad (Nivel 1) no llega a consultar en ningún tipo de servicio. Varios factores, fundamentalmente de orden socio-cultural y psico-social, además de los propiamente debidos al trastorno concreto que padecen las personas, influyen en la decisión de acudir al médico.

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. Williams y Wilkinson (1990) indicaron cuatro aspectos esenciales que influyen en la decisión de búsqueda de ayuda: 1) La severidad del problema en cuestión. 2) La propensión individual hacia la búsqueda de ayuda. 3) La accesibilidad de los servicios. 4) 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 psico-social 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 perso-

nas 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 y/o no quiera molestar con ello a otras personas.

El paso siguiente se produce cuando el individuo comenta lo que le pasa con otros elementos de su entorno significativo (familia, amistades, etc.) 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 para-profesionales como es el caso de los curanderos o similares. Aspecto este 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 en una muestra de 1.210 individuos. 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 mental está muy relacionada con factores sociales y culturales que condicionan el uso de servicios. Así, si se trata de personas de raza *no blanca*, con menor nivel educativo, más 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 sexo femenino presentaron tasas de utilización de servicios que los autores consideran en exceso altas. Estos autores llegaron a la conclusión de que, debido a factores socioculturales y económicos, una importante proporción 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 psíquicos 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 el GHQ tienen el doble de probabilidades de consultar con su médico de familia que los que obtuvieron bajas puntuaciones y que, apro-

ximadamente el 20% del total de consultas en Centros de Salud General pueden ser atribuidas a trastornos psíquicos (Williams y otros, 1986).

Vázquez-Barquero (1990), en un estudio llevado a cabo en consultas de Atención Primaria en España, encontró que aproximadamente el 15.5% de las consultas de los hombres y el 20.3% de las realizadas por mujeres pueden ser atribuidas a un trastorno mental. Este estudio confirmó también el hallazgo de que las tasas de consulta están directamente relacionadas con las puntuaciones en el GHQ, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres.

En su estudio de población general, en Navarra, Muñoz y Crespo (1981) encontraron que el 59% de las personas que presentaban síntomas psiquiátricos según la entrevista estructurada PSE (*Present State Examination*) no habían consultado nunca. También hay que tener en cuenta que los pacientes con trastorno mental pueden consultar por motivos distintos de los psiquiátricos. Los pacientes con síntomas psíquicos que consultan en Atención Primaria tienden a ser menos severos 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 lo psicológico 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.

Otras variables de importancia en la decisión de consulta se relacionan con el género, la edad y la situación laboral, pero no de una forma lineal. Por ejemplo, aunque la proporción hombres/mujeres es aproximadamente igual en el Nivel 1 (Comunidad) que en el 2 (Atención Primaria) respecto a los casos psiquiátricos confirmados, las mujeres tienen más probabilidad de consultar que los hombres a lo largo de todo el espectro de gravedad de patología psíquica, incluida la ausencia de la misma.

En Estados Unidos algunos estudios han informado que los hombres que buscan ayuda psiquiátrica es más probable que lo hagan en servicios especializados, mientras que las mujeres la buscarían tanto en éstos como en servicios médicos generales. Por otro lado, las personas de edad avanzada tienen menos probabilidades de recibir cuidados en los servicios especializados que en los de primera línea asistencial.

El sexo femenino, las edades avanzadas de la vida, el estar soltero, separado o divorciado y la falta de empleo están asociados 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, además de lo anterior, el hecho de estar registrado en un seguro público (frente al hecho 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 y su correspondiente representación visual en diagramas 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 más frecuentes 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 reciben 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.

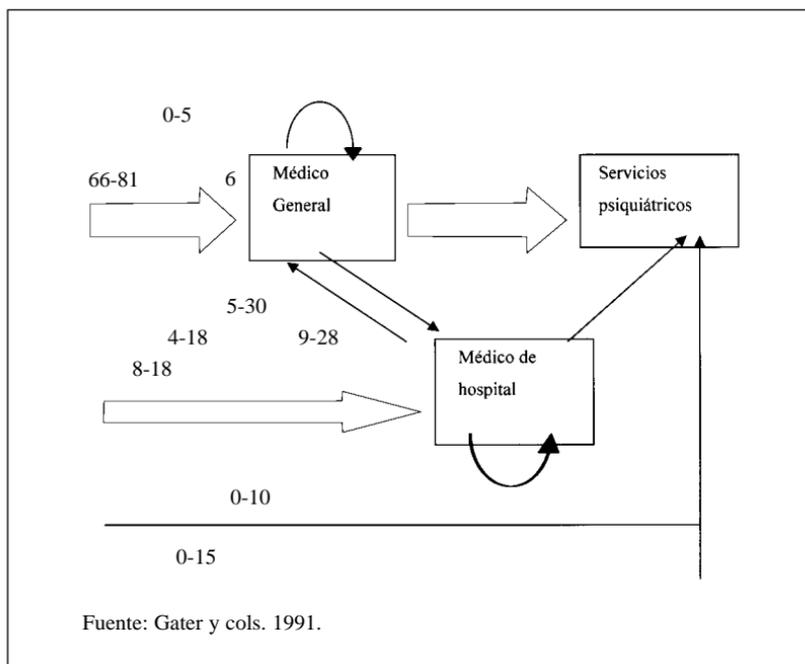
Gater y otros (1991) llevaron a cabo un estudio para la OMS sobre rutas asistenciales en salud mental en el que participaron centros de 11 países de Europa, América y Asia. Obviamente se trataba de países con muy diversas situaciones en cuanto a recursos económicos, desarrollo y tradición de servicios asistenciales. Entre los colaboradores de este estudio se encontraban un centro de Granada (Torres González, 1991) y otro de Cantabria (Vázquez-Barquero, 1993). La Figura 1.1 muestra el diagrama de Rutas Asistenciales común al grupo de países en el que se encuentran los dos centros españoles. El tamaño de las flechas indica la importancia relativa de cada ruta. Las cifras representan porcentajes sobre el total de pacientes con trastorno mental en el período de un mes. La estructura del diagrama es similar a la del resto de países europeos que participaron en el estudio y muy representativa de un sistema sanitario con un buen nivel de desarrollo.

El primer contacto se realiza principalmente con un médico general, aunque un porcentaje no desdeñable de pacientes lo efectúa en servicios hospitalarios. La ruta más definida va desde la comunidad al médico general, y de aquí hacia el servicio de psiquiatría. A diferencia de otros países se encontró que en España un grupo de pacientes consultaba directamente en los servicios especializados. Esta última ruta fue más notoria en el ámbito urbano que en el rural, al menos en Cantabria. En ambos centros las demoras fueron muy cortas y comparables a otros países europeos. En

cuanto a las quejas que motivaron la consulta, como era de esperar, 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 se consultan, en cifras porcentuales, los siguientes problemas: un 30% somáticos, un 15% ansiedad y otro 15% depresión.

Lo sustancial de estos hallazgos es válido hoy en día. Aunque muy probablemente los datos referidos a demoras asistenciales y acceso directo a los servicios especializados deban ser actualizados debido a que posiblemente hayan evolucionado en relación a la creciente demanda asistencial experimentada en los últimos años.

Figura 1.1. *Rutas de asistencia psiquiátrica en varios países, incluida España*



Nivel 2: El trastorno mental en Atención Primaria

El conocido como 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 (Médico General, Asistencia

Primaria). Es importante destacar que este nivel tiene unas características epidemiológicas propias, 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 (Nivel 1) 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 psíquicos 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.

La información suministrada por el estudio del Nivel 2 es más amplia, afecta a un mayor número de pacientes (sobre todo a aquellos con trastornos menos severos) y está relacionada de una manera menos sesgada con los condicionantes habituales de los trastornos mentales que la obtenida en los niveles especializados. Por todo ello permite un conocimiento más exhaustivo de la morbilidad psiquiátrica, especialmente la referida a aquellos procesos que no acceden al nivel especializado y posibilita un mejor estudio de los primeros estadios (en gran parte desconocidos) de algunos que sí acceden.

En los sistemas sanitarios altamente estructurados y con un buen desarrollo de la Asistencia Primaria, los datos procedentes del Nivel 2 pueden acercarnos bastante al estado real de cosas existente en la comunidad y son mucho menos costosos de obtener. La metodología a desarrollar en los estudios de población en contacto con servicios del primer escalón asistencial (diseño de estrategias, instrumentación...) puede reproducir la del Nivel 1 y resulta más accesible y fácil de poner en marcha.

En relación con lo anterior podremos entender que en unas condiciones de óptimo desarrollo y organización de los servicios asistenciales, con un fácil y ordenado acceso a los mismos, 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 psíquica así como su relación con la demanda.

La fiabilidad de la información obtenida en los estudios de Nivel 2, sobre todo en el caso de que se pretenda hacer inferencias válidas para población general, exige dos condiciones simultáneas. La primera es que la mayoría de la población debe estar asignada y registrada de forma individualizada en cupos de medicina general; la segunda presupone que, en caso de enfermedad, la probabilidad de que el paciente acuda, en primer lugar, a su médico de cabecera ha de ser muy alta. Obviamente el grado de desarrollo, la calidad y la capacidad de los servicios de Atención Primaria condicionan la validez de la información obtenida con el estudio de este estrato asistencial.

Por otro lado, sólo a partir de datos epidemiológicos válidos y fiables procedentes del Nivel 2 (que intenta acceder al conocimiento de la demanda asistencial psiquiátrica tal y como llega a los servicios) 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.

Trastorno mental y caso psiquiátrico

Se ha sugerido que el concepto de caso psiquiátrico es una quimera que sólo existe en la mente del investigador (Copeland, 1981). La actual 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 aquellas 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 quizá también entre éstos y los usuarios) compatible con el uso clínico común.

Frente a un concepto abstracto y definitivo, dado de una vez por todas, de caso psiquiátrico Copeland propone que el investigador debe más bien hacerse otras preguntas tales como: ¿Un caso para qué? Es decir, ¿a efectos de qué intervención concreta? ¿Con qué objetivos? ¿En qué contexto? Asimismo, considerando las necesidades y usos de la Atención Primaria (o de la especializada), donde diversos profesionales precisan definir sus roles y normas de actuación en función de diversos niveles de responsabilidad, también cabe preguntarse: ¿Un caso para quién? Dentro del mismo debate otros autores han propuesto, de una forma operativa, tres aspectos a considerar en la definición de *caso apto para tratamiento*. Estos aspectos serían los relacionados con: Severidad y patrón de los síntomas presentes; Ruptura de los mecanismos de adaptación habituales; 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 y, peor o mejor, incluido en las clasificaciones operativas al uso, en la actualidad DSM-IV-TR 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 incluirlo 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 severos síntomas 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 en gran medida 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 síntomas de importancia.

Goldberg (1982) planteó una clasificación orientada a la praxis, especialmente de la asistencia primaria, y 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, la depresión psicótica o la hipomanía). 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 subsindrómicos o 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. El modelo de caso desarrollado en el PSE (Wing y cols., 1974) y posteriormente en el SCAN (Wing y cols., 1990), permite conjugar los criterios de rigor y flexibilidad en la definición de caso al establecer, mediante el llamado *Índice de Definición*, ocho niveles de severidad sintomática, con lo que obtenemos mayor información y, en caso de necesidad, puede manipularse arriba o abajo el umbral de definición de caso, por lo menos a efectos de estudio y comparación de criterios.

Pero aún subsisten otros problemas. Reexaminando mediante criterios de Feighner series de pacientes que cumplían requisitos de trastorno depresivo según el PSE, Wing y cols. encontraron que era mucho más probable confirmar el diagnóstico en los pacientes hospitalizados que en los ambulatorios o en muestras de población general, donde aumentaba considerablemente la proporción de casos dudosos. Apoyándose en evidencias como ésta algunos autores (Dohrenwend, 1995) han destacado que el problema de la

validez en la definición de categorías para diversos trastornos psiquiátricos está aún presente en las modernas clasificaciones y sistemas. Utilizando como ejemplo el caso del PSE mencionado arriba, este autor concluye que, al menos en lo que concierne a los trastornos depresivos, este sistema de identificación y clasificación de casos no mide la misma cosa en muestras de población general o de pacientes ambulatorios que en muestras de pacientes psiquiátricos ingresados. La objeción es que, debido a su forma de construcción, que se realizó con el fin de facilitar la fiabilidad en el reconocimiento operativo de síntomas y signos procedentes de la exploración psicopatológica especializada, el PSE desarrolla un conjunto de criterios de definición para los diversos trastornos psiquiátricos apropiados para pacientes hospitalizados y válidos en este contexto, pero no (o no de la misma forma) en otros contextos como los comunitarios o ambulatorios. El fondo de la crítica puede hacerse extensivo a otros sistemas o clasificaciones.

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-TR) 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 la investigación epidemiológica como la orientada a establecer la eficacia de las intervenciones hacen 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 a fin de poder realizar las mediciones precisas y proceder a las comparaciones pertinentes. Se trata, en última instancia, de un constructo más bien de tipo categorial que precisa criterios muy específicos de inclusión y exclusión, así como una frontera de separación lo más nítida posible de los diversos diagnósticos entre sí. Como veremos más adelante, 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.

Los trastornos más comunes en el Nivel 2

La práctica totalidad de los datos de que disponemos en la actualidad proceden de estudios de prevalencia, que cuantifican la presencia total de trastornos mentales (nuevos o ya establecidos) en un lugar determinado y en un momento determinado. También se dispone de datos de incidencia

administrativa, esto es, de casos nuevos en contacto con los servicios durante un espacio de tiempo (habitualmente mensual o anual). Sin embargo existen dificultades teóricas y prácticas para desarrollar estudios de incidencia *verdadera* que especifiquen el número real de casos nuevos aparecidos en un determinado período, consulten o no con algún tipo de servicio. Esto impide, asimismo, un más profundo conocimiento sobre nexos de orden causal entre las diversas variables sometidas a estudio. El estado actual de nuestro conocimiento nos remite, como vamos a ver, a descripciones más o menos complejas que aportan información sobre la frecuencia esperable de los trastornos mentales y diversos factores de índole social o médica asociados a los mismos.

En una primera aproximación, y dada la importancia de las quejas somáticas entre los pacientes con problemas psíquicos, así como la constante presencia de cuadros somáticos de posible origen psicógeno, resulta de especial relevancia el poder determinar, aunque sea a grandes rasgos, la prevalencia de este tipo de casos en las consultas de Atención Primaria. No se trata tanto de cuantificar la presencia de algunos diagnósticos clínicos determinados (los trastornos somatomorfos como entidades categoriales) sino de establecer la prevalencia de las quejas físicas médicamente no explicadas como forma de presentación, independientemente del diagnóstico psiquiátrico final que puedan o no recibir.

En un estudio de estas características, llevado a cabo en Zaragoza con una muestra de 1559 pacientes que acudían a centros de salud, se examinaron las diferencias entre un grupo de pacientes caracterizados como *somatizadores*, esto es, con predominio de quejas somáticas y otro de *psicologizadores* (con predominio de quejas psicológicas). La prevalencia de los somatizadores fue de un 9.4% entre el total de consultantes (el 34.5% entre los casos psiquiátricos diagnosticados). Un 68.7% de los pacientes con predominio de quejas somáticas sin explicación médica recibió un diagnóstico de depresión o ansiedad, según el DSM-IV. La severidad fue moderada en el 40.1% de los casos y el 66.6% presentó seis o más meses de duración de su episodio. El dolor de espalda fue la presentación somática más frecuente (Lobo y otros, 1996).

Se encontró que los *somatizadores* presentaban una prevalencia de trastorno mental tres veces más alta que los *psicologizadores*, pero que la proporción aumentaba hasta 10.5 veces en la categoría clínica de Distimia establecida según criterios DSM-IV. El trastorno más frecuente entre los *somatizadores* fue el de Ansiedad Generalizada y entre los *psicologizadores* el Episodio de Depresión Mayor. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a sus características sociodemográficas (García-Campayo y otros 1996).

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 cols., 1995). Los Trastornos Depresivos (10.4%), el Trastor-

no 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 un 9.5% de los pacientes recibían dos o más diagnósticos psiquiátricos.

Tabla 1.7: *Tasas sobre prevalencia en Atención Primaria y detección de los tres trastornos más comunes en 7 ciudades europeas. (Ustun y Sartorius 1995)*

Centro	Depresión %	Ansiedad Generalizada %	Dependencia alcohol	Cualquier T. 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
PROMEDIOS	10,4	7,9	2,7	24,0	48,9

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 aquellos que tenían, por lo menos, dos o más síntomas de tipo psicológico. 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 de consultantes). 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 enfermedad física, diagnosticada por el médico habitual, 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 la enfermedad médica y el 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 países pobres o en vías de desarrollo. Por todo ello las muestras no son equiparables. En cualquier caso se precisa seguir investigando el comportamiento de algunas de estas variables.

Los datos de prevalencia en consultas de Atención Primaria disponibles en España confirman, en líneas generales, lo arriba expuesto. Expondremos aquí algunos estudios que han utilizado entrevistas psiquiátricas estandarizadas.

Tabla 1.8. *Prevalencia mensual de trastornos mentales en diez consultas de Atención Primaria en Basauri (Vizcaya). Criterios CIE-9 (Retolaza y cols., 1995)*

Trastorno	Prevalencia ajustada		
	Hombres %	Mujeres %	Total %
Neurosis de ansiedad	2,0	1,2	1,6
Neurosis fóbica	1,0	3,7	2,4
Depresión neurótica	6,1	13,0	9,6
PMD tipo maníaco	0,0	2,2	1,1
PMD tipo depresivo	2,0	2,6	2,4
Psicosis	1,7	1,1	1,3
TOTAL	12,8	23,7	18,4

En la Tabla 1.8 se resumen los datos de un estudio en dos fases realizado por nosotros en Vizcaya utilizando el GHQ-28 en la primera fase y

el PSE (9.^a edición) como entrevista psiquiátrica estandarizada en la segunda. Lo más llamativo es la importante presencia de los trastornos depresivos (casi un 10% de los consultantes) y la proporción de mujeres con trastorno que dobla a la de hombres. Como vemos en los otros dos trabajos incluidos en el texto, referidos también a ámbitos de consulta no especializada en España, esto suele ser una constante en casi todos los estudios, excepto para los problemas derivados del uso de alcohol en los que la proporción de hombres es siempre mayor que la de mujeres.

En el caso del Centro de Salud de Basauri se encontraron, además, un 9.6% de personas que, sin cumplir criterios definitivos de caso, presentaban agrupaciones de síntomas específicos (Nivel 4 del PSE-ID) suficientes para causar un significativo grado de disforia y generar demandas asistenciales. Si decidiéramos considerarlos como *casos válidos en Atención Primaria* y sumarlos a los anteriores, la prevalencia total ascendería a un 28% sobre el total de los consultantes en el período de un mes. El PSE-9, que fue la entrevista estandarizada utilizada en este estudio, no explora los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias, por lo que éstos no fueron contabilizados como tales, aunque casi sin excepción fueran registrados como casos. La variable más claramente asociada al hecho de presentar una puntuación positiva al GHQ-28 fue el tener un bajo nivel de escolarización.

Tabla 1.9. *Prevalencia puntual de trastornos mentales en Centros de Salud de Asturias y Cantabria (Vázquez-Barquero y cols., 1997).*

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)

El estudio de Vázquez-Barquero y cols. (1997) también utilizó una metodología en dos fases, con el GHQ en la primera, pero la entrevista psiquiátrica empleada fue el SCAN. Sin embargo el estudio de Serrano-Blanco y cols., (1996) se realizó en una sola fase, utilizando el SCID como criterio de caso para los diagnósticos de trastornos afectivos y de ansiedad y la MINI para el resto, lo que puede explicar la alta prevalencia que encontraron. Excepto en el caso de Basauri los trastornos de ansiedad son los más frecuentes seguidos de los trastornos depresivos,

especialmente la Depresión Mayor. En el caso de esta última se observa una mayor consistencia entre los diversos estudios referidos, en comparación con los otros trastornos, en cuanto a las cifras aportadas. En parte estas diferencias pueden explicarse por el solapamiento que se da entre los diferentes trastornos de ansiedad. También los diversos métodos y períodos de tiempo utilizados para establecer la presencia de trastornos mentales explicarían otra parte de las diferencias encontradas entre los tres estudios citados. 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.

Tabla 1.10. *Prevalencia de 12 meses de trastornos mentales en Centros de Atención Primaria de Cataluña. Criterios DSM-IV (Serrano-Blanco y cols., 1996)*

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 (14,08-19,14)
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)

Enfermedad médica y trastorno mental. Las quejas somáticas: sus características y frecuencia

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 (Ústün y cols., 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 problemas asociados al consumo de alcohol y sustancias, los problemas interpersonales o los síntomas psicó-

ticos 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 sólo 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 (Gater y cols., 1991) 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%).

Estudiando los trastornos mentales relacionados con enfermedad médica en consultas ambulatorias, un grupo de investigadores holandeses encontró que la prevalencia de los mismos era del 15% en los casos en los que había una explicación médica para los síntomas presentados, del 45% si la explicación era dudosa y del 38% en aquellos casos en los que no había explicación médica ninguna para estos síntomas. Hallaron también que aproximadamente el 40% de los pacientes que presentaron un diagnóstico psiquiátrico cumplían criterios DSM-III-R para somatización o hipocondría (Van Hemert y cols., 1995). Otro grupo, también holandés encontró una estrecha relación entre salud física y depresión estudiando una muestra comunitaria de ancianos. Hallaron que las medidas más subjetivas de enfermedad física, como el dolor o la salud autopercebida aparecían asociadas a depresión de una manera mucho más intensa que las medidas más objetivas como presencia de enfermedad física crónica o limitaciones funcionales.

Algunos autores opinan que la presentación simultánea de trastorno mental y enfermedad física podría estar sobrevalorada en las consultas de Atención Primaria con respecto a las muestras comunitarias. Ello se debería al hecho de que los pacientes depresivos o ansiosos tendrían un umbral más bajo que otros pacientes sin síntomas psíquicos para referir quejas de orden físico cuando consultan. A causa de ello aquellos pacientes psiquiátricos, que aún presentaran síntomas físicos, tenderían a estar durante más largos períodos en contacto con servicios médicos que aquellos otros que se hubieran recuperado de los mismos. En la práctica el principal problema siempre es distinguir los síntomas somáticos secundarios a un trastorno mental de los debidos a una enfermedad médica común.

Goldberg ha propuesto una clasificación que toma en cuenta las complejas relaciones existentes entre enfermedad médica y trastorno mental. En primer lugar, estaría la enfermedad médica con un trastorno psiquiátrico secundario a la misma. Las condiciones para este supuesto se dan cuando aparecen juntas las tres siguientes circunstancias. Primera, todos los síntomas somáticos pueden ser atribuidos a la enfermedad médica; segunda, el trata-

miento del trastorno mental no contribuye a mejorar los síntomas físicos y, tercera, el trastorno mental no hubiera aparecido sin la presencia de la enfermedad médica. Otro grupo se daría cuando coexisten enfermedad común y trastorno mental, pero no hay vínculo entre ambos procesos, de modo que el tratamiento de una entidad no influye en la otra. Un tercer apartado lo forman los trastornos somatoformes, es decir los síntomas físicos que derivan de un trastorno mental. Para incurrir en este último supuesto deben producirse cuatro condiciones simultáneas: 1) el paciente consulta por síntomas físicos; 2) el paciente atribuye sus problemas a los síntomas físicos; 3) es posible diagnosticar claramente un trastorno mental; y 4) el tratamiento del trastorno mental alivia o mejora los síntomas físicos. Finalmente hay un último grupo constituido por los trastornos mentales *puros*, definidos como tales porque o bien el paciente no presenta ningún síntoma físico o bien, si lo presenta, es considerado por él mismo como parte de su trastorno psíquico.

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. En una investigación realizada en España (Vázquez-Barquero y cols., 1987) se calculó un riesgo de padecer trastorno mental incrementado en más de tres veces respecto a adultos sanos en el caso de padecer enfermedad física y estar en contacto con servicios médicos. El riesgo fue similar para hombres y mujeres y muy acorde con los datos precedentes de otros estudios en el extranjero.

Wells y cols. (1998) aportaron datos de gran interés estudiando enfermedades médicas específicas y su relación con trastorno mental. En la Tabla 1.11 se detallan algunos de sus hallazgos. Llama la atención, comparada con la de otras enfermedades, la baja prevalencia de trastornos mentales encontrada en los casos diagnosticados de diabetes y de hipertensión.

Tabla 1.11. *Prevalencia a lo largo de seis meses de trastornos mentales entre pacientes con enfermedades médicas específicas. Ajustada por edad y sexo. N= 2.552. (Wells y cols., 1988)*

Enfermedad médica	N.º	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

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. En la Tabla 1.12 se muestra la prevalencia de trastorno mental de cualquier tipo asociado a patología crónica y a otros problemas médicos padecidos por los entrevistados durante el año anterior a la encuesta. El trabajo se realizó en Cataluña sobre una muestra de 3.800 pacientes de Atención Primaria.

Tabla 1.12: *Presencia y Ausencia de trastornos mentales en relación con algunos problemas médicos muy frecuentes. (Haro JM, Pinto-Meza A, Serrano-Blanco, 2007)*

Problema médico	Trastorno Mental % (DE)	
	SI	NO
Artrosis o Reumatismo	29,4 (25,6-33,1)	29,7 (26,4-33,0)
Bronquitis	30,7 (25,4-36,0)	29,5 (26,4-32,5)
Asma	32,2 (24,9-39,4)	29,4 (26,4-32,4)
Diabetes	24,6 (19,2-30,0)	30,1 (27,1-33,2)
Dolor lumbar	37,0 (33,1-40,8)	24,7 (21,6-27,8)
Dolor cervical	36,3 (32,7-39,9)	25,2 (21,8-28,5)
Cardiopatía	29,1 (23,3-35,0)	29,6 (26,7-32,4)
Accidente Cerebro Vascular	14,8 (5,5-24,0)	29,8 (26,8-32,8)
Angina de pecho o Infarto	25,4 (16,2-34,5)	29,7 (26,8-32,6)
Úlcera Gástrica o Duodenal	33,9 (28,2-39,5)	29,0 (26,0-32,1)
Estreñimiento crónico	39,9 (34,6-45,1)	27,2 (24,3-30,1)
Menopausia	31,6 (27,2- 36,1)	28,5 (25,4-31,6)

Al considerar las relaciones entre enfermedad médica y trastorno mental es muy importante considerar 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 funcionales. 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 física y trastorno mental lo constituye el extendido uso de fármacos psicotrópicos en pacientes afectados por entidades médicas comunes. Un buen cúmulo de evidencias indican 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 psicotrópicos, 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.

Un problema, derivado de la naturaleza de la mayoría de los estudios disponibles hasta el momento, limita nuestro conocimiento sobre la relación entre los síntomas psicológicos y las enfermedades médicas. Casi toda la información disponible procede de estudios transversales, esto es de trabajos que describen y analizan una situación en un momento determinado. En estas condiciones no es posible establecer relaciones causales entre los procesos, sino tan sólo medidas de asociación más o menos intensa. Se precisan estudios longitudinales que, siguiendo y comparando a grupos de pacientes durante un tiempo suficiente, sean capaces de poner de manifiesto conexiones aún ocultas y desconocidas. Existen, sin embargo, importantes dificultades metodológicas para llevar a cabo este tipo de estudios. En primer lugar se hace preciso establecer con un buen grado de fiabilidad el momento de inicio, tanto para los procesos orgánicos como para los psiquiátricos. Además, resultan necesarias muestras de pacientes de tamaño suficiente a fin de poder estudiar las posibles relaciones de causa-efecto, dadas las pérdidas esperables en este tipo de estudios. Mientras tanto algunos autores sugieren que podrían llevarse a cabo diseños de tipo experimental, poniendo a prueba intervenciones específicas y estudiando sus efectos, mientras se observa si se producen cambios que alteren algunos de los mecanismos que relacionan ambos tipos de procesos.

Acontecimientos Vitales Estresantes y trastornos mentales comunes

Lazarus (1966) propuso un modelo en el que el estrés ejerce un papel totalizador de los estímulos y de las reacciones, incluyendo variables psicológicas. Indicó, además, que sólo podía hablarse de estrés cuando el sujeto evaluara 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. Paralelamente a su difusión esta escala ha sido también criticada en cuanto a su validez metodológica y consistencia. Paykel y cols. (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 cols. (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 han 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.

Un listado aproximado de factores de vulnerabilidad incluiría los siguientes: 1) Fisiológicos, sobre todo de tipo genético; 2) Familiares, como pérdida parental (especialmente si es temprana), falta de cuidados y

abusos en la infancia; 3) de Relación Social como la disfunción marital o un débil soporte social; 4) de Dificultad Social como desempleo o malas condiciones de vivienda; y, finalmente, 5) factores de Personalidad como neuroticismo o baja autoestima. En el lado de los factores de protección se consideran el soporte o apoyo familiar y la relación marital satisfactoria.

De los estudios sobre pérdida parental y privación podría deducirse que ésta sólo resulta patológica 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 cuando se los compara con controles normales. Un buen número de evidencias muestran 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 precedían episodios de depresión en mujeres ancianas vistas en servicios médicos generales. En la misma línea un estudio realizado en Italia (Pini y cols., 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 con similares niveles de disforia, medidos ambos mediante el GHQ-12. 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 entidades físicas 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 11 años, la presencia en el hogar de tres o más niños menores de 14 años y el desempleo (Harris y cols., 1988). En general

precipitantes de carácter indeseable o que suponen pérdida en un período previo de seis meses son susceptibles de desencadenar 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 Vizcaya se encontró que los AVE se asociaban a la utilización de consultas por parte de los pacientes con una intensidad mayor que la enfermedad médica crónica o el propio trastorno mental (Aiarzagüena y cols., 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 de la enfermedad. 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.

Los acontecimientos vitales y el soporte social han sido ampliamente estudiados sobre todo en relación a la depresión, pero no son específicos de la misma, ni constituyen causa necesaria o suficiente para que aparezca. Un estudio de 10 años de seguimiento, llevado a cabo en Suecia con una muestra de 503 pacientes, concluyó que el soporte social ejerce un efecto positivo sobre la salud mental, como amortiguador del riesgo, sólo cuando hay exposición a AVE. Este efecto amortiguador resultó estadísticamente significativo para la depresión (no para la ansiedad o la somatización). Aislados, tanto el soporte social como los acontecimientos vitales adversos, ejercían poca influencia sobre el curso de la enfermedad mental (Dalgard y cols., 1995). Parece claro que, en esta área, subsisten algunos problemas que requieren más investigación. En primer lugar resulta interesante resaltar que la mayoría de los trabajos han centrado en la depresión un mayor interés. El saber si algunos de los resultados aquí expuestos pueden generalizarse a otros trastornos mentales o son específicos de la misma es un asunto que exige más exploración. En segundo lugar la observación de que las adversidades durante la infancia incrementan el riesgo de depresión sugiere que el estudio de los factores protectores y de las redes sociales durante esa etapa de la vida precisan una mayor atención. En tercer lugar, algunos de los factores que hemos expuesto podrían ser incluidos dentro del constructo de Emoción Expresada. Podría ser apropiado lograr un mayor conocimiento sobre este factor relacionándolo de una manera más sistematizada con la presencia o ausencia de soporte social.

Discapacidad asociada a trastornos mentales comunes

En los últimos años la evidencia de los datos disponibles ha supuesto una progresiva conciencia sobre la importante discapacidad que generan el conjunto de los trastornos mentales y, entre ellos, también los de menor severidad (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. Por añadidura, en este sector de población el abuso de alcohol y la esquizofrenia ocupan respectivamente, después de los Trastornos depresivos, el segundo y tercer lugar en el rango de incapacidad puesto de manifiesto por esta medida. 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 más joven.

Tabla 1.13. *Años vividos con Discapacidad (YLDs). Causas principales expresadas en % sobre el total. (OMS, 2001)*

	Mujeres		Hombres		Ambos sexos	
	Cualquier edad	15-44 años	Cualquier edad	15-44 años	Cualquier edad	15-44 años
Depresión						
Unipolar	14.0%	18.6%	9.7%	13.9%	11.9%	16.4%
Abuso de alcohol			5.5%	10.1%	3.1%	5.5%
Esquizofrenia	2.7%	4.8%	2.7%	5.0%	2.8%	4.9%

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, informa de que, en todos ellos, existe un considerable impacto de los trastornos mentales comunes en la discapacidad de las personas. Tanto la discapacidad autopercebida por los propios usuarios como la referida por los profesionales de salud informantes aparecía considerablemente incrementada entre los pacientes que cumplían criterios de trastorno mental. Además existía una clara relación concordante entre la severidad del trastorno psicopatológico y el grado de discapacidad encontrado. La discapacidad en este trabajo fue definida en el ámbito de una tríada (daño, discapacidad y *handicap*) como cualquier restricción o carencia de capacidad para lograr una actividad de la forma habitual o dentro del rango considerado como normal en un contexto humano determinado. Finalmente fue registrada de dos formas simultáneas. Primero, como una medida *autoreferida por el propio interesado* reflejando sus limitaciones de orden físico, desde las más exigentes en su nivel de esfuerzo hasta las de simple autocuidado y segundo, como una información sobre el funcionamiento del paciente en sus actividades laborales obtenida a través de una *entrevista con su médico habitual*. Los trastornos mentales aparecieron fuertemente asociados con ambos tipos de medida. Se compararon en orden a su discapacidad cuatro grupos de consultantes que se encontraban en las siguientes situaciones: 1) sin síntomas psiquiátricos; 2) con algunos síntomas, pero sin cumplir criterios de trastorno mental; 3) con un trastorno mental claramente diagnosticable; y 4) con más de un trastorno mental. El resultado inequívoco fue que el grado de discapacidad aumentaba con la severidad 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 comorbilidad 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 severidad 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, mientras que la autoreferida resultó aproximadamente igual en ambos casos. También la severidad de la psicopatología observada se asociaba a una negativa auto-percepción del estado general de salud, situación que sugiere una importante influencia, cuando menos, en la discapacidad autoreferida y a través de ambas variables, en una mayor utilización de servicios. En este estudio no se apreció un gran efecto de la enfermedad médica sobre la discapaci-

dad. 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.

En consonancia con lo que acabamos de mencionar, también en el estudio ESEMeD se observa, ahora en 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 en el encontrado en algunas enfermedades médicas muy extendidas.

Tabla 1.14. *Promedio de días laborales perdidos en el último mes según trastorno padecido en el último año. Estudio ESEMeD, 2005*

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

Trastornos mentales comunes: necesidad y utilización de servicios

Como cabía esperar, y según describe el modelo piramidal de Goldberg y Huxley, 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 y con una mayor prevalencia, cuya presencia en este nivel asistencial cubre una parte del total sensiblemente mayor de la que se observa en el nivel especializado.

Tabla 1.15. *Algunos trastornos mentales en los diversos niveles de atención. Tasas por mil adultos en riesgo. Reino Unido, 1986. (Goldberg y Huxley, 1992)*

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	20,90	3,30

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, como más adelante veremos, 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.

Tabla 1.16. *Porcentaje de personas con trastorno mental que consultan en los diferentes niveles de salud. Estudio ESEMeD, 2005*

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

En una reciente publicación, derivada del proyecto ESEMeD, se ha encontrado 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 cols., 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 15 años o más padeciendo trastorno mental están en ese grupo. En ese estudio también se consideraron el total de visitas en un servicio de salud general, de las que un 58,8% fueron realizadas por personas que habían padecido un trastorno mental durante los últimos 12 meses, con un promedio de 12 consultas por individuo. Un 20,1% fueron realizadas por personas que habían padecido algún trastorno a lo largo de su vida, pero no el último año, y un 7,8% adicional por consultantes con trastornos por debajo del umbral diagnóstico. Frente a esto, las visitas en servicios especializados

se repartían de la siguiente manera: un 60,6% realizadas por quienes habían padecido un trastorno mental durante los últimos 12 meses (promedio de 17 consultas por individuo); 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 trastornos por debajo del umbral. Debe destacarse que un 13% de consultantes de servicios de salud mental 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 sólo 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 cols., 2007).

En otro reciente estudio internacional (Wang y cols., 2007) sobre uso de servicios durante el año previo a la encuesta, por parte de pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad, depresión o consumo de alcohol, los datos referidos a España, arrojaron las siguientes cifras porcentuales: un 64,9% (EE=3,4) consultaron en servicios de salud general, un 52,2% (EE=3,6) en servicios especializados, un 2,1% (EE=0,8) fueron atendidos por consejeros (por ejemplo religiosos) o asesores profesionales como trabajadores sociales y un 3,5% final fue atendido en consultas de medicina alternativa (naturistas, herbolarios, etc.) o sistemas de autoayuda (soportes vía Internet, grupos de apoyo, etc.). Los porcentajes no se complementan debido a que las cifras aportadas no están ajustadas. Se dan los Errores Estándar (EE) en cada caso.

Con respecto a los países de nivel socioeconómico similar, también presentes en el estudio, estos datos suponen, en líneas generales, un uso de servicios de salud general algo más bajo que la mayor parte de los europeos y un uso de servicios especializados más alto. Como ejemplo Francia, que entre los países en los que se realizó la encuesta, presenta el mayor uso de servicios de salud general (78,4%; EE=3,3), presenta también uno de los más bajos porcentajes en cuanto al uso de servicios especializados (39,4%; EE=3,6). Con alguna excepción, y en líneas generales, esta relación de proporciones inversas entre el uso de servicios de atención primaria y de salud mental se mantiene en el conjunto de los países en los que se realizó el estudio.

Atendiendo a la intensidad sintomática del trastorno el porcentaje crudo (no ajustado) en cada grado de severidad que consultó en los diferentes niveles de asistencia fue el que se resume en la Tabla 1.17.

Tabla 1.17. *Trastornos de ansiedad, depresión y consumo OH. Uso de servicios sanitarios en España en el último año y calidad del tratamiento proporcionado según severidad de trastorno. Se incluyen porcentajes crudos (no ajustados) de cada grupo de pacientes. (Wang PS y otros., 2007)*

	Severo (EE)	Moderado (EE)	Leve (EE)	Ninguno (EE)	Valor p
Servicios Salud General	58,7% (4,9)	37,4% (4,8)	17,3% (3,9)	3,9% (0,5)	<0,0001
Servicios SM (Especializados)	65,4% (7,3)	61,3% (5,5)	45,2% (10,4)	45,1% (6,5)	0,14
Seguimiento Mínimo	95,3% (1,9)	92,6% (3,0)	91,5% (5,8)	84,7% (4,8)	0,12
Adecuación Tratamiento	47,5% (7,5)	43,6% (5,6)	48,5% (9,8)	29,2% (4,6)	0,023

En este trabajo se consideraron como servicios médicos generales los proporcionados por un médico generalista u otra clase de doctor, diplomado en enfermería o algún otro tipo de profesional semejante ubicados en servicios no especializados en salud mental. Se consideraron servicios de salud mental especializada los que incluyeran cuidados ejercidos por psiquiatras, psicólogos u otros profesionales ubicados en centros de salud mental, incluyendo trabajadores sociales u otro tipo de consultores; lo anterior también incluía recursos *en caliente* específicos de salud mental, vía Internet, por ejemplo. Los requisitos incluidos en la definición operativa de lo que hemos llamado *seguimiento mínimo* consistieron en recibir dos o más consultas por parte de cualquier tipo de servicio. Una de ellas, al menos, para valoración o diagnóstico y una segunda, o varias sucesivas si las hubiere, para tratamiento o seguimiento. Se construyó un concepto más riguroso para definir las características de un *tratamiento mínimamente adecuado*. Éstas consistieron en recibir tratamiento farmacológico durante, como mínimo, un mes además de cuatro consultas o más a cargo de cualquier tipo de médico (especialista o no); o como alternativa recibir ocho o más sesiones de psicoterapia a cargo de algún tipo de profesional especializado.

Genética y ambiente

Terminaremos esta primera parte dedicada a la descripción y análisis de la naturaleza de los trastornos mentales comunes dedicando algunas

líneas de resumen a diversas cuestiones de actualidad acerca de nuestro conocimiento sobre los factores genéticos y ambientales implicados en este tipo de trastornos. Si por una parte la mayoría de los estudios genéticos continúan definiendo los grupos de análisis basándose en los criterios del DSM-IV, 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. Los recientes estudios sobre familias y gemelos sugieren que algunas formas de ansiedad (como es el caso de la ansiedad generalizada), 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, presentarían un cierto grado de solapamiento con los anteriores.

Los endofenotipos, o si prefiere, las expresiones genéticas de los sistemas neurales implicados en la depresión, han suscitado especial interés en el estudio de la patogénesis de este trastorno y su tratamiento. Una particular atención ha sido focalizada en el *polimorfismo funcional*, que mediante variaciones en las secuencias de ADN podría alterar la expresión o funcionamiento final de algunos productos genéticos. Sin embargo el entusiasmo generado hace unos años en lo relativo a poder asociar la Depresión Mayor con el polimorfismo encontrado en el alelo (corto vs largo) del gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR) y su consiguiente respuesta a los fármacos ISRS, no ha podido ser suficientemente confirmado. Los sucesivos estudios y meta-análisis desarrollados no han logrado replicar los iniciales hallazgos. Pero lo que no ha podido ser evidenciado de una manera específica en el terreno de la depresión puede resultar de importancia para avanzar en nuestro conocimiento sobre la respuesta al estrés y, derivado de ello, sobre el conjunto de los trastornos mentales comunes. Como acabamos de mencionar, lo que la evidencia actual sugiere al respecto es que el polimorfismo 5-HTTLPR estaría asociado con los *rasgos neuróticos de las personas* 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.

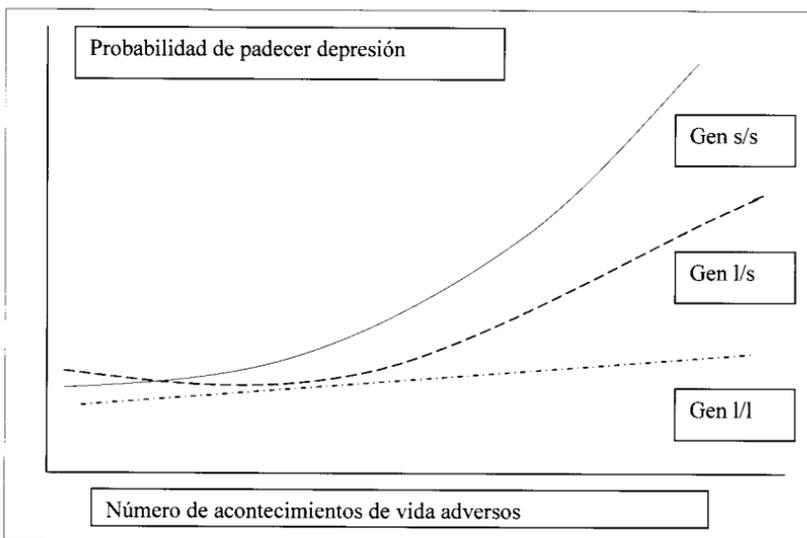
Entre la población homocigota (31% de las personas), que posee ambas versiones largas del alelo del gen, se evidencia una mayor resistencia a la depresión y una tendencia a no desarrollarla incluso ante la presencia de estresores importantes. Entre la población heterocigota (51% de

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 evidente. Mientras que, en presencia de estrés, serían los genes los que marcarían la probabilidad de padecer sintomatología depresiva.

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.

Figura 1.2. *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 –muy probablemente– controlen también la reactividad emocional de los individuos, entendiendo ésta como una expresión general de lo que solemos llamar neuroticismo o emocional-

dad. Ya Kendler (1987) sostuvo que no existía evidencia de que ello fuera de otra manera, y los minuciosos y abundantes estudios posteriores no han logrado demostrar que estuviera equivocado. 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.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Aiarzagüena, J. M., *Factores Bio-Psico-Sociales y utilización de Servicios de Atención Primaria de Salud*. Tesis Doctoral, Bilbao, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, 1995.

(2) Alonso, J., y otros, «Population Level of Unmet Need for Mental Healthcare in Europe», *British Journal of Psychiatry*, 2007, 190: 299-306.

(3) Alonso, J.; Lépine, J. P., «On Behalf of the ESEMED/MHDEA 2000 Scientific Committee: Overview of Key Data From the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd)», *J. Clin. Psychiatry*, 2007, 68 (supl. 2).

(4) Berkanovic, E.; Telesky, C.; Reeder, S., «Structural and Social Psychological Factors in the Decision to Seek Medical Care for Symptoms», *Med. Care*, 1981, 19 (7): 693-709.

(5) Brown, G. W.; Harris, T., *Life, Events and Illness*, Londres, Unwin and Hyman, 1989.

(6) Caspi, A., y otros, «Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene», *Science*, 2003, 301: 386-9.

(7) Copeland, J., «What is a Case? A Case for What?», en Wing, J. K.; Bebbington, P.; Robins, L. N. (eds.), *What is a Case: the Problem of Definition in Psychiatric Community Surveys*, Londres, Grant McIntyre, 1981: 9-11.

(8) Dalgard, O. S.; Bjørk, S.; Tambs, C., «Social Support, Negative Life Events and Mental Health», *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166: 29-34.

(9) Dohrenwend, B. P., «The Problem of Validity in Field Studies of Psychological Disorders Revisited», en Tsuang, M. T.; Tohen, M.; Zahner, G. E. P. (eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, Nueva York, Chichester, Wiley-Liss, 1995: 3-20.

(10) ESEMEd/MHEDEA 2000 Investigators, «Prevalence of Mental Disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd Project)», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2004, 109 (supl. 420): 21-27.

(11) García-Campayo, J., y otros, «Spain: II. Differences between Somatisers and Psychologisers. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza», *Br. J. Psychiatry*, 1996, 168.3: 348-353.

(12) Gater, R., y otros, «The Pathways to Psychiatric Care: a Cross-cultural Study», *Psychol. Med.*, 1991, 21: 761-774.

(13) Goldberg, D., «The Concept of a Psychiatric 'Case' in General Practice», *Soc. Psychiatry*, 1982, 17: 61-65.

(14) Golberg, D.; Huxley, P.; *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*, Londres, Tavistock, 1980. Trad.: *Enfermedad mental en la Comunidad*, Madrid, Nieva, 1990.

(15) Goldberg, D.; Huxley, P., *Common Mental Disorders. A Biosocial Model*, Londres, Routledge, 1992.

(16) González de Rivera, J. L.; Morera, A., «La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe», *Psiquis*, 1983, 4: 7-11.

(17) Haro, J. M., y otros, «España: prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España», *Med. Clin.*, Barcelona, 2006, 126 (12): 445-51.

(18) Haro, J. M.; Pinto-Meza, A.; Serrano-Blanco, A., «Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria», en Vázquez-Barquero, J. L. (ed.), *Psiquiatría en atención Primaria*, Madrid, Aula Médica, 2007: 41-59.

(19) Haro, J. M., y otros, «Necesidades de Atención en Salud Mental I: Frecuencia y distribución. Trastornos mentales comunes en España», en Salvador Carulla, L.; Montero, I. (eds.), *Información para una planificación de salud mental basada en la evidencia. Monografías de Psiquiatría*, 1, 20, enero-marzo, 2008: 15-21.

(20) Harris, T. O., «Psychosocial Vulnerability to Depression», en Henderson, S.; Burrows, G. (eds.), *Handbook of Social Psychiatry*, Amsterdam, Elsevier, 1988.

(21) Holmes, T. G.; Rahe, R. H., «The Social Readjustment Rating Scale», *J. Psychosomatic. Res.*, 1967, 11: 213-218.

(22) Horwitz A. V., «Seeking and Receiving Mental Health Care», *Current Opinion in Psychiatry*, 1996, 9: 158-161.

(23) Kendler, K. y otros, «Symptoms of Depression and Anxiety: Same Genes, Different Environments?», *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44: 451-7.

(24) Lazarus, R. S., *Psychological Stress and the Coping Process*, Nueva York, McGraw-Hill, 1966.

(25) Lobo, A., y otros, «Somatisation in Primary Care in Spain: I. Estimates of Prevalence and Clinical Characteristics. Working Group for the Study of the Psychiatric and Psychosomatic Morbidity in Zaragoza», *Br. J. Psychiatry*, 1996, 168.3: 344-348.

(26) Mechanic, D., *Medical Sociology: a Selective Look*, Nueva York, The Free Press, 1968.

(27) Muñoz, P. E.; Crespo, M. D., «Análisis de los determinantes de la demanda de asistencia psiquiátrica en una muestra de población general», *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines*, 1981, 9: 189-212.

(28) Murphy, E., «Social Origins of Depression in Old Age», *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141: 135-142.

(29) Murray, C. J. L.; Lopes, A. D. (eds.), *The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected*, Cambridge, Harvard School of Public Health, 1996.

(30) Paykel, E. S.; Prusoff, B. A.; Uhlenhuth, E. H., «Scale of Life Events», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1971, 25: 340-347.

(31) Pini, S.; Piccinelli, M.; Zimmermann-Tansella, Ch., «Social Problems as Factors Affecting Medical Consultation: a Comparison between General Practice Attenders and Community Probands with Emotional Distress», *Psychol. Med.*, 1995, 25: 33-41.

(32) Retolaza, A.; Márquez I.; Ballesteros, J., «Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria», *Rev. de la AEN*, 1995, 15 (55): 593-608.

(33) Serrano Blanco, A.; Palao, D.; Haro, J. M., *Estudio de la prevalencia de depresión mayor y otros trastornos mentales en atención primaria en Cataluña*, Generalitat de Cataluña, 2006.

(34) Torres González, F.; Fernández Logroño, J.; Rosales Varo, C., «El camino hacia los servicios de salud mental (en el área de salud mental Granada-Sur)», *Rev. de la AEN*, 1991, 11-37: 103-108.

- (35) Üstün, T. B.; Sartorius, N. (eds.), *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, Chichester y otras, John Wiley, 1995.
- (36) Vázquez-Barquero, J. L., «Mental Health in Primary Care Settings», en Goldberg, D.; Tantom, D. (eds.), *The Public Health Impact of Mental Disorder*, Toronto, Hogrefe & Huber, 1990.
- (37) Vázquez-Barquero, J. L., y otros, «A Community Mental Health Survey in Cantabria: a General Description of Morbidity», *Psychol. Med.*, 1987, 17: 227-241.
- (38) Vázquez-Barquero, J. L., y otros, «Mental Health in Primary Care. An Epidemiological Study of Morbidity and Use of Health Resources», *B. J. of Psychiatry*, 1997, 170: 529-535.
- (39) Vázquez-Barquero, J. L., y otros, «Factores implicados en las 'Rutas Asistenciales' en Salud Mental», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1993, 21 (5): 188-203.
- (40) Williams, P., y otros, «Minor Psychiatric Morbidity and General Practice Consultation: The West London Survey», *Psychol. Med.*, 1986 (9): 1-37.
- (41) Wang, P. S., y otros, «Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders in 17 Countries in the WHO World Mental Health Surveys», *Lancet*, 2007, 370: 841-50.
- (42) Wells, K. B.; Golding, J. M.; Burnam, M. A., «Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population with and Without Chronic Medical Condition», *Am. Journal of Psych.*, 1988, 145: 976-981.
- (43) Williams, P.; Wilkinson, G., «The Determinants of Help-Seeking for Psychological Disorders in Primary Health Care Settings», en Sartorius, N.; Goldberg, D.; de Girolamo, G. y otros (eds.), *Psychological Disorders in General Medical Settings*, Toronto y otras, Hogrefe & Huber, 1990.
- (44) Wing, J. K., y otros, «SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 47: 589- 593.
- (45) Wing, J. K.; Cooper, J. E.; Sartorius, N., *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, Londres, Cambridge University Press, 1974.
- (46) World Health Organization, *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. (www.who.int/whr/2001/main/).

II LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

Ander Retolaza

Introducción

Tal y como podemos deducir a la luz de los datos expuestos en el capítulo anterior, resulta evidente que existen insuficiencias organizativas para atender de una manera efectiva y eficiente al grupo mayoritario de problemas psico-sociales y trastornos psiquiátricos que, a diario, se nos presentan en las consultas de nuestros centros de Atención Primaria y Salud Mental Comunitaria. Ni la organización actual de nuestro sistema asistencial, ni el énfasis en la preparación y formación, respecto a este tipo de trastornos, de una gran parte de los profesionales parecen, a día de hoy, los más adecuados. Para empezar, y 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 y disponibilidad de recursos (empezando por un tiempo de consulta suficiente) adecuadas por parte de los médicos generalistas y debiera suponer un tipo de coordinación y trabajo intersectorial entre Servicios de Salud Mental y de Atención Primaria que, en la actualidad en nuestro país, o no se da en absoluto o se da de una manera muy insuficiente. Los planes de formación, tanto de pregrado como de postgrado, de médicos de familia y psiquiatras tampoco parecen tener en cuenta de forma suficiente estas necesidades. A lo anterior hay que añadir que existe cada vez mayor evidencia publicada señalando que determinadas técnicas psicoterapéuticas, como la Terapia para Resolver Problemas, la Terapia Interpersonal o la Cognitivo-Conductual son especialmente eficaces en el tratamiento de muchos de estos trastornos. Sin embargo la escasez de tiempo y de personal debidamente entrenado en estas técnicas hace que, en la actualidad, sean aplicadas de una manera muy escasa y deficiente. Lo habitual, en caso de que el paciente acceda a tratamiento, es hipertrofiar los tratamientos farmacológicos como única solución, lo que –como ya sabemos– no produce unos resultados satisfactorios y multiplica los costes económicos que el sistema sanitario podría dedicar a otras necesidades.

Tabla 2.1. *Utilización de ansiolíticos y antidepresivos. Dosis/1.000 habitantes.*

	Ansiolíticos		Antidepresivos	
	1993	2002	1993	2002
España	21,7	37,8	6,9	18,7
Alemania	9,6	7,7	10,7	17,4
Reino Unido	6,8	7,0	12,7	25,6
Italia	22,5	23,4	6,7	11,2
Francia	46,6	40,0	20,1	26,9

El recurso a la prescripción farmacológica, casi como única alternativa, ha llevado a que, en los últimos años, el crecimiento de prescripciones, especialmente en el campo de los ansiolíticos, haya sido espectacular si la comparamos con otros países de nuestro entorno en los que la tendencia actual es la de limitar este consumo por su mayor riesgo de dependencia y potenciar el uso de antidepresivos, la mayor parte de los cuales también tienen eficacia reconocida en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Por otra parte, el dominio de los llamados trastornos mentales comunes se trata de 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, un tanto peyorativa, de *trastornos menores*, en la opinión de que los *auténticos* trastornos mentales son otros. Los resultados de los estudios que hemos revisado nos confirman, una vez más, 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 sobre la *depresión menor*, no aceptada en las clasificaciones y discutida por muchos como entidad clínica independiente, 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 las arcas del estado.

Tabla 2.2. *Prevalencia anual de consultas para problemas de salud mental en varios países europeos*

	Holanda	España	Francia	Italia	Alemania
Población general	10,7	7,3	12,4	4,5	7,8
Población sin trastornos mentales	6,9	4,0	7,8	2,4	5,4
Población con trastornos mentales	33,9	44,1	33,3	31,4	46,3

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 el poder 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 (y no sólo en el campo de la salud mental), 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 específicamente sanitarios (incluso altamente especializados), cuando muchas veces, la mejor prevención, puesto que tiene que ver con las condiciones de vida habituales de las personas, es aquella que se desarrolla fuera de los servicios asistenciales y teniendo en cuenta, precisamente, factores relacionados con esas condiciones.

Tabla 2.3. *Acceso a atención para problemas de salud mental en población general. Comparación entre Francia y España*

		Francia	España
Con Trastorno Mental	En tratamiento	3,9%	1,7%
	No tratamiento	4,9%	2,2%
Sin Trastorno Mental	En tratamiento	9,5%	5,5%
	No tratamiento	81,7%	90,6%

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 resultan fácilmente modificables, al menos desde la perspectiva de lo que un profesional sanitario puede hacer. Pero existen otras intervenciones más relacionadas con variables que sí están al alcance de la mayor parte de los 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. En el presente capítulo hablaremos de ello.

Tabla 2.4. *Consumo de fármacos asociado a trastorno mental común.*
Fuente: Generalitat de Catalunya (2007). Departament de Salut.
Direcció General de Planificació i Avaluació.

	Fármacos% (IC 95%)		
	Antidepresivos	Ansiofíticos	Sin fármacos
Sin Trastorno Mental	8.89 [7.47-10.30]	17.37 [15.32-19.42]	74.41 [72.09-76.73]
Cualquier Trastorno Mental	31.03 [27.82-34.25]	40.86 [37.40-44.33]	44.72 [41.14-48.29]
Cualquier Trastorno del Estado de Animo	46.16 [41.18-51.14]	52.99 [48.89-57.09]	27.15 [23.11-31.19]
Cualquier Trastorno de Ansiedad	32.96 [28.63-37.28]	43.29 [38.86-47.72]	43.11 [38.42-47.79]
Cualquier Trastorno por consumo de drogas	15.49 [8.33-22.65]	22.21 [15.21-29.20]	67.04 [57.06-77.02]
Un solo Trastorno Mental	24.62 [21.01-28.23]	35.83 [31.68-39.97]	51.37 [47.04-55.71]
Más de un Trastorno Mental	46.43 [40.44-52.42]	52.95 [47.28-58.63]	28.74 [23.84-33.65]
Adecuación de tratamiento para Depresión Mayor en A. Primaria	55% (49,48%-60,36%)		

Segundo Filtro: El médico de familia como detector de trastornos

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. 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 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, también en líneas muy generales, la capacidad de detección es algo mejor en los países desarrollados. A continuación revisaremos algunos datos disponibles procedentes de diversos estudios.

Tabla 2.5. *Trastornos en Atención Primaria y Reconocimiento por médicos generales. Manchester*

Trastornos ICD-10	Prevalencia estimada (%)	Reconocimiento %
Depresión	16,9	69,6
Neurastenia	9,7	49,8
Ansiedad Generalizada	7,0	72,3
Agorafobia	3,8	69,6
Abuso de alcohol	3,6	66,1
Trastorno de pánico	3,5	70,6
Distimia	2,0	80,9
Hipocondría	0,5	60,3
T. Somatoforme	0,4	100
Uno o más	26,2	62,9
Dos o más	14,1	67,4

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 (Martínez Álvarez y otros, 1993), se estudió la prevalencia de trastornos psiquiátricos en diez consultas de atención primaria del centro de salud de Basauri (Bizkaia) mediante el GHQ-28 y la entrevista estructurada PSE que sirvió como patrón oro para establecer la presencia de trastornos. La sensibilidad de los médicos de familia frente a los casos encontrados por el PSE fue, en promedio, del 50%. Es decir que detectaron la

mitad de los trastornos que la entrevista, mientras valor predictivo positivo (VPP) 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 entrevista de una duración mínima de 30 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 (Retolaza y otros, 1994) realizado en tres centros de salud del entorno metropolitano de Bilbao. En esta ocasión se utilizó el SCAN como entrevista psiquiátrica de referencia. La sensibilidad promedio del conjunto de los médicos frente al SCAN fue del 62% y el VPP 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 ambos casos el sesgo diagnóstico fue también muy alto (2; 4). El *sesgo* es una medida que establece la tendencia general a hacer o evitar hacer diagnósticos psiquiátricos por parte de los médicos en comparación con el criterio establecido por la entrevista psiquiátrica estructurada. 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 diagnóstica 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 diagnósticos. Da la impresión de que, en este trabajo, los médicos estudiados captaban mejor los síntomas relacionados con la depresión.

Goldberg (1980) describió las circunstancias asociadas a una detección precisa por parte de los médicos de familia. Entre ellas detalló las que siguen: a) aquellas que se relacionaban con la estructura asistencial (recursos, presión asistencial); b) aquellas que se relacionaban con el paciente (personalidad, tipo de trastorno); c) aquellas que se relacionaban 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 psiquiátricos. 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 detallan en la Tabla 2.6.

Tabla 2.6. *Características de los médicos de familia buenos detectores (Golberg y cols., 1980).*

-
- 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.
-

Es importante saber que algunos elementos clave que determinan una buena detección están más relacionados con la 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, Üstün y cols. (1995) encontraron un mejor reconocimiento y detección de trastornos psíquicos (54%) en aquellos servicios de Atención Primaria 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 que la provisión de servicios generaba 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:

- 1) *Atención médica personalizada.* En lo esencial ésta 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.* Actuando 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 para la detección de trastornos mentales en Atención Primaria. Aunque son muchos los desarrollados en los últimos años, tanto de carácter general como de carácter específico para algunos de los trastornos más prevalentes, 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 instrumentos que les resultan artificios difíciles de introducir de una manera sistemática en su práctica cotidiana. Quizá el reto para los investigadores sea el de diseñar instrumentos, además de útiles, más sencillos y amables tanto para los médicos como para los pacientes.

Nivel 3: Morbilidad psiquiátrica tratada 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. Lo más habitual es que presenten una combinación de síntomas de ansiedad y depresión.

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 graves o amenazantes así como aquéllos que presentan limitaciones o discapacidades derivadas de ellas tienden a presentar mayor frecuencia y severidad de trastornos mentales. Lo común 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 para sus síntomas 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 en diversos Centros de Salud del mundo (Üstün y cols., 1995) 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 ansiolíticos (26,3%) y los fármacos antidepressivos (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.

Hiperfrecuentación asistencial y trastorno mental en Atención Primaria

El concepto de hiperfrecuentación presenta algunos problemas. Existen diversas definiciones del mismo, algunas de las cuales corren el riesgo de no ser precisas o de generar artefactos que condicionen los resultados cuando ha de ser operativizado en la investigación bio-médica. La hiperfrecuentación, entendida como la conducta de consultar reiteradamente en servicios médicos, surge de los propios servicios y de los profesionales que en ellos trabajan. Viene asociada a la idea de que esa conducta, al menos en algunos pacientes, resulta excesiva o inapropiada, al menos desde el punto de vista de los trastornos o problemas que se pueden objetivar, diagnosticar y tratar en una consulta médica. Un segundo aspecto asociado a la conducta de reiteración de consultas tiene que ver con la insatisfacción, tanto del profesional sanitario como del paciente en cuestión. Las mayores tasas de utilización de servicios se corresponden con una menor satisfacción de los usuarios respecto a los mismos.

Parece natural, o cuando menos inevitable, la sospecha de que pueda haber una relación entre la hiperfrecuentación de servicios y los trastornos mentales. Pero, si existe, esta relación no es lineal y está condicionada por

otros factores diversos que complican su entendimiento. La variada, y confusa, terminología utilizada para describir las relaciones entre los problemas psíquicos, los síntomas físicos y la utilización de consultas refleja bien esta dificultad. Términos como somatización, enfermedad psicósomática, hipocondría, conducta anómala de enfermedad o rol de enfermo crónico han sido y son utilizados, muchas veces con poco rigor.

Desde la perspectiva de las políticas de salud pública, las relaciones entre los trastornos mentales, las quejas o síntomas físicos y la utilización de servicios tienen un gran interés a causa de su potencial impacto en los costos de la atención sanitaria y por los beneficios que podrían derivarse de un mejor conocimiento de estos procesos. Conocimiento que debería de influir tanto en lo referente a encontrar una provisión de cuidados apropiada a las necesidades de este tipo de pacientes como en lo que toca a una mejor asignación de recursos.

En principio, llamamos hiperfrecuentador a aquel paciente que acude a consultar de una manera excesiva, por lo menos en cuanto al número de ocasiones en que lo hace. El primer problema surge cuando tenemos que considerar a partir de cuántas consultas éstas son muchas o, lo que es lo mismo, cuando tenemos que responder a la pregunta ¿cuánto es un número normal de consultas?

Con el objetivo de estudiar los factores asociados a la hiperfrecuentación de consultas en Atención Primaria, se diseñó un estudio de casos (N=100) y controles (N=102) en tres Centros de Salud de Bizkaia (Báez y otros, 1998). El criterio de caso se estableció estudiando la frecuentación de consultas a demanda propia (es decir, no generadas a criterio del profesional que presta el servicio) durante el año anterior a la encuesta. Se seleccionaron como caso aquellas personas cuyo número de consultas se encontraban por encima del percentil 90, que resultaron ser 9 o más consultas/año. En el extremo opuesto se seleccionaron como controles aquellas personas que se encontraban por debajo del percentil 10 y que habían realizado como promedio 1 consulta/año.

Las posibles variables explicativas sometidas a estudio fueron las que siguen: Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE); Trastorno Mental; Enfermedad médica crónica; Soporte social; Disfunción familiar; Variables sociodemográficas básicas.

Se encontró que el 10% de los pacientes (hiperfrecuentadores) había realizado el 31% de las consultas a demanda. Cuando se estudiaron las Ods Ratio ajustadas (OR) de cada una de las variables de forma aislada se encontró que el estrés (AVE) de intensidad alta o moderada (OR= 4.5; IC 95%= 1.7-12.8), la enfermedad médica crónica (OR= 3.1; IC 95%= 1.4 - 6.9) y el trastorno mental (OR= 2.5; IC 95%= 1.3 - 5.1), por este orden, constituían las tres causas fundamentales de hiperfrecuentación. Tras el análisis multivariado, en el que se estudiaron las variables de forma conjunta a la búsqueda de un modelo interpretativo más completo, se eviden-

ció que existía una interacción importante entre estas tres variables y que, cuando junto a las mismas se consideraba el factor edad (a mayor edad mayor riesgo), se conseguía explicar un 82% de los casos de hiperfrecuentación encontrados. Estos resultados se presentan en la Tabla 2.7. También se evidenció que, al menos en este estudio, casos y controles no diferían en lo referente a disfunción familiar o soporte social.

Tabla 2.7. *Factores asociados a hiperfrecuentación en atención Primaria. Fracciones atribuibles de riesgo ajustadas. Bizkaia (1998)*

Enfermedad física crónica	41%
Trastorno mental	31%
Acontecimientos Vitales Estresantes	15%
Para el conjunto de las tres anteriores	66%
Para las tres anteriores + edad	82%

La conclusión más importante del estudio fue que los factores asociados a hiperfrecuentación, al menos en el contexto de la atención primaria, tienden a aparecer asociados entre sí y con fuerte interacción entre ellos. Esto confirmaba la idea, ya encontrada en otros estudios previos, de que el trastorno mental de naturaleza común, o no psicótica, no suele aparecer aislado en las consultas de medicina general. Otros estudios realizados en España llegan de modo similar a la conclusión de que existe una clara asociación entre trastornos mentales y un mayor número de visitas al médico (Haro y otros, 2007).

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. Murphy (1982) y Brown (1989) han examinado la posibilidad de que, en personas especialmente predisuestas, diversos síntomas psicológicos puedan actuar como factores intermediarios entre un acontecimiento de vida estresante y un episodio de enfermedad orgánica. En otro trabajo (Pini y otros, 1995), los análisis de regresión logística mostraron 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 ejerció un efecto significativo ni en los hombres ni en las mujeres.

Siguiendo a Von Corp. (1990), resumiremos algunos hallazgos consistentes, apoyados por un buen número de estudios, y que son útiles para

explicar el fenómeno de la hiperfrecuentación. En primer lugar, las personas con problemas psicológicos experimentan una mayor presencia de síntomas físicos. Se ha mostrado cómo los pacientes que presentan trastorno mental junto a síntomas físicos tienen muchas menos probabilidades de ser etiquetados como enfermos psíquicos que aquéllos que sólo presentan síntomas psicológicos. Este puede ser un claro motivo para que reiteren sus consultas.

Por otro lado, quienes padecen problemas psicológicos tienden a valorar su estado general de salud de una manera mucho más desfavorable que las que no los padecen. Además tienen una mayor discapacidad funcional y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas de carácter físico. Hay una gran evidencia acumulada sobre la asociación entre enfermedades crónicas y trastorno mental (Wells y otros, 1988). Como acabamos de ver, ello sugiere la posibilidad de un efecto aditivo entre ambos procesos en la utilización de servicios. Sin embargo no es fácil inferir una relación causal entre el malestar psicológico y la utilización de servicios, dado que gran parte de las medidas habituales del estado de salud se asocian tanto con una como con otra de ambas variables.

Finalmente, las personas con problemas psíquicos 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.

Para acabar este apartado llamaremos la atención sobre dos apreciaciones que pueden aportar una visión crítica al mejor entendimiento de este tipo de problemas. La primera es la siguiente: los servicios de salud podrían contribuir a propiciar un rol de identidad a algunos enfermos al proveerles de una justificación y una posibilidad para mantener conductas disfuncionales relacionadas con su enfermedad. Esto se vería favorecido por la fuerte tendencia de la cultura occidental a utilizar etiquetas médicas para experiencias sintomáticas muy banales. La segunda apreciación viene derivada del hecho de que algunos estudios observacionales han encontrado la utilización de servicios de salud mental asociada a una disminución en el uso de otros servicios ambulatorios u hospitalarios. Este hallazgo, de verse confirmado, exigiría una explicación detallada, ya que existen varias posibles hipótesis alternativas: una sería que, cuando reciben tratamiento psiquiátrico, los pacientes mejoran y dejan de acudir a otros servicios; otra, menos optimista, explicaría el hecho por la simple sustitución de un servicio por otro sin que ello incida en la resolución del problema. Parece claro que algunas de estas hipótesis deben ser sometidas a prueba y ocupar su lugar en la investigación futura.

Tercer filtro: La derivación al nivel especializado. Factores asociados

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 pasan este tercer filtro. 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 tendencia a derivar más 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 (1966) en el Reino Unido, 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 propios sentimientos y necesidades personales. 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 grupo tiende a estar formado por personas de mayor nivel cultural y que, en ocasiones, ya ha sido usuario de servicios psiquiátricos 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. Además de los síntomas psicóticos, 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 especializados, 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.

Nivel 4: Atención Especializada Ambulatoria: los Centros de Salud Mental

En este nivel asistencial es relevante conocer el grado de accesibilidad a los cuidados especializados y si las personas que acceden a los mismos presentan una severidad de trastorno adecuada a este dispositivo asistencial en nuestro país. 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 algunos pacientes a los que no es posible caracterizar como personas con trastorno mental acceden a los servicios de salud mental en proporciones variables según diversos estudios. En nuestro medio se calcula que aproximadamente un 4-5% de los pacientes que acuden a los servicios ambulatorios 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 datos procedentes de los estudios disponibles apunta en el sentido de que una parte de estos casos, posiblemente, proceda de sectores sociales sometidos a 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 se presentan en constelaciones sindrómicas por encima o debajo del umbral diagnóstico en diferentes momentos. En este grupo se encuentran muchos diagnósticos, más o menos precisos, relacionados con el estrés y los 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, acceden sin impedimentos a la demanda de derivación del paciente cuando éste la presenta de forma explícita. En otro apartado dedicaremos una atención más específica y un análisis más pormenorizado a estos casos que no

presentan un trastorno mental establecido en el momento en que realizan la demanda de asistencia.

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, 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 (Darle y otros, 1993; Parikh y otros, 1997). En un importante estudio (Olfson y otros, 1996) sobre consultas ambulatorias, realizado en USA, 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 sobre la provisión de psicoterapia en medio ambulatorio (Olfson y otros, 1994) 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 (Parslow y otros, 2000; Wiersma y otros, 1997), pero también de medidas subjetivas, como la necesidad percibida por el propio interesado (Meadows y otros, 2000; Lefebvre y otros, 1998). 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 (Lin y otros, 1996) o con un trastorno menor (Kessler y otros, 1997) resulta especialmente alta. Diversos estudios muestran que el trastorno por somatización (Smith y otros, 1994) y la depresión (Luber y otros, 2000; Simon y otros, 1997) se asocian con un mayor consumo de recursos médicos generales. En el caso del trastorno por somatización se ha calculado que, aunque poco frecuente en población general, el costo por consumo de recursos se multiplica por nueve con respecto al promedio (Smith y otros, 1994). Los pacientes por consumo de sustancias constituyen un grupo que tiende a no mantener períodos largos de contacto con los servicios (Brennan y otros, 2001). La comorbilidad de trastorno psiquiátrico y consumo de alcohol predice un mayor uso de servicios que cualquiera de las dos condiciones aislada (Wu y otros, 1999). Los usuarios intensivos o de largo recorrido suelen encontrarse más fácilmente, aunque no sólo, entre pacientes con diagnós-

tico de esquizofrenia y trastornos psicóticos (Hansson y otros, 1998). En un estudio realizado en España (Haro y otros, 1998), el número medio de visitas ambulatorias de un paciente esquizofrénico fue de 10,7 al año.

Existen diversas variables sociodemográficas relacionadas con el consumo de recursos psiquiátricos. Parece que las mujeres (Rickwood y otros, 1994), los jóvenes (Horwitz y otros, 1998) y las personas de nivel educativo alto tienen mayores probabilidades de iniciar tratamiento (Wang y otros, 2000) o de recibir psicoterapia (Olfson y otros, 1994). 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 (Swartz y otros, 1998). Los ancianos son el grupo de edad con menor probabilidad de entrar en tratamiento psiquiátrico en cualquier circunstancia (Feinson y otros, 1995), especialmente en ámbito hospitalario (Demmler y otros, 1998). 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 (Lavik y otros, 1983; Thornicroft y otros, 1992). 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 (Thornicroft y otros, 1993; Rost y otros, 1998).

Consumo de recursos en Centros de Salud Mental

Con la finalidad de conocer algunos detalles relevantes sobre la provisión de cuidados psiquiátricos ambulatorios en nuestro país, hace unos años, la AEN propuso a un grupo de asociados, que ya habían desarrollado algún proyecto de investigación previo en esta área, la realización de un trabajo específico. De esta forma Montilla y otros (2002) estudiaron la incidencia administrativa (casos nuevos en consultas de salud mental) en tres Comunidades Autónomas: (Andalucía, Madrid y País Vasco) utilizando como fuente de datos el Registro de Casos psiquiátricos. Se estudiaron 3.696 pacientes ambulatorios atendidos por primera vez seis centros de salud mental: Camas y Carmona (Sevilla), Fuenlabrada y Getafe (Madrid), Basauri y Galdakao (Vizcaya).

Se tomó como base el registro de casos referido al año de 1996 y se hizo el seguimiento de los casos incidentes durante el año siguiente a la primera consulta realizada. Las variables a estudio fueron el número y porcentaje de casos incidentes de cada trastorno, el número y tipo de las consultas realizadas con cada uno de ellos, incluyendo una estimación del tiempo consumido en dichas consultas. La hipótesis a contrastar era que la mayor severidad de los trastornos debía corresponderse con un mayor consumo de recursos, medidos estos en número de consultas realizadas y tiempo consumido en las mismas. Este último se estimó asignando diferentes módulos de tiempo a los diferentes tipos de consulta (diagnóstico, seguimiento, psicote-

rapia individual, grupal, etc.) de los que se disponía de información a través del Registro de Casos en cada una de los centros participantes.

La tabla 2.8 resume la incidencia administrativa encontrada para los diferentes trastornos y centros. Los diagnósticos están agrupados por categorías y descritos según los códigos de la ICD-9, que es el sistema en el que aún se codifican los trastornos mentales en la mayoría de los sistemas de registro de casos en nuestro país. Como cabía esperar la incidencia mayor en todos los centros corresponde a los trastornos afectivos no psicóticos (referidos en la tabla como otros trastornos afectivos) con una incidencia anual de algo más de tres casos por cada mil habitantes y, en segundo lugar, a los trastornos neuróticos (ansiosos, adaptativos, fóbicos y otros) que presentan una incidencia anual de casi dos casos por cada mil habitantes.

Tabla 2.8. *Número de casos e incidencia administrativa por mil habitantes mayores de 18 años por grupos diagnósticos y distrito. (Montilla y otros, 2002)*

Población ≥ 18 años		Basauri 40.693	Galdakao 23.813	Fuenlabrada 118.809	Getafe 113.900	Camas 90.661	Carmona 66.661	Total 454.537
Esquizofrenia	N.º casos	10	4	10	10	9	7	50
	Incidencia	0,246	0,168	0,084	0,088	0,099	0,105	0,110
P. paranoides	N.º casos	6	6	26	17	8	9	72
	Incidencia	0,147	0,252	0,219	0,149	0,088	0,135	0,157
P. afectivas	N.º casos	19	5	27	25	8	15	99
	Incidencia	0,467	0,210	0,227	0,219	0,088	0,225	0,218
Otro t. afectivo	N.º casos	98	45	380	338	298	240	1399
	Incidencia	2,408	1,890	3,198	2,968	3,287	3,600	3,078
T. neuróticos	N.º casos	100	25	298	264	135	79	901
	Incidencia	2,457	1,050	2,508	2,318	1,489	1,185	1,982
Alcoholismo	N.º casos	24	5	46	29	15	4	123
	Incidencia	0,590	0,210	0,387	0,255	0,165	0,060	0,271
Otro t. tóxicos	N.º casos	22	1	11	5	7	4	50
	Incidencia	0,541	0,042	0,093	0,044	0,077	0,060	0,110
T. person	N.º casos	5	2	67	33	7	14	128
	Incidencia	0,123	0,084	0,564	0,290	0,077	0,210	0,282
T. orgánicos	N.º casos	3	3	9	11	18	25	69
	Incidencia	0,074	0,126	0,076	0,097	0,199	0,375	0,152
T. alimentación	N.º casos	4	3	27	16	8	3	61
	Incidencia	0,098	0,126	0,227	0,140	0,088	0,045	0,134
Otros	N.º casos	40	35	171	110	21	19	396
	Incidencia	0,983	1,470	1,439	0,966	0,232	0,285	0,871
Sin t. mental	N.º casos	7	25	53	20	0	0	105
	Incidencia	0,172	1,050	0,446	0,176	0,000	0,000	0,231
Total	N.º casos	338	159	1125	878	534	419	3453
	Incidencia	8,306	6,677	9,469	7,709	5,890	6,286	7,597

Se encontró que el menor número de consultas estaba significativamente asociado ($p < 0,001$) a las siguientes variables: tener más de 65 años, estar separado/a, tener un bajo nivel de escolarización, ser pensionista y residir en distritos del sur del país. No se observaron diferencias en cuanto al género. Sin embargo la procedencia del paciente (el servicio derivante), que probablemente en este estudio fue una variable relacionada con la severidad diagnóstica, influyó en el número y tiempo total de contactos. En líneas generales las personas procedentes de servicios hospitalarios, urgencias y otros (servicios sociales en su mayor parte) fueron los que tenían un mayor consumo de recursos. En el análisis multivariado, una vez ajustada cada variable por el resto, el consumo de recursos de atención ambulatoria se asocia con el sexo (mayor en mujeres; $p = 0,024$), la edad (mayor en jóvenes; $p < 0,001$), el tener titulación académica ($p = 0,032$), el distrito (mayor en distritos vascos; $p < 0,001$), la procedencia de la demanda (mayor en otras procedencias; $p = 0,002$), y el ser diagnosticado de esquizofrenia ($p < 0,001$), psicosis afectiva ($p < 0,001$) o trastorno de alimentación ($p < 0,001$).

Independientemente del diagnóstico y de la gravedad del mismo, el nivel educativo mostró una clara tendencia (tipo dosis/respuesta) con el número de consultas y la duración de las mismas. A mayor nivel educativo del paciente mayor número de consultas y mayor duración de las mismas. En el mismo sentido también hubo un claro gradiente sur-norte, con el menor número de consultas por paciente en los distritos del sur (Carmona: 2,67 consultas/paciente/año) y el mayor en el norte (Galdakao: 11,02 consultas/paciente/año), ocupando los distritos madrileños una posición intermedia. Lo más probable es que la menor disponibilidad de recursos humanos en los Centros de Salud Mental andaluces respecto a los de las otras Comunidades Autónomas (especialmente en el caso del País Vasco), explique las diferencias encontradas.

En la Tabla 2.9, que refleja la distribución porcentual de los diferentes trastornos presentes en el conjunto de los Centros de Salud Mental estudiados, podemos apreciar mejor cómo se distribuyen los casos incidentes. La mayoría de los casos (66,6%) pertenecen al grupo de lo que denominamos trastornos mentales comunes. Según el criterio de sus terapeutas, el 3% de los casos no tiene un trastorno mental diagnosticable.

Tabla 2.9. *Diagnósticos más frecuentes (% sobre el total de casos nuevos) en 6 Centros de Salud Mental de Andalucía, Madrid y País Vasco (Montilla y otros, 2002)*

Esquizofrenia	1,4
Otras psicosis	2,1
Psicosis afectivas	2,9
Trastornos depresivos	40,5
Trastornos neuróticos	26,1
Consumo de alcohol y sustancias	5,0
Trastornos de personalidad	3,7
Trastornos alimentarios	1,8
Sin trastorno mental	3,0

La duración promedio de las consultas en los seis centros fue de algo más de treinta minutos. Los datos indican que se hace un seguimiento más intenso a los casos más graves, como es el caso de los trastornos esquizofrénicos (13,24 consultas/año), cuando los comparamos con los menos graves (4,65 consultas/año para la depresión no psicótica).

Tabla 2.10. *Número de consultas y tiempo asistencial por profesional y distrito. (Montilla y otros, 2002)*

	Basauri	Galdakao	Fuenlabrada	Getafe	Camas	Carmona	Total
N.º consultas	3004	1884	5407	5149	1795	1171	18410
Tiempo asistencial	107685	66675	180425	194935	64235	36500	650455
N.º facultativos	4,8	1,8	9,5	9	4	3	32,1
Consultas/facultativo	626	1047	569	572	449	390	573
Tiempo/facultativo	22434	37042	18992	21659	16059	12167	20237
Duración media	35,9	35,4	33,4	37,9	35,8	31,2	35,3

De todas formas, parece tratarse de un número escaso de consultas para el caso de la Depresión Mayor o, incluso, la de intensidad moderada. Hay que considerar que en este estudio no fue posible sino evidenciar a grandes rasgos qué tipo de trastornos recibían una mayor atención y a qué factores clínicos y demográficos estaba ésta asociada. Intencionadamente todos los diagnósticos fueron establecidos, de una manera naturalista, según el criterio diagnóstico del terapeuta encargado del caso, sin el auxilio de instrumento alguno, y, en cada uno de ellos, estaban incluidos todos los niveles de severidad posibles sin distinción. En el caso del trastorno depresivo se incluyeron desde la Depresión Mayor hasta los episodios más leves que, probablemente, fueron mucho más frecuentes que el resto, lo que podría haber contribuido a bajar el promedio de consultas realizadas.

Tabla 2.11. *Promedio de consultas/año según diagnóstico en 6 Centros de Salud Mental de Andalucía, Madrid y País Vasco (Montilla y otros, 2002)*

DIAGNÓSTICO	CONSULTAS/AÑO (PROMEDIO)
Trastornos Esquizofrénicos	13,24
Trastornos Alimentarios	8,51
Psicosis Afectivas	7,00
Trastornos de Personalidad	5,98
Trastornos Neuróticos	5,27
Abuso y Dependencia de Alcohol	5,26
Depresión	4,65
Sin Trastorno Mental	2,75

Cuando estudiamos la tipología de los contactos habidos en los Centros de salud mental estudiados, lo que es una medida indirecta de la calidad y adecuación de los servicios prestados, vemos que la mayor frecuencia de los mismos corresponde, como cabía esperar, a las consultas de seguimiento y la menor a las de urgencia y psicoterapia. Los distritos del norte se sitúan, en todas las tipologías, en el rango alto en cuanto al número de contactos y, salvo en lo referido a consultas de evaluación, los del sur están siempre en el rango más bajo.

Tabla 2.12. *Tipología de contactos y frecuencia de los mismos en 6 Centros de Salud Mental de Andalucía, Madrid y País Vasco (Montilla y otros, 2002)*

Tipo contacto	Contactos paciente/año	Máximo Lugar (n.º contactos)	Mínimo Lugar (n.º contactos)
Evaluación	1,35	Galdakao (2,45)	Fuenlabrada (0,93)
Seguimiento	2,30	Galdakao (5,54)	Camas (1,29)
Psicoterapia	1,12	Galdakao (2,68)	Carmona (0,13)
Urgencia	0,21	Basauri (0,50)	Getafe, Camas (0,06)
Total	4,98	Galdakao (11,02)	Carmona (2,67)

Finalmente, revisando algunas de las características de la muestra estudiada encontramos una edad media relativamente joven (41,6 años), con un 63,8% de personas con 45 años o menos frente a un 10% de mayores de 65. Como en otros estudios encontramos mayoría de mujeres entre los usuarios de los servicios (65,3%). El colectivo de personas sin estudios o con un nivel muy bajo de los mismos resulta particularmente alto (46,6% del total de la muestra) aunque con evidentes diferencias entre las diversas comunidades autónomas estudiadas. La explicación podría estar en que este grupo de población manifiesta un cierto déficit social que le hace más vulnerable al malestar psíquico y más demandante de ayuda.

La procedencia de los pacientes fue la siguiente: el 86,4% son derivados desde la atención primaria, un 5,5% de otros especialistas ambulatorios y el 5% provienen de hospitales, sobre todo de los servicios de urgencia. Poco más de un 3% acceden desde fuera del sistema sanitario: un 1,2% mediante iniciativa propia y el 1,9% derivados desde otros dispositivos, especialmente servicios sociales.

Expectativas satisfacción de usuarios en Centros de Salud Mental: una descripción general

Un área de interés, poco explorada hasta la fecha, es la relacionada con las expectativas sobre los servicios de Salud Mental que presentan los

usuarios de los mismos. Se trata de un campo de estudio difícil donde diversos aspectos de índole cultural y social modelan estas expectativas tanto o más que los de orden estrictamente clínico. El hecho de disponer de una información ajustada sobre estas expectativas debe de servir de ayuda a la hora de entender mejor la demanda que se hace a los servicios y, con ello, adecuar una respuesta pertinente y proporcionada a la misma.

A estos efectos desarrollamos un estudio en las consultas de un Centro de Salud Mental. Se estudiaron todos los pacientes que demandaron consulta por primera vez en el Centro de Salud Mental de Basauri a lo largo de seis meses (N=315). Sólo se excluyeron los casos de consumo o dependencia de sustancias. En el día de su primera cita en el servicio, y antes de realizar la misma, entrevistadores ajenos al centro les pasaron una encuesta en la que se preguntaba de manera detallada por sus expectativas respecto al servicio, el tratamiento que esperaban recibir y la posible duración del mismo, entre otras variables a estudio. También se les administró un cuestionario SCL-90 a fin de objetivar su estado psicopatológico general. En la Tabla 2.13 se resumen algunas de las principales expectativas encontradas.

Tabla 2.13. *Principales expectativas entre los demandantes de un CSM (% respecto al total de respuestas en cada apartado). Basauri, 2003*

Remisión total de síntomas	84.1%
En seis meses o menos	64.1%
Sin medicación	73.1%
Psicólogo como terapeuta	48.3%
Psiquiatra como terapeuta	25.9%

Se exploraron también diversas expectativas en otras áreas. En este caso las respuestas de los pacientes no eran mutuamente excluyentes y se detallan, simplemente, las adhesiones porcentuales a cada una de las preguntas formuladas. Sobre exploraciones biológicas: un 35,7% de los consultantes esperaba que se le realizaran *radiografías de la cabeza*, un 32.4% E.E.G; un 28.4% análisis sangre y un 26.5% análisis orina. Frente a esto, en el apartado de exploraciones psicológicas: un 95.5% esperaba preguntas sobre vida cotidiana; un 94.8% preguntas sobre su familia y un 91.3% sobre su infancia

Seis meses después se preguntó a los pacientes, mediante otra encuesta, sobre su satisfacción con el servicio y se les volvió a administrar el SCL-90 al objeto de observar su evolución psicopatológica durante ese tiempo. La satisfacción con el servicio apareció claramente asociada con la mejoría clínica (objetivada por la presencia significativamente estadística de una menor puntuación en el SCL-90) y con la presencia dominan-

te de *expectativas de tipo biológico*. La menor satisfacción con el servicio se asoció a una mayor severidad psicopatológica, especialmente al inicio del tratamiento, y al predominio de *expectativas psicológicas*.

La interrelación entre Atención Primaria y Salud Mental en el tratamiento de la depresión. Un estudio cualitativo

Por su interés y porque posiblemente puedan ser bastante representativos de la situación general en nuestro país, expondremos a continuación los resultados y conclusiones de un estudio cualitativo desarrollado en nuestro medio sobre el tratamiento ambulatorio de la depresión (Calderón y otros, 2009). Se escogió este trastorno por varios motivos. Primero, por ser, con mucho, el más prevalente entre los trastornos mentales; segundo, porque la mayor parte de los casos son tratados en los niveles ambulatorios de atención, sean éstos especializados o no; y tercero, porque podría ilustrar de manera adecuada los problemas presentes en la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.

Para la obtención de información se consideró que la técnica de grupos de discusión era la idónea a fin de favorecer la generación de discursos ricos en contenido y representativos de las diferentes percepciones y opiniones profesionales. El contexto seleccionado fue el Área Sanitaria de Bizkaia en la que el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) cuenta con 64 Centros de Atención Primaria y 22 Centros de Salud Mental dedicados a población adulta. Con la pretensión de alcanzar una saturación suficiente de la información se seleccionó una muestra de 29 médicos de familia, perteneciente a 20 Centros de Salud diferentes, con los que se organizaron cuatro grupos de discusión. Asimismo se seleccionó a 13 psiquiatras, procedentes de 11 Centros de Salud Mental a los que derivaban pacientes los anteriores, con los que se organizaron dos grupos de discusión.

Principales hallazgos del estudio

- a. El diagnóstico de la depresión, y de los trastornos mentales comunes en general, aparece como *borroso* y poco definido para los médicos de familia en comparación con lo habitual en su práctica clínica respecto a otras patologías no psiquiátricas.
- b. Existen dificultades objetivas (disponibilidad de tiempo) y subjetivas (no uso de instrumentos de ayuda), probablemente ambas relacionadas entre sí, para disponer y aplicar de una manera operativa los criterios de diagnóstico pertinentes.
- c. Existe una clara discrepancia entre la *depresión esperada* (aquella que describen los textos y guías de práctica clínica) y

la *depresión observada* en condiciones de práctica clínica habitual, que se presenta asociada a múltiples factores tanto médicos como, sobre todo, sociales, que dificultan su reconocimiento y manejo.

- d. En líneas generales los médicos de familia se consideran suficientemente capacitados para diagnosticar y tratar a los enfermos habituales de su consulta que presentan un trastorno depresivo. En su práctica clínica manejan con soltura los fármacos antidepresivos, especialmente los ISRS, pero perciben que su formación y disponibilidad en el campo de la psicoterapia (adaptada a su contexto) es menor de la que sería necesaria.
- e. Perciben a los psiquiatras junto a los demás especialistas, como profesionales de otro nivel asistencial, lo que implica un cierto distanciamiento. Aunque, comparativamente, también los ven algo más cercanos que a otras especialidades médicas y los perciben como bastante atareados. Se quejan de las demoras asistenciales y de la escasa información, especialmente escrita, que les devuelven sobre los pacientes derivados.
- f. Derivan aquellos casos que no van bien a pesar del tratamiento ensayado, los que presentan complicaciones o ideas suicidas y a aquellos pacientes que lo solicitan expresamente.
- g. Se percibe un mutuo desconocimiento entre médicos de familia y psiquiatras sobre la estructura organizativa de sus servicios y las características cotidianas de sus respectivos trabajos.
- h. Por su parte los psiquiatras perciben que la depresión que atienden es un auténtico *cajón de sastre* en el que caben todo tipo de diagnósticos. Sobre todo los problemas sociales o familiares de difícil solución. También en ellos se observa una discrepancia entre la depresión *esperada* y la *observada* en el mismo sentido que hemos descrito para los médicos de familia.
- i. Muchos psiquiatras se ven a sí mismos demasiado accesibles para algunos pacientes que, en su opinión, no deberían ser tratados por ellos, dada su escasa severidad diagnóstica. Algunos se describen como *psiquiatras de cabecera*, lo que conlleva una cierta desvalorización de su trabajo.
- j. Médicos de familia y psiquiatras coinciden en destacar las dificultades de coordinación, mayores en la actualidad que en el pasado. También están de acuerdo en señalar que unos y otros tienen un exceso de demandas originadas por malestar social, sin un claro diagnóstico. En ambos niveles asistenciales se considera que se recurre en exceso a la medicación y que existe un déficit en la oferta de psicoterapias, incluso en el nivel especializado.

Compartir pacientes, compartir enfoques

La atención al paciente con síntomas de depresión constituye para los médicos de familia y los psiquiatras participantes en el estudio un terreno especialmente problemático. El foco principal de tensiones parece generarse en torno a la no correspondencia entre la depresión como *entidad diagnóstica esperada* y su expresión real en los pacientes individuales atendidos en las consultas. Dicha falta de correspondencia no se situaría tanto en el plano de la precisión respecto de los códigos y escalas de referencia (Miranda y otros, 2003; Ortiz y otros, 2006), como, ante todo, en el propio sentido del acercamiento diagnóstico (Tizón, 2000).

En su esfuerzo por encontrar signos de certeza, el médico de familia se encuentra con multitud de señales procedentes del paciente que los emborronan. En ocasiones dichas señales se relacionan con otros problemas de salud expresados con mayor o menor claridad, o con malestares derivados de sus circunstancias de vida, o también con actitudes y expectativas derivadas de una relación continuada a lo largo del tiempo (Thomas y otros, 2005). Cuando el profesional busca más tiempo para la entrevista con el paciente, o pide mejores habilidades en el *manejo de las emociones*, parece sugerir la necesidad de un sentido diferente de acercamiento, a partir del propio paciente como sujeto o protagonista de sus síntomas depresivos, quizás porque intuye que en ese recorrido puede conseguir un conocimiento más certero del problema y, por lo tanto, un mejor manejo del mismo.

Para el médico de familia dicho cambio resulta sin duda trabajoso, ya que además de interpretar síntomas frecuentemente *borrosos*, ha de captar el grado de *confianza* alcanzado con el paciente, e iniciar en el mismo proceso de la entrevista la labor terapéutica bien sea mediante la palabra, el fármaco, una nueva cita, la decisión de derivar, o varias de dichas opciones simultáneamente (Pérez-Franco y otros, 2006). Pero para el psiquiatra el esfuerzo no es menor, ya que en principio sus expectativas son aún más distantes y la realidad lleva consigo no sólo la borrosidad vinculada al paciente sino también las imprecisiones atribuibles al médico de familia que lo ha enviado. La auto-percepción como *psiquiatras de cabecera*, reflejaría en cierta medida dicha frustración respecto de lo esperado. Los problemas relativos a los volantes de derivación o al no cumplimiento de guías y protocolos, no serían por tanto, causas sino más bien efectos de carencias derivadas del reto que conlleva tratar y compartir pacientes, y no diagnósticos prefijados (Nandy y otros, 2001; Thomas-MacLean y otros, 2005).

La constatación de un contexto social que condiciona negativamente e incluso provoca el auge de la demanda por depresión, pero sobre el que no se tiene capacidad de incidir, constituye un aspecto importante a tener en cuenta (Chew-Graham y otros, 2002; Ortiz y otros, 2005). En el caso

de los médicos, la vivencia de que su repercusión en la asistencia no es reconocida ni valorada por la empresa, ni por la propia sociedad, puede generar a modo de *autodefensa* una reafirmación en los esquemas propios (en lo que *es mi misión*) aunque ello lleve parejo una vuelta más en la espiral de riesgo de fracaso terapéutico y de frustración profesional. Y en el caso de los pacientes, las consecuencias negativas, bien por déficit de atención o por exceso de medicación (Ortiz y otros, 2006), podrían además resultar especialmente adversas en aquellos sectores de la población donde el efecto de *lo social* está más presente (Harman y otros, 2001; Chew-Graham y otros, 2002). La escasa utilización de los instrumentos de cribado así como la demanda de vincular el aprendizaje a la realidad de la práctica asistencial parecen indicar asimismo la necesidad de un re-enfoque de los planteamientos actualmente predominantes (Nandy y otros, 2001; Hodgins y otros, 2007).

Servicios de Salud orientados a la colaboración

El reto de compartir enfoques orientados hacia el paciente por parte de médicos de familia y psiquiatras no puede contemplarse al margen de las características de los Servicios de Salud (Gilbody y otros, 2003; Craven y otros, 2006). En nuestro caso se advierten al respecto ciertas señales preocupantes. La percepción por los participantes de un modelo de gestión escorado hacia lo formal o lo aparente (ver muchos pacientes, indicadores de listas, impacto mediático) sin valorarse suficientemente la calidad real de lo que se hace, ni asumir ante la población las limitaciones de los propios servicios, parece contribuir al desarrollo de *actitudes defensivas* de reforzamiento de los sentimientos corporativos. Cada colectivo se ve a sí mismo como el más perjudicado y la responsabilidad individual vinculada a la variabilidad se diluye. Las referencias positivas por unos y otros a experiencias de colaboración apuntarían hacia áreas de las que poder aprender, pero sin embargo la tendencia parece ser a su disminución, junto con un cierto riesgo de *adaptación al deterioro*.

Ante dicha situación, la aplicación de medidas parciales difícilmente resultaría suficiente, requiriéndose planteamientos de gestión integradores que promovieran la colaboración interdisciplinaria como componente necesario de la calidad al que dedicar tiempo, recursos y medios de evaluación. A partir de aquí, la delimitación de enfoques y criterios de diagnóstico y de tratamiento comunes resultaría más factible, y la mejora de los flujos de información y de formación podría ser contemplada en un sentido bi-direccional (Tizón, 2000; Saarela y otros, 2003).

Las presentes reflexiones han de ser consideradas sin olvidar el carácter exploratorio del estudio y las particularidades del contexto donde se ha llevado a cabo (Osakidetza/Servicio Vasco de Salud; Bizkaia). Por razo-

nes de factibilidad, su diseño se centró en los médicos de familia y psiquiatras, pero a la luz de los hallazgos puestos de manifiesto debería avanzarse en el conocimiento de las valoraciones de los demás agentes involucrados, y en especial de los propios pacientes.

Conclusiones

La asistencia a los pacientes con diagnóstico de depresión y, por extensión muy probablemente con otros trastornos mentales comunes, requiere aproximaciones centradas en el paciente tomando siempre en consideración la relevancia del contexto social en el que éste está inmerso.

El manejo de los pacientes con diagnósticos en este ámbito está condicionado tanto por el contexto sanitario en el que se produce como por el socio-cultural en su sentido más general. Se necesita más y mejor conocimiento compartido por médicos de familia y profesionales de la Salud Mental sobre las circunstancias que operan en cada nivel asistencial.

Para ser efectiva la coordinación entre niveles asistenciales debiera ser promovida por políticas sanitarias activas.

Los programas de entrenamiento deben de adaptarse a las necesidades reales de los pacientes y debieran de tener en cuenta el contexto en el que se produce la demanda.

Se precisa un conocimiento mejor y más directo de las percepciones de los propios pacientes sobre sus necesidades y sobre el contexto asistencial en el que se manejan las mismas. También se precisa mejor conocimiento sobre las percepciones de otros profesionales, no médicos, que pueden intervenir en el proceso asistencial.

La organización que necesitamos

De lo dicho hasta aquí se deducen algunas ideas y principios generales que deben ayudarnos a mejorar la actual organización de nuestro modelo asistencial en la tarea de proporcionar una adecuada provisión de servicios a los trastornos mentales comunes. Esta tarea, como no podía ser menos, afecta fundamentalmente a los servicios de atención primaria y los centros de salud mental, ambos ubicados en la comunidad. Es por ello que estamos hablando ante todo de estos niveles asistenciales como se habrá comprobado ya en las páginas que nos preceden. Una dificultad central, tanto para la atención primaria como para los servicios comunitarios de salud mental, 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 continuación algunos principios generales que pueden auxiliarnos ante la dificultad de estas tareas.

Principios generales

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 acervo de conocimiento médico acumulado puede permitir a los profesionales 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. 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 ha reducido el doble que la participación hospitalaria durante el periodo 1995-2002. 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/o 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 otras personas) en los que la experiencia nos indica que existen soluciones a problemas difíciles de resolver sin tener éstos en cuenta.

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, atendiendo a sus planteamientos, en la idea de desarrollar algunos principios generales que nos ayuden en nuestro cometido.

Tabla 2.14: *Comparación de planteamientos público vs individual en el ámbito de la Salud Mental (Thornicroft y Tansella, 1999)*

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 episódico.
9. La relación coste/efectividad se considera en términos de población.	9. La relación coste/efectividad se considera en términos individuales.

En la Tabla 2.14 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, por lo menos, tenida en cuenta de una forma clara, frente

a la fragmentación y ruptura de continuidad, propia de otros modelos exclusiva o predominantemente centrados en el individuo. En el mismo sentido, hemos incluido algunas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en las que los vínculos intersectoriales y la participación ciudadana en la gestión de los problemas de salud tienen especial relevancia (Tabla 2.15).

Tabla 2.15. *Recomendaciones de la OMS, 2001*

-
1. Dispensar tratamiento en la Atención Primaria.
 2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
 3. Prestar asistencia en la comunidad.
 4. Educar al público.
 5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
 6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
 7. Desarrollar los recursos humanos.
 8. Establecer vínculos con otros sectores.
 9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
 10. Apoyar nuevas investigaciones.
-

La base ética de los servicios de salud mental

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 fase actual de este desarrollo, y sin dejar de reconocer la importancia del estudio e investigación sobre medidas de proceso, estos autores consideran como esencial la medición de resultados. Para ello, han tratado de seleccionar y definir de una manera operativa algunos principios que, posteriormente, pueden ser validados como medidas de resultado. De esta manera es posible obtener una información suficiente y de calidad para una correcta toma de decisiones en materia de salud pública respecto a servicios de salud mental. El método propuesto consta de varios pasos: 1) Seleccionar los principios éticos más relevantes para la evaluación de servicios de salud mental; 2) Proponer definiciones operativas de los mismos; 3) Validar estas definiciones; 4) Operativizar medidas de resultado mediante escalas; 5) Utilizar estas medidas en la investigación de servicios dentro de un contexto de medicina basada en la evidencia.

En la Tabla 2.16 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 en ese servicio para preservar y promover la independencia de los usuarios. También se observa que algunos de estos principios deben ser evaluados en varios de los niveles de responsabilidad en la atención. Aunque la mayoría de estos principios no precisan ser explicados, detallaremos las nociones fundamentales que cada uno de ellos desarrolla a fin de establecer su alcance.

Tabla 2.16. *Principios de los servicios comunitarios de salud mental. Relación con los niveles geográficos del modelo matricial (Thornicroft y Tansella, 1999)*

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

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 (Comprensividad). 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 de 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 *transversal*, 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): 1) Considerar todo aquello que funciona, que es efectivo; 2) Conseguir que los tratamientos efectivos sean accesibles para todos quienes los necesiten; 3) Minimizar el tiempo de las intervenciones; 4) Tratar a los pacientes en el lugar más efectivo; 5) Prevenir sólo aquello que es posible prevenir; 6) Diagnosticar sólo si hay tratamiento.

El cuidado como proceso escalonado entre niveles

La creciente complejidad de los servicios sanitarios de nuestros días nos obliga a una continua reflexión sobre los problemas que tenemos que enfrentar y la mejor manera de resolverlos. En la actualidad 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. Por otra parte el creciente desarrollo de servicios de psiquiatría comunitaria, o por lo menos de recursos ambulatorios que ofertan atención especializada, en la mayoría de los países desarrollados ha contribuido a una notoria ampliación e incremento de los servicios prestados por éstos. Este desarrollo de ambos niveles asistenciales no siempre ha sido armónico y ha conllevado frecuentes contradicciones, con solapamiento en algunas tareas y prestaciones, mientras simultáneamente se producía el riesgo de abandono en otras.

Concretamente en el terreno de los trastornos mentales comunes no existe en la actualidad, al menos en nuestro país, un modelo de trabajo que permita ofrecer a los profesionales criterios suficientemente precisos para una mejor interrelación de niveles en este campo. Necesitamos un marco de trabajo que tenga en cuenta las interfases entre niveles, que sea sencillo y útil, que sirva para generar ideas y nuevas líneas de acción resolutorias y que, finalmente, sin dejar de ser flexible, contribuya a facilitar un adecuado reparto de tareas. Quizá, mejor que plantear un modelo único y acabado, sea más correcto hablar de un marco general que contenga las principales líneas de fuerza que posibiliten una variedad de modelos de trabajo adaptados al entorno. Este marco general debe ser formulado lo más clara y explícitamente posible, con criterios de efectividad, eficiencia y equidad.

En esta línea, diversos autores y programas, especialmente en el Reino Unido, siguiendo las recomendaciones de la guía NICE (National Institute for Clinical Effectiveness) para la depresión, han formulado, en los últimos años, algunas guías de procedimiento. En esencia se trata de organizar un esquema general de procesos de dificultad creciente para el manejo y resolución de este trastorno mental, y que puede servir de modelo para otros entre los más comunes. El procedimiento se ha denominado como *stepped care* (cuidados escalonados). Como punto de partida al mismo se plantean tres preguntas a las que posteriormente se trata de responder desde una lógica de organización de recursos disponibles. Las preguntas son: ¿Quién debe administrar un tratamiento? ¿Qué tratamiento debe ser administrado? ¿Dónde debe tener lugar el tratamiento?

La primera pregunta plantea la cuestión de la necesaria proporción entre necesidad, demanda y provisión de servicios. El sujeto al que hace referencia sería más bien la figura central o la persona responsable de la indicación y que gestiona (personalmente, en equipo o por delegación) la administración del tratamiento indicado. Dada la actual disposición de guías que orientan sobre diagnóstico y tratamiento de una manera muy específica, en la práctica se trataría más bien de una especie de *responsable de proceso* (en términos adaptados a los modernos sistemas de gestión por procesos). La segunda pregunta se refiere al conjunto de procedimientos indicados para la resolución del proceso en cuestión. La última, obviamente, hace referencia al nivel asistencial idóneo donde los cuidados pueden ser administrados de manera más eficiente.

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, según se especifica en la Tabla 2.17.

Tabla 2.17. *El cuidado escalonado de la depresión (Adaptado de Goldberg y Goodyer, 2005)*

Situación Clínica	Procedimientos	Responsables Nivel Asistencial
Depresión leve	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión activa, Autoayuda. - Terapia Cognitivo Conductual asistida por ordenador. - Ejercicio físico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico general. - Enfermería Comunitaria. - Consejero entrenado.
Depresión moderada o severa.	<ul style="list-style-type: none"> - Medicación de bajo riesgo. - Psicoterapia breve. - Grupo de soporte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico general. - Enfermería especializada. - Psicólogo. - Trabajador social.
- Resistencia al tratamiento.	- Tratamiento farmacológico combinado y/o de mayor riesgo.	- Psiquiatra.
- Recurrencias frecuentes.	- Psicoterapias específicas.	- Equipo de Salud Mental. - Equipo de intervención en crisis u Hospital de Día.
- Riesgo vital.	- Cuidados de alta intensidad y contención.	- Urgencias especializadas. - Unidad de agudos.

En esta misma línea, algunas incipientes 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 profesionales de psicología o enfermería, por ejemplo, encargados de tratar con casos dudosos o 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 nivel de atención se mostraría como suficiente y no requerirían derivación a los servicios de salud mental. Aunque aún están pendientes de desarrollar de manera suficiente y de evaluar sus resultados, en algunas Comunidades Autónomas como es el caso de Andalucía o Cataluña se están desarrollando experiencias en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Baez, K., y otros, «Understanding Patient-Initiated Frequent Attendance in Primary Care: A Case Control Study», *British Journal of General Practice*, 1998, 48: 1.824-27.
- (2) Brennan, Pl.; Kagay, C. R.; Geppert, J. J.; Moos, R. H., «Predictors And Outcomes Of Outpatient Mental Health Care: A 4-Year Prospective Study Of Elderly Medicare Patients with Substance Use Disorders», *Medical Care*, 2001, 39 (1): 39-49.
- (3) Brown, G. W.; Harris, T., *Life Events and Illness*, Londres, Unwin and Hyman, 1989.

(4) Calderón, C., y otros, «Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas», *Aten. Primaria*, 2009, 41 (1): 33-40.

(5) Chew-Graham, C. A.; Mullin, S.; May, C. R.; Hedley, S.; Cole, H., «Managing Depression in Primary Care: Another Example of the Inverse Care Law?», *Fam. Pract.*, 2002, 19 (6): 632-637.

(6) Craven, M. A.; Bland, R., «Better Practices in Collaborative Mental Health Care: an Analysis of the Evidence Base», *Can. J. Psychiatry*, 2006, 51 (6 supl. 1): 7s-72s.

(7) Darrel, A., y otros, «The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-Year Prevalence Rates of Disorders and Services», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1993, 50: 85-94.

(8) Demmler, J., «Utilization of Specialty Mental Health Organizations by Older Adults: US National Profile», *Psychiatric Services*, 1998, 49 (8): 1.079-81.

(9) Feinson, M.; Popper, M., «Does Affordability Affect Mental Health Utilization? A United States-Israel Comparison of Older Adults», *Soc. Sci. Med.*, 1995, 40: 669-678.

(10) Gilbody, S.; Whitty, P.; Grimshaw, J.; Thomas, R., «Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: a Systematic Review», *JAMA*, 2003, 289 (23): 3.145-3.151.

(11) Goldberg, D.; Goodyer, I., *The Origins and Course of Common Mental Disorders*, Londres, Routledge, 2005.

(12) Goldberg, D.; Huxley, P., *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*, Londres, Tavistock, 1980. Trad.: *Enfermedad Mental en la Comunidad*, Madrid, Nieva, 1990.

(13) Haro, J. M.; Pinto-Meza, A.; Serrano-Blanco A., «Epidemiología de los trastornos mentales en atención primaria», en Vázquez-Barquero, J. L. (ed.), *Psiquiatría en atención Primaria*. 2.ª ed., Madrid, Aula Médica, 2007: 41-59.

(14) Haro, J. M., y otros, «Utilisation of Mental Health Services and Costs of Patients with Schizophrenia in Three Areas of Spain», *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173: 334-40.

(15) Harman, J. S.; Schulberg, H. C.; Mulsant, B. H.; Reynolds, C. F., «The Effect of Patient and Visit Characteristics on Diagnosis of Depression in Primary Care», *J. Fam. Pract.*, 2001, 50 (12): 1.068.

(16) Hansson, L., y otros, «The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatric Contact Rates and Uses of Services for Patients with a Functional Psychosis», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1998, 97: 315-320.

(17) Hodgins, G.; Judd, F.; Davis, J.; Fahey, A., «An Integrated Approach to General Practice Mental Health Training: the Importance of Context», *Australas Psychiatry*, 2007, 15 (1): 52-57.

(18) Horwitz, A. V.; Uttaro, T., «Age and Mental Health Services», *Community Mental Health Journal*, 1998, 34 (3): 275-87.

(19) Kessler, R., y otros, «Differences in the Use of Psychiatric Outpatient Services between the United States and Ontario», *The New England Journal of Medicine*, 1997, 336 (8): 551-7.

(20) Lavik, N. J., «Utilization of Mental Health Services over a Given Period», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67: 404-413.

(21) Lefebvre, J.; Lesage, A.; Cyr, M.; Toupin, J.; Fournier, L., «Factors Related to Utilization of Services for Mental Health Reasons in Montreal, Canada», *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 1998, 33 (6): 291-8.

(22) Light, D. W., «Effectiveness and Efficiency under Competition: the Cochrane Test», *British Medical Journal*, 1991, 303: 1.253-4.

- (23) Lin, E., y otros, «The Use of Mental Health Services in Ontario: Epidemiologic Findings», *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1996, 41 (9): 572-7.
- (24) Luber, M. P., y otros, «Diagnosis Treatment, Comorbidity and Resource Utilization of Depressed Patients in a General Medical Practice», *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2000, 30 (1): 1-13.
- (25) Martínez Álvarez, J. M., y otros, «Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri», *Aten. Primaria*, 1993, 11: 127-132.
- (26) Meadows, G.; Burgess, P.; Fossey, E.; Harvey, C., «Perceived Need for Mental Health Care. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being», *Psychological Medicine*, 2000, 30 (3): 645-56.
- (27) Miranda, I., y otros, «¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria?», *Aten. Primaria*, 2003, 32 (9): 524-530.
- (28) Montilla, F., y otros, «Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos», *Rev. de la AEN*, 2002 (21) 84: 25-47.
- (29) Murphy, E., «Social Origins of Depression in Old Age», *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141: 135-142.
- (30) Nandy, S., y otros, «Referral for Minor Mental Illness: a Qualitative Study», *Br. J. Gen. Pract.*, 2001, 51 (467): 461-465.
- (31) Olfson, M.; Pincus, H. A., «Outpatient Mental Health Care in Nonhospital Settings: Distribution of Patients Across Provider Groups», *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153 (10): 1.353-6.
- (32) Olfson, M.; Pincus, H., «Outpatient Psychotherapy in the United States, I: Volum, Costs and User Characteristics», *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151: 1.281-1.288.
- (33) Olfson, M.; Pincus, H., «Outpatient Psychotherapy in the United States, II: Patterns of Utilization», *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151: 1.289-1.294.
- (34) Ortiz, L. A.; González, G. R.; Rodríguez, S. F., «La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable», *Aten. Primaria*, 2006, 38 (10): 563-569.
- (35) Ortiz, L. A.; Lozano, S. C., «El incremento en la prescripción de antidepresivos», *Aten. Primaria*, 2005, 35 (3): 152-155.
- (36) Parikh, S. V.; Lin, E.; Lesage, A. D., «Mental Health Treatment in Ontario: Selected Comparisons between the Primary Care and Specialty Sectors», *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1997, 42 (9): 929-34.
- (37) Parslow, R. A.; Jorm, A. F., «Who Uses Mental Health Services in Australia? An Analysis of Data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing», *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34 (6): 997-1.008.
- (38) Pérez-Franco, B.; Turabian-Fernández, J. L., «¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria?», *Aten. Primaria*, 2006, 37 (1): 37-39.
- (39) Pini, S.; Piccinelli, M.; Zimmermann-Tansella, Ch., «Social Problems as Factors Affecting Medical Consultation: a Comparison between General Practice Attenders and Community Probands with Emotional Distress», *Psychol. Med.*, 1995, 25: 33-41.
- (40) Retolaza, A., «Epidemiología de los trastornos mentales en Atención Primaria», en Vázquez-Barquero, J. L. (ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria*, Madrid, Aula Médica, 1998: 55-72.
- (41) Retolaza, A.; Grandes, G., «Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental», *Actas Esp. Psiquiatr.*, 2003, 31 (4): 171-176.
- (42) Retolaza, A.; Márquez, I.; Ballesteros, J., «Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria», *Rev. de la AEN*, 1995, 15 (55): 593-608.

- (43) Rickwood, D.; Braithwaite, V., «Social-Psychological Factors Affecting Help-Seeking for Emotional Factors», *Soc. Sci. Med.*, 1994, 39: 563-572.
- (44) Rost, K.; Zhang, M.; Fortney, J.; Smith, J.; Smith, Gr. Jr., «Rural-Urban Differences in Depression Treatment and Suicidality», *Medical Care*, 1998, 36 (7): 1.098-1.107.
- (45) Saarela, T.; Engestrom, R., «Reported Differences in Management Strategies by Primary Care Physicians and Psychiatrists in Older Patients who are Depressed», *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2003, 18 (2): 161-168.
- (46) Shepherd, M., y otros, *Psychiatric Illness in General Practice*, Oxford University Press, 1966.
- (47) Simon, G. E.; Katelnick, D. J., «Depression, Use of Medical Services and Cost-Offset Effects», *Journal of Psychosomatic Research*, 1997, 42 (4): 333-44.
- (48) Smith, G. R., «The Course of Somatization and its Effects on Utilization of Health Care Resources», *Psychosomatics*, 1994, 35 (3): 263-7.
- (49) Swartz, M. S., y otros, «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*, 1998, 34 (2): 133-44.
- (50) Thomas-MacLean, R.; Stoppard, J.; Miedema, B. B.; Tatemichi, S., «Diagnosing Depression: there is no Blood Test», *Can. Fam. Physician*, 2005, 51: 1.102-1.103.
- (51) Thornicroft, G.; Bisoffi, G.; De Salvia, D.; Tansella, M., «Urban-rural Differences in the Associations between Social Deprivation and Psychiatric Service Utilization in Schizophrenia and all Diagnoses: a Case-Register Study in Northern Italy», *Psychol. Med.*, 1993, 23: 487-496.
- (52) Thornicroft, G.; Margoulis, O.; Jones, D., «New Long-stay Psychiatric Patients and Social Deprivation», *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161: 621-624.
- (53) Thornicroft, G.; Tansella, M., *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*, Cambridge UP, 1999. Trad.: *La matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios*, Madrid, Triacastela, 2005.
- (54) Tizón, J. L., «La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante», *Aten. Primaria*, 2000, 26 (2): 111-119.
- (55) Üstün, T. B.; Sartorius, N. (eds.), *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, Chichester y otras, John Wiley, 1995.
- (56) Von Korff, M.; Katon, W.; Lin, E., «Psychological Distress, Physical Symptoms, Utilization and the Cost-Offset Effect», en Sartorius, N., y otros (eds.), *Psychological Disorders in General Medical Settings*, Toronto y otras, Hogrefe & Huber Publishers, 1990, 159-169.
- (57) Wang, P. S., «Initiation of and Adherence to Treatment for Mental Disorders: Examination of Patient Advocate Group Members in 11 Countries», *Medical Care*, 2000, 38 (9): 926-36.
- (58) Wells, K. B.; Golding, J. M.; Burnam, M. A., «Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population with and without Chronic Medical Condition», *Am. Journal of Psych.*, 1988, 145: 976-981.
- (59) Wiersma, D., «Prevalence of Long-Term Mental Health Care Utilization in The Netherlands», *Acta Psych. Scand.*, 1997, 96 (4): 247-53.
- (60) Wu, L. T.; Kouzis, A. C.; Leaf, P. J., «Influence of Comorbid Alcohol and Psychiatric Disorders on Utilization of Mental Health Services in the National Comorbidity Survey», *Am. J. of Psychiatry*, 1999, 156 (8): 1.230-6.

III

LAS CONSULTAS SIN PATOLOGÍA EN SALUD MENTAL

Alberto Ortiz Lobo, Beatriz García Moratalla, Carolina Lozano Serrano

Definición y descripción del problema

En los últimos años, los profesionales que trabajamos en los servicios de salud mental públicos estamos asistiendo a un incesante incremento de distintas demandas por parte de la población que no se corresponden con los trastornos o enfermedades clásicos y que tienen una respuesta técnica sanitaria muy dudosa. Son demandas que tienen que ver con sentimientos de malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana. En este trabajo nos vamos a referir a este tipo de demandas con el término de «malestar», definido como el amplio conjunto de sentimientos desagradables (tristeza, angustia, rabia, frustración, impotencia, soledad, odio, agresividad) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada y, por tanto, no patológica. Las clasificaciones nosográficas actuales DSM IV (1) y CIE-10 (2) recogen este tipo de demandas en un capítulo aparte, fuera de los trastornos mentales y las denominan códigos Z (en las versiones anteriores DSM-III-R y CIE-9 se denominaban códigos V).

El sufrimiento y el dolor son inherentes a la condición humana, sin embargo, en este tiempo parece que son entendidos por la población como evitables y se reclama un estado de felicidad permanente. Con anterioridad, este tipo de reacciones de malestar eran asumidas con normalidad y compartidas y amortiguadas en la red social de apoyo. En la actualidad, con frecuencia, estos sentimientos ya no son experimentados como naturales y adaptativos, sino recodificados como patológicos y se consideran suprimibles por un profesional. Este fenómeno se incluye en el proceso descrito como «medicalización de la sociedad» por el cual, cada vez más aspectos y elementos de la vida de los ciudadanos se entienden y se tratan como un problema sanitario (3). Las personas ya no aprenden a aceptar el sufrimiento como parte inevitable de su enfrentamiento consciente con la realidad y llegan a interpretar cada dolor como un indicador de su necesidad para la intervención de la ciencia aplicada. Desde siempre, la cultura ha hecho tolerable el sufrimiento al integrarlo dentro de un sistema de significados y ha afrontado así el dolor, la anormalidad y la muerte. Sin embargo, la nueva civilización médica aparta el dolor de todo contexto subjetivo o intersubjetivo con el fin de neutralizarlo mediante una solución

técnica, por lo que propicia el consumo de servicios sanitarios a través de las revisiones periódicas, los chequeos y la medicalización de muchas etapas de la vida (nacimiento, embarazo, menopausia, envejecimiento, muerte): las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas (4).

Cabe preguntarse qué consecuencias puede acarrear este proceso de psiquiatrización de la vida cotidiana tanto en el individuo como en el conjunto de la sociedad y, por supuesto, en los servicios sanitarios, que son los encargados de gestionarlo en su mayor parte. Se trata de un fenómeno cuya expresión se halla en las consultas de atención primaria y en los servicios de salud mental y, dependiendo del sistema sanitario, esta expresión tendrá una magnitud y cualidades distintas.

Contexto y agentes del fenómeno de la psiquiatrización-psicologización de la vida

El incremento de las consultas sin patología en atención primaria y salud mental es un fenómeno que está inmerso en un contexto sociocultural, político-económico y asistencial que lo condiciona. Se han escrito muchos libros y artículos que han teorizado sobre la medicalización y psiquiatrización de la sociedad en los últimos decenios que recogen los aspectos extraclínicos en los que se está desarrollando este fenómeno para buscarle una explicación, o dar cuenta de la dinámica de este proceso (4-11).

No es el objetivo de este capítulo hacer un análisis pormenorizado de este contexto pero resulta imprescindible al menos nombrar sucintamente los cambios en los últimos decenios para poder ubicar este fenómeno y entenderlo mejor. El contexto es un todo y es artificial separarlo en distintas áreas porque éstas están interrelacionadas entre sí, pero esto facilita su estudio y comprensión:

- *Cambios asistenciales:* entre los más relevantes están la aparición, tras la Segunda Guerra Mundial, de los Sistemas Nacionales de Salud universales y financiados con los impuestos que permiten una mayor accesibilidad del ciudadano a los servicios sanitarios. Se produce la reforma psiquiátrica que propone la psiquiatría comunitaria como alternativa de atención al manicomio, favoreciendo además la popularización de la salud mental. Paralelamente, a lo largo de estos años se producen algunos cambios en la filosofía asistencial que parte de un objetivo centrado en la curación y se abre progresivamente a la prevención y promoción de la salud e incluso, en los últimos años a la potenciación de las capacidades del ciudadano. Se produce de esta manera desde el propio sistema sanitario una ampliación del objeto de atención sanitaria en general y en salud mental en particular.

- *Cambios económicos:* con la crisis económica de finales de los setenta el modelo Keynesiano de crecimiento capitalista se colapsa, el Estado de Bienestar entra en crisis y el consiguiente auge del neoliberalismo enmarcan un nuevo panorama sociopolítico en el que el mercado aparece como el principal regulador de las instituciones sociales y culturales del hombre. En el nuevo panorama económico la salud y la atención sanitaria también se convierten en un mercado más que debe abrirse a los capitales privados. Las nuevas empresas sanitarias y la industria farmacéutica son los principales beneficiarios de convertir a la salud en un producto de consumo. Como en todos los mercados, cuantos más clientes haya (en este caso enfermos), más beneficios se obtienen. El papel de las grandes empresas farmacéuticas y corporaciones sanitarias en la creación de enfermedades y de necesidades de salud de la población es otro aspecto con frecuencia ignorado por la profesión médica y por la sociedad.
- *Cambios socioculturales:* la modernidad es un orden en el que la seguridad de las tradiciones y costumbres no ha sido sustituido por la certidumbre del conocimiento racional. El desenclave de las tradiciones y las nuevas reorganizaciones de espacio y tiempo que proporcionan las nuevas tecnologías, liberan a las relaciones sociales de su fijación a unas circunstancias locales específicas y se transforma el contenido y la naturaleza de la vida social cotidiana. La falta de fines colectivos o la imposibilidad de participar en ellos impone una conversión o una inversión de los fines personales desde el fuera al adentro, desde lo público a lo privado. En este punto, el individualismo, la doctrina que sostiene que todos los fenómenos sociales e individuales solo pueden ser comprendidos desde los hechos o conductas de los individuos, ignorando las perspectivas basadas en análisis de clase, raza, género u otros factores socioeconómicos, se convierte en el valor hegemónico. El individuo descontextualizado aparece así como el único responsable de su situación, justo en un momento en que los cambios en las relaciones de trabajo generan una mayor inestabilidad y una desarticulación de las redes tradicionales de contención, y en el que las políticas sociales son recortadas (12-15). Se han ido perdiendo una serie de referentes anclados a las tradiciones e instituciones que han convertido el proyecto del yo en una tarea llena de elecciones y por tanto de riesgos. En esta vida llena de riesgos, la identidad del yo necesita unos sistemas de conocimiento especializado, de expertos que filtren esos riesgos, en nuestro caso, profesionales sanitarios. Además, el mayor nivel de vida suele ir unido a una cultura de consumismo (medicina incluida) por lo que en las sociedades más desarrolladas cada vez más se instala el rechazo de la enfermedad y la muerte, como partes inevitables de la vida.

En este contexto se produce el fenómeno de la medicalización de muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Este fenómeno es lo que sucede también en la salud mental, pero no es exclusivo de ésta y en su proceso de desarrollo intervienen distintos agentes:

a) La industria farmacéutica y sanitaria participa en la ampliación de los límites de la enfermedad para poder expandir sus mercados allá donde pueda sensibilizar más a sus potenciales beneficiarios: aspectos estéticos, molestias fisiológicas o síntomas leves pero frecuentes, reducción de factores de riesgo o evitar las consecuencias de comportamientos no saludables a los que no se desea renunciar.

b) En los medios de comunicación la psiquiatría y la psicología aparece como un conocimiento frívolo que favorece en la población la formación de expectativas que están por encima de la realidad, contribuyendo a generar la creencia en una inexistente medicina omnímoda.

c) Desde la Administración y desde los gestores de servicios sanitarios se rehúye la definición explícita de las prestaciones incluidas y excluidas de las carteras de servicios y tampoco se aprecia interés en la implantación de métodos para racionalizar la introducción de nuevos fármacos y tecnologías en los servicios sanitarios (3).

d) Pero son los profesionales los mayores protagonistas de este fenómeno. Sin su participación, los demás agentes de la medicalización no conseguirían la respuesta deseada a sus demandas o la expansión de los límites de la enfermedad necesarios para el incremento de su mercado terapéutico. Es la mirada médica la que transforma objetos sociales específicos en categorías de enfermedad. Los profesionales, como comunidad científica, contribuyen desde su conocimiento a construir qué es enfermedad e, individualmente, en su práctica técnica diaria, sancionan lo que se debe tratar y lo que no (3).

Sin embargo, una vez que hemos descrito y situado el fenómeno, llama la atención que apenas hay estudios empíricos asistenciales que evalúen y cuantifiquen el impacto de la psiquiatrización y psicologización de la vida en los servicios sanitarios. Tradicionalmente los estudios epidemiológicos se han preocupado de determinar las prevalencias de las enfermedades y en buscar los métodos de criba que mejor permitan detectar a todos los pacientes sin que se escape ninguno. De hecho, en psiquiatría siempre se ha cuestionado esta capacidad de los médicos de atención primaria y se ha dicho que no detectaban a la mitad de los trastornos mentales que acudían a su consulta (16,17), pero casi nadie se ha ocupado de estudiar a los que son diagnosticados como tales sin serlo. Apenas hay trabajos que analicen los falsos positivos de casos psiquiátricos en atención primaria y de los que acuden a los servicios especializados de salud men-

tal. La bibliografía al respecto es escasísima y sólo había cuatro trabajos en la literatura científica que revisen el fenómeno de los pacientes sin trastorno mental diagnosticable que acuden a un centro de salud mental: dos estadounidenses (18,19), uno canadiense (20) y otro holandés (21) (tabla 1). Esto nos llevó a abrir una línea de investigación en nuestro centro de salud mental y poder acercarnos a este problema. De todo este trabajo vamos a transcribir los resultados principales para obtener una aproximación a la magnitud y características de este fenómeno. Todos los estudios y el nuestro incluido, se sirven de los manuales nosográficos del DSM o la CIE para poder trazar una frontera que separe la normalidad de la patología. Esto permite comprender y replicar las investigaciones, pero se trata de una frontera provisional, que cambia con cada nueva edición de estos manuales. Además de esta provisionalidad, estas clasificaciones tienen otra importante limitación, y es que con solo la etiqueta diagnóstica, evidentemente no se puede predecir ni determinar el tratamiento y ni siquiera si el paciente precisa tratamiento o no, porque en esta decisión también se tienen en cuenta factores asistenciales, sociales, familiares, etc. De esta manera, hay pacientes diagnosticados de Trastornos adaptativos que pueden ser dados de alta y otros que no presentan patología y son códigos Z (todo según estas clasificaciones) y sin embargo optamos por continuar atendidos. Teniendo en cuenta estas limitaciones, podemos valorar los resultados de forma más cauta.

Características asistenciales de las consultas sin trastorno mental (códigos Z)

1. Características de la demanda

Casi una cuarta parte (24,4%) de los pacientes que acudieron a ser evaluados en nuestro centro de salud mental no presentó ninguna patología mental que pudiera ser diagnosticada según los criterios CIE-10. En otros estudios y dependiendo del sistema sanitario esta prevalencia oscila entre el 19% y el 33%.

El perfil sociodemográfico de la persona que acudió a nuestro centro sin trastorno mental diagnosticable coincide, en general, con el de los otros estudios realizados con anterioridad y se trata de una mujer, soltera que no vive sola, de unos 43 años, con alto nivel educativo, que trabaja como técnico por cuenta ajena, la mayor parte de las veces sin contrato laboral.

Uno de cada cinco sujetos diagnosticado de código Z fue derivado a nuestro centro de salud mental con carácter preferente y no hay diferencias significativas entre los distintos centros de salud de atención primaria en la cantidad de derivaciones de códigos Z. Los códigos Z de

nuestro estudio tienen menos antecedentes personales psiquiátricos (25%) que los de otros trabajos. Según el *General Health Questionnaire* de 28 ítems (GHQ-28) con un punto de corte 5/6, el 83,7% fue un posible caso psiquiátrico y la puntuación en el Symptom Check List 90-R (SCL-90-R) fue menor que otra muestra de población general española, pero mayor que una muestra también española de pacientes psiquiátricos ambulatorios. La mitad de los códigos Z vinieron con tratamiento psicofarmacológico pautado e incluía antidepresivos en la mitad de los casos.

La idea de consultar en salud mental fue del paciente con mayor frecuencia y, en estos casos, los pacientes fueron más jóvenes, con un mayor nivel educativo y no estaban de baja laboral, en comparación con los que acudían por recomendación del médico de cabecera.

Las expectativas de ayuda positivas se asociaron a una derivación preferente y mayor puntuación en las subescalas de obsesividad (OC), sensibilidad interpersonal (ISI) y depresión (DEP) del SCL-90-R. Las expectativas de ayuda «mágicas» corresponden a los pacientes de más edad y con un nivel educativo más bajo.

Los diagnósticos de los códigos Z más frecuentes fueron: problemas de relación con el grupo de apoyo (Z63) con un 46,7%, seguido de los problemas relacionados con el empleo y desempleo (Z56) con un 18,4% y de los problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (Z73) con un 9,4%.

Se dio el alta en la primera cita a algo más de la mitad de los códigos Z. La indicación terapéutica de seguimiento de estos pacientes (y no de alta) se relaciona con que la atención se lleve a cabo por un psicólogo, que no venga con tratamiento pautado, que haya dudas diagnósticas y con que el paciente sea más joven y tenga unas expectativas positivas del tratamiento en el centro de salud mental.

2. Características evolutivas de esta población

El 85% de las personas con un diagnóstico inicial de código Z que fueron reevaluadas evolucionan favorablemente. Esta evolución clínica favorable fue valorada por la impresión clínica del terapeuta a través del Clinical Global Impresión (CGI) y la diferencia estadísticamente significativa en la resta de las medias sintomatológicas finales e iniciales de los cuestionarios clínicos autoadministrados (GHQ-28, SCL-90R). El 90% de las personas sin diagnóstico de trastorno mental que se encontraban mejor clínicamente no tomaban ningún tipo de tratamiento farmacológico.

Una peor evolución clínica se correspondía con tener antecedentes personales psiquiátricos, estar con tratamiento farmacológico asociado en la reevaluación final, ser más joven, ser varón y tener puntuaciones más

altas en las subescalas de fobia, paranoidismo y psicoticismo del SCL-90R inicial.

Más del 75% de las personas sin tratamiento farmacológico inicial se mantenían sin él a los 9 meses. Casi el 60% de los pacientes reevaluados no tomaban tratamiento, porcentaje mayor que en la evaluación inicial (50%). Los pacientes con diagnóstico de código Z a los 6-12 meses que estaban en tratamiento farmacológico recibían principalmente benzodiazepinas. Descendió la proporción de pacientes con tratamientos asociados en la reevaluación con respecto a la evaluación inicial (del 23% pasaron al 15,8%).

Alrededor del 60% de los códigos Z fueron dados de alta a los 6-12 meses. La media de citas totales concertadas a los 6 meses es de 2 y a los 12 meses es de 3 citas. Una valoración subjetiva positiva se relaciona con un mayor número de citas concertadas. Los pacientes con una peor evolución clínica en la reevaluación recibieron más citas totales a los 12 meses.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la concertación de citas y la indicación clínica según el tipo de profesional: los psiquiatras suelen citar una media de 2 veces por paciente a los 6 meses y los psicólogos 3 veces; a los 12 meses, los psiquiatras han citado 2,5 veces y los psicólogos 4. Cifras similares se mantienen por ambos profesionales en pacientes en seguimiento sin tratamiento farmacológico que están recibiendo apoyo psicoterapéutico. No se objetivan diferencias en cuanto a las ausencias a las citas concertadas por tipo de profesional.

Los psiquiatras suelen dar altas más tempranas y mantener en seguimiento a las personas sin diagnóstico de trastorno mental hasta los 6 meses en un número total de 2 a 3 citas, mientras que los psicólogos dan menos altas a corto plazo y mantienen en mayor proporción en seguimiento con una media de citas de 4 en 12 meses y con un porcentaje mayor de altas voluntarias y abandonos que los psiquiatras.

3. Características comparadas de los códigos Z y los trastornos mentales

No existen diferencias significativas en cuanto al sexo, la edad, la convivencia y la situación laboral entre los códigos Z y los trastornos mentales, pero sí se diferencian en otros aspectos. Los pacientes diagnosticados de trastorno mental están solteros en mayor proporción, tienen menor nivel educativo que los códigos Z y están de baja o tienen incapacidades laborales permanentes en más ocasiones que los códigos Z. Las diferencias son similares a las halladas en los otros estudios realizados con anterioridad, no obstante la asociación de estas variables como predictoras del diagnóstico al realizar un análisis de regresión logística es muy

débil. La educación y el empleo es la variable más asociada al diagnóstico en casi todos los estudios.

No hay diferencias entre la proporción de códigos Z y de trastornos mentales que encuentran los psicólogos y los psiquiatras.

En cuanto a la derivación de los códigos Z, por cada derivación preferente hay cuatro derivaciones normales y entre los trastornos mentales por cada preferente hay dos derivaciones normales.

No se han encontrado diferencias en las expectativas de las dos poblaciones. Ambas tenían sobre todo expectativas positivas en un 50% aproximadamente, después le seguían en proporción las expectativas denominadas «mágicas» y por último las negativas.

Los trastornos mentales tienen contactos ambulatorios (casi 40%) y hospitalarios (8%) en mayor proporción que los códigos Z (24% de contactos ambulatorios y menos del 1% de contactos hospitalarios). En anteriores estudios esta circunstancia se repite aunque la diferencia entre las dos poblaciones es menor, y en general las dos poblaciones tienen más antecedentes que las de nuestro estudio.

Los códigos Z tienen tratamiento pautado en casi el 50% de los casos mientras que los pacientes diagnosticados de trastorno mental tienen tratamiento pautado en un 60%. En nuestro estudio los pacientes llegan con más medicación pautada en el momento de la consulta sobre todo en el caso de los códigos Z que en los estudios internacionales.

En los resultados obtenidos en el GHQ-28 con un punto de corte 5/6 las dos poblaciones puntúan como caso psiquiátrico en igual proporción, un 84%.

No existe gran variabilidad entre los sucesos vitales estresantes en los últimos dos años que señalan comúnmente los códigos Z y los trastornos mentales, ni desde el punto de vista cuantitativo ni cualitativo. No existen diferencias en el grado de estrés con el que estos sucesos vitales eran vividos en las dos poblaciones, ambas señalaban haber experimentado mucho o muchísimo estrés en la mayoría de estas circunstancias. La evaluación de los acontecimientos vitales fue considerada negativa en su mayor parte en las dos poblaciones y ambas consideraban a partes casi iguales los acontecimientos que eran esperados y los que eran inesperados. La única diferencia en este aspecto, y de carácter relevante, es que los códigos Z tenían la sensación de tener controlado el estrés en el momento de la consulta en mayor proporción que los trastornos mentales.

Tras ser evaluados, los códigos Z son más dados de alta (más del 50%) que los trastornos mentales (21%). Nuestras cifras respecto al alta son más elevadas que en los otros estudios sobre todo en lo que respecta a los códigos Z. No se ha obtenido que ninguna variable sociodemográfica, ni clínica, ni asistencial influyan a la hora de hacer una indica-

ción terapéutica. Parece que es el propio diagnóstico el que más influye en la decisión del profesional para que el paciente realice seguimiento.

A los trastornos mentales se les añade más tratamiento, sobre todo si habían llegado sin ello a consulta, si viven solos, y en el caso de ser derivados como normales. A los códigos Z por su parte se les suspende más el tratamiento, sobre todo si han sido derivados de manera preferente y si viven acompañados.

El 59,3% de los códigos Z que son evaluados a los 12 meses no están tomando psicofármacos, el resto tiene sobre todo benzodiacepinas solas (25%) o antidepresivos (13,8%). De los trastornos mentales el 26,4% están sin tratamiento a los 12 meses.

A los 6 meses de tratamiento, el 40,6% de los trastornos mentales están en seguimiento y un 10,2% de los diagnosticados de código Z. A los 12 meses, los pacientes que realizan seguimiento disminuyen, un 27,5% de trastornos mentales continúan en tratamiento en salud mental y un 8,6% de los diagnosticados de código Z. Los códigos Z son más dados de alta en un principio, y los que quedan en seguimiento tienden a abandonarlo después.

Los trastornos mentales tienen una tasa de abandonos menor que los códigos Z en el primer semestre, pero crece y se iguala a ellos en el segundo semestre. Aunque el número de trastornos mentales que abandonan es mayor, la proporción de pacientes que abandonan respecto a los que quedan en seguimiento es mayor para los códigos Z, la probabilidad de abandonar tras la primera consulta de evaluación en el centro es casi 5 veces más para un paciente diagnosticado de código Z que para los trastornos mentales.

Los trastornos mentales tienen 1,8 citas más que los códigos Z a los 6 meses de la evaluación y de 3.1 veces más a los 12 meses, con una media de citas de 2,9 para códigos Z y 6,1 para los trastornos mentales. Nuestro estudio es intermedio en cuanto a cómo distribuimos el tiempo dedicado para cada población, nos distanciamos del estudio canadiense que no encuentra ninguna diferencia, y encontramos más diferencia que en el estudio de Spinhoven pero menos que Figuereido, aunque este último obtiene la media a lo largo de dos años. Los trastornos mentales faltan una cita de cada 5, y los códigos Z, a 1 cita de cada 2.5.

Tabla 1. Estudios que analizan las consultas de pacientes sin trastorno mental diagnosticable en dispositivos de salud mental ambulatorio

ESTUDIO	PAÍS	DISEÑO	UBICACIÓN	n	MEDICIONES	PREVALENCIA SIN PATOLOGÍA	HALLAZGOS PRINCIPALES
Windle y otros (1988)	EE. UU.	Retrospectivo de 1 año comparando enfermos mentales y códigos V	41 centros de salud mental comunitarios	81.548	<ul style="list-style-type: none"> - Códigos V - Raza - Edad - Sexo - Estado civil 	19%	<ul style="list-style-type: none"> - La variable con mayor asociación al diagnóstico de código V fue la ausencia de antecedentes psiquiátricos, después el alto nivel educativo y el que el 3.º pagador no se hiciera cargo del tratamiento. - Los diagnósticos enfermedad vs. código V reflejan en gran medida la capacidad y orientación del profesional que la gravedad clínica. - Necesidad de evaluar periódicamente los recursos que se dan a los pacientes graves por si se están desviando a los códigos V.
De Figueiredo y otros (1991)	EE. UU.	Prospectivo 2 años comparando enfermos mentales y códigos V	1 Clínica psiquiátrica ambulatoria	382	<ul style="list-style-type: none"> - Códigos V relacionados con problemas familiares - Fuente de derivación - Raza 	26,5% (sin códigos V no relacionados con problemas familiares)	<ul style="list-style-type: none"> - Hay diferencias culturales entre blancos e hispanos/negros a la hora de aceptar tener problemas familiares. - Hay que hacer estudios evolutivos que establezcan la legitimidad del tratamiento para los códigos V.
Siddique y otros (1997)	Canadá	Retrospectivo de 6 años comparando enfermos mentales y códigos V	3 centros de salud mental comunitarios	7.220	<ul style="list-style-type: none"> - Códigos V - Edad - Sexo - Estado civil - Nivel educativo - Estado laboral - Propiedad de vivienda - Convivencia - Fuente de derivación - Antecedentes personales - Gravedad clínica 	33%	<ul style="list-style-type: none"> - El perfil del código V es una mujer, joven, casada, con estudios universitarios, que trabaja y es propietaria de su vivienda. Suele acudir a demanda propia. - Los códigos V más frecuentes se relacionan con problemas de pareja, de transiciones vitales, problemas paterno-filiales o interpersonales. - Los códigos V presentan problemas mucho menos graves que los enfermos mentales pero consumen iguales recursos. - Como los códigos V mejoran a lo largo del tratamiento, habría que evaluar posibilidades terapéuticas alternativas menos costosas para no desviar recursos de los pacientes más graves.

Tabla 1. Estudios que analizan las consultas sin trastorno mental diagnosticable en dispositivos de salud mental ambulatorio (Continuación)

ESTUDIO	PAÍS	DISEÑO	UBICACIÓN	n	MEDICIONES	PREVALENCIA SIN PATOLOGÍA	HALLAZGOS PRINCIPALES	
Spinboven y otros (1999)	Holanda	Retrospectivo de 12 años comparando enfermos mentales y códigos V	1 Clínica psiquiátrica ambulatoria	5.660	<ul style="list-style-type: none"> - Códigos V - Edad - Sexo - Nivel educativo - Estado laboral - Convivencia - Hijos - Fuente de derivación - Antecedentes personales - Gravedad clínica - Problemas psicosociales (eje IV) - Tratamiento psicofarmacológico previo - FP de quejas 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades físicas - SCL-90 - Indicación clínica - n.º de citas - Terapia familiar o de pareja - Estado clínico al alta - Tratamiento psicofarmacológico al alta - Problemas psicosociales (eje IV) al alta 	14%	<ul style="list-style-type: none"> - Los códigos V son más mayores que los enfermos mentales, con mayor nivel educativo, suelen tener niños, vivir acompañados y estar trabajando. - Suelen acudir a demanda propia, muestran estresores psicosociales, no suelen tener antecedentes personales ni toman psicofármacos y suelen tener menos quejas previas y enfermedades físicas. - Puntúan mucho más bajo que los enfermos mentales en el SCL-90 excepto en la subescala de hostilidad. - Suelen recibir menos indicación de tratamiento que los enfermos, más en encuadres familiar o de pareja y son vistos en menos citas, con menos tratamientos psicofarmacológicos y menos hospitalizaciones que los enfermos. Al alta tienen menos estrés psicosocial. - Los códigos V consumen menos servicios que los enfermos pero esta diferencia no es muy grande.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1995.
- (2) Organización Mundial de la Salud, *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992.
- (3) Illich, I., *Némesis médica: la expropiación de la salud*, Barcelona, Barral, 1975.
- (4) Márquez, S.; Meneu, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión Clínica y Sanitaria*, verano 2003: 47-53.
- (5) Gervás, J.; Pérez Fernández, M., «El auge de las enfermedades imaginarias» (editorial), *FMC*, 2006, 13 (3):109-111.
- (6) Moynihan, R.; Smith, R., «Too much Medicine?», *BMJ*, 2002, 324: 859-860.
- (7) Moncrieff, J., «Psychiatric Imperialism: the Medicalisation of Modern Living», www.critpsynet.freeuk.com/sound.htm
- (8) Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D., «Selling Sickness: the Pharmaceutical Industry and Disease Mongering», *BMJ*, 2002, 324: 886-891.
- (9) Castel, R., *La gestión de los riesgos*, Barcelona, Anagrama, 1984.
- (10) Rendueles, G., «Psiquiatrización de la ética. Ética de la psiquiatría: el idiota moral», en Santander, F. (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2000.
- (11) Ortiz Lobo, A.; Mata Ruiz, I., «Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado», *Átopos*, 2004, 2 (1): 15-22.
- (12) Galende, E. (ed.), *De un horizonte incierto*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- (13) Leal, J. (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, Madrid, AEN, 1997.
- (14) Rendueles, G., «Gerentes y terapeutas», en Rendueles, G. (ed.), *La locura compartida*, Gijón, Belladona, 1993.
- (15) Giddens, A. (ed.), *Modernidad e identidad del yo*, Barcelona, Península, 1997.
- (16) Goldberg, D.; Huxley, P., *Mental Illness in the Community: the Pathway to Psychiatric Care*, Londres, Tavistock, 1980.
- (17) Goldberg, D.; Huxley, P., *Common Mental Disorders: a Bio-social Model*, Londres, Routledge, 1992.
- (18) Windle, C., y otros, «Treatment of Patients with no Diagnosable Mental Disorders in CHMCs», *Hospital and Community Psychiatry*, 1988, 39: 753-758.
- (19) De Figueiredo, J. M.; Boerstler, H.; O'Connell, L., «Conditions not Attributable to a Mental Disorder: an Epidemiologic Study of Family Problems», *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148: 780-783.
- (20) Siddique, C. M.; Aubry, T. D.; Mulhall, D., «The Burden of Conditions not Attributable to Mental Disorders», *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153: 1.489-1.491.
- (21) Spinhoven, P.; Van Der Does, J. W., «Conditions not Attributable to a Mental Disorder in Dutch Psychiatric Outpatients», *Psychological Medicine*, 1999, 29: 213-220.
- (22) Ortiz Lobo, A., *Consultas sin patología en un centro de salud mental*. TD. Universidad Autónoma de Madrid, 2004.
- (23) García Moratalla, B., *Análisis prospectivo de las consultas sin diagnóstico de trastorno mental en un centro de salud mental*. TD. Universidad Autónoma de Madrid, 2008.
- (24) Lozano Serrano, C., *Estudio comparativo de las consultas con y sin patología en un centro de salud mental*. TD. Universidad Autónoma de Madrid, 2008.

IV HACIA UN MODELO DE COOPERACIÓN

*José Carmona Calvo, Antonio Gutiérrez Iglesias, Trinidad Maqueda
Madrona, Fernando de Osma Rodríguez, Manuel Tejero Bernal*

Trataremos en este capítulo sobre las características que tiene el contexto asistencial de los Trastornos Comunes en el ámbito de los servicios sanitarios públicos. Hemos participado en su elaboración cinco profesionales: tres de A. Primaria y dos del dispositivo de salud mental referente de los Centros de Salud en los que trabajan los primeros. Nos parecía que para abordar este tema era importante la participación de profesionales de ambos niveles, y así ofrecer una visión más objetiva. Sin embargo, a pesar de intentar trascender y extender nuestras reflexiones fuera de nuestro ámbito geográfico y experiencia concreta, no podemos sustraernos al hecho de que llevamos trabajando de manera conjunta, todos, en un proyecto de cooperación entre los dos niveles asistenciales para los problemas de salud mental en general, y de los Trastornos Comunes en particular, desde el año 1996. Queremos destacar también que en esta experiencia han participado y participan otros muchos profesionales de todo el Distrito Sanitario de Jerez Costa-Noroeste, tanto del nivel de la Atención Primaria como de nuestro equipo en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Jerez.

Dividimos nuestra exposición en cuatro apartados. En el primero hacemos algunas reflexiones en torno a cuestiones generales relacionadas con los cambios que han tenido lugar en el ámbito de la salud mental. Cambios en los servicios, cambios en la demanda y características epidemiológicas, y cambios en la manera de atenderla. Hemos dedicado luego un extenso apartado a reflexionar sobre lo que llamamos *interfase*, creemos que para analizar la situación de la A. Primaria y la A. Especializada respecto de este tipo de trastornos, no es indiferente el tipo de relación entre ambos niveles. Por este motivo, dejamos los últimos apartados para comentar nuestra opinión sobre los dos niveles de atención.

Por último, entendiendo y atendiendo las razones de los compañeros de Medicina Familiar y Comunitaria, nos referiremos a la Atención Primaria como Primer Nivel y a la Atención Especializada como Segundo Nivel. Es verdad que: todos somos especialistas.

2.1. *Introducción*

A. Las implicaciones del nuevo modelo de servicios de la salud mental: del manicomio a la comunidad.

- El gueto de la asistencia psiquiátrica: atención a la locura/marginalidad.

Hasta hace unos años la asistencia psiquiátrica estaba prácticamente reducida a la que se hacía en los Hospitales Psiquiátricos, en donde se atendían a pacientes con Trastornos Mentales Graves, generalmente en situaciones de crisis o con necesidades de asilamiento, y unos escasos dispositivos de atención ambulatoria, destinados a la asistencia de los llamados Trastornos Mentales Comunes. Más raros eran aún los dedicados a la asistencia de niños y adolescentes. En estas circunstancias la marginalidad siempre ha estado presente. La marginalidad de los trastornos más graves, para los que estaba el gueto de los manicomios. Pero también la marginalidad de los menos graves, por la precariedad de recursos para atenderlos. Precariedad y marginalidad están relacionadas, al fin y al cabo, con la actitud social de la población frente al sufrimiento mental de algunos de sus miembros, negándolo y segregándolo.

- La integración de la psiquiatría en los servicios sanitarios especializados.

Hace unos 30 años se inicia en todo el territorio nacional un proceso de reforma de la atención a la salud mental que, en términos generales, ha ido dando lugar a la presencia de una nueva red de atención a los trastornos mentales y, lo más importante, que esta atención forme parte de las prestaciones sanitarias de toda la población. Este proceso, desigual en el territorio del Estado tanto en el tiempo, el ritmo, el modelo y los recursos, tiene en general una estructura común de servicios sanitarios que podemos resumir de la siguiente manera (1):

- Un Primer Nivel, puerta de entrada del sistema, sobre la que recae gran parte de la atención a los problemas de Salud Mental, en especial el tipo de trastornos que nos ocupa.
- Un Segundo Nivel de atención, con diversidad de dispositivos y recursos, que usualmente dispone, para adultos y en gran medida para la infancia y la adolescencia, de una atención ambulatoria, una atención de hospitalización, de corta y larga estancia, y con mayor diversidad de recursos para la rehabilitación y reinserción, algunos de ellos fruto de la transformación de las anteriores estructuras manicomiales. Éstas han sido erradicadas, hechas desaparecer, de los servicios sanitarios públicos sólo en algunos lugares del Estado: Andalucía y Asturias.

- La salud mental compete a todos los servicios sanitarios y no sanitarios: la red.

Todo este proceso de transformación, que ha modificado radicalmente los recursos de atención sanitaria, lleva consigo también un cambio en la concepción, y sobre todo en la actitud, tanto de profesionales sanitarios y no sanitarios como de la población general. Progresivamente, no sin dificultad, ha ido desapareciendo la estigmatización de las personas con trastornos mentales, de aquellas que tienen trastornos mentales graves pero también, y sobre todo, de aquellas con trastornos mentales comunes. Estos cambios han posibilitado, en las instituciones de servicios públicos, poner en marcha una estrategia de trabajo en red para el abordaje de estos trastornos. De manera que, en la actualidad contamos para atenderlos con recursos pertenecientes a instituciones del ámbito sanitario, educativo, de servicios sociales, comunitarios y especializados, de la justicia, etc. Así, esta mayor sensibilización y recursos para la detección, atención y rehabilitación de los problemas de salud mental, es hoy día una realidad pero también sigue siendo un reto (seguramente no dejará nunca de serlo) para mantener y profundizar el proporcionar respuesta adecuada, organizada y coordinada.

Por todo ello, en la actualidad se requiere una nueva forma de organización de las instituciones y los profesionales que la integran para hacer frente a las demandas de atención de la población: el trabajo en red, trabajo interinstitucional, trabajo en cooperación.

B. La demanda: de la resistencia a la consulta al pedido de no-sufriamiento.

- La prestación sanitaria se extiende a toda la población.
Todos estos cambios han sido como consecuencia de la consolidación de las políticas de bienestar y la extensión del derecho a la atención sanitaria de toda la población ante cualquier problema de salud.
- La salud mental no se ocupa sólo de los «locos».
Los «no-locos», que habían mantenido una actitud de negación y segregación, también podemos sufrir en lo mental. En todos los procesos de reforma de la salud mental habidos se ha priorizado garantizar que aquellas personas con Trastornos Mentales Graves tuvieran asegurada su atención en un ámbito social normalizado. Se debía procurar su máxima integración no sólo en su medio social de convivencia, sino también y de manera progresiva en el ámbito de la ocupación, del ocio así como del laboral. Sin embargo, al extender

estos procesos su oferta de atención a cualquier problema de salud mental de la población, se han tenido que ir dedicando recursos a esos otros trastornos comunes que aparecen como demanda en los dispositivos reformados. Esto ha producido unos desajustes debidos al desconocimiento de su cuantía y a las previsiones que se hicieron para atenderlos, que siempre quedaron cortas.

- Las nuevas demandas derivadas de la sociedad del bienestar. La disminución de la resistencia a lo mental, así como la aceptación social de las personas con trastornos mentales, han dado lugar a una creciente demanda de recursos sanitarios por parte de la población con presencia de malestar mental. A este fenómeno ha contribuido la paulatina desaparición de los recursos naturales (no profesionalizados, Tizón) considerados hasta ahora suficientes para su contención, pero también desencadenado por las nuevas condiciones de vida (estrés, ocupación, cambio de roles, anomias, etc.).

C. Los modelos de comprensión y diagnóstico: de la clínica a las clasificaciones:

- La dificultad para definir un trastorno mental (público-privado).

Quizás la principal dificultad para la investigación en SM sea la falta de acuerdo sobre la definición y el modo de clasificación de los Trastornos Mentales. Estudios de morbilidad psiquiátrica en diferentes contextos poblacionales o de salud muestran criterios muy diversos, tanto en la definición de qué es un caso como en su clasificación. Todo ensayo encaminado a situar un objeto en una clasificación es reductor. El diagnóstico y la clasificación conllevan sucesivas pérdidas de información. En salud mental una etiqueta diagnóstica informa solamente de un síntoma o conjunto de síntomas más o menos correlacionados que se presentan en un paciente.

En el estudio de Copeland (2) se sugiere que el concepto de caso psiquiátrico es una quimera que solo existe en la mente del investigador. Hasta la fecha no existe un criterio «objetivo» que diferencie con claridad qué es y qué no es un caso. Toda definición al respecto no puede eludir cierta arbitrariedad precisando un mayor grado de consenso entre los profesionales y entre estos y los usuarios.

El concepto de «Caso Psiquiátrico» (caso necesitado de atención en salud mental) se ha venido definiendo tradicionalmente desde diferentes modelos de comprensión (3):

Desde la sociología queda definido por aspectos de tolerancia/intolerancia social hacia determinados tipos de conducta individual o grupal. Serían necesidades socialmente definidas, que posteriormente serán redefinidas por el profesional de salud mental.

Desde un punto de vista biológico los trastornos mentales son enfermedades del cerebro. Se restringe a la existencia de una lesión o disfunción cerebral demostrable, y se sitúa en el campo de la sociología o la psicología aquellos casos sin origen orgánico demostrable. Desde lo psicológico nos situamos en un nuevo paradigma que ubica el concepto de caso en lo que se podría definir como «sufrimiento mental»: personas que en un momento dado están sufriendo situaciones existenciales conflictivas en razón de diversos eventos vitales. Se hace pues necesaria una apertura interdisciplinaria que tenga en cuenta en la realidad del enfermar aspectos biológicos, psicológicos y sociales, superando modelos reduccionistas y que tengan un enfoque poblacional (característico de la asistencia pública frente a la privada) y no individual del caso.

- El lugar de la psicopatología en el quehacer médico.

Resulta evidente que en los últimos 30 años los Sistemas Sanitarios han experimentado importantes cambios. Por su parte, el Primer Nivel ha ido asumiendo cada vez más un papel central y nuclear en la asistencia, docencia e investigación dentro del Sistema Nacional de Salud, constituyendo la puerta de entrada a un proceso continuado de asistencia. Este nivel ha dejado de ser mero filtro de derivación al Segundo Nivel para convertirse en el ámbito principal donde son satisfechas muchas necesidades derivadas de los problemas de Salud Mental; aunque esta afirmación tenga que ser matizada por la realidad, como veremos más adelante.

Todos los estudios demuestran las altas tasas de consulta en el Primer Nivel por problemas que pueden ser catalogados como trastornos mentales (4) (5) (6). Se presentan en sus formas clínicas más típicas o, cada vez con más frecuencia, camuflados bajo la presencia de variados síntomas somáticos. Asimismo es bien sabida la importancia de una detección precoz y precisa para un tratamiento más eficaz. Pensamos que esta ardua y, a veces, escasamente reconocida labor puede llevarse a cabo con mayores niveles de calidad y, como consecuencia, de satisfacción. Para lograr estos objetivos pensamos que es necesario un acercamiento y el establecimiento de un vínculo estable entre el Primer Nivel y el Segundo Nivel.

Goldberg, en la bibliografía citada, plantea una clasificación sencilla y pragmática que debe ayudar a resolver los principales problemas de manejo clínico en el Primer Nivel y en su relación con el Segundo Nivel de Salud Mental. Traducido a terminología actual contemplaría tres apartados:

1. Trastorno Mental Severo: Esquizofrenia, Trastornos afectivos mayores, T. de Ideas Delirantes, entidades fácilmente reconocibles y con criterios diagnósticos más consensuados. Corresponde su tratamiento al ámbito del Segundo Nivel de manera fundamental.

2. Usuarios que no requieren de una atención específica:
 - Con síntomas subdrómicos o leves.
 - Con síntomas transitorios o de corta duración.
 - Con síntomas no relacionados con las preocupaciones o el motivo de consulta del paciente.
 - Síntomas relacionados con situaciones externas reales que no pueden ser modificadas.
3. Grupo de usuarios que incluidos en los Trastornos Comunes: trastornos ansiosos, depresivos y de somatización que requieren de intervención específica, aunque no siempre especializada.

D. El consumo de psicofármacos

El gasto farmacéutico en el Estado ha pasado desde los 165 € por persona y año en 1999 a 246 € en 2005. Esto supone un incremento del 49,09%, muy por encima del crecimiento de la población (7). Por lo que se refiere al consumo de psicofármacos, ponemos como ejemplo los datos recogidos en el informe sobre Salud Mental en Andalucía 2003-2007 (8). Según estos datos, entre 2003 y 2006 ha habido un incremento de la prescripción y uso de los psicofármacos, especialmente, ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos, que no están en relación con el aumento de la población andaluza:

Tabla 1

N.º de envases	Variación 2003-2006
Ansiolíticos	+ 17,53
Hipnóticos y sedantes	+ 14,55
Antidepresivos	+ 16,55
N.º de Dosis Diaria Definidas	
Ansiolíticos	+ 23,38
Hipnóticos y sedantes	+ 17,23
Antidepresivos	+ 27,61
N.º de Dosis Diaria Definida por habitante y día	
Ansiolíticos	+ 17,67
Hipnóticos y sedantes	+ 11,61
Antidepresivos	+ 21,71

En conjunto, la prescripción de psicofármacos representa el 11,48 % del total de las Dosis Diarias Definidas del conjunto total de fármacos. Y, dentro del grupo de los psicofármacos, el total de envases de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes y antidepresivos, representa el 87,6 % del total de los psicofármacos. Otros estudios, aparte del citado anteriormente, realizados en otros lugares de nuestra geografía inciden en este incremento de la prescripción de estos grupos de psicofármacos, precisamente los utilizados en los Trastornos Mentales Comunes (9) (10). Pero en ellos se llama la atención sobre la variabilidad de criterios para su uso y la influencia en su prescripción de variables tan distantes de los factores clínicos y terapéuticos como el género (se prescribe más a las mujeres –prácticamente el doble–), la edad (a mayor edad más fármacos), la renta familiar (mayor prescripción a menor renta), nivel de estudios (mayor prescripción a menos estudios), más a parados y amas de casa, y a hombres y mujeres con incapacidad o invalidez permanente.

Estos datos son un retrato de la realidad asistencial, en especial la que se refiere al tipo de trastorno mental que nos ocupa. Si repasamos algunas de las guías de tratamiento prestigiosas, como las NICE, deberíamos interrogarnos sobre nuestra práctica cotidiana y si se ajusta a la *valorada* evidencia científica. No nos vamos a detener a debatir los parámetros sobre los que se mide la evidencia científica, en unas situaciones tan complejas y en las que se ponen en juego variables tan distintas como la realidad social de las personas, el género, zona geográfica, formación del prescriptor, etc.

E. La gestión de la demanda

- La epidemiología como base y la institución como cauce.

La epidemiología, cuya labor fundamental se centra en el estudio de la distribución de las enfermedades y de los factores determinantes de su prevalencia en los colectivos humanos, a partir de las últimas décadas amplía su aplicación al campo de la administración sanitaria, en especial en la organización y evaluación de la asistencia y los programas de atención. Se convierte por tanto en una ciencia clave en las políticas sanitarias.

En su constante perfeccionamiento metodológico proporciona valiosa información tanto respecto a la naturaleza y curso de los trastornos mentales, como respecto a la utilización que hacen de los recursos asistenciales. La aplicación del método epidemiológico al campo de la Salud Mental se viene realizando con un retraso considerable respecto a otros problemas de salud. Este retraso deriva fundamentalmente de la carencia de una definición clara de Trastorno Mental así como de instrumentos de diagnósticos validados y operativos.

No obstante, en un Sistema Sanitario Público de orientación comunitaria y con criterios de Salud Pública que pretende una atención que tenga

en cuenta al usuario de una forma global (atendiendo sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales) y como miembro de una comunidad en la que vive, debe fundamentar su planificación en un adecuado diagnóstico de salud (mental) de la comunidad de la que es referente a través de estudios epidemiológicos. Los cambios descritos suponen la creación de una oferta asistencial nueva para una población que ha sufrido históricamente la exclusión y marginalidad antes comentada; una oferta por tanto, no disociada respecto de la población de referencia.

Existe un avance alentador en la epidemiología psiquiátrica desde hace unos 20 años. Sin embargo, siguen existiendo problemas, como se desprende de la bibliografía consultada (11) (12) (13) (14): dudas en torno a las categorías diagnósticas, los criterios e información recogidos por los informadores; problemas relacionados con las características de la población (jóvenes, ancianos, diferencias de género, sociales, económicas, culturales, etc.); y problemas relacionados con los instrumentos de medida, la sistematización de la información para avanzar en el objetivo de una epidemiología analítica. En general, los epidemiólogos de la salud mental necesitan ir más allá de la descripción y análisis de indicadores de riesgos amplios marcados para estudiar intervenciones dirigidas a modificarlos, y desarrollar colaboraciones con otros profesionales implicados en la prevención de trastornos mentales, así como con los analistas de políticas sociales.

- La cooperación entre los niveles de atención.

Es una realidad que ante la creación de una oferta coherente la demanda tiende a aumentar poniendo en riesgo la capacidad para la provisión de una atención adecuada. Ante esta situación se hace necesario un ordenamiento y priorización que posibilite una gestión de la demanda a tenor de los recursos disponibles.

Por otra parte, existe con carácter general consenso que la organización sanitaria incluye dos niveles de atención diferenciados y con objetivos definidos. Lo que no está suficientemente claro son las líneas divisorias, los límites, y la relación entre ambas. Los diferentes modos de gestión existentes y, sobre todo, los diferentes modelos de financiación dan lugar a una diversificación de situaciones en la organización sanitaria de estos dos niveles tal que, lógicamente, en cada lugar que fijemos nuestra atención se nos ofrecerá una realidad distinta. La variabilidad, ciñéndonos a nuestro entorno estatal, va desde la integración entre los dos niveles hasta la separación total con organizaciones de gestión diferenciadas. Ejemplo del primer caso son las llamadas Áreas Sanitarias de Gestión, en las que una sola Dirección gestiona de manera integrada el Primer y Segundo Nivel de un territorio; y, en el otro extremo, estarían estructuras de Dirección separadas y autónomas para el Segundo Nivel y el Primer Nivel de asistencia, teniendo

do ambos que definir posteriormente quién, dónde, qué, cómo, y cuándo, se ha de intervenir ante los problemas de salud que atañen a la población.

El hecho de que en las últimas dos décadas hayan predominado formas de gestión sanitaria en las que ambos niveles han estado separados ha obligado a los gobiernos a garantizar, mediante varios procedimientos, la llamada «continuidad de atención». Así, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Consejería de Salud, a través de sus Planes de Calidad y Planes de Salud, pone en marcha nuevas estrategias, como la Gestión Clínica y la Gestión por Procesos, impulsando la puesta en marcha de la colaboración interniveles para conseguir una adecuada relación entre ambos.

Por otra parte, el modelo de atención sanitaria aplicado a la salud mental, basada en los principios de la llamada Salud Mental Comunitaria, con una orientación básicamente psicosocial lejos del hospitalocentrismo, requiere de una orientación más holística e integradora de los dos niveles de atención sanitaria a los que nos referimos.

Generalmente se diferencian tres formas de coordinación entre los dos niveles, como se especifica en el documento sobre Estrategias en Salud Mental (15). De manera resumida se distinguen:

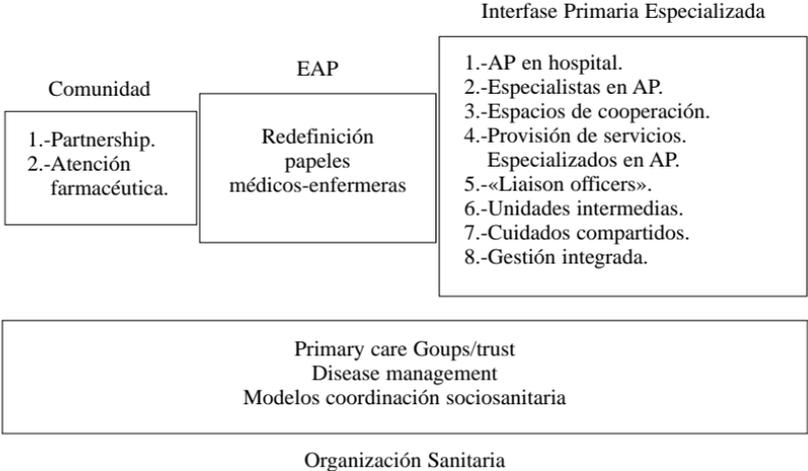
- el modelo «derivación», en el que atención primaria y salud mental son instancias separadas, cada una con responsabilidades definidas en cuanto a la salud mental y que se coordinan por medio del diálogo y de protocolos;
- el modelo de «reemplazo», en el que profesionales de la salud mental se instalan en los locales de atención primaria y atienden directamente a los pacientes que presentan trastornos mentales, y
- el modelo «enlace», en el que los profesionales de salud mental apoyan a los de atención primaria en el tratamiento de los trastornos mentales actuando de consultores o supervisores de casos.

No obstante, el modelo de vinculación predominante en la Sanidad Pública es el de «derivación», y podemos añadir devaluado, es decir, se remite al segundo nivel toda demanda a la que se cataloga como «mental» de la que se piensa que precisa de una atención «especial». No existe otra relación con el Segundo Nivel de Salud Mental que una escueta nota donde en el mejor de los casos se explica el motivo de la derivación. Por otra parte, la respuesta desde el Segundo Nivel hacia el Primer Nivel una vez atendido al paciente es sólo un informe clínico de alta, cuando se produce. En este modelo de derivación mutua: 1. No existe continuidad en la atención; 2. No existen cauces de comunicación interniveles; 3. Se desaprovechan los recursos del Primer Nivel para la atención de trastornos mentales. 4. No existe discriminación/priorización/ordenación de la demanda. 5. La demanda es derivada en forma de avalancha desde el Primer Nivel con respuesta del

Segundo Nivel de devolución masiva de pacientes hacia el primero. 6. La demanda se medicaliza y/o se psicologiza en exceso y fácilmente, produciéndose en muchos casos iatrogenia y cronificación; 7. Se potencia la escisión/disociación de lo mental en la asistencia.

Frente a esta situación y en la búsqueda de soluciones tendremos que aclararnos, en primer lugar, con qué tipo de organización nos dotamos. En general, las organizaciones sanitarias públicas, con financiación pública y, sobre todo, si su gestión también es pública, tienen una tendencia «natural» hacia la burocratización y la rigidez. No tenemos en cuenta, incluyendo aquí a todos los protagonistas de esta historia, desde los políticos-gestores hasta los profesionales sanitarios, que nuestras organizaciones sanitarias están dentro del tipo que se conceptúan como organizaciones «inestables» (16). En éste deben predominar valores como la autonomía, la flexibilidad, aceptar la incertidumbre como elemento a tener en cuenta en el análisis de las causas y favorecer, la innovación en las soluciones, como en el esquema que se pone a continuación correspondiente a la publicación citada. «Se debe desterrar la idea de empresa organizada en grupos formales, dirigidos de forma autocrática para dar paso a una organización fractal, donde se estimule la polivalencia del trabajador, y donde los grupos informales emerjan de forma natural y espontánea. La organización debe aprovechar la diversidad y las fuerzas opuestas que se crean en su seno, ya que son éstas precisamente el detonante de la creatividad y la innovación» (17).

La organización inestable: Modalidades de sistemas dinámicos de cuidados



2.2. La interfase

La interfase se define como el espacio entre ambos niveles asistenciales. En el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones elaborado por la Consejería de Salud de Andalucía se le atribuyen las siguientes características: «En la interfase se formalizan los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes y se dibuja el espacio de cooperación interniveles. Esta última idea, formulada desde los inicios de la reforma de Salud Mental, toma cuerpo concreto a través de dos propuestas. La primera es la estabilidad de la relación entre profesionales de los dos niveles asistenciales, base de la constitución de equipos de trabajo. La segunda es la formalización de los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la supervisión, la coterapia y la interconsulta» (18). Este tema ha sido motivo de preocupación constante y de estudio de una manera u otra. Cómo se usan los recursos, qué tipo de organización debe establecerse, cómo deben ser las relaciones entre los dos niveles asistenciales, qué contenidos y metodología han de seguirse, etc. Estas cuestiones han sido abordadas en numerosas publicaciones (19-25).

Sobre la base de esta conceptualización vamos a describir la experiencia llevada a cabo en nuestro medio a lo largo de varios años para reflexionar a partir de ella sobre sus características y resultados. Por otra parte, no hemos podido hacer un análisis más extenso de experiencias de este tipo de relación interniveles en nuestro entorno por la escasez de datos publicados, aunque sabemos de otras experiencias con diferente o semejante metodología en otros lugares del territorio del Estado. De manera que, aún aceptando las dificultades de limitarnos a nuestra práctica, creemos que a partir de ella podremos lograr el objetivo que nos proponemos en este punto: destacar la importancia de un modelo de cooperación interniveles para la atención a los trastornos mentales de los que nos estamos ocupando. Nos centraremos en responder a cuestiones sobre: cómo ha de ser el método, cuáles son los problemas, de qué manera y dónde, y con qué intervenciones, etc. Pasamos pues a exponer nuestra experiencia no sin antes reconocer la influencia, entre otros, del trabajo de J. L. Tizón con el Primer Nivel, trabajo que nos ha ayudado a proyectar y definir nuestra experiencia (26-27).

2.2.1. Período 1996–2002

A. Antecedentes: la transformación de los servicios de Primer Nivel y Segundo Nivel de Salud Mental.

La transformación de los servicios del Primer Nivel de Atención Sanitaria en nuestro entorno se inicia en la misma época que la transformación de los servicios de Salud Mental, si bien por órganos administrativos

diferentes y con connotaciones dispares debido a las características de cada uno de ellos. Entre 1982 y 1985, tiene lugar el traspaso de competencias sanitarias al Gobierno de la Junta de Andalucía, la promulgación de la Ley de creación del Servicio Andaluz de Salud, el Decreto de Ordenación de la Atención Primaria y la Ley de creación del Instituto de Salud Mental de Andalucía. Todos ellos instrumentos de gestión necesarios para el desarrollo de unos servicios públicos conforme a los objetivos propios del momento.

En relación con el tema que nos ocupa, siempre el proyecto de transformación de los servicios de salud mental dio importancia capital al papel del Primer Nivel de atención a la salud. De manera que, se le atribuía la función y el objetivo de atender problemas de salud mental, y en especial los trastornos comunes (se calculaba que el Primer Nivel atendería el 80% de este tipo de demanda).

Llevados de ese espíritu *militante*, propio de los inicios de cualquier movimiento de cambio, se pusieron en marcha experiencias de coordinación entre el Primer Nivel y el Segundo Nivel de Salud Mental que, generalmente, duraron lo que duró la voluntad de las personas que lo iniciaron o que la necesidad de dedicar esfuerzos a otras tareas les permitió mantenerlos.

B. La institucionalización: un paso necesario

– 1996: Acuerdo de objetivos comunes APS-SM.

El Primer Plan de Salud hace un nuevo planteamiento de la política sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, impulsa el trabajo en los servicios por objetivos y estimula la colaboración interniveles como parte ellos. De esta manera en este año 1996 se establece un compromiso entre la Dirección del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Jerez y el dispositivo del Segundo Nivel de Salud Mental, el Equipo de Salud Mental de Jerez.

– El acuerdo: «modelo de cooperación» con la red del Primer Nivel reformado, manteniendo el «modelo de derivación» con la red del Primer Nivel que aún no estaba reformado.

En el momento de concretar el acuerdo sólo el 50 % de la población del Distrito era atendida por una red de Centros de Salud con la estructura adecuada para poder alcanzar los objetivos definidos para el Primer Nivel sanitario. El resto de la población era atendida por la red anticuada de los llamados ambulatorios del INSALUD, con escasos recursos y con los que no era viable poner en práctica el acuerdo, por lo que éste queda limitado a los Centros de Salud.

– Los contenidos: la consultoría y el desarrollo de intervenciones de atención y prevención secundaria.

El núcleo central del acuerdo es la actividad de consultoría (tabla 2). Contacto entre facultativos de ambos niveles para la coordinación clínica. Sus objetivos fundamentales son: la distribución de la demanda entre el Primer Nivel y el Segundo Nivel, las prioritizaciones correspondientes, la supervisión de casos que atiende el Primer Nivel, las incidencias de casos atendidos en el Segundo Nivel y la utilización de otros recursos propios o ajenos para la atención de los trastornos mentales. El resto de las actividades se pueden considerar derivadas de esta. Incluso las realizadas por otros profesionales, Trabajadores Sociales y Enfermeros se conforman a partir de lo trabajado en ellas. El acuerdo incluía otras actividades con pacientes TMG que no explicitamos aquí.

Tabla 2

OBJET ESPECIFIC.	ACTIVIDADES	CÓMO	QUIÉN	DÓNDE	CUÁNDO	EVALUACIÓN
1. Mejorar los canales de comunicación entre los dos niveles. 2. Incrementar la capacidad de evaluación clínica y elaboración de estrategias de intervención de nuevas demandas, casos en seguimiento en A. Primaria y/o ESMD.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de las derivaciones, sus prioridades, lista de espera. - Interconsulta conjunta. - Seguimiento conjunto de casos en EBAPs y/o ESMD. - Formación continuada. - Elaboración de protocolos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones de coordinación EBAPs-ESMD: Consultorías - Interconsultas conjuntas. - Programa de formación continuada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos de Cabeecera y Pediatras de cada EBAP. - 1 o 2 Facultativos del ESMD. 	En cada EBAP	Semanal.	INDICADORES EVAL: N.º de casos comentados y asesorados (diag.): <ul style="list-style-type: none"> - N.º derivaciones a ESMD (diagnóstico y espera). - N.º de interconsultas (diag.) - N.º de derivaciones a recursos no sanitarios. - Sesiones de formación. - Protocolos elaborados.
3. Programa de Atención Psicosocial. 4. Programa de Orientación familiar.	Atención psicosocial para la elaboración de situaciones que no requieren asistencia sanitaria especializada.	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de Mujeres. - Entrevistas de familias. 	<ul style="list-style-type: none"> - T.S. de EBAPs - T.S. de ESMD 	En cuatro EBAPs	Semanal	<ul style="list-style-type: none"> - N.º de sesiones. - N.º de usuarias. - N.º de familias. - Repercusión en consulta del M. de Cabeecera.
5. Uso racional del medicamento.	Elaboración de guía clínica del uso de psicofármacos.	Grupo de trabajo del Distrito Jerez.	Dirección de Distrito, EBAPs, ESMDs.	Dirección de Distrito	Trimestral	Elaboración de la Guía de Psicofármacos.

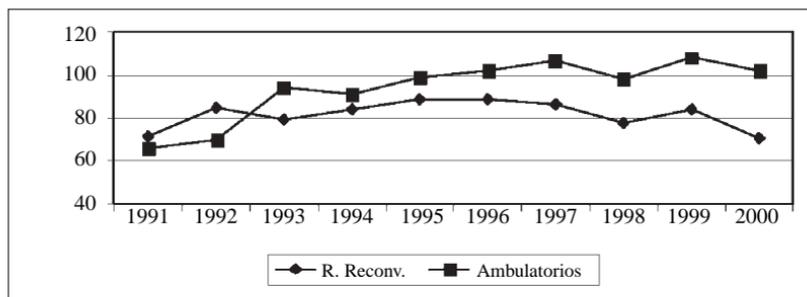
C. Resultados.

La fuente de datos procede del Sistema de Información en Salud Mental de Andalucía y el Sistema de Información de A. Primaria del Servicio Andaluz de Salud.

– Coexistencia de dos redes paralelas: 1996–2000

Este período nos dio la oportunidad de comparar dos modelos diferentes de funcionamiento interniveles, modelos sobre los que hemos ido reflexionando a lo largo de todos estos años. Con la parte de la red no reformada (ambulatorios) no fue posible llevar adelante el acuerdo. Las limitaciones de recursos, horarios, formas de atención, etc., hizo que sólo pudiera funcionar un modelo de derivación. Por el contrario, con la red reformada (Centros de Salud) fue posible de manera progresiva ir poniendo en funcionamiento el acuerdo suscrito e implantándose el modelo de cooperación.

Tabla 3. *Derivaciones totales del distrito al 2.º nivel. Tasa \times 10.000 hab.*



En la tabla 3, aparecen las derivaciones realizadas desde el Primer Nivel al Segundo Nivel de salud mental, desde la red reconvertida (Centros de Salud) y los ambulatorios. Como dijimos, en los primeros se implantaron las consultorías, en los segundos no. En estos sólo funcionó un sistema de mera derivación. Además, los datos de los ambulatorios que aparecen en la tabla no incluyen el total de las derivaciones. Era tal el número que tuvimos que instaurar un filtro, en el mismo Segundo Nivel, previo a una primera entrevista para aquellas derivaciones que de manera evidente no requerían ni siquiera de nuestra evaluación. De esta forma, los datos que figuran en los ambulatorios están disminuidos respecto de la incidencia real de las derivaciones realizadas por los Médicos de Cabecera de esos dispositivos ambulatorios del Primer Nivel. Como se puede apreciar en la evolución de los datos, la separación entre uno y otro subsistema se agranda a medida que se consolida en los Centros de Salud el sistema de consultorías.

Sin embargo, cuando discriminamos por grupos diagnósticos, podemos apreciar con mayor precisión el comportamiento de uno y otro subsistema, apareciendo con más exactitud las diferencias producidas por la incidencia de la consultoría (tablas 4, 5, 6, 7, 8 y 9).

Tabla 4. *T. Mentales orgánicos*. Tasa \times 10.000 hab.

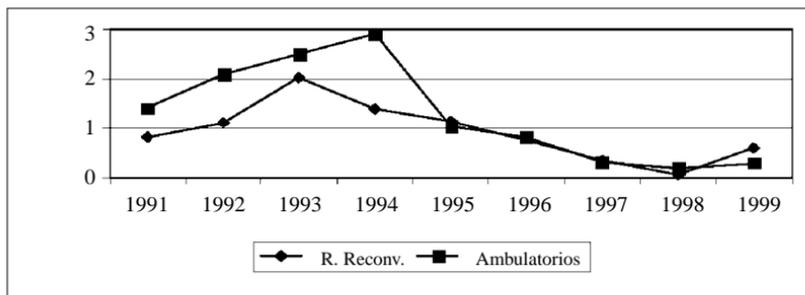


Tabla 5. *T. Psicóticos*. Tasa \times 10.000 hab.

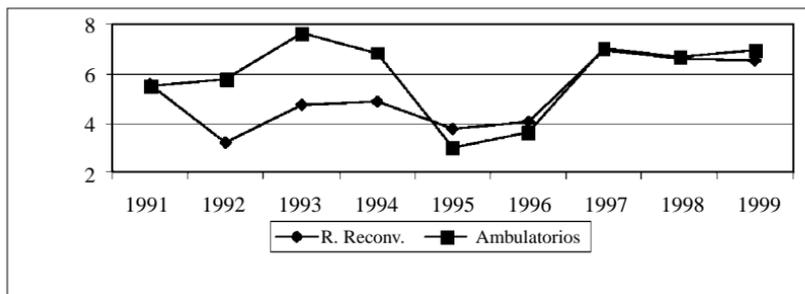


Tabla 6. *T. Neuróticos*. Tasa \times 10.000 hab.

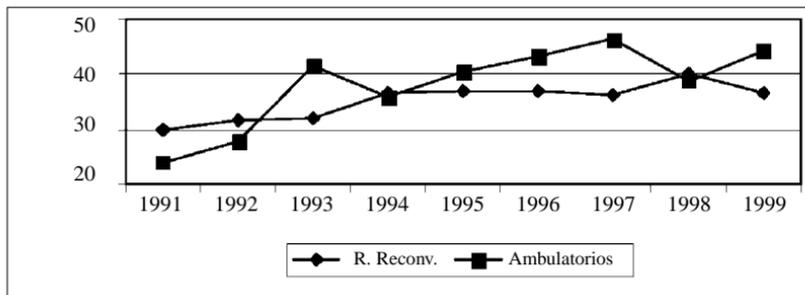


Tabla 7. *T. Adaptativos*. Tasa \times 10.000 hab.

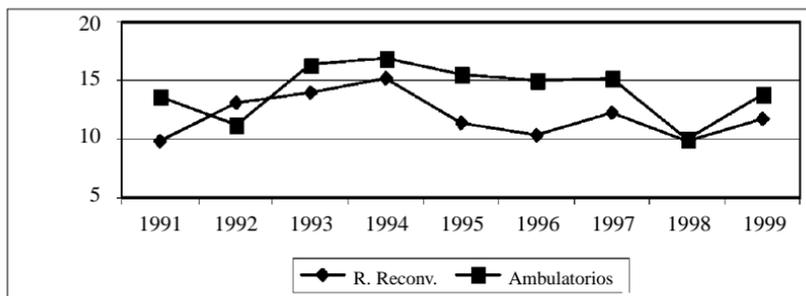


Tabla 8. *Sin trastorno mental*. Tasa \times 10.000 hab.

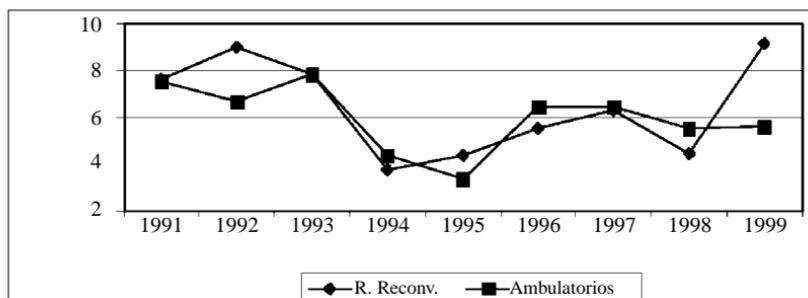
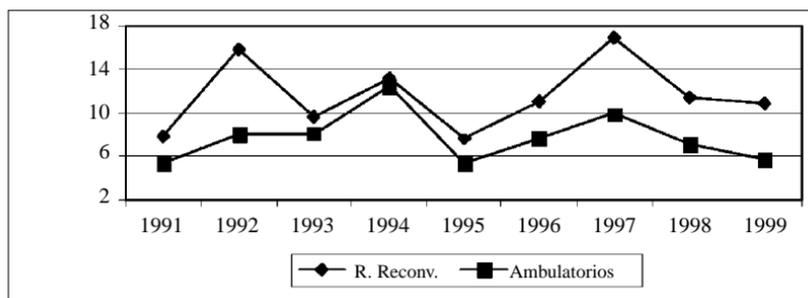


Tabla 9. *T. infancia-adolescencia*. Tasa \times 10.000 hab.



En estos ejemplos podemos ver cómo en aquellos grupos diagnósticos para los que existen menos discrepancias en los criterios de intervención de cada nivel prácticamente coinciden las tasas en los dos subsistemas, mientras que en aquellos en los que existe mayor variabilidad en esos criterios o bien las posibilidades de intervención difieren según qué subsistema aparecen diferencias.

Precisamente, en los grupos diagnósticos de los Trastornos Mentales Comunes (T. Adaptativos y T. Neuróticos) es donde aparecen las mayores diferencias. Claramente se aprecia que la acción de la Consultoría disminuye el número de derivaciones hacia el Segundo Nivel.

Por el contrario, en la tabla que incluye los trastornos de la infancia y adolescencia los datos se invierten. Entendemos que las diferentes condiciones de trabajo de Pediatras y Médicos de Familia de la Red Reconvertida frente a los Ambulatorios, así como la acción de la consultoría pone de manifiesto una demanda oculta en el caso de los Ambulatorios, que por las mismas razones queda sin ser detectada.

Otro punto importante puesto de relieve en los datos es la coincidencia en tasas cuando existen cambios en los recursos humanos, como ocurrió en 1999 (fecha de una Oferta Pública de Empleo). De aquí se desprende algo, que por evidente y tan de sentido común no se suele reparar, y es la importancia que tiene el factor humano, personal, en todo este proceso de cooperación.

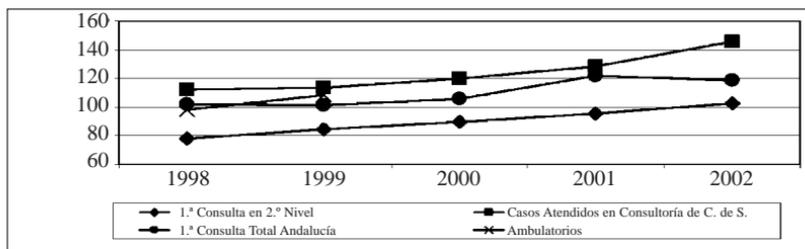
– Una red única: 2000-2002.

A partir de 2000, desaparece la red de Ambulatorios y todo el Distrito Sanitario es atendido desde los Centros de Salud. Se produce en estos momentos una confluencia de recursos humanos «mezclados» en algunos Centros de Salud, es decir, recursos que provienen de los antiguos ambulatorios con recursos que provienen de otros Centros de Salud, recursos con formación postgrado como Médico de Familia con otros sin esta formación postgrado. Por otra parte, es un período de crecimiento en recursos humanos, nuevos Médicos de Familia se añaden a nuevos y viejos Centros de Salud. Todo esto tiene lugar precisamente en este período 2000-2002. En este par de años, a pesar de que se continúa con los acuerdos de cooperación, extendidos ya a toda la zona se produce un período de ajuste. Durante el mismo, se invierten algunas tendencias ya establecidas en algunos Centros de Salud. Interpretamos que de nuevo el factor humano pone de manifiesto su importancia. Las tasas de derivación se disparan en general (tabla 10).

Otro dato revelador de esta forma de trabajo es el número de casos coordinados en las consultorías (línea continua sobre triángulo en la tabla 10). Este dato corresponde al total de casos evaluados en la consultoría (la suma del total de las derivaciones realizadas hacia el Segundo Nivel

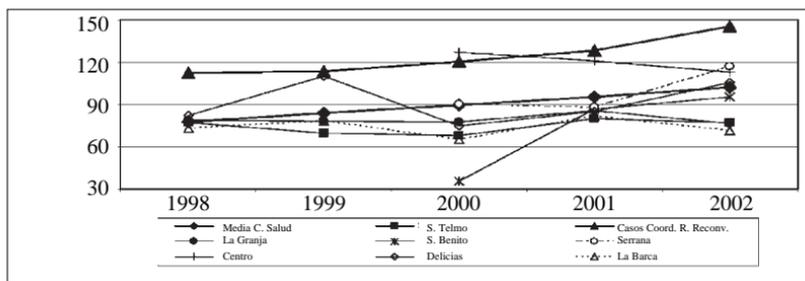
y aquellas que quedan en el Primer Nivel tras su evaluación en las Consultorías). Suponen un 50 % más, entre 30 y 40 puntos más por encima de la tasa media de casos que se derivan al Segundo Nivel (línea sobre rombo en la tabla 10). Se puede apreciar también que este número de casos coordinados en las Consultorías está por encima de las derivaciones al Segundo Nivel los Ambulatorios y de la tasa de Primeras Consultas de Andalucía. Nuestra interpretación de este dato es que esta forma de trabajo con el Primer Nivel cubre en mayor cantidad y calidad las necesidades de atención de la población frente a un modelo de simple derivación. Destaquemos además que esto ocurre fundamentalmente con el grupo de los llamados Trastornos Mentales Menores.

Tabla 10. *Tasas de derivación al 2.º Nivel × 10.000 hab.*



En la tabla 11 se puede apreciar que, si bien existe un incremento global a partir del 2000 del número de derivaciones totales del Distrito, aparecen por debajo de la media los Centros de Salud con los que se venía trabajando en este modelo de cooperación desde 1996 y en los que no hubo grandes cambios en los recursos humanos, como son el caso de S. Telmo, La Barca y La Granja. En las Delicias, ocurre lo contrario. En este caso, hubo numerosos cambios en los Médicos de Familia.

Tabla 11. *Tasas de derivación al 2.º Nivel × 10.000 hab.*



Durante este período se realiza un estudio descriptivo de la población que fue valorada en la Consultoría conjunta Médicos de Familia-Psiquiatra del C. de S. de San Telmo en el periodo 2000-2002. Entre las variables que se estudian se obtiene como resultado una disminución de la frecuentación en la consulta del Médico de Familia de hasta el 50 % entre el periodo anterior a comentarlo en la consultoría y el posterior y casi un 30 % redujo el consumo de psicofármacos. Este resultado se presentó en la mesa redonda Atención Primaria-Atención Especializada de Salud Mental de las XXII Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría de 2003.

En este tiempo se intercambian estancias de profesionales de los ambos niveles. Esto facilitó un conocimiento mutuo que va más allá de la información adquirida sobre el funcionamiento de cada nivel. Se rompen barreras y se personalizan las relaciones.

2.2.2. El proceso asistencial de atención a la ansiedad, depresión y somatizaciones

En el 2000 aparece el II Plan de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En él se apuesta por una nueva forma de ordenar el trabajo en la organización sanitaria. Atendiendo al concepto de Calidad Total, se ponen en funcionamiento dos métodos organizativos en nuestro Sistema Sanitario Público de Andalucía: la Gestión Clínica y el trabajo por Procesos Asistenciales Integrados.

A. Los Procesos Asistenciales Integrados: conceptos generales

La gestión por procesos es una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de la Calidad Total. Procura y asegura de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión: centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.

Supone un cambio de la organización del Sistema Sanitario Público Andaluz basado en la implicación de las personas para mejorar los resultados de la misma. La gestión por procesos que se plantea desde Andalucía incluye además un elemento de esencial importancia, la continuidad de la atención, dirigida a procurar una prestación de servicios única y coordinada. Es pues una herramienta para garantizar esa continuidad entre los dos niveles asistenciales.

Un proceso se puede definir de varias formas (28):

- Secuencia de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada (Costa i Estany).

- Sucesión de actividades en el tiempo con un fin definido.
- Organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico (EFQM – European Foundation for Quality Management).
- Concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio (A. Arcelay).

En la publicación referida (Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales) todas estas definiciones sobre el concepto subyacente es el mismo: es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios. En este contexto, la gestión (clínica) por procesos implica reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido, dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales.

En un nivel operativo, un proceso asistencial debe tener una misión claramente definible (qué, para qué y para quién), unas fronteras delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencias de etapas claramente integrables y debe poder medirse (cantidad, calidad, coste).

B. El Proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones

En 2002 se publica el Proceso Asistencial Integrado, Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, ya citado. Este proceso asistencial se elabora para atender precisamente a aquellos trastornos con un diagnóstico que consideramos incluidos en los Trastornos Comunes. En su introducción afirma que «partiendo de cualquier estimador de las necesidades (incidencia o prevalencia en la población general o demanda de servicios cuyo motivo de consulta explícito o implícito sean los trastornos mentales que nos ocupan), se pone de manifiesto una realidad incuestionable: el Sistema Sanitario Público de Andalucía, con todos los recursos terapéuticos disponibles, no tiene actualmente capacidad para tratar estos problemas de salud».

Esta afirmación pone de relieve la cuantía del problema al que se enfrentan los servicios sanitarios debido a las razones ya comentadas en otros apartados, en especial a la desaparición de los sistemas no formales de contención del sufrimiento mental que deja a las instituciones sanitarias y no sanitarias en primera línea de intervención.

Partiendo de esta situación el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones propone las siguientes líneas de actuación:

A. «Hay que hablar explícitamente de límites». Propone limitar la oferta de servicios ya que los recursos no son inagotables. Para llevar a

efecto este objetivo solicita la implicación de los profesionales para romper la recurrencia, evitar la «cronificación» de los pacientes y su circulación perpetua en los servicios, o reconvertir la demanda (higienizando, desmedicalizando, desinstitucionalizando).

B. «Limitar la demanda implica necesariamente un proceso de discriminación». Pero para llevarla a cabo la herramienta necesaria es el diagnóstico clínico, diagnóstico que en el caso que nos ocupa no es sólo poner una etiqueta diagnóstica; implica realizar una evaluación de la situación global, personal, familiar y social, que complica esa discriminación respecto de los requerimientos de atención sanitaria, especialmente cuando nos referimos al Primer Nivel.

C. «Cualquier modelo de servicios no sería válido para abordar este proceso». El proceso afirma en su análisis de la situación que, en general, «nuestro modelo de atención a la salud mental es de derivación, y donde el primer nivel funciona como filtro para el segundo». En este procedimiento, la relación entre niveles se limita, en el mejor caso, a transferir pacientes con sus informes correspondientes correctamente cumplimentados en ambas direcciones. Pero este funcionamiento no garantiza una adecuada gestión de la demanda y lo más probable es que, debido a la masificación, ambos niveles se den la espalda. Porque, aparte de la capacidad de detección, lo que está en juego es la capacidad de contención del Primer Nivel. Y aunque las cifras asistenciales demuestran que esa capacidad actualmente es enorme, nos tenemos que preguntar, ¿los casos contenidos son bien tratados en el Primer Nivel? ¿La falta de derivación es producto de la falta de accesibilidad al Segundo Nivel? El propio Proceso propone que... «Sólo un modelo de cooperación puede dar respuesta a estos problemas. En un modelo de cooperación están diferenciados los espacios de trabajo de cada nivel con criterios consensuados de transferencia de casos y hay, además, un espacio de trabajo común cuyo resultado para Atención Primaria es el aumento de la capacidad real de contención no medicalizadora y, para Atención Especializada, la despsiquiatrización y despsicologización del sufrimiento mental en un enfoque biopsicosocial».

D. «Para que un modelo de este tipo tome realidad debe generar una nueva narrativa que arraigue en los profesionales». Esto implica según el Proceso que son necesarias algunas modificaciones en la actitud de los profesionales:

- Es necesaria una conducta proactiva. A través de ella, el profesional debe poner en marcha todos sus recursos terapéuticos disponibles, sentirse integrado en una red de la que es parte necesaria y complementaria con otros; significa pues, sentirnos instrumentos de cambio. Se conjura así el riesgo de la actitud contraria, la de atribuir las dificultades a los otros, demonizando el ámbito organizacional y delegando la propia responsabilidad.

- Pero también debe mantener una conducta corresponsable, considerando y valorando las expectativas del resto de los actores sociales del sistema y, consecuentemente, a no asumir responsabilidades no propias (del paciente o de la institución) sino devolverlas, estimulando la acción de las otras partes implicadas.
- Las características anteriormente comentadas tienen como consecuencia el que no sea posible un único modelo de funcionamiento. Habrá que tener en cuenta que la concreción del mismo ha de adaptarse al territorio (geografía, cultura, factores sociales, etc.) y también a las actitudes, habilidades y capacidades de los profesionales.

E. «Estas premisas hacen difícil diseñar un proceso *limpio y elegante* de planificación». Quiere esto decir que los objetivos (en términos de salud (disminución de incidencia o prevalencia) o de utilización de servicios (coberturas sobre demanda potencial), estén cuantificados y claramente formulados. Por tanto, el modelo que se propone de vinculación interniveles debe ser considerado un proceso, es decir, una metodología de trabajo continuado, partiendo de la realidad concreta en la que se instaura, contando con los recursos existentes, atendiendo a las intervenciones de mayor calidad y en constante evaluación y revisión.

F. «Por último, debemos abordar explícitamente el tema de la construcción de categorías generales aplicables a grupos de pacientes y del diagnóstico en Salud Mental». Es decir, se cuestiona una forma de diagnóstico que no se adapta a la situación descrita y que no sirve en muchas ocasiones para valorar en todas sus dimensiones los factores intervinientes en este tipo de trastornos, pero tampoco para organizar una atención adecuada. Para estos casos puede tener interés plantear una clasificación por la tipología de las demandas, extraídas del lenguaje con el que son expresadas. Esto permite una mirada compartida, corresponsable, que favorece iniciar la construcción «de una realidad clínica» con el demandante.

2.2.3. Período 2003-2007

Es el periodo de consolidación, globalización, homogeneización e institucionalización. En este periodo se pone de manifiesto el respaldo y el empuje institucional. Además de la publicación del Proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, se ponen en marcha cambios en la forma de gestión sanitaria. Se constituyen las Unidades de Gestión Clínica en servicios sanitarios del Primero y Segundo Nivel.

Siguiendo esta situación nuestro Servicio de Salud Mental se constituye en Unidad de Gestión Clínica, al igual que muchos de los Centros de Salud con los que ya veníamos trabajando. En este contexto, se fijan objetivos en varios aspectos, incluidos los referidos a la atención a los trastor-

nos que forman parte del Proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones: la implantación del Proceso en todo el Servicio de Salud Mental, no sólo en el Distrito Sanitario de Jerez, la elaboración de protocolos de actuación sobre algunos de sus trastornos, la inclusión de algunos objetivos de este proceso en algunas Unidades de Gestión Clínica del Primer Nivel. No hay que olvidar que partíamos de una situación con un camino recorrido desde 1996.

Se abren en este contexto pues nuevas posibilidades de mejora en la atención a este tipo de trastornos. La Agencia de Calidad de la Consejería de Salud de nuestra Comunidad Autónoma estimula en aquellas Unidades de Gestión Clínica que quieran ser acreditadas el desarrollo de actividades innovadoras hacia todo tipo de trastornos, y por supuesto los Trastornos Mentales Comunes.

Como ejemplo de los objetivos comprometidos y las actividades que como consecuencia se han puesto en marcha, estarían:

- Se han iniciado nuevas experiencias aumentando las horas de trabajo del Facultativo referente de Salud Mental en los Centros de Salud del Primer Nivel, dedicando una mañana completa.
- Fomento de la participación de los Residentes en las tareas de cooperación.
- Fomento de la participación interdisciplinar en las sesiones de consultoría.
- Incrementar los recursos de intervención psicológica grupal en el Primer Nivel para la atención a las personas con trastornos mentales comunes:
 - A) Por profesionales de Salud Mental (grupos de apoyo psicosocial –en marcha hace años–, Programa de Orientación Familiar).
 - B) Por profesionales del Primer Nivel (Entrenamiento de técnicas de relajación, atención a Trast. Adaptativos).

Del trabajo realizado en este contexto exponemos a continuación algunos de sus resultados, en especial de aquellos de los que tenemos alguna forma de constancia. No todos los objetivos propuestos se han conseguido, pero creemos que lo más importante es el camino emprendido y, sobre todo, un modo de hacer las cosas en el que estamos seguros ganan, en primer lugar los pacientes y, en segundo lugar, los profesionales de ambos niveles.

En las tablas 12 y 13 se puede apreciar una disminución progresiva del número de primeras consultas en el Segundo Nivel desde 2003 a 2007. Por otra parte, de la complejidad de la experiencia da cuenta las diferencias de comportamiento entre los distintos Centros de Salud, dadas las múltiples variables que intervienen: cultura de los equipos, experiencias previas, conocimientos, habilidades, actitudes.

Tabla 12. *Tasas Casos Nuevos × 10.000 hab.*

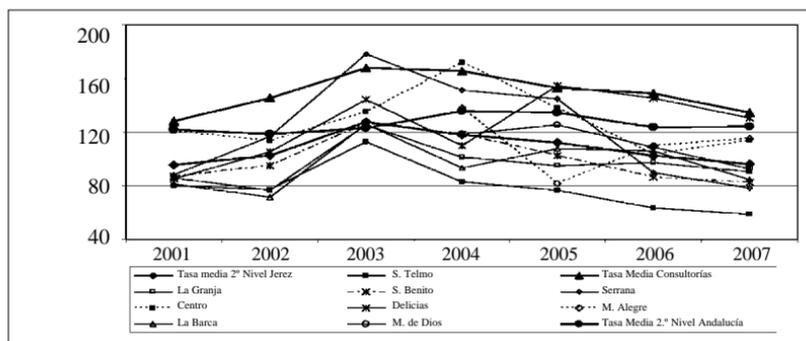


Tabla 13. *Diagnósticos de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones Evolución 2003-2007 Distrito Jerez*

SEGUNDO NIVEL SALUD MENTAL	2003	2004	2005	2006	2007
PRIMERAS CONSULTAS TRASTORNOS NEURÓTICOS ADS	914	729	709	607	661
PRIMERAS CONSULTAS TRASTORNOS ADAPTATIVOS	434	465	513	418	380
TOTAL DE PRIMERAS CONSULTAS EN 2.º NIVEL	2.419	2.234	2.217	2.035	1.910

- La ausencia de indicadores del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones en el sistema de información del Primer Nivel no ha permitido valorar la repercusión de la implantación en los Centros de Salud. La evaluación se extrae casi exclusivamente de los indicadores del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), y los propios de la UGC.
- Las actividades principales de implantación del proceso han sido: las Consultorías mixtas, Facultativos del Primer y Segundo Nivel, con carácter semanal, generalmente, y quincenal cuando la demanda no requiere mayor frecuentación; y las actividades del Programa de Atención Social y de Orientación Familiar para personas con Trastornos incluidos en el Proceso ADS, llevadas a cabo de manera conjunta por Trabajadores Sociales de AP y SM. La frecuencia de estas actividades ha sido prácticamente semanal.
- No obstante, a pesar de las dificultades señaladas respecto de los indicadores, se pueden valorar algunos resultados de la implantación del Proceso:

- En las Consultorías, además de evaluar los casos propuestos y decidir sobre su nivel de atención (Primer o Segundo Nivel), se tiene en cuenta su priorización según las necesidades estimadas en orden al tiempo de espera.
- La tasa (x 10.000 hab.) de casos coordinados en las consultorías conjuntas Primer y Segundo Nivel ha sido: 167,7 (2003), 166,2 (2004), 152,7 (2005), 148,9 (2006) y 134,8 (2007); por encima de la tasa de Primeras Consultas en los ESMDs de Andalucía.
- Número de Interconsultas, acordadas con el Médico de Familia y realizadas en los Centros de Salud por Facultativos de Salud Mental, al no requerir derivación al nivel especializado: 205 (2003), 207 (2004), 485 (2005), 137 (2006) y 200 (2007).
- Tras la implantación en 2003, han disminuido las tasas de Primeras Consultas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Jerez (2.º Nivel) en un 26,66 % (de 127,87 a 93,91 por 10.000 hab., disminuyendo en seis de los nueve Centros de Salud). En el mismo período, en Andalucía la tasa media de Primeras Consultas en este mismo nivel se incrementó en un 0,71 % (de 123,22 a 124,10, por 10.000 hab.).
- La demora media de Primera Consulta en el Segundo Nivel ha estado en estos años en torno a los 15 días.
- Han disminuido, en este periodo, algo más de 250 el total de derivaciones de trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones de carácter neurótico.
- Lo mismo ocurre con los T. Adaptativos. No obstante, el comportamiento de este diagnóstico es irregular; lo cual es coherente con las dificultades inherentes a su valoración. Estos trastornos siguen siendo casos de difícil evaluación, diagnóstica y pronóstica, con lo que se recurre al Segundo Nivel con relativa frecuencia.
- Aunque matizado por el incremento de recursos de nuevos Facultativos Especialistas de Área en la USMC de Jerez (segundo Nivel) ha aumentado la media anual de actividad por paciente en los Trastornos Fóbicos (de 4,7 a 6,4) y Trastornos de Personalidad con rasgos de carácter del Proceso ADS (de 7,7 a 8,5). La media de todos los trastornos de este tipo se mantiene en 5,9, por encima de la media andaluza para el grupo de trastornos neuróticos: 3,4; según se recoge en el informe citado sobre la Salud Mental en Andalucía 2003-2007. Por el contrario, ha disminuido la actividad media de los Trastornos Adaptativos.
- Se han mantenido los Programas de Atención Psicosocial y de Orientación Familiar que se vienen realizando en los Centros de Salud del Distrito. Precisamente, se realiza un estudio de seguimiento de una muestra de pacientes incluidos en estas actividades

en varios Centros de Salud y en el que se midieron variables antes y después de la intervención. Algunos resultados fueron: un 24 % disminuyó la frecuentación a consulta al Centro de Salud, el 13 % dejó de manifestar malestar psíquico, un 36 % dejó de consumir psicofármacos, un 30 % consiguieron apoyo de recursos no sanitarios para mejorar su situación y el 10,3 % mejoró la disfunción familiar.

- El Desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica en el Distrito de Atención Primaria ha facilitado la introducción y consolidación de objetivos de este Proceso Asistencial Integrado en algunos de los Centros de Salud, al margen de los planteados en el acuerdo interniveles entre la Dirección de Distrito de Atención Primaria y nuestra UGC.

En la evaluación realizada también existen aspectos mejorables y oportunidades de alcanzar nuevas metas:

- Algunos profesionales de AP aún no participan de la implantación del Proceso. La consolidación del sistema de consultoría aún requiere de una mayor institucionalización.
- Existen diferencias entre los profesionales de ambos niveles, y entre distintos Centros de Salud, reflejadas por ejemplo en el número de propuestas en la consultoría y en las derivaciones, lo que demuestra falta de homogeneidad en la aplicación de criterios (diferente formación, conocimiento de guías clínicas, inquietud por lo mental, etc.).
- Hay una alta prevalencia de este tipo de trastornos detectados en el Primer Nivel; sin embargo, la ausencia de indicadores de este Proceso en el Sistema de Información de ese nivel no nos permite cuantificarlos, ni disponer de conocimientos acerca del tipo de atención que reciben.
- Otro aspecto a destacar es la práctica ausencia de un uso de recursos de atención psicológica en el Primer Nivel estandarizados y homologados; probablemente por la concurrencia de tres factores: falta de formación, falta de tiempo y escasa organización orientada a estas actividades.
- Dadas las tasas elevadas de este tipo de trastornos en el Primer Nivel, echamos de menos el uso de intervenciones con formato grupal en sus profesionales para actividades de prevención, promoción y atención precoz de la salud mental y de educación sanitaria. Creemos que la evidencia científica avala la efectividad y eficiencia de este recurso.
- Ausencia de indicadores que nos informen del impacto de esta experiencia en el Primer Nivel de atención.

2.2.4. Conclusiones

La reflexión sobre esta experiencia, teniendo en cuenta sus resultados, tanto de aquellos que hemos podido cuantificar, como de aquellos otros más cualitativos que nos ha sido imposible medir, nos lleva a una serie de conclusiones que exponemos a continuación.

En primer lugar, podemos afirmar que «No es posible la no-relación» entre los dos niveles. Aunque en la práctica no nos hablemos, no intercambiamos información, o no nos relacionemos, no podemos trabajar de espaldas los unos a los otros. La cuestión es si decidimos que sea el azar el que ordene la relación o nos sentemos a establecer sus reglas. Pensamos que sólo una metodología de cooperación asegura una manera correcta de relación interniveles. Sólo así tendremos garantías de gestionar de manera correcta y coherente la demanda.

Ahora bien, aunque hablaremos de algunas herramientas necesarias para que la cooperación pueda llevarse a cabo, hay que garantizar un requisito imprescindible: lo mental requiere espacio y tiempo. Tenemos que entender, profesionales de la salud de ambos niveles, pero también responsables, gestores, que deben garantizarse los espacios y los tiempos de encuentros. No es un tiempo perdido, es un tiempo que repercute directamente en los pacientes como hemos demostrado.

Una de las dificultades más importantes, detectadas en el encuentro de los dos niveles, ha sido el acomodo de los distintos ritmos de trabajo que nos caracterizan. Acomodo necesario para que el Primer Nivel pueda acceder a los mecanismos psicológicos que están detrás de los síntomas y dotar a estos de sentido y que el Segundo Nivel genere respuestas ágiles y útiles para el contexto en el que realiza su tarea el Primer Nivel.

Para asegurar lo anterior no podemos olvidar que en todos los Servicios de Salud de nuestro Estado se están definiendo las competencias de los profesionales que los integran. También las competencias en Salud Mental. De modo general, desde nuestro punto de vista, lo mental requiere: conocimiento (psicopatología), habilidades (escucha), actitudes (compromiso por lo público).

Ya hemos comentado que pensamos que el mejor sistema de relación entre los dos niveles es el de la cooperación. Frente a otros métodos creemos que presenta muchas ventajas. A lo largo de estos años hemos podido ir comparando las características que diferencian un modelo de cooperación frente a otros de derivación. De manera resumida exponemos en la tabla 14 las particularidades de cada uno.

Tabla 14

Derivación	Cooperación
Información + relación Interprofesional	Información + relación Interprofesional + relación interpersonal
Predominio de relación jerárquica	Predominio de relación participativa
Centrado en los profesionales	Centrado en los usuarios
Predominio de acción unidisciplinar sobre lo multidisciplinar	Predominio de acción interdisciplinar (profesional + red informal)
Atención contingente	Atención priorizada
Desconoce los recursos	Ajusta la oferta y la demanda
Disgrega problemas	Integra problemas
Se limita a tramitar, facilita la pasividad	Acompaña, apoya, facilita adherencia
No tiene en cuenta los límites	Tiene en cuenta las limitaciones. Cuenta con un nivel de frustración óptima

Si bien son necesarios los impulsos-apoyos institucionales, no menos necesaria es la cohesión de los equipos de trabajo, confluencia que se logra mediante la participación en un proyecto que se va construyendo con tiempo, debate y constancia.

Hemos hecho alusión a las condiciones generales de las competencias de los profesionales. Sin embargo, no es indiferente entender la psicopatología desde una perspectiva relacional para facilitar un enfoque como el defendido para afrontar la relación entre niveles como la estamos proponiendo. Lo llamamos tener «inquietud por lo mental».

La visión conjunta de los casos, y aquí es importante la aportación de los profesionales del Primer Nivel, permite tener en cuenta desde el inicio parámetros sociales y patrones familiares que nos dan una perspectiva más completa de los mismos. Un sistema de simple derivación no permite este enriquecimiento. De otro lado, el seguimiento cercano de los pacientes por ambos niveles permite no sólo atender a sus necesidades clínicas, sino que evita otras posibilidades de actuación de los pacientes en torno a los beneficios relacionales o laborales-económicos que pueden estar presentes.

Otro elemento importante emergente es la apertura de un espacio a la expresión de las emociones del profesional. Esto permite tener en cuenta aspectos contratransferenciales, así como transferenciales y resistenciales de los pacientes. De aquí se derivan algunas consideraciones prácticas: Para contener la angustia del otro hemos de contener la propia, aprendizaje del uso del recurso de la frustración óptima o del manejo de los silencios, etc. De este modo, la clínica pasa a primer plano. Lo que interesa y sobre lo que se trabaja es *el caso*. Se atiende más a la descripción, a las

circunstancias del caso, a sus implicaciones relacionales e interpersonales, que a afinar la codificación diagnóstica o la catalogación-suma de los síntomas. De nuevo, el sujeto, no la enfermedad, se coloca como centro de atención.

De esta manera, no se mejoran sólo los criterios diagnósticos en las derivaciones sino también los criterios de derivación para el tratamiento. Por otra parte, el contacto personal continuado aclara las expectativas mutuas de ambos niveles introduciendo otros aspectos en los criterios de derivación en ambas direcciones. Esto supone introducir, como condicionante importante en la decisión sobre la atención adecuada, otros factores como la relación terapéutica, los conocimientos y habilidades de los posibles terapeutas, sus limitaciones, etc. Este espacio, también nos da la oportunidad de explorar las posibilidades de poner en práctica principios de la salud mental preventiva, la intervención precoz y favorecer una pronta recuperación y reincorporación de los pacientes a su medio natural.

En todo este tiempo, no se han puesto en marcha otros mecanismos de colaboración como pueden ser las sesiones de formación teórica; apenas ha habido. Y, aunque se han elaborado protocolos de intervención para algunos tipos de trastornos (Intervención en crisis, Episodios Depresivos, situaciones de Duelo, etc.), casi no se han puesto en práctica. Ambas herramientas pueden ser necesarias y probablemente tengamos que retomarlas, pero lo van a ser como una manera de complementar todo el sistema de cooperación descrito.

En general, la presencia de profesionales de la Salud Mental en los Centros de Salud ha permitido una atención específica, que no especializada, de problemas menores de salud mental y que no requieren esa atención especializada, en el Primer Nivel.

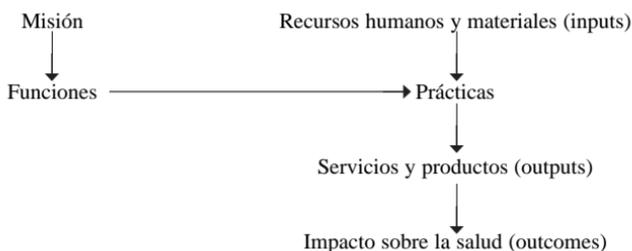
Finalmente, aunque no acuden el 100 % de los Médicos de Familia a las sesiones de consultorías, el sistema termina por generalizarse. Posiblemente contribuiría a una mayor y mejor implantación de la experiencia el que, desde niveles de la gestión sanitaria, introdujeran indicadores en el Primer Nivel a todos los pacientes y a todas las actividades ligadas al Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.

2.3. Situación en el Primer Nivel de Atención Sanitaria

No es la intención de este apartado el hacer una exposición sobre las herramientas técnicas, farmacológicas, psicológicas o sociales, a utilizar en el abordaje de los Trastornos Mentales Comunes. Nuestra reflexión va a ir dirigida fundamentalmente a los aspectos organizativos y de gestión de la clínica.

2.3.1. Las herramientas para la atención a los trastornos comunes en el Primer Nivel

La primera cuestión con la que nos encontramos es la dificultad de cuantificar los problemas de Salud Mental. Desde los aspectos epidemiológicos, los instrumentos técnicos necesarios para afrontarlos y los costes que ello conlleva, y poder así determinar correctamente las necesidades de recursos humanos e instalaciones para, conforme al esquema de Turnock y Handler, comprender la secuencia entre la misión de los sistemas de salud y sus funciones y servicios (29):



Desgraciadamente no se determina de esta manera la Cartera de Servicios que con la mayor garantía de calidad pueda dar respuesta a las necesidades de este tipo de trastornos. De manera que, en los ejemplos encontrados, la definición de las mismas se hace con caracteres vagos, la enumeración de algunas técnicas concretas sin indicaciones específicas y sin delimitar cuáles son los límites de las prestaciones sanitarias.

Así nos parece que ocurre con diversas propuestas de carteras de servicios que se proponen desde las instituciones públicas de atención a la salud. Como, por ejemplo, la elaborada por el Ministerio de Salud y Consumo y publicado como Decreto 1030/2006 sobre la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y que en su apartado 8 dedicado a la Salud Mental en la Atención Primaria expone (30):

La atención a la Salud Mental en coordinación con los servicios de atención especializada. Incluye:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.

3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.

5. Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Y en el apartado 2.2.13 de Procedimientos terapéuticos incluye: Terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado.

Otro ejemplo es la definición de la Cartera de Servicios para Salud Mental de la SEMFYC (31), algo más concreta, pero sin entrar en la especificación de las intervenciones. Se concreta en los siguientes términos: «Dos son las herramientas terapéuticas a utilizar en el espacio de la A. Primaria: la psicofarmacología, sobre la que ya hemos comentado en la introducción, y las psicológicas».

En el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, ya citado, bajo el epígrafe de Técnicas de ayuda psicológica no reglada, se enumeran las siguientes: 1. Terapia de apoyo; 2. Entrevista de contención (intervención en crisis); 3. Redefinición; 4. Connotación positiva; 5. Tarea directa; 6. Estrategias que sirvieron para resolver el problema; 7. Soluciones intentadas; 8. Cambio pretratamiento; 9. La pregunta milagro; 10. Utilización de escalas; 11. Trabajo con excepciones.

No quedan ahí las técnicas a utilizar. Se han diseñado otros tipos de intervención: Ayuda psicológica no reglada en la consulta del Médico de Familia (32), la Terapia Interpersonal especialmente diseñada para pacientes que presentan síntomas de ansiedad o depresión en relación con acontecimientos vitales estresantes (33). La realidad nos demuestra, no obstante, que actualmente son las habilidades de entrevista clínica en muchos casos el único recurso de ayuda psicológica utilizado por el médico de familia ante la escasez de formación y tiempo de que dispone. En contrapartida a esto, existen algunas líneas de psicoterapia con ensayos clínicos que avalan su eficacia de uso en atención primaria como es el caso de la terapia de resolución de problemas, y terapia familiar ya que son técnicas de fácil aplicación y pueden ser llevadas a cabo no solo por médicos sino también por otros profesionales sanitarios (34).

2.3.2. Las posibilidades reales de intervención en el Primer Nivel

Las cuestiones que queremos plantear están relacionadas con las condiciones necesarias para garantizar una atención de calidad en el Primer

Nivel. El punto de partida es: ¿tenemos un conocimiento correcto sobre las características cuantitativas y cualitativas de la población a la que habremos de aplicar las citadas u otras técnicas? En otros apartados ya se ha evaluado la población con este tipo de Trastornos y ya hemos comentado que es necesario dedicarles un gran volumen de recursos.

Y, por otra parte, si la condición fundamental para la intervención psicológica es la escucha, un recurso imprescindible va a ser el tiempo. ¿Qué ocurre con la plataforma 10 minutos? La movilización en torno a esta cuestión ya nos dibuja un panorama complicado para poder realizar intervenciones psicológicas de calidad. Evidentemente mejorar en este aspecto es un objetivo ligado a una dimensión correcta de los recursos.

Pero también es necesario que esos recursos tengan garantizados a través de la formación un nivel óptimo de capacitación. Los mapas de competencias de los profesionales del Primer Nivel, incluyen la formación en técnicas de intervención psicológica. El nuevo programa de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria define un perfil profesional que sume conocimientos de diversos ámbitos: «Es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud» (35). Por otra parte, define las competencias requeridas para el abordaje de los trastornos mentales. La cuestión es si a esos objetivos propuestos se les dedica en la práctica suficiente tiempo en los programas concretos de la formación de estos profesionales. Cuestiones semejantes se podrían decir de otros profesionales del Primer Nivel: Enfermeras y Trabajadores Sociales. Se necesita pues hacer un esfuerzo y garantizar una formación postgrado y continuada de calidad.

Lógicamente para alcanzar los objetivos antes señalados se necesita la implicación de los niveles de gestión-dirección de los servicios sanitarios, en general, y del Primer Nivel en particular. ¿Se tiene en cuenta todos los aspectos señalados, epidemiológicos, formativos, de recursos, en la priorización y definición de los objetivos de la actividad de los Centros de Salud? Ya hemos señalado anteriormente, a propósito de nuestra experiencia en la interfase, que la ausencia de apoyo institucional, como es la propuesta de objetivos a través de los llamados Contratos Programas o Unidades de Gestión Clínica, acaba con el buen hacer de algunos profesionales. Lo que no se destaca como objetivo, lo que no se prioriza, no tiene recursos y, por tanto, queda relegado, no se generaliza, no tiene interés.

En este aspecto, se necesitaría estimular más el desarrollo de objetivos ligados a la prevención y atención precoz de aspectos psicológicos

que rodean muchos de los problemas de salud que están presentes en el quehacer diario de los Centros de Salud: enfermedades crónicas, cuidadores, la atención a niños y adolescentes, etc. Son muchas las actividades que se podrían diseñar para atender a los numerosos problemas que se presentan en este grupo de los Trastornos Comunes en estas circunstancias.

Insistamos en que el Primer Nivel no debe estar solo en esta tarea. En las conclusiones del informe SESPAS 2008 (36) se establece: «Los pacientes precisan una atención primaria fuerte, respaldada por un nivel especializado que ofrezca servicios breves y esporádicos, con especialistas que trabajen de consultores... Destacar la necesidad de una reforma procoordinación de la atención primaria española. Lo importante es tener en cuenta que la reforma de 1984 fue una reforma procontenido, que mejoró los recursos humanos y materiales, pero nada más. Fue una reforma necesaria, pero no ha sido suficiente. Conviene trasladar autonomía, autoridad y responsabilidad a los médicos de primaria, de forma que sea tarea exigible y diaria la coordinación de cuidados».

2.4. *Situación actual en el Segundo Nivel*

Comenzaremos por el problema de la cartera de servicios. En el Decreto que citamos anteriormente sobre la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se expone explícitamente en lo que se refiere al Segundo Nivel de atención sanitaria: Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

7.1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

7.2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

7.3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

7.4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

7.5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis,

autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

7.6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

7.7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Podríamos plantear problemáticas semejantes a las que hemos señalado en el Primer Nivel: las características de la demanda (cantidad y calidad), los instrumentos técnicos para su abordaje, los recursos (humanos, tiempo, formación), etc.

2.4.1. La demanda

Según la Encuesta nacional de salud de 2006 (37), la población en riesgo de padecer alguna patología mental está entre el 12 y el 25 % de los hombres y el 20 y el 39 % de las mujeres. He aquí un primer elemento de análisis, la cuestión de género.

No nos ha sido posible recabar datos de otras Comunidades Autónomas respecto de la población atendida en el nivel especializado con este tipo de Trastornos Mentales. Los datos disponibles de Andalucía, en documento ya citado (8), muestran que en 2006, consultaron 198.955 personas, 118.000 mujeres y 80.455 hombres. Aquellos pacientes que tiene trastornos correspondientes a la Ansiedad, Depresión y Somatizaciones, coincidentes con nuestros Trastornos Mentales Comunes, son 68.355, con un 34,36 % de las personas atendidas en ese año en el Segundo Nivel. Lo que corresponde a unas tasas por 100.000 habitantes de: 540,80 hombres y 1.168,68 mujeres.

Atendiendo a otros datos de este documento, la media de intervenciones por paciente y año en este grupo diagnóstico está en 3,41. Como se verá a todas luces insuficientes. Para los Trastornos Esquizofrénicos y Delirantes la media es de 11,67.

2.4.2. Los recursos

Aunque en general se incrementa en el conjunto del Estado Español el número de profesionales de los dispositivos que atienden este tipo de trastornos, aún estamos muy lejos de la media de profesionales en Europa (38).

Varias son las cuestiones que podemos tratar en este apartado. En primer lugar, ¿qué significa atención especializada para este grupo de trastornos? Desde nuestro punto de vista, atención especializada quiere decir, fundamentalmente, ofertar para este tipo de pacientes intervenciones de carácter psicoterápico. Lo justificamos en la medida en que este tipo de intervención se realiza en unas condiciones espacio-tiempo, de relaciones paciente-terapeuta, y con unas técnicas concretas que no se pueden realizar en el contexto del Primer Nivel. No entramos en la discusión sobre qué es lo psicoterapéutico. Digamos simplemente que existen intervenciones psicológicas que sólo pueden realizarse en el contexto del Segundo Nivel. Si trasladamos esta afirmación al campo de la cirugía quedará más claro: no toda técnica quirúrgica puede hacerse en el Primer Nivel. Si se admite esta afirmación, nos queda un largo recorrido hasta la definición de una Cartera de Servicios y, sobre todo, a diseñar de manera correcta el dimensionamiento de nuestros niveles especializados, la definición de sus objetivos e indicadores de procesos y resultados.

Otra herramienta terapéutica, la farmacológica, no creemos que esté al mismo nivel. Creemos que este tipo de tratamiento (¿es o no una intervención?) no necesita de las condiciones que hemos exigido a la psicoterapia. Esto no quiere decir que el Segundo Nivel, como ocurre con todo el resto de especialidades, tenga en la mayoría de los casos más experiencia, conocimientos, para hacer la indicación de un determinado tratamiento de esta índole. Otro caso diferente, dentro de las terapias biológicas la constituye la Terapia Electroconvulsiva, estaría en el mismo nivel que hemos definido para la psicoterapia, o mejor, para algunas formas de psicoterapia.

Unido a lo anterior quedaría el aspecto de la capacitación en técnicas psicoterapéuticas de nuestros profesionales de la Salud Mental. Por regla general, la formación postgrado de los profesionales de Salud Mental en este aspecto es bastante deficitaria, y no digamos de la formación continuada. Por regla general, la formación en psicoterapia, sea cual sea la técnica, tiene un largo y costoso camino y, generalmente, formarse en ella queda como una cuestión personal. Por otro lado, en la mayoría de los casos es el profesional el que la tiene que buscar y costear; son pocas las iniciativas donde los propios Servicios Públicos de Salud ofrecen oportunidades para este tipo de formación.

Por último, aunque este aspecto también afecta al Primer Nivel, estaría el uso responsable de este recurso, caro y complejo. Aquí habría que realizar dos tareas, una dirigida a los ciudadanos que la necesitan y a los que se les ofrece este tipo de intervención. Hay que hacer un esfuerzo de información y co-responsabilidad en el tratamiento, pero también los responsables de la gestión y las políticas sanitarias deben no banalizar este tipo de intervención confundiéndolas con simples «acompañamientos». Derivado de esta última situación, prolifera en los últi-

mos tiempos una demanda en crecimiento de visitas al «psicólogo» para cuestiones meramente coyunturales y propias de la vida cotidiana que evidentemente no requieren del Segundo Nivel, pero ante las que el Médico de Familia se ve cada vez con menor capacidad para impedir su derivación.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, «Análisis de la situación de la atención a la salud mental» en *Las comunidades autónomas a diciembre del 2005, Cuadernos Técnicos*, 7, Madrid, AEN, 2007.

(2) Copeland, J., «What is a Case? A Case for What?», en Wing, J. K.; Bebbington, P.; Robbins L. N. (eds), *What is a Case: the Problems of Definition in Psychiatric Community Surveys*, Londres, Grant McIntire, 1981.

(3) Herrera, R., y otros, «Estudio epidemiológico en Salud Mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona)», *Informaciones Psiquiátricas*, 107, Barcelona, 1987.

(4) Goldberg, D., «The Concept of a Psychiatric 'Case' in General Practice», *Soc. Psychiatric*, 1982.

(5) Vázquez-Barquero, J. L. (ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria*, Madrid, Aula Médica, 1998.

(6) Baca Baldomero, E., y otros, «El estudio ESEMeD-España: Comentarios del Comité Científico Español», *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2007, 35 (supl. 2): 37-38.

(7) Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Consumo, *Grupo de trabajo sobre el gasto sanitario*, Madrid, 2006.

(8) Programa de Salud Mental de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud, *La Salud Mental en Andalucía 2003-2007*, Junta de Andalucía, Sevilla, 2008.

(9) Secades Villa, R.; Rodríguez García, E.; Valderrey Barbero, J.; Fernández Hermida, J. R.; Vallejo Seco, G.; Jiménez García, J. M., «El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). Universidad de Oviedo», *Psicothema*, 2003, 15, 4: 650-655. (www.psycothema.com).

(10) Markez, I.; Póo, M.; Romo, N.; Meneses, C.; Gil, E.; Veja, A., «Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria», *Rev. de la AEN*, 2004, 91.

(11) Rob, V.; Bijl, Ph.; Anneloes Ravelli, M., «Psychiatric Morbidity, Service Use, and Need for Care in the General Population: Result of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study», *American Journal of Public Health*, 2000, 90, 4.

(12) World Health Organization, «WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national Comparisons of the Prevalences and Correlates of Mental Disorders», *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78, 4, *ProQuest Medical Library*: 413.

(13) Kessler, Ronald, C., «Psychiatric Epidemiology: Selected Recent Advances and Future Directions», World Health Organization, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78, 4, *ProQuest Medical Library*: 464.

(14) Patel, V., «Cultural Factors and International Epidemiology», *British Medical Bulletin*, 2001, 57, 1, *ProQuest Medical Library*: 33.

(15) Ministerio de sanidad y consumo, *Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006*, Madrid, 2007.

(16) Minué Lorenzo, S.; de Manuel Keenoy, E.; Solas Gaspar, O., «Situación actual y futuro de la atención primaria», *Informe SESPAS*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002.

- (17) Mateos de Cabo, R.; Olmedo, E., «Implicaciones del caos determinista en la economía y la gestión empresarial», *Revista Encuentros Interdisciplinares*, 2003, 11.
- (18) Consejería de Salud, *Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado*, Sevilla, 2002.
- (19) Kates, N., y otros, «Counsellors in Primary Care: Benefits and Lessons Learned», *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2002, 47, 9.
- (20) Secker, J.; Pidd, F.; Parham, A.; Peck, E., «Mental Health in the Community: Roles, Responsibilities and Organisation of Primary Care and Specialist Services», Centre for Mental Health Services Development, King's College, Londres, *Journal of Interprofessional Care*, 2000, 14, 1.
- (21) Bower, P.; Rowland, N., «Efectividad y costo-efectividad del asesoramiento psicossocial en atención primaria». Revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, 4.
- (22) Gérvas, J.; García Olmos, L. M.; Simó, J.; Peiró, S., «Paradojas en la derivación de primaria a especializada», Seminario de Innovación 2007, *Atención Primaria*, 2008, 40 (5): 253-5.
- (23) Gérvas, J.; Pané Menab, O.; Sicras Mainarc, A., «Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya», *Seminario Innovación en Atención Primaria*, 2006.
- (24) «Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria», *Análisis de situación de la Atención Primaria. Proyecto AP21*, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (25) Mcelheran, W., y otros, «Shared Mental Health Care: the Calgary Model», *Families, Systems, & Health*, 2004, 22, 4: 424-438.
- (26) Tizón, J. L., *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*, Barcelona, Doyma, 1992.
- (27) Tizón, J. L.; San-José, J.; Nadal, D., *Protocolos y Programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, Barcelona, Herder, I, 1997.
- (28) Consejería de Salud. Junta de Andalucía, *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema*, Sevilla, 2001.
- (29) Villalbí, J. R., y otros, «La cartera de servicios en una organización de salud pública», *Gaceta Sanitaria*, 2003, 17 (3): 231-7.
- (30) «Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, Ministerio de Salud y Consumo», *BOE*, 222, 16-IX-2006.
- (31) Cartera de Servicios de Atención Primaria. Propuesta de la SEMFYC, junio, 2004.
- (32) Moratalla Rodríguez, G.; Gómez Salado, M. J., «Ayuda Psicológica no reglada en la consulta del Médico de Familia», Grupo Comunicación y Salud, SAMFYC, 2004.
- (33) Diéguez Porres, M.; Rodríguez Vega, B.; Fernández Liria, A., «Psicoterapia en Atención Primaria: consejo interpersonal para la depresión», *MEDIFAM*, 11, 3, Marzo, Madrid, 2001.
- (34) García-Campayo, J.; Claracob, L. M.; Orozcoa, F.; Louc, S.; Borrell, F.; Arévalo, E.; Seva-Fernández, A.; Pérez-Pozab, A.; Monreal, A.; Epsteing, R., «Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria: el modelo Zaragoza», *Atención Primaria*, 27, 9, 31-V-2001.
- (35) Ministerio de Salud y Consumo, *Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, 2005.
- (36) Gérvas, J., *La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España*, Informe SESPAS, 2008.
- (37) Ministerio de Salud y Consumo, *Encuesta nacional de Salud 2006*, Madrid, 2007.
- (38) OMS, *Atlas de recursos de Salud Mental en el mundo 2001*, Ginebra, 2001.

V DIAGNÓSTICO

Ander Retolaza

Copeland (1981) sugirió que el concepto de caso psiquiátrico es una quimera que sólo existe en la mente del investigador. La ausencia de marcadores, biológicos o de cualquier otro tipo, que diferencien con nitidez la posible frontera que separaría a las personas con trastorno de aquellas que no lo tienen supone una dificultad insuperable al respecto. 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 que toda definición al respecto tenga un carácter operativo y pragmático, no pudiendo eludir una cierta arbitrariedad en la definición y requiriendo, entre otras cosas, un grado de consenso entre los profesionales (y quizá también entre éstos y los usuarios) compatible con el uso clínico común.

Frente a un concepto abstracto y definitivo, dado de una vez por todas, de caso psiquiátrico Copeland propuso que el investigador debe preguntarse ¿un caso para qué? Es decir ¿a efectos de qué intervención concreta? ¿en qué contexto? Asimismo considerando las necesidades y usos de la atención primaria (o de la especializada), donde diversos profesionales precisan definir sus roles y normas de actuación en función de diversos niveles de responsabilidad, también cabe preguntarse ¿un caso para quién?

Síndromes mayores y menores en psiquiatría

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-10 (*World Health Organization*, 1992) como el DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) especifican, por lo habitual, o bien una determinada cualidad de los síntomas que los hace más fáciles de identificar (por ejemplo: humor deprimido o exaltado, alucinaciones auditivas, ideación delirante de grandeza...), o bien una determinada cantidad (o número de síntomas), cuando éstos son de naturaleza similar o en exceso miscelánea. Son necesarios, 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.).

Normalmente, en el caso de algunos de los trastornos más graves (esquizofrenia aguda, episodio maníaco, depresión psicótica) aparece cla-

ramente señalada una ruptura en la continuidad del funcionamiento psicológico normal, equiparable hasta cierto punto con un cambio abrupto en una secuencia temporal de acontecimientos. Sin embargo, en muchos otros casos las nosografías proporcionan elementos para clasificar procesos de carácter persistente en el tiempo, ya sean éstos trastornos de personalidad, cuadros de dependencia o síndromes defectuales, entre otros posibles ejemplos.

Desde hace años, el afán por precisar ha llevado a definir criterios diagnósticos que deben estar presentes para diferenciar determinados síndromes *mayores* de sus correspondientes *menores*, de tal forma que no se vean excesivamente ampliados los contornos de aquéllos. Sin embargo, estos criterios de restrictividad no han conseguido evitar que en la mayoría de las descripciones relativas a síndromes mayores sigan apareciendo categorías tipo cajón de sastre como «otro» o «no especificado», que, por definición, no establecen criterios definidos. 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.

Existen diferencias culturales de importancia a la hora de considerar las ideas comunes sobre qué es o no es un trastorno mental. Éstas 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 no es el psiquiatra, sino el propio paciente o sus allegados quienes definen en principio cuándo existe o no un trastorno mental y si hay o no necesidad de consulta. En los sistemas sanitarios evolucionados el médico de familia, que interviene como derivante, influye también en esta definición de caso y 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 no es muy probable que esto suceda, más bien aceptará que lo que tiene ante sí, una vez derivado, es un trastorno mental.

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 criterios. Esto significa que dichos criterios deben de tener una validez de constructo (Goldberg y Williams, 1988).

Por otra parte, y dando un paso más en la misma dirección, el modelo jerárquico de trastorno mental implica la asunción de un sentido unitario también para los diversos trastornos mentales. En primer lugar, el modelo propone, apoyándose en la observación clínica común, la existencia, a lo largo de todo el espectro de la psicopatología, de diversos tipos de síntomas con mayor o menor grado de especificidad o diferenciación, desde los menores, más sencillos o menos específicos, hasta los de mayor grado de organización. En segundo lugar, el modelo jerárquico asume, una vez más desde la observación clínica, que la mayor parte de los pacientes con trastornos mentales, cualquiera que sea la categoría de su padecimiento, presentan manifestaciones del nivel más bajo de jerarquía, representado por los síntomas ansiosos y/o depresivos (Foulds y Bedford, 1975). Iniciando esta línea argumental Maxwell (1973) estudió una amplia muestra de pacientes que consideró, en su conjunto, dentro de tres grandes categorías: esquizofrenias, psicosis afectivas y neurosis. Observó que todos ellos presentaban un grupo nuclear de síntomas de tipo neurótico.

Estos síntomas de menor rango 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, pero que todos nosotros podemos experimentar en diversos grados de intensidad y en diferentes momentos. Goldberg y Williams (1988), apoyándose en la experiencia habida con el GHQ (Goldberg, 1972), propusieron 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.

Categorías y dimensiones en el diagnóstico de los trastornos mentales comunes

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 físico-natural y, en concreto en el ámbito 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 sistema dimensional. Ello se debe a que tanto la estructura de nuestro lenguaje como la de nuestro entendimiento están basadas en clasificaciones (Kendell, 1975). 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 sólo es posible incluyendo en la clasificación un número, indeterminado pero alto, de categorías residuales y/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 moti-

vado por la forma en que está concebido el modelo, con una necesaria y rígida frontera 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, que produjeran algo similar a categorías o entidades clínicas a efectos de tratamiento o investigación. 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, podría resultar en exceso complicado si fueran necesarias, como es de esperar, una buena cantidad de las mismas. 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 o 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 (Goldberg y Huxley, 1992).

Por otro lado, podría pensarse que los actuales sistemas categoriales (DSM-IV o CIE-10) lo son sólo de una manera aproximada y que, en la práctica, funcionan como pseudo-categoriales o cuasi-dimensionales, dadas las especiales características de la enfermedad mental y el estado actual de nuestro conocimiento. El hablar de comorbilidad entre la depresión mayor y el trastorno de ansiedad generalizada, por poner sólo un ejemplo, no está demasiado lejos de referir a un paciente como 'n' puntos por encima del umbral en la dimensión depresiva y 'm' puntos por encima del de la dimensión ansiedad. 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 también en el tiempo. Asimismo, debieran esperarse diferencias de orden genético entre ellas y, finalmente, debieran esperarse, también, diferentes tratamientos específicos para los diversos tipos de enfermedad establecidos en el modelo. Todas estas condiciones se resumen en la siguiente Tabla.

Tabla 3.1. *Modelo categorial de enfermedad.*

Características del Modelo Categorial de Enfermedad.
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.

El debate entre modelos 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?

Maxwell (1972) explicó que el amplio grupo de pacientes que denominamos neuróticos sólo puede ser satisfactoriamente descrito en términos de dimensiones de conducta anómala. Insistió, también, como ya hemos mencionado, en que la mayoría de los pacientes, de cualquier tipo, tienden a tener un grupo central de síntomas de características neuróticas, que se prestan a una descripción en términos dimensionales, pero cuya relevancia disminuye a medida que pasamos de los trastornos neuróticos, propiamente dichos, hacia las psicosis afectivas y esquizofrénicas. Fue el primero en mostrar las dificultades de los modelos dimensionales para funcionar en el caso de los trastornos psicóticos, a causa de que una buena parte de los síntomas presentan baja incidencia. En similar línea algunos autores como Kendell (1975) han sugerido que los modelos categoriales presentan ventajas en el caso de los trastornos psicóticos, mientras que los dimensionales podrían funcionar mejor en el caso de los problemas neuróticos y los trastornos de personalidad. Con respecto al grupo mayoritario de pacientes que son diagnosticados de algún tipo de trastorno mental común hay que señalar, según lo hace la Tabla 3.2, algunos puntos de importancia:

Tabla 3.2. *Características de los trastornos mentales comunes*

- 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 (Grayson y otros, 1990).
- 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 (Angst y otros, 1990).

- 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 (Kendler, 1987).

- Los tratamientos no son específicos para cada entidad, resultando, en muchas ocasiones, independientes del diagnóstico. Kahn y otros (1986) mostraron que los diagnósticos de ansiedad y depresión no proporcionan una base firme para una efectiva elección de tratamiento farmacológico.

La conclusión resulta evidente: por lo menos en lo que respecta a los trastornos mentales comunes, los modelos categoriales no parecen satisfacer adecuadamente, al menos, dos de los criterios arriba expuestos que permitirían aceptarlos como los constructos teóricos más adecuados. En primer lugar, como hemos observado, 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 este campo. 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 teórico en la materia. Por último, parecen funcionar mejor en lo que respecta a los trastornos mayores, ejemplificados en las psicosis afectivas y esquizofrénicas, que en los menores, representados en los trastornos ansiosos y depresivos.

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.

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. El GHQ, por ejemplo, como otros cuestionarios similares, establece a través de una puntuación el lugar que un individuo concreto ocupa a lo largo de un eje que va desde la normalidad hasta el trastorno evidente. De manera que lo que esta puntuación refleja es la probabilidad estimada de que este individuo padezca un trastorno. El GHQ consta de un conjunto de ítems, todos ellos con una buena capacidad de discriminación, que exploran experiencias psicológicas comunes situadas en un territorio impreciso entre la normalidad y los trastornos mentales ya establecidos. En este ámbito los criterios operativos y de investigación para definir qué es y no es un caso psiquiátrico están aún por descubrir. El cuestionario puede ser utilizado tanto desde una óptica dimensional, la cual sería la más concordante con la filosofía de su desarrollo, como desde una óptica categorial. En el caso de que, por cualquier motivo, deseemos utilizar el GHQ desde esta última concepción, sólo tendremos que definir una puntuación umbral a partir de la cual establecer la línea de presencia de patología psiquiátrica. Comparando la puntuación del GHQ con los resultados de una evaluación independiente, realizada mediante una entrevista psiquiátrica, resulta posible cuantificar el número de síntomas con los que la probabilidad de ser caso esté por encima de 0.5. De esta manera podemos establecer esta puntuación umbral, o límite, a partir de la cual estimar la presencia de trastornos en una población. Para cumplir esta tarea única-

mente precisaremos información sobre la proporción de personas con puntuaciones por encima del umbral (punto de corte) además de algunos datos sobre la precisión del cuestionario, que nos ayudarán a realizar los ajustes pertinentes (Goldberg y Williams, 1988). En la misma o similar línea existen otros cuestionarios y entrevistas de ayuda para el cribaje y diagnóstico de los trastornos mentales comunes, algunos de los cuales, junto con el mencionado GHQ, posteriormente describiremos.

Fiabilidad y validez en el diagnóstico

Mencionamos a continuación algunos términos y conceptos esenciales que nos permitan analizar con detalle los problemas del diagnóstico de los trastornos mentales comunes y algunas de las fórmulas para solucionarlos, aunque con limitaciones (Rodríguez Pulido y Montes de Oca, 1993). 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.

Fuentes de información. No siempre se dispone de las mismas fuentes de información. Ésta 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 depresivo seguido de un cuadro hipomaniaco.

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 de 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 diagnósti-

co. 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 conclusiones falsas y, ante todo, carentes de garantía. Las medidas para establecer la fiabilidad son fundamentalmente dos: 1) 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. 2) 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 oportunidad de la medida 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:

4. 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.

5. 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 en cuestión 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 diagnóstica con el instrumento más específico a fin de precisar mejor los diagnósticos.

Algunos instrumentos de detección y criba

Describiremos a continuación diversos instrumentos útiles en la fase de selección de probables casos con trastorno mental. Como hemos dicho 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. Desarrollado por David Goldberg y colaboradores a partir de *Cornell Medical Index* (Brodman y otros, 1949), que constituyó la idea motora y fuente de algunos de sus ítems en la fase inicial de diseño. Su primera versión (el GHQ-60) apareció en 1972. Posteriormente se han desarrollado, mediante técnicas de análisis factorial, versiones de 30, 28 y 12 ítems. La versión de 28 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 autoaplicado, 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 30 días. En todos los casos cada ítem acepta cuatro niveles de respuesta de intensidad creciente: *no en absoluto; no más que lo habitual; bastante más que lo habitual; mucho más que lo habitual* (y a la inversa en los ítems de contenido positivo) Para la valoración de los mismos se pueden utilizar diversos sistemas de puntuación:

- Sistema Likert: puntúa 0, 1, 2, 3 la intensidad de la respuesta
- Sistema Likert modificado: que la puntúa 0, 0, 1, 2
- Sistema GHQ: 0, 0, 1, 1 (puntuación dicotómica)

En la práctica el sistema de puntuación GHQ es el de mayor uso, reservándose los demás para la investigación. Hoy en día las versiones más utilizadas son las de 28 y 12 ítems, que presentan coeficientes de validez muy similares a los de las versiones más largas. La versión de 28 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 12 ítems ha sido utilizada en algunos estudios epidemiológicos internacionales de gran envergadura. Especialmente mencionable entre ellos es el 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, y con buenos resultados, a partir del trabajo inicial de Lobo y otros (1986), que estableció una sensibilidad del 85% y una especificidad del 82% para el punto de corte 4/5 (Sistema de puntuación GHQ). Otro punto de corte válido utilizado para esta versión es el 5/6.

PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*)

Se trata de un instrumento en dos fases (Spitzer y otros, 1994). Una primera de cribaje, 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 autocumplimentado por el propio interesado, sin necesidad de auxilio profesional, siempre que no concurren limitaciones importantes. Este cuestionario consta de 25 preguntas distribuidas de la siguiente manera:

- 15 preguntas sobre síntomas somáticos
- 1 pregunta sobre trastornos de la alimentación
- 2 preguntas sobre trastornos del estado de ánimo
- 3 preguntas sobre trastornos de ansiedad
- 4 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. El cuestionario sobre consumo de alcohol está construido con las cuatro preguntas de un test previo muy conocido: el cuestionario CAGE.

Tabla 3.3. *Cuestionario CAGE para alcoholismo*

-
- 1.-¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
 - 2.-¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
 - 3.-¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
 - 4.-¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?
-

Esta 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 por Baca y otros (2001) 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, y dado que éste ha sido algo mejor en otros países en los que se ha probado el instrumento, parece que se hacen necesarios más estudios de validación de este instrumento en nuestro medio asistencial.

Self-Report Questionnaire (SRQ)

Se trata de un cuestionario de criba desarrollado por la OMS (Harding y otros, 1980) para su uso en contextos de práctica médica general en países en vías de desarrollo. Ha sido traducido a varios idiomas, incluyendo el portugués, hindú, árabe y filipino. Consta de 24 ítems de los que los veinte primeros están diseñados para captar síntomas no psicóticos, que son explorados en los cuatro últimos. La respuesta a cada ítem toma una forma dicotómica: 'sí' o 'no'.

Ha sido validado mediante el *Present State Examination* (PSE) (Wing y otros, 1974) y su puntuación umbral para discriminar entre casos y no casos ha resultado diferente en diversos estudios llevados a cabo en distintos países. Mari y Williams (1985) han estudiado su validez convergente mediante el *Clinical Interview Schedule* (CIS) (Goldberg y otros, 1970) en pacientes de atención primaria de la ciudad de Sao Paulo, en Brasil. El análisis que realizaron puso de manifiesto que el punto de corte óptimo podría ser el 7/8. Usando esta puntuación umbral la sensibilidad fue del 83%, la especificidad del 80%, el valor predictivo positivo del 81% y la proporción de mal clasificados del 19%. En este estudio la efectividad del SRQ-20 como detector de casos fue muy similar a la del GHQ-12.

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 (Parloff y otros, 1954; Frank y otros, 1957; Derogatis y otros, 1974, 1977). 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 (SCL-71), de 64 (SCL-64) y de 58 (SCL-58) todas con cinco subescalas, así como un SCL-25 de 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 4 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. Goldberg y otros (1976) estudiaron la correspondiente a una versión de 35 ítems (SCL-35) en atención primaria, cruzándola con el CIS. Informaron de una sensibilidad del 84% y una especificidad del 72%, utilizando como punto de corte el 15/16. La correlación con la entrevista psiquiátrica fue 0.70 y con el GHQ-30 obtuvo un valor de 0.78. Glass y otros (1978) revisaron la validez de otra versión de 75 ítems (SCL-75), también en contexto de atención primaria. Utilizaron para la validación una entrevista psiquiátrica estandarizada derivada de criterios desarrollados por la escuela de San Luis (Feighner y otros, 1972). Para un punto de corte de 27/28 encontraron una sensibilidad del 73% y una especificidad del 71%.

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Hay que mencionar, por lo extendido de su uso, la Escala para la Depresión (Hamilton, 1960, 1967). Se trata, probablemente, de la escala más utilizada en la actualidad para el estudio y medición de los síntomas depresivos. 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 (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13)
- Ansiedad (ítems 9, 10, 11)
- Sueño (ítems 4, 5, 6)
- Vitalidad (ítems 1, 7, 8)

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

- 0-7 puntos: No depresión
- 8-14 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 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 intervenciones algo más que una simple mejoría sintomática. Esto ha servido para acercar los resultados, hasta entonces dados como buenos, según la medida proporcionada por los estudios (una disminución en la puntuación con suficiente significación estadística), a la realidad tanto de los pacientes como de los profesionales que los tratan. Esto apoya el hecho, que a veces se tiende a olvidar, de que lo verdaderamente importante es la significación clínica de los fenómenos.

Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)

A diferencia de las escalas hasta ahora referidas, la construcción de la HAD no deriva de un análisis factorial, sino de la observación clínica. 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 ítems seleccionados están apoyados únicamente en síntomas físicos de tipo neurótico. Los autores (Snaith y otros, 1982; Zigmond y Snaith, 1983) han informado de estudios de validez concurrente satisfactorios utilizando diversas entrevistas psiquiátricas.

Escala para ansiedad y depresión (EADG)

El instrumento (Goldberg y otros, 1988) es producto de los trabajos de este equipo en la búsqueda de síntomas, que procedentes de la expe-

riencia habida con el GHQ, tuvieran mayor poder discriminante, especialmente entre los trastornos de ansiedad y depresión. Sus ítems derivan del *Psychiatric Assessment Schedule* (PAS); se trata de una entrevista psiquiátrica estandarizada que constituye una versión abreviada del PSE a la que se añadieron algunos ítems que permitiesen un diagnóstico adaptado a criterios DSM. Así pues la escala deriva de instrumentos de muy sólida implantación.

En su diseño se ha utilizado la técnica de análisis del rasgo latente (Duncan-Jones y otros, 1986) que relaciona los síntomas explícitos con la enfermedad subyacente. Utiliza un modelo de dos parámetros: el primero es el umbral, relacionado con el nivel de severidad. Los síntomas de umbral más alto son menos frecuentes, pero cuando aparecen resultan mejores indicadores del rasgo latente o enfermedad subyacente. Se sitúan en la escala en orden de umbral creciente, reflejando una progresiva importancia como indicadores de enfermedad. El segundo parámetro es la pendiente que establece el poder discriminatorio de un ítem o síntoma para el umbral correspondiente. Un síntoma con una pendiente elevada discriminará mejor entre la presencia o ausencia de trastorno.

Se trata de un instrumento de sencilla aplicación y muy útil para contextos de atención no especializada. Un aspecto importante es que pretende discriminar, hasta donde ello sea posible, entre ansiedad y depresión. Pero aunque se acerca a ello más que algunos otros instrumentos dista bastante de lograr una discriminación satisfactoria. Existe una versión castellana del instrumento, que incluye un estudio de validación (Montón y otros, 1993) utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada Polivalente (EPEP) (Lobo, 1989). En este trabajo se informa de una sensibilidad del 83.1% y una especificidad del 81.1%, usando un punto de corte ≥ 4 para ansiedad y ≥ 2 para depresión. Si elevamos los puntos de corte, respectivamente, a 5 y 3, la sensibilidad es del 74.3% y la especificidad del 93.3%. La subescala de ansiedad detectó el 72.2% de los trastornos de ansiedad y el 42.9% de los de depresión. Por su parte la subescala de depresión detectó el 82.1% de los trastornos depresivos, aunque también el 48.5% de los casos de ansiedad.

Otros instrumentos

En una línea similar, pero requiriendo estudios más precisos para determinar su validez y aplicación, están los siguientes: *Zung Self-rating Depression Scale* (Zung, 1965) y *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck y otros, 1961), ambas específicas para la detección de síntomas depresivos.

Tabla 3.4. *Resumen de instrumentos y escalas que se citan en el texto*

Instrumento	Autor (año)	Dimensión Diagnóstica	Ítems
General Health Questionnaire GHQ	Goldberg (1972)	General	60, 30, 28, 12
PRIME-MD	Spitzer y otros (1994)	General	25 (fase de criba)
Escala de ansiedad y depresión (EADG)	Goldberg (1988)	Ansiedad Depresión	18
Symptom Check-List (SCL)	Derogatis (1974)	General	90 (71, 64, 58, 25)
Self-Report Questionnaire (SRQ)	Harding y otros (1980)	General	20
Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)	Zigmond y Snaith (1983)	Ansiedad Depresión (somatizadas)	10
Depression Inventory	Beck y otros (1961)	Depresión	21
Rating Scale for Depression (HDRS)	Hamilton (1960)	Depresión	17
Self-Rating Depression Scale (SDS)	Zung (1965)	Depresión	20

Instrumentos diagnósticos

Como tales instrumentos, es decir, como medios instrumentales para realizar un diagnóstico lo más válido y fiable posible, 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 diagnóstica. 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 nosografías aceptadas (DSM-IV-TR 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. Se desarrolló hace 30 años por el equipo de Wing (1974) 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 basadas en seis amplias categorías descriptivas. 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 puntuaban 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 inespecíficos; 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 la experiencia psicopatológica precisa que se explora con cada pregunta de la entrevista. Permite un interrogatorio clínico de tipo cruzado en el que el entrevistador, previamente entrenado y conociendo el contenido sintomático que se explora con cada ítem, 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 sistema consta de cuatro escalas de puntuación diferentes, con usos específicos para cada una de ellas en las diversas partes que componen la entrevista.

El SCAN proporciona diagnósticos ICD-10 y DSM-IV así como una puntuación, con valores entre 1 y 8, en el llamado Índice de Definición (ID). Desde su novena edición el PSE viene incluyendo este Índice de Definición. Se trata de 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.

El PSE-10, incluido en la entrevista SCAN, consta de dos partes, la primera de las cuales evalúa trastornos somatomorfos, disociativos, de ansiedad, afectivos y los relacionados con alteraciones de la alimentación, sueño y consumo de sustancias (alcohol u otras). La segunda parte explora trastornos psicóticos, alteraciones cognitivas, de lenguaje, afecto y conducta. Algunas de estas áreas son novedosas con respecto al campo de exploración de versiones previas del PSE. Tal es el caso de los trastornos de alimentación, las alteraciones cognitivas o las relacionadas con el consumo de sustancias.

Entrevista Clínica Estructurada (SCID)

Esta entrevista 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 diseñado por Spitzer y otros (1990) 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. Existe una SCID-II para el diagnóstico de trastornos de personalidad. Se utiliza con un cuestionario estructurado que el paciente debe completar antes de realizar la entrevista. El clínico se centra en las respuestas al cuestionario cuando revisa los síntomas de trastorno de personalidad.

Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI)

Es una entrevista diagnóstica completamente estructurada que se creó dentro de un programa de colaboración entre la OMS y la Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration (Robins, 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. La entrevista está organizada en módulos abarcando campos como los trastornos somatomorfos, los de ansiedad, depresivos y de la conducta alimentaria, así como manía, trastornos psicóticos, alteraciones cognitivas y 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 legos.

Clinical Interview Schedule (CIS)

Se trata de una entrevista semiestructurada de carácter general que debe ser administrada por personal cualificado. Fue diseñada por Goldberg y otros en 1970. Consta de una primera parte que recoge síntomas subjetivos y constituye la Sección I del instrumento. En ella, sobre una escala de síntomas puntuados con un sistema Likert, se recoge información psicopatológica referida a las últimas semanas en la evolución del entrevistado. En la Sección II, denominada trastornos objetivos, el entrevistador debe tomar un papel mucho más activo, evaluando según su juicio clínico la psicopatología presente.

Se trata de una entrevista que ha sido utilizada en diversos estudios epidemiológicos, en población laboral y en pacientes con patología médica.

Evaluación bio-psico-social en Servicios Psiquiátricos y de Atención Primaria.

Desarrollaremos a continuación un esquema general que puede servir de ayuda en la evaluación de trastornos mentales comunes en ámbitos ambulatorios. En este procedimiento deberían ser considerados los siguientes pasos sucesivos:

PASO 1. EVALUACIÓN DEL ESTADO GENERAL DE SALUD FÍSICA

- Enfermedades médicas de interés (presentes o en el pasado)
- Medicaciones de uso habitual o circunstancial

PASO 2. EVALUACIÓN DEL ENTORNO PSICOSOCIAL

- Situación familiar, laboral y ambiente social inmediato
- Calidad del soporte social: familia, trabajo, amigos...
- Principales estresores si existen
- Estrategia de afrontamiento de problemas. Adaptación

PASO 3. SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS OBSERVADOS

- Origen
- Duración
- Intensidad
- Curso (continuo, fluctuante)
- ¿Son suficientes los síntomas presentes para realizar un diagnóstico específico según la CIE-10 y/o el DSM-IV? ¿Código Z?

PASO 4. DISCAPACIDAD Y/O PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD

- Especificar su origen (físico, psicológico, mixto...)
- Competencia para la toma de decisiones
- Capacidad de autocuidado
- Instrumentos de ayuda: Calidad de vida (SF-12), Discapacidad (WHO-DAS)

PASO 5. INTERACCIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS

- Poner en relación lo observado en los PASOS 1, 2 y 4 con la evaluación psiquiátrica (PASO 3)
- Los síntomas psiquiátricos: ¿parecen causa o efecto? ¿Es mayor el peso de los problemas médicos? ¿Y el de los sociales?
- En caso de ser necesaria: ¿La intervención psiquiátrica es la más relevante para la resolución del problema o no?

PASO 6. TRATAMIENTO

- Tratamientos anteriores, si existen:
 - exitosos
 - fracasados
 - Respecto al tratamiento actual:
 - ¿Es necesario?
 - ¿Es pertinente?
 - ¿Es urgente?
 - Objetivos del tratamiento:
 - ¿Psicológico, farmacológico, combinado?
 - ¿Dónde puede efectuarse con mayor efectividad y eficiencia?
 - ¿Se precisará apoyo y/o asesoramiento de otros servicios? ¿Sanitarios, sociales?
 - Duración previsible del tratamiento
-

Crterios para una indicación de tratamiento

Siempre se debe elucidar si existe indicación o no de intervención y en caso afirmativo es necesario especificar qué tipo de intervención es la más adecuada a cada caso. Algunas condiciones que *debe* cumplir toda intervención para ser *adecuada a buen fin* son las siguientes:

1. Debe estar presente un diagnóstico consensuado según el criterio profesional mayoritario o, al menos, si el diagnóstico no está claro –o no es posible hacerlo en una primera instancia– debe registrarse esta situación, en cuyo caso habría que especificar también los objetivos de la intervención a desarrollar y sus características. En el momento actual esto obliga a remitirse al DSM-IV o a la CIE-10 o, como alternativa, a alguno de los códigos Z útiles para registrar demandas en ausencia de diagnóstico establecido.

2. Como consecuencia de los síntomas presentes debe haber una *afectación relevante* del sujeto a tratar. Ésta puede manifestarse en algún tipo de discapacidad o disfunción manifiesta (bien que sea leve o coyuntural) en el ámbito social, laboral o familiar del sujeto en cuestión. En caso de que no sea así en el momento actual, la intervención debe estar justificada por consideraciones de tipo preventivo y/o amparadas en la existencia de esa afectación en el pasado.

3. Debe existir una conducta activa de *búsqueda de ayuda* por parte del interesado o (como segunda opción) de su entorno familiar inmediato. Lo anterior presupone que existe una demanda formulada de forma expresa y que el sujeto es lo suficientemente competente como para realizarla. Esto resulta especialmente relevante en el caso de los trastornos mentales comunes. Obviamente existen otro tipo de trastornos en que la incompetencia del paciente es lo suficientemente marcada como para que la demanda de atención proceda –y deba ser aceptada– de otras personas, incluso ajenas al círculo familiar.

4. Previamente a toda intervención deben ser evaluados los recursos (psicológicos, adaptativos, materiales, etc.) *del propio paciente* o de su entorno inmediato (familiar, social, laboral) susceptibles de ser movilizados en una línea terapéutica.

5. Debe haber intervención eficaz para el problema planteado. Esto remite a algún grado fiable de evidencia conocida sobre la misma. Deben existir pruebas de dominio público que demuestren la *eficacia* de la intervención que se pretende llevar a cabo.

6. Debe haber un conocimiento y experiencia previa razonables sobre la *efectividad* de la intervención. Ello exige que las condiciones materiales y humanas en las que ésta se va a realizar posibiliten el éxito de la misma. Debe haber un análisis sobre los recursos necesarios y suficientes para garantizar en lo posible el éxito de la intervención en cada caso concreto.

7. Debe haber una reflexión sobre la *eficiencia*. Esto implica que tiene que haber proporcionalidad entre el consumo de recursos (humanos, materiales, económicos, de tiempo) movilizados en la intervención y la causa a tratar.

8. Debe de considerarse la *seguridad* de la intervención. Es preciso evaluar mediante un cálculo razonable el balance riesgo/beneficio para el paciente, para su entorno familiar, y también para el equipo terapéutico, que cabe esperar con la intervención. Ninguna intervención puede tener mayor riesgo (para el paciente o su entorno) que el esperable del propio proceso a tratar dejado a su natural evolución.

9. Desde una perspectiva de salud pública, debe ser considerado el conjunto de recursos disponibles para el grupo poblacional del que el servicio es responsable. Esto hace referencia al hecho de que debería también tenerse en cuenta el consumo de recursos invertido en una intervención en función de los usuarios futuros o potenciales del servicio. En líneas generales no sería aceptable un consumo de medios que, si se generalizara, hipotecaría posteriores intervenciones del tipo promedio que se proporciona en el servicio o que no pudiera ser reproducida de manera semejante en situaciones similares a la que lo justifica en la actualidad.

10. En caso de necesidad deben de especificarse y definirse los diferentes procesos y niveles de atención que la intervención a desarrollar precisa movilizar. Como ejemplo general ésta puede requerir niveles sanitarios y extrasanitarios (sociales, etc.). La intervención sanitaria, a su vez, puede ser estrictamente psicológica o psiquiátrica, o bien, requerir además otras actuaciones médicas, por ejemplo en atención primaria o por parte de otros especialistas. Todo el proceso debe ser adecuadamente coordinado y diseñado.

Esquema general

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

- ¿Qué pide el paciente?
- ¿Y su familia?
- ¿Qué solicita, quién lo deriva?
- ¿Hay coherencia entre las diversas demandas?
- ¿Qué opina el profesional de salud mental?



DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO GENERAL

- ¿Existe un diagnóstico mínimamente consensuado?
- ¿Caso psiquiátrico? ¿Urgente?
- ¿Leve, moderado, severo?

¿Problema médico relevante?
¿Problema social?
Desde una perspectiva bio-psico-social:
¿Cuál es el área problema más relevante? ¿Cómo influye en las demás?
¿Hay coherencia entre demanda y diagnóstico?
Si no la hay: ¿Es salvable la diferencia?
¿Es asumible técnicamente esta diferencia de criterios?
¿Y desde una perspectiva ética?

INTERVENCIÓN

¿Qué intervención es la más adecuada?
¿Es estrictamente terapéutica: fármaco o psicoterapia?
¿Se pueden excluir las intervenciones Psi?
¿Se precisan otras intervenciones médicas no psiquiátricas?
¿Se precisan intervenciones sociales?
Si la intervención afecta a varios servicios:
¿Quién debe llevar a cabo las diferentes acciones necesarias?
¿Quién debe coordinarlas?
¿Qué recursos humanos y técnicos requiere la intervención necesaria?

RECuento DE RECURSOS DISPONIBLES

(En el orden que se citan)
Personales del paciente
De su entorno familiar
En la red inmediata (social y/o laboral)
Servicios sociales u otros que se presten en la comunidad de referencia
Servicios específicamente Sanitarios
(Médicos generales, Especializados, de salud mental)

POSIbILIDADES DE ACTUAR

Conocimientos técnicos requeridos
Disponibilidad (tiempo necesario, equipo humano necesario)
Criterios de Derivación y/o coordinación con otros servicios
Expectativas sobre la respuesta del demandante a la intervención requerida:
¿La aceptará? ¿Es posible negociarla?

DECISIÓN SOBRE EL CASO



CONCLUSIÓN

- Se asume de manera exclusiva
- Se asume con el apoyo necesario
- Se deriva completamente
- Se desestima como caso (Indicada NO Intervención)



REEVALUACIÓN PERIÓDICA DE TODO EL PROCESO EN FUNCIÓN DE SUS RESULTADOS

¿Cuáles son los trastornos mentales más comunes? Algunas 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 10.^a 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 pacientes y familiares, medicaciones de uso más frecuente y consejos para consulta y deri-

vacación a especialistas. Puesto que está dirigido a facilitar el manejo de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria, el listado de aquellos 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 3.5, 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.

Tabla 3.5. *Listado de Categorías de Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*

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
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)

Tabla 3.5. *Listado de Categorías de Trastornos Mentales y del Comportamiento para Atención Primaria. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (Continuación)*

Código CIE-10	Trastorno
F70	Retraso Mental
F 90	Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad
F91	Trastornos Disociales
F98.0	Enuresis no Orgánica
Z63	Reacción de Duelo

Otra interesante clasificación puede ser derivada de la tercera edición del texto *Psychiatry in Medical Practice* (Goldberg y otros, 2008). En parte, a partir de 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 sería la siguiente:

Tabla 3.6. *Trastornos de tipo internalizador y externalizador (Goldberg y otros, 2008)*

A) TRASTORNOS TIPO INTERNALIZADOR
1. Depresión, Ansiedad y Trastornos relacionados con temor o miedo
– Depresión
– Trastorno de Ansiedad Generalizada
– Pánico, Fobias y T. 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
C) TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

BIBLIOGRAFÍA

- (1) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.^a ed., Washington, American Psychiatric Association, 1994. Trad.: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson, 1995.
- (2) Angst, J., «Depression and Anxiety: a Review of Studies in the Community and Primary Care», en Sartorius, N., y otros (eds.), *Psychological Disorders in General Medical Settings*, Toronto y otras, Hogrefe & Huber, 1990.
- (3) Baca, E., y otros, «Validación de la versión española del PRIME-MD: Un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria», *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1999, 27 (6): 375-83.
- (4) Beck, A. T., y otros, «An Inventory for Measuring Depression», *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4: 561-71.
- (5) Brodman, K., y otros, «The Cornell Medical Index», *Journal of the American Medical Association*, 1949, 140: 530-40.
- (6) Copeland, J., «What is a Case? A Case for What?», en Wing, J. K.; Bebbington, P.; Robins, L. N. (eds.), *What is a Case: the Problem of Definition in Psychiatric Community Surveys*, Londres, Grant McIntyre, 1981: 9-11.
- (7) Derogatis, L. R.; Lipman, R. S.; Covi, L., «The SCL-90: an Outpatient Psychiatric Rating Scale», *Psychopharmacology Bulletin*, 1974, 9: 13-28.
- (8) Duncan-Jones, P.; Grayson, D.; Moran, P., «The Utility of Latent Trait Models in Psychiatric Epidemiology», *Psychological Medicine*, 1986, 16: 391-405.
- (9) Feighner, J. P., y otros, «Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research», *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26: 57-63.
- (10) Foulds, G.; Bedford, A., «Hierarchy of Classes of Personal Illness», *Psychological Medicine*, 1975; 5: 181-92.
- (11) Frank, J. D., y otros, «Why Patients Leave Psychotherapy», *Archives of Neurological Psychiatry*, 1957, 77: 283-99.
- (12) Glass, R. M.; Allan, A. T.; Uhlenhuth, E. H., «Psychiatric Screening in a Medical Clinic», *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35: 1189-95.
- (13) Goldberg, D. P., «The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire», *Maudsley Monograph*, 21, Oxford University Press, Oxford, 1972.
- (14) Goldberg, D., y otros, «Detecting Anxiety and Depression in General Medical Settings», *British Medical Journal*, 1988, 97: 897-899.
- (15) Goldberg, D. P., y otros, «A Standardised Psychiatric Interview for Use in Community Surveys», *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1970, 24: 18-23.
- (16) Goldberg, D.; Gask, L.; Morris, R., *Psychiatry in Medical Practice*, 3.^a ed., Sussex, Routledge, 2008.
- (17) Goldberg, D.; Huxley, P., *Common Mental Disorders. A Bio-social Model*, Londres y Nueva York, Tavistock y Routledge, 1992.
- (18) Goldberg, D. P., y otros, «A Comparison of Two Psychiatric Screening Test», *British Journal of Psychiatry*, 1976, 129: 61-67.
- (19) Goldberg, D.; Williams, P., *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, NFER-Nelson, 1988. Trad.: *Cuestionario de Salud General. GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Versiones en lengua española validadas (Lobo, A.; Muñoz, P. E.), Barcelona, Masson, 1996.
- (20) Grayson, D., y otros, «The Validity of Diagnostic Systems for Common Mental Disorders: a Comparison between the ID-Catego and the DSM-III Systems», *Psychological Medicine*, 1990, 20: 209-218.
- (21) Hamilton, M., «A Rating Scale for Depression. Journal of Neurology», *Neurosurgery and Psychiatry*, 1960, 23: 56-62.

- (22) Hamilton, M., «Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness», *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1967, 6: 278-296.
- (23) Harding, T. W.; Arango, M. V.; Baltazar, J., «Mental Disorders in Primary Health Care», *Psychological Medicine*, 1980, 10: 231-241.
- (24) Kahn, R.; McNair, D.; Lipman, R., «Imipramine and Chlordiazepoxide in Depressive and Anxiety Disorders. II. Efficacy in Anxious Out-patients», *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43: 79-85.
- (25) Kendell, R., *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, Oxford, Blackwell, 1975.
- (26) Kendler, K., y otros, «Symptoms of Anxiety and Symptoms of Depression», *Archives of General Psychiatry*, 1987, 122: 451-57.
- (27) Lobo, A., «One Multiaxial Psychiatric Diagnosis for General Medical Patients», *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, supl. 4: 38-41.
- (28) Lobo, A.; Pérez-Echeverría, M. J.; Artal, J., «Validity of the Scaled Version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population», *Psychological Medicine*, 1986, 16: 135-40.
- (29) Mari, J. J.; Williams, P., «A Comparison of the Validity of Two Psychiatric Screening Questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil Using Relative Operating Characteristics (ROC) Analysis», *Psychological Medicine*, 1985, 15: 651-659.
- (30) Maxwell, A., «Difficulties in a Dimensional Description of Symptomatology», *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121: 19-26.
- (31) Maxwell, A., «Psychiatric Illness: some Inferences from Symptomatology», *British Journal of Psychiatry*, 1973, 122: 252-258.
- (32) Montón, C., y otros, «Escala de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico», *Atención Primaria*, 1993, 12 (6): 345-49.
- (33) OMS. CIE-10. Capítulo V, «Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Adaptación para España», Madrid, Meditor, 1996.
- (34) Parloff, M. B.; Kelman, H. C.; Frank, J. D., «Comfort, Effectiveness and Self-awareness as Criteria of Improvement in Psychotherapy», *American Journal of Psychiatry*, 1954, 111: 343-351.
- (35) Robins, L. N., *Composite International Diagnostic Interview*, St. Louis MO. Distraining Faculty Washington University School of Medicine, 1985.
- (36) Rodríguez Pulido, F.; Montes de Oca, D., «Instrumentos para la detección de casos en psiquiatría: cuestionarios y entrevistas», en González de Rivera, J. L.; Rodríguez Pulido, F.; Sierra López (eds.), *El método epidemiológico en salud mental*, Barcelona, Masson-Salvat, 1993: 123-44.
- (37) Snaith, R. P., y otros, «The Clinical Anxiety Scale: an Instrument Derived from the Hamilton Anxiety Scale», *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141: 518-523.
- (38) Spitzer, R. L., y otros, *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Patient Edition (SCID-P, Version 1.0)*, Washington, American Psychiatric Press, 1990.
- (39) Spitzer, R. L., y otros, *Structured Clinical Interview for DSM-III-R- Non-patient Edition (SCID-NP, Version 1.0)*, Washington, American Psychiatric Press, 1990.
- (40) Spitzer, R. L., y otros, *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Patient Edition with Psychotic Screen (SCID-P-W/PSYCHOTIC SCREEN, Version 1.0)*, Washington, American Psychiatric Press, 1990.
- (41) Spitzer, R. L., y otros, «Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study», *JAMA. Journal of the American Medical Association*, 1994, 272: 1749-56.
- (42) Üstün, T. B.; Sartorius, N. (eds.), *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, Chichester, John Wiley, 1995.

- (43) Wing, J. K., y otros, «SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 47: 589-93.
- (44) Wing, J. K.; Cooper, J. E.; Sartorius, N., *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, Londres, Cambridge University Press, 1974.
- (45) World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Guidelines*, World Health Organization, Ginebra, 1992. Trad.: *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, Madrid, Meditor, 1992.
- (46) Zigmond, A. S.; Snaith, R. P., «The Hospital Anxiety and Depression Scale», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67: 361-70.
- (47) Zung, W. W. K., «A Self Rating Depression Scale», *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12: 63-70.

VI LA INDICACIÓN DE NO-TRATAMIENTO: ASPECTOS PSICOTERAPÉUTICOS

Alberto Ortiz Lobo, Laura Murcia García

Consideraciones sobre la indicación de no-tratamiento

La indicación de tratamiento o no en salud mental no es algo resuelto, definitivamente consensuado. No existen, ni mucho menos, criterios cerrados y definitivos que establezcan el límite entre lo que debe ser tratado y lo que no. Esta decisión está sujeta a múltiples variables de índole clínica, asistencial, personales del terapeuta y del mismo encuentro intersubjetivo y particular entre el profesional y el paciente (1). No faltan los estudios que analizan los distintos tratamientos que se indican y las variables que los condicionan. Sin embargo, la indicación de no-tratamiento es una intervención extraordinariamente frecuente en el día a día de los profesionales de salud mental y de atención primaria y a la que, probablemente, no se le ha dado la consideración que merece. Una intervención que, además, contiene elementos psicoterapéuticos que puede merecer la pena analizar.

Detrás de esta indicación hay situaciones clínicas y planteamientos a veces muy diversos. Hay situaciones en las que no se indica tratamiento, como con aquellos pacientes que necesitan tratamiento pero en otro dispositivo y, por ello, son derivados (por ejemplo, la rederivación a atención primaria donde deben seguir tratamiento psicofarmacológico) o aquellos a los que, necesitando tratamiento porque presentan un trastorno mental, no se les presta por algún otro motivo. En todos estos casos se produce una reorientación de la demanda que puede precisar además algún tipo de intervención que aporte nuevos elementos a la demanda del paciente, al tipo de problema que se plantea o su resolución y que modificarán por tanto, su narrativa inicial. Pero nos vamos a centrar en aquellos casos en los que los pacientes no precisan tratamiento porque no presentan un problema de salud mental que se beneficie de ello, ya que en estas situaciones hay que realizar una verdadera resignificación de la demanda o del problema planteado. Sería la indicación que violenta más la narrativa inicial del paciente y que, por lo tanto, puede exigir poner en juego más elementos psicoterapéuticos si se quiere llevar a cabo con éxito.

Partimos de la base de que dentro del Sistema Nacional de Salud se proporciona tratamiento para todos aquellos pacientes que lo necesiten. En este sentido, la indicación de tratamiento en salud mental es lo que san-

ciona al paciente como tal, como sujeto que precisa de terapia y, desde ahí, como presunto enfermo mental o en riesgo de serlo si la intervención pretende ser preventiva. Por el contrario, indicar el no-tratamiento desde nuestro análisis certifica, de alguna manera, la salud mental del sujeto, lo que añade mayor relevancia a esta intervención.

Por otra parte, indicar el no-tratamiento en salud mental es una intervención muy frecuente en nuestra actividad clínica cotidiana, ya que alrededor de la mitad de los pacientes que acuden a los centros de salud mental son dados de alta en la primera entrevista (2). Esto se produce en el contexto de un proceso de medicalización del malestar en las últimas décadas que contribuye a que aumenten cada vez más las consultas en salud mental de pacientes sin trastorno mental diagnosticable. Cuando indicamos no-tratamiento de forma adecuada estamos evitando en primer lugar la iatrogenia inherente a cualquier intervención sanitaria, por bien hecha que esté y bienintencionada que sea (3), pero además, como los profesionales somos gestores de recursos económicos y asistenciales, contribuimos a su correcta distribución, sin dispendios ni desigualdades innecesarias.

La indicación de no-tratamiento tiene agentes terapéuticos, ya que de alguna forma modifica la visión que tiene el paciente de sí mismo. El problema aparece en la narrativa del paciente es considerarse «enfermo» y así, signos y síntomas de la normalidad los vive como algo patológico. En otras ocasiones, el sujeto no se considera como enfermo, pero presenta creencias y expectativas erróneas en torno a lo que puede obtener de recibir un tratamiento. Curiosamente, además, se trata de una intervención con algo de paradójico ya que es una maniobra terapéutica dirigida a personas sanas. En cualquier caso, si estudiamos los aspectos psicoterapéuticos de la intervención y los ingredientes imprescindibles de los que debe constar para que sea eficaz y que no tenga efectos perjudiciales para el paciente, podremos considerar cómo mejorarla e incluso entrenarla.

El lugar donde se realiza esta intervención tiene también peculiaridades que hay que tener en cuenta. Si se realiza en el ámbito de la consulta de salud mental, ya «especializada», la narrativa de enfermedad del paciente puede estar más consolidada ya que el médico de atención primaria la ha respaldado de alguna manera con su derivación. Sin embargo, ese lugar de «especialista» también le puede permitir al profesional desafiar esa misma narrativa con más facilidad, ya que cuenta con información y conocimientos que presumiblemente el médico de atención primaria y el paciente no poseen. Al contrario, el médico de atención primaria se puede encontrar en ocasiones con un discurso del paciente más ambiguo respecto a la necesidad o no de tratamiento y desde ahí, poder hacer esta indicación con mayor facilidad. En otras ocasiones, el hecho de que existan los centros de salud mental, puede facilitar que el paciente reivindique el tratamiento o, cuando menos, la opinión del «especialista».

El considerar la indicación de no-tratamiento como una intervención psicoterapéutica, además, le permite al profesional ver al paciente como alguien que necesita ayuda (para entender que no es un enfermo y que no precisa tratamiento) y no como un usuario equivocado y al que hay que comunicarle el alta del servicio en un trámite burocrático. Probablemente esto le permitirá al paciente sentirse comprendido en su sufrimiento y no expulsado sin más del sistema sanitario.

Una vez que en un caso determinado consideramos que la indicación de no-tratamiento es la decisión clínica más correcta, la eficacia de esta intervención habría que medirla mediante el grado de satisfacción del paciente (y del terapeuta) al final de la misma porque ya entiende su malestar desde otra perspectiva que le otorga un papel más activo. Sin embargo, aunque técnicamente la efectuemos correctamente, muchos pacientes quedarán decepcionados e insatisfechos. Las ganancias secundarias y el rentismo, como veremos, serán obstáculos importantes y, a veces insalvables al hacer esta intervención y bloquearán la posibilidad de una resignificación de la demanda. Sin embargo, al indicar no-tratamiento de forma correcta siempre tendremos más posibilidades de que terapeuta y paciente queden más satisfechos.

No deja de ser llamativo que una intervención tan frecuente, con tanta relevancia clínica y que técnicamente precisa del manejo de habilidades psicoterapéuticas haya sido tan poco estudiada y dignificada. El objetivo de este trabajo es contribuir a su análisis desde una perspectiva psicoterapéutica para mejorar su consideración y abrir la posibilidad de poder ejercerla.

Aspectos psicoterapéuticos de la indicación de no-tratamiento

El mero hecho de realizar una entrevista encaminada a determinar la necesidad o no de tratamiento lleva consigo múltiples implicaciones. Es una situación en la que nos posicionamos (y el sujeto que consulta nos posiciona) en el lugar de expertos y profesionales con capacidad para ayudar frente a un sujeto que pone en nuestras manos la solución y el alivio de su malestar. Este encuentro «terapeuta-sujeto que pide ayuda» ya es en muchas ocasiones tranquilizador y reduce angustia, lo que hace que se considere como terapéutico. Pero, de forma más específica, podemos identificar las diferentes intervenciones psicoterapéuticas que se realizan cuando se procede a la indicación de no-tratamiento. La estrategia terapéutica que resulta nuclear y específica en la indicación de no-tratamiento es la resignificación de la demanda. Esto supone que el sujeto logre un cambio de perspectiva en torno a una serie de aspectos, si no para lograr que encuentre solución a su queja, sí con el objetivo de que no se vea a sí mismo como un «enfermo» necesitado de tratamiento.

Ya se realice esta entrevista desde un paradigma psicoterapéutico u otro, existen una serie de factores comunes que siempre se van a poner en funcionamiento y que son los que pasamos a especificar. Desde las principales escuelas psicoterapéuticas, lo que se utilizarán serán diferentes conceptos teóricos que sustentan la concepción de la enfermedad mental y de la indicación de tratamiento o no. Todo el análisis que vamos a hacer es deudor de la óptica constructivista y del uso de narrativas como forma de organizar nuestra experiencia a través del lenguaje. Esta perspectiva integradora de la práctica de la psicoterapia ha sido desarrollada magistralmente en nuestro país por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega (4).

Vamos a ordenar el trabajo en tres epígrafes: el primero hace referencia a la secuencia de la entrevista para indicar no-tratamiento, es decir, cómo sería en el tiempo el desarrollo de las tareas. En el segundo apartado, describiremos las estrategias o líneas de trabajo que podemos desarrollar con el paciente. Por último, haremos una referencia a las técnicas psicoterapéuticas básicas que se pueden poner en juego cuando indicamos no-tratamiento. A pesar de la presentación de estos elementos de forma estructurada, evidentemente este proceso no es algo absolutamente secuencial y categórico. Los distintos aspectos se podrán ir poniendo en marcha dependiendo de múltiples variables, como son las características del paciente, qué elementos de la demanda precisan o no ser resignificados, y teniendo en cuenta, además, que algunas de las estrategias que se mencionan pueden realizarse de forma simultánea e incluso desde el principio de la entrevista.

1. DESARROLLO DEL PROCESO

El planteamiento que proponemos es que en una sola entrevista de indicación de no-tratamiento se desarrolla un proceso psicoterapéutico de forma comprimida. Básicamente se llevarían a cabo los siguientes pasos:

- 1) Escucha empática: con el propósito de enterarnos de la problemática del paciente así como de las emociones asociadas. Es tan importante conocer el relato del paciente como que él sepa que lo estamos haciendo.
- 2) Construcción junto con el sujeto de una versión inicial de lo que le sucede, de lo que espera de nosotros y de la consulta y de cuáles son sus sentimientos al respecto.
- 3) Deconstrucción de dicha versión, de la narrativa del paciente, mediante el cuestionamiento de la relación causa-efecto, búsqueda de detalles inadvertidos, establecimiento de nuevas pers-

pectivas, búsqueda de excepciones o acontecimientos extraordinarios.

- 4) Resignificación de la narrativa o co-construcción de una nueva versión en la que la problemática que plantea el paciente queda desvinculada de una solución técnica sanitaria y su rol de enfermo cambia a uno más activo e independiente.
- 5) Cierre de la entrevista en donde valoramos la utilidad de la entrevista, le comunicamos el alta, informamos al paciente de lo que puede hacer si empeorase y nos despedimos.

La duración de este proceso es variable, dependiendo del tipo de demanda, del paciente, del terapeuta y de la organización asistencial, pero es difícil que lleve menos de 15 minutos y casi nunca tiene por qué exceder los 50 minutos. Las fases aquí planteadas no son compartimentos estancos y en algún momento se simultanean algunas de ellas. Sin embargo, sí que hay que tener en cuenta que para proceder a la reconstrucción y resignificación de la narrativa del paciente, es imprescindible haber realizado una escucha empática y haber terminado de construir con el paciente la versión inicial de lo que le sucede. Igualmente, no podemos proceder de forma eficaz al cierre de la entrevista si antes no hemos logrado con el paciente la reconstrucción y resignificación de su narrativa. Por lo tanto, las fases 1 y 2 han de cubrirse y separarse de la 3 y 4 y todas ellas tienen que estar resueltas antes de la 5 para que la indicación de no-tratamiento sea lo más eficaz posible (Tabla 1).

2. CONTENIDOS DEL PROCESO

Las posibilidades de trabajo con el paciente son en tres niveles: sobre su problemática, sobre la demanda que plantea o en torno a la relación terapéutica. Este trabajo sobre la narrativa del paciente siempre incluye, evidentemente, el trabajo con los sentimientos asociados a todos estos aspectos. La estrategia psicoterapéutica estaría encaminada a lograr un cambio de perspectiva donde el que consulta pasa de considerarse alguien enfermo al que le sucede algo patológico, a alguien sano que está en una situación que puede ser problemática y que le produce un sufrimiento, pero que es legítimo y adaptativo y por lo tanto no requiere tratamiento. Para conseguir este objetivo, trabajaremos más en un plano o en otro dependiendo del particular encuentro que se está produciendo con el paciente y del momento de ese encuentro. Sin embargo, esta distinción que puede ser útil para analizar la conversación terapéutica, tampoco es dogmática puesto que, implícitamente, siempre que se trabaja a un nivel se está haciendo a los demás.

Tabla 1. *Fases de la indicación de no-tratamiento*

1. Escucha empática
2. Construcción junto con el sujeto de una versión inicial
3. Deconstrucción de dicha versión
4. Resignificación de la narrativa o co-construcción de una nueva versión
5. Cierre de la entrevista y despedida

Tabla 2. *Estrategias de trabajo en la indicación de no-tratamiento*

1. Sobre la problemática del paciente
2. Sobre la demanda
3. Sobre la relación terapéutica
4. Sobre las emociones

Tabla 3. *Intervenciones psicoterapéuticas según la fase de desarrollo de la indicación de no-tratamiento*

1. Escucha empática: reflejo de sentimientos, silencio, paráfrasis, preguntas abiertas y cerradas... Intervenciones que facilitan la actividad narrativa del paciente.
2. Construcción de una versión conjunta: clarificaciones, recapitulaciones...
3. Deconstrucción de dicha versión: confrontaciones, interpretaciones, meta-comunicaciones, dar información...
4. Resignificación de la narrativa y co-construcción de una nueva versión: recapitulaciones, interpretaciones, informar...
5. Cierre de la entrevista y despedida: recapitulaciones, informar...

1) *Trabajo sobre la problemática del paciente*

Hablaríamos aquí del trabajo sobre el motivo por el que consulta e incluiría dos aspectos: por una parte, lo que dice que le pasa y por otra el modelo explicativo que utiliza para contarse a sí mismo lo que le sucede. Para organizar dicho trabajo en torno a la problemática del que consulta y decidir sobre qué aspectos es preciso incidir, podemos dividir las narrativas de los pacientes en problemas y desgracias (3).

Si lo que le pasa al paciente lo conceptualiza(mos) como problemas (y por tanto tienen alguna posible solución), habría que desarrollar principalmente la escucha empática y el establecimiento de la narrativa (niveles 1 y 2 del desarrollo del proceso) y reorientarle a continuación al dispositivo correspondiente: servicios sociales, Instituto Nacional de Empleo, sindicatos, abogados... Por el contrario, si el planteamiento que realiza de lo que le sucede es una desgracia, carece de solución en nuestra consulta o en otra parte (por ejemplo, cualquier reacción emocional sana y propor-

cionada ante una pérdida). En estos casos, habría que incidir en todo el desarrollo del proceso, pero especialmente en lo que se refiere a las emociones porque nuestro objetivo es su resignificación como algo sano y adaptativo.

El trabajo sobre la narrativa del problema del paciente mediante una conversación terapéutica, se desarrollaría en dos direcciones básicamente:

Por un lado, hay que generalizar y dar información sobre el problema y su naturaleza con el objetivo de tranquilizar. Es importante resaltar aquí que el problema existe y la legitimidad e importancia que tiene desde un punto de vista subjetivo, para no caer en el peligro de la despersonalización o de que el sujeto sienta que se trivializa con su sufrimiento o que no se le está teniendo en cuenta. Se deberá incluir el criterio de temporalidad, de intensidad y de grado de interferencia de los síntomas así como de intensidad y duración del agente estresante.

Por otra parte, hay que hacer una personalización del problema mediante su contextualización. Tras haber explorado los pensamientos, emociones y comportamientos implicados, se intentan buscar conexiones entre ellos, así como con situaciones y acontecimientos que pueden estar actuando como desencadenantes o mantenedores, ya sean individuales, interpersonales o sociales. Se procede a la normalización de la experimentación de emociones negativas, se identifican y validan las emociones y se pueden comparar con otras experiencias emocionales que sean más cercanas y tolerables para el sujeto. Es conveniente insistir en la validación del sufrimiento como algo real que le está sucediendo, pero también como algo no patológico. Es útil hacer comparaciones o usar metáforas en la búsqueda de situaciones pasadas que tengan componentes similares a la actual y explorar recursos que se pusieron en aquel momento en funcionamiento y que resultaron exitosos. Se pueden indagar los motivos por los que dichos recursos pudieran estar ahora más bloqueados (si así fuera) como se ha desarrollado en las técnicas de intervención en crisis. Con todos estos elementos se puede interpretar y confrontar, si procede, para finalmente realizar una devolución global que constituya una «formulación del caso».

2) *Trabajo sobre la demanda del paciente*

En la indicación de no-tratamiento, el trabajo sobre la demanda siempre es necesario. Habitualmente los pacientes suelen venir a consulta solicitando un tratamiento con lo que, si no se lo vamos a dar, será imprescindible abordar este tema de forma explícita. Este trabajo se hace fundamentalmente sobre las expectativas que tiene el paciente respecto a la consulta y sobre el terapeuta, es decir, en qué cree el paciente que nosotros le podemos ayudar

y de qué manera. Las expectativas sobre la consulta que habrá que trabajar con más frecuencia en la indicación de no-tratamiento pueden estar relacionadas con: Creencias sobre que los sentimientos negativos son patológicos y necesitan tratamiento. Creencias sobre la posibilidad de evitar el sufrimiento y alcanzar el ideal de felicidad. Creencias sobre la posibilidad de cambiar radicalmente de personalidad. Creencias sobre que hay una forma idónea (basada en conocimientos científicos) de vivir la vida.

El trabajo sobre la demanda no difiere mucho en planteamiento respecto al anterior. Básicamente habría que dar también una información general que cuestione las creencias que trae el paciente sin dejar de validar sus emociones personales ni minimizar su sufrimiento particular. Para alcanzar con éxito la indicación de no-tratamiento, la resignificación de la demanda es imprescindible, sin embargo, esto muchas veces no es posible. En ocasiones los pacientes no demandan tratamiento pero sí otro tipo de cosas concretas como informes, bajas laborales, que intercedamos por ellos ante terceros... en las que el rol de enfermo está más instaurado y es más difícil modificarlo. En algunos de estos casos si no satisfacemos la demanda, el paciente se mostrará en desacuerdo y no se producirá la resignificación que buscamos.

El trabajo sobre la demanda es simultáneo e inseparable del abordaje del problema del paciente. Cuando tratamos éste y normalizamos el malestar, implícitamente estamos ya buscando respuestas fuera del circuito asistencial, estamos desbloqueando al paciente de su rol de enfermo. Por este motivo, el trabajo explícito con la demanda en estos casos suele llevar mucho menos tiempo porque ya está desarrollado previamente. Además, este trabajo está estrechamente relacionado con la relación que se establece entre terapeuta y paciente y que también puede requerir un trabajo específico.

3) *Trabajo sobre la relación terapéutica*

La demanda está determinada por quién la hace, a quién se le pide y en qué contexto. Todo esto forma parte de la relación terapéutica. En una única sesión no existe aún un vínculo lo suficientemente consolidado como para que las intervenciones giren en torno a la propia relación, pero sí que se parte de prejuicios y creencias por parte del paciente respecto al profesional que pueden ser objeto de trabajo. En este sentido, puede ser importante explorar las expectativas que el paciente tiene puestas en nosotros como profesionales de la salud mental. Tras dicha exploración, y cuando le comuniquemos que no se le va a prescribir tratamiento, será necesario trabajar distintos elementos de estas expectativas que frecuente-

mente están en relación con muchos mitos culturales y sociales y vinculados con los que antes comentábamos de la demanda. Además, siempre que el paciente haga alguna alusión directa al terapeuta o a la entrevista, esto deberá ser trabajado con él. Con frecuencia tendremos que proceder a la resignificación de la visión de la figura del terapeuta como: Alguien omnipotente que es capaz de enseñar a evitar el sufrimiento psicológico o de lograr que el sujeto no experimente determinadas emociones negativas. Alguien que es capaz de resolver o afrontar cualquier problemática vital sin afectarse, con fortaleza, y que tiene la capacidad de decidir acertadamente por el otro debido a sus conocimientos en torno al comportamiento humano. Alguien que tiene la función de escuchar de forma pasiva con el objetivo de ser simplemente depositario del sufrimiento del paciente que busca desahogarse en un contexto neutral y protector.

Como en las otras líneas de trabajo, habrá que seguir el desarrollo del proceso para trabajar la relación terapéutica: escucha y construcción de la versión del sujeto sobre la relación profesional-paciente con sus mitos y preconcepciones; y, posteriormente, la deconstrucción y resignificación de la misma.

4) *Trabajo con las emociones*

Este trabajo atraviesa todos los niveles de la narrativa del paciente (problemática que plantea, demanda y relación terapéutica), y el dedicarle un lugar aparte es para subrayar lo que lo diferencia de un trabajo con las emociones en un contexto propiamente terapéutico. En una entrevista donde se indica no-tratamiento no nos encontraremos con un problema de inadecuación o de intensidad desproporcionada en cuanto a las emociones ya que, si fuera así, procederíamos a indicar tratamiento. En este caso, por tanto, los sentimientos son lógicos, congruentes y adaptativos, por lo que la tarea principal será su validación y contextualización para lograr una vivencia diferente de ellos, como legítimos y sanos. Un aspecto útil que también se puede trabajar con el paciente es la función que tienen las emociones que está experimentando, aunque sean intensas y le generen sufrimiento.

3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICAS

Las habilidades de entrevista que se ponen en juego cuando indicamos no-tratamiento no difieren cualitativamente de aquellas que se utilizan en psicoterapia⁵. En ambas se emplearán habilidades de escucha (discursos incompletos, recurrentes, contenidos implícitos, omisiones,

comunicación no verbal) las que facilitan la actividad narrativa del paciente (paráfrasis, reflejo de sentimientos, preguntas abiertas y cerradas, silencios, clarificaciones) y también las que generan narrativas alternativas específicas (dar información, interpretar, confrontar, reforzar, dar *feedback*). A lo largo del desarrollo del proceso predominarán unas u otras.

- 1) En la escucha empática obviamente se pondrán en juego en mayor medida las habilidades que facilitan la actividad narrativa: «¿Qué le trae por aquí?», «¿Cuánto tiempo ha pasado desde que le pusieron la denuncia?», «¿Así que su pareja le ha dejado... y cómo se sintió cuando sucedió? ¿Y ahora?», «Veo que se indigna cuando me cuenta lo de su jefe...», «Está muy triste con lo que le ha sucedido...» «...».
- 2) En la construcción de la versión inicial de lo que le sucede al paciente predominarán las recapitulaciones y clarificaciones: «Así que desde que su hijo se marchó y se quedó sola se encuentra triste y sin ganas de hacer nada, ni siquiera de comer apenas...». «Si no me equivoco usted quiere entonces que le demos alguna medicación para aliviar su sufrimiento...». «¿Qué quiere decir con que necesita una ayuda?», «Entonces su idea es que yo le aconseje sobre qué puede hacer para afrontar su divorcio...». «Es decir, que desde que su jefe lo abochornó en público la semana pasada, siente que lo odia y no puede tragarlo y esto le mantiene tenso todo el día».
- 3) En la deconstrucción de dicha versión son fundamentales las intervenciones que generan narrativas alternativas específicas como dar información, la interpretación y la confrontación. La información va a permitir introducir nuevos datos en la narrativa del paciente que le pueden abrir otras perspectivas en relación a lo que le ocurre. La confrontación permitirá analizar las discrepancias que encontremos en el discurso del paciente para que pueda pensar en los aspectos más sanos del mismo. Las interpretaciones pueden ser de distintos tipos: desde establecer determinados nexos en su narrativa, pasando por el uso de metáforas, hasta el empleo de metacomunicaciones si lo que estamos trabajando en ese momento es la relación terapéutica. Tanto las confrontaciones como las interpretaciones van a desafiar el discurso del paciente, por lo que es imprescindible hacerlas con cautela, calidez y contando siempre con la colaboración y opinión del paciente: «Perder el apetito cuando sucede un acontecimiento como el que le ha tocado vivir es esperable y no hay por qué alarmarse». «Sentirse muy triste cuando muere

alguien tan cercano y especial como su esposa parece del todo sensato y hasta necesario, ¿cuál es su opinión?». «Me dice que está muy furioso e indignado con su conflicto laboral pero, a pesar de todo, sí que está pudiendo cuidar de su casa y sus hijos, ¿no? ¿Qué piensa al respecto?». «Me ha comentado que su novia lo abandonó, pero cuando me ha descrito su relación con ella últimamente, me ha dado la sensación de que usted tampoco se encontraba muy a gusto con ella, ¿es así?». «¿Se ha sentido así en otras ocasiones en su vida? ¿Qué pasó entonces? ¿Cómo lo afrontó?». «Me cuenta que está muy triste con la muerte de su padre, pero me pregunto si el problema no será también que no acaba de permitirse sentirse así». «Temo que se va a sentir decepcionado en sus expectativas, pero creo que ni yo ni nadie va a poder solucionar su malestar de forma inmediata, ¿cómo lo ve usted?». «Tengo la sensación de que espera que yo le diga lo que tiene que hacer, como si yo supiera mejor que usted cómo ha de manejar su propia vida, ¿qué piensa de esto?».

- 4) En la fase de resignificación, las recapitulaciones, la información y la interpretación de los problemas de forma personalizada, permitirá al paciente dar un nuevo sentido a lo que le sucede y poder así afrontarlo de manera distinta, fuera de una relación profesional-paciente. El uso del refuerzo y el feedback favorecerán la repetición de los comportamientos más sanos y aportarán nuevas alternativas: «Afortunadamente, todos esos síntomas que me cuenta (...) y su sufrimiento, se corresponden con una reacción emocional normal y adecuada, aunque sé que muy desagradable». «Esa tristeza que siente por el fallecimiento de su padre da cuenta también de lo que lo quería y de la buena relación que tenían, así que es normal y hasta necesario que se sienta así durante una buena temporada». «Toda la indignación que siente con el maltrato que sufre en su empresa le va a ayudar a pelear y poder denunciarlos». «Aunque lo está pasando mal, mantiene intacta su capacidad de pedir ayuda y lo prueba el hecho de que usted esté aquí. No es preciso que siga ningún tratamiento ahora, sin embargo esta capacidad que tiene le ayudará a contar con el apoyo de su gente más cercana».
- 5) En el momento del cierre de la entrevista y la despedida se utilizarán sobre todo las recapitulaciones y se puede dar información del fin del proceso: «Creo que ha sido útil que hayamos podido aclarar en esta entrevista la naturaleza de su sufrimiento (...). Como no es necesario que vuelva a venir por aquí, le voy a mandar una nota a su médico de cabecera contándole lo

que hemos comentado aquí para que él lo sepa y esté al tanto y, si usted en el futuro no se acabara de recuperar o empeorase, le pueda volver a enviar aquí».

Especial atención merece el empleo de estrategias de equilibración o acompasamiento y desequilibración (4). Es fundamental poder acompañarnos en un principio con el paciente durante la escucha empática y la construcción de la versión inicial de su problema para poder construir una mínima alianza de trabajo que nos permita a continuación, desequilibrar y violentar su discurso con la introducción de nuevos significados que justifican la indicación de no-tratamiento. En caso contrario, es fácil entrar en disputa con el paciente, que sentirá que no nos hemos identificado con su sufrimiento y que le negamos un tratamiento que él considera que merece.

Este tipo de técnicas psicoterapéuticas comunes aparecen matizadas por la escuela psicoterapéutica a la que se adscriba el profesional, pero este aspecto incide sobre todo en la conceptualización del problema del paciente. Las distintas escuelas nos proporcionan la ideología o el esquema por el que entendemos el proceso de enfermar y la normalidad, y esto puede determinar en parte el contenido de la entrevista, pero el desarrollo del proceso, las estrategias psicoterapéuticas y las técnicas de intervención no varían.

4. DIFICULTADES EN LA INDICACIÓN DE NO-TRATAMIENTO

En el encuentro terapeuta-paciente, pueden surgir algunos obstáculos tanto en la consideración de la indicación de no-tratamiento como en su realización. Estos pueden provenir tanto del profesional como del paciente y, por supuesto, generarse del encuentro particular y único entre ambos.

1) *Obstáculos del profesional*

En el desempeño de cualquier profesional sanitario, surgen emociones, fantasías y tendencias a actuar derivados de su encuentro con cada paciente. Estas experiencias (que desde el psicoanálisis se han estudiado en profundidad bajo el concepto de contratransferencia) muchas veces aparecen motivadas, no solo exclusivamente por los deseos y forma de vincularse del propio paciente, sino también por aspectos personales del profesional (5). Siguiendo a Beitman y Yue (6), podemos adaptar su clasificación de la contratransferencia para entender qué dificultades surgen del terapeuta para considerar e indicar no-tratamiento.

Derivados de sus necesidades personales. Las profesiones de médico, psicólogo o psiquiatra tienen cierto prestigio social. No es infrecuente que en este contexto profesionales busquen de alguna manera y a través de su desempeño laboral sentirse reconocidos, halagados y, de esta manera, fomentar inconscientemente la dependencia. Si se considera la indicación de no-tratamiento, es porque los pacientes no tienen patología y, obviamente, van a evolucionar espontáneamente a la recuperación pero se ha descrito la tendencia de los profesionales a tratar a los pacientes que precisamente mejoran porque son más gratificantes (7). En otras ocasiones el profesional tiende a evitar sentirse impotente, limitado y se siente con la necesidad de tener una respuesta para todo y ser omnipotente. Otras veces la necesidad puede surgir de la incapacidad para decepcionar a los pacientes y asumir todo, aunque no tengamos nada eficaz que hacer.

Derivados de su orientación profesional. Las herramientas básicas de los profesionales de la salud mental son la psicoterapia y los psicofármacos y su sustento teórico no encuentra fronteras en el tratamiento de cualquier síntoma o sufrimiento psíquico. Desde un punto de vista psicoterapéutico, no hay apenas obstáculos para tratar a cualquier paciente que lo demande. En cualquier teoría psicoterapéutica siempre hay margen para indicar un tratamiento. Siempre habrá que modificar alguna conducta mal aprendida, creencias irracionales o pensamientos automáticos susceptibles de una reestructuración cognitiva, mecanismos de defensa poco maduros que esconden conflictos inconscientes que habrá que desvelar, dinámicas familiares sujetas a leyes no explicitadas que será conveniente trabajar o angustias existenciales por analizar. La indicación de psicoterapia está determinada más por la motivación del paciente que no por la falta de posibilidad de un trabajo terapéutico (8). La psicofarmacología también tiene expectativas casi ilimitadas en su capacidad de mejorar cualquier síntoma o malestar psíquico. Incluso hay autores que proponen el desarrollo de una subespecialidad denominada «psicofarmacología paliativa» que se encargaría de aliviar el malestar derivado de vivir (9).

Derivados de acontecimientos vitales. Si estos acontecimientos son intensos y se relacionan con los que sufre el paciente pueden favorecer una identificación excesiva del profesional y condicionar por valores personales la indicación de tratamiento o no.

Derivados de su sistema de valores, ideología o visión del mundo. Al igual que en el caso anterior, si son compartidos con el paciente, pueden favorecer la «simpatía» personal con él y obstaculizar la indicación de no-tratamiento.

Para sortear estos obstáculos personales es imprescindible reconocerlos, probablemente la tarea más difícil. Una vez hecho esto, se pueden anticipar en los encuentros con los pacientes, trabajarlos, supervisarlos; pero el desarrollo, las estrategias y las técnicas de intervención no varían.

2) *Obstáculos relacionados con el paciente*

Las características personales del paciente o las particularidades de su demanda pueden dificultar la realización de la indicación de no-tratamiento, aunque el profesional no tenga dudas en llevarla a cabo:

– Paciente con expectativas extraordinarias en el terapeuta o la terapia. No es sencillo decepcionar a un paciente que coloca al profesional en un rol de «salvador» aunque, precisamente en estos casos, sea necesario.

– Paciente pasivo, con tendencia a depositar la gestión de sus emociones y problemas.

– Paciente con ganancias secundarias. Los beneficios inconscientes que puede obtener el paciente con su malestar, como la movilización del entorno familiar, se ven truncados con la indicación de no-tratamiento y desde ahí, puede mostrar una resistencia activa.

– Paciente con ganancia consciente. Cuando el paciente exagera los síntomas o los simula para conseguir una incapacidad temporal, la exención de otro tipo de obligación social o beneficios económicos, ofrecerá aun mayor resistencia que el anterior a la indicación de no-tratamiento. En estos casos a veces se establecen diadas paciente-terapeuta que son perjudiciales para ambos y que han sido ya estudiadas por Rendueles (10).

En estas situaciones especiales será casi siempre obligatorio desarrollar la estrategia de trabajar sobre la demanda o sobre la relación terapéutica, más que sobre la problemática del paciente. Este tipo de trabajo puede resultar más incómodo para el profesional que, además, puede añadir sus propios obstáculos a la indicación de no-tratamiento. En estos casos, el paciente ofrecerá mayores resistencias a esta indicación y se mostrará más insatisfecho al finalizar la entrevista, por lo que el profesional tendrá que anticipar y asumir también una cierta incomodidad, para que el clima emocional no contribuya a desviar su objetivo. En muchas de estas ocasiones, se finaliza la intervención y se da de alta al paciente sin que se haya podido producir la reconstrucción y resignificación de la demanda.

Epílogo

La consideración de la indicación de no-tratamiento como una intervención con aspectos psicoterapéuticos nos puede ayudar a situarnos en un encuadre más positivo con el paciente para hacer la indicación contando con él, sin confrontar directamente y sin más nuestra opinión contra la suya. Conocer los elementos que la constituyen y las dificultades para realizarla, nos permite además entrenarnos en este tipo de intervenciones para poder mejorarlas. Pero probablemente, lo más importante sea la necesidad de dignificar una labor que realizamos con gran frecuencia y que nunca ha sido lo suficientemente valorada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fernández Liria, A., «Conceptos sustantivo y pragmático de la enfermedad mental. Implicaciones clínicas», en Baca, E.; Lázaro, J. (eds.), *Hechos y valores en psiquiatría*, Madrid, Triacastela, 2003.
- (2) Ortiz Lobo, A.; García Moratalla, B.; Mata Ruiz, I.; Rodríguez Salvanés, F., «Conditions that Do Not Reach the Threshold for Mental Disorder in Spanish Psychiatric Out-Patients: Prevalence, Treatment and Management». En prensa.
- (3) Márquez-Calderón, S., «Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Informe SESPAS 2008», *Gac. Sanit.*, 2008, 22: 205-15.
- (4) Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B., *La práctica de la psicoterapia*, Bilbao, Desclée De Brower, 2001.
- (5) Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B., *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*, Bilbao, Desclée De Brower, 2002.
- (6) Beitman B.; Yue, D., *Learning Psychotherapy: A Time-Efficient, Research Based and Outcome-Measured Psychotherapy Training Program*, Nueva York, Norton, 1999.
- (7) Richman, A.; Barry, A., «More and More Is Less and Less. The Myth of Massive Psychiatric Need», *British Journal of Psychiatry*, 1985, 146: 164-168.
- (8) Ortiz Lobo, A. «Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar», *Átopos*, 7: 26-34 (atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf).
- (9) Charlton, B. G., «Palliative Psychopharmacology: a Putative Speciality to Optimise the Subjective Quality of Life», *QJM*, 2003, 96: 375-378.
- (10) Rendueles, G., «El usuario gorrón y el terapeuta quemado», *Psiquiatría Pública*, 1992: 115-129.

VII FORMULACIÓN DE CASOS DE SALUD MENTAL: UNA GUÍA DE ENTRENAMIENTO

Iván de la Mata Ruiz, Alberto Ortiz Lobo

Del diagnóstico a la formulación

La lógica actual del paradigma del abordaje de los problemas emocionales y trastornos mentales comunes consiste en la agrupación correcta de una serie de síntomas y signos que nos llevaría a la identificación de un trastorno específico según aparecen en las clasificaciones de los trastornos mentales y para el que existiría una terapéutica específica. De una forma lineal el diagnóstico nos llevaría a una indicación de tratamiento. Sin embargo, esta lógica, que preside las recomendaciones y guías clínicas actuales, cuenta con importantes limitaciones a la hora de aplicarse en contextos de mayor incertidumbre, como puede ser la atención primaria o las consultas ambulatorias de salud mental, o cuando nos situamos frente a un caso concreto (1).

Una de las limitaciones que se deduce de los trabajos epidemiológicos es la inadecuación de las nosologías psiquiátricas para el contexto asistencial ambulatorio y particularmente en la atención primaria (2), aunque se han hecho esfuerzos para adaptar las clasificaciones más comúnmente utilizadas a dicho contexto como las versiones para atención primaria de la CIE-10 (3) y el DSM-IV (4). Las clasificaciones psiquiátricas se elaboran a partir de las descripciones clínicas de los pacientes vistos en el nivel especializado (niveles 4 y sobre todo 5 de la pirámide de Goldberg) y generan *tipos ideales* de enfermedad que se convierten en categorías diagnósticas. Hemos visto anteriormente cómo solo una pequeña proporción de los pacientes con síntomas psíquicos llegan al nivel especializado y como es de suponer, estos pacientes son en conjunto los más graves y sufren de trastornos menos prevalentes. No es por tanto sorprendente que los modelos categoriales de enfermedad hechos por los especialistas con una muestra poco representativa de los problemas de salud mental de la comunidad no satisfagan las necesidades de los equipos de atención primaria y de los servicios de salud mental ambulatorios. La utilidad de las clasificaciones depende en último término de las condiciones donde se apliquen y los propósitos para las que se realicen (5). Los trastornos emocionales y las demandas que se ven tanto en las consultas de atención primaria como en los servicios de salud mental ambulatorios se caracterizan, en la mayoría de los casos, por cuadros clínicos solapados que no cumplen criterios pre-

cisos, trastornos subclínicos, reacciones emocionales normales, comorbilidad con enfermedades físicas y la presencia de importantes estresores psicosociales que actúan bien como desencadenantes o como factores que se mantienen en el tiempo y condicionan la evolución (1; 2).

Mientras que en los Servicios de Salud Mental el tratamiento de los trastornos mentales agudos se desarrolla cada vez más a través de programas de intervención complejos (como por ejemplo los programas de continuidad de cuidados), en los que las necesidades de los pacientes son valoradas de una forma más integral e individualizada, las recomendaciones terapéuticas en el caso de los trastornos mentales comunes que reciben los médicos de atención primaria continúan basándose en modelos de enfermedad categoriales cuyo tratamiento se organiza exclusivamente la identificación de una serie de síntomas. Organizar el tratamiento de los trastornos mentales comunes de esta manera significa reducir la complejidad de cada caso individual a una serie de etiquetas diagnósticas que descontextualiza la clínica y la intervención de las variables ambientales y psicológicas del paciente. Se ha señalado cómo la visión de los pacientes, propia de la Atención Primaria (y también aplicable a los servicios de salud mental ambulatorios), implica una perspectiva diacrónica (a lo largo del tiempo) que difiere, matiza o complementa la visión transversal que suelen tener los psiquiatras de los casos derivados, especialmente de los servicios hospitalarios (6). La relación prolongada que los profesionales de atención primaria suelen tener con sus pacientes hacen de este nivel asistencial un lugar privilegiado para lograr una visión longitudinal del paciente que integre los síntomas psíquicos con el resto de sus enfermedades, su constelación psicosocial y su momento del ciclo vital.

Por tanto es necesario un esquema para organizar toda la información que integre todos estos aspectos del individuo junto con el diagnóstico sintomático que proporcionen una formulación útil para elaborar un plan terapéutico para el contexto en el que se va a desarrollar. Siguiendo a Fernández Liria y Rodríguez Vega desde el campo de la psicoterapia (7), entendemos la formulación como el resultado de la serie de pasos que tratan de emular el proceso de organización de la información realizado, a veces de forma semiautomática y no consciente, por el terapeuta experto y que tiene como resultado la elaboración de un plan de tratamiento. La formulación, a diferencia del diagnóstico, permite estructurar la información clínica en el contexto de la experiencia única de un sujeto concreto. Como señala el propio Goldberg (8), «la formulación es un *proceso idiográfico* (literalmente retrato del individuo) que se interesa por las características típicas del caso que van a ser necesarias para el proceso de tratamiento». Así, mientras el diagnóstico clínico habitual es un proceso nomotético (literalmente dador de ley) que es útil para poder avanzar en el conocimiento de las enfermedades, los métodos idiográficos son los utilizados para poder comprender y estudiar al individuo.

A través de una entrevista adecuada, el profesional no solo reconoce el síntoma como expresión de enfermedad, sino también como emergente de su situación física emocional y social (9). Ahora bien, la recogida de datos no tendría sentido si no fuera seguida de una formulación diagnóstica global y un plan terapéutico. Frente a la historia clínica descriptiva que busca la objetividad, la formulación es una opinión clínica que compara los pros y los contras de las diferentes pruebas en conflicto. Una opinión conlleva, inevitablemente, un punto de vista subjetivo en virtud del cual se le asigna una importancia relativa a cada una de las variables en juego. Es en esencia un proceso analítico. Dos expertos pueden hacer una historia clínica similar, pero es posible que lleguen a formulaciones con conclusiones divergentes. Esto puede suceder en cualquier rama de la medicina desde el momento en que tratamos pacientes y no enfermedades. En el tratamiento de los problemas de salud mental el encuentro que se produce entre la subjetividad del médico y del paciente, sin poder apelar en la mayoría de los casos a la «objetividad» de las pruebas, hace que este problema tenga mayor importancia. Formular un caso con claridad y precisión constituye probablemente la parte más difícil de la valoración psiquiátrica y a la vez la más estimulante y crucial.

Hemos diseñado un formato basado en el modelo biosocial de Goldberg y Huxley (2) por la sencillez del planteamiento y su vocación pragmática. Este modelo fue descrito por sus autores exclusivamente para las neurosis, pero la guía que hemos elaborado sin embargo, puede servir para formular cualquier tipo de trastorno. Aunque como hemos señalado anteriormente, la formulación es un proceso analítico que introduce un punto subjetivo, creemos que trabajar con un modelo de formulación adecuado ayuda al profesional a mejorar sus aptitudes para trabajar con los problemas emocionales de las personas que atiende y no verse desbordado por ellos. Un esquema de formulación organiza la información (que en el caso de la atención primaria muchas veces ya tiene el médico en su historia clínica a través de los breves pero múltiples contactos con el paciente). Sin un esquema de análisis es probable que el profesional se pierda en los detalles biográficos accesorios y en síntomas aparentemente llamativos, que se enrede en relaciones terapéuticas imposibles, que no explore las demandas latentes detrás de las quejas sintomáticas y que las intervenciones fracasen por no tener en cuenta las expectativas o creencias de los pacientes.

La formación en salud mental de los residentes de psiquiatría, psicología y medicina de familia y los programas de formación continuada para los equipos de atención primaria son aspectos que necesitan mejorarse. Creemos que el entrenamiento en técnicas de entrevista (10) y en la formulación de casos son elementos fundamentales de esta formación. Aunque la guía va dirigida fundamentalmente a los médicos de atención primaria, puede ser útil para residentes de psiquiatría y psicología y profesionales de

la salud mental que trabajen en un nivel ambulatorio. Herramientas de formulación como ésta o similares (8; 10) permitiría a los psiquiatras y psicólogos trabajar y enseñar a los médicos de atención primaria esquemas de análisis que mejorarían las intervenciones con los numerosos pacientes que acuden a la consulta por problemas de salud mental. Su uso en sesiones, talleres o discusiones clínicas puede permitir una comprensión más global e integrada del caso, imprescindible en el terreno de la salud mental.

El formato de formulación no es un modelo de historia clínica, sino una guía para ordenar de manera sistematizada la información que se va recogiendo durante las entrevistas con el paciente. Insistimos en esto porque el tipo de contactos que los pacientes hacen con sus médicos de atención primaria permite una visión longitudinal privilegiada y muchos de los datos de la guía ya son conocidos por el médico cuando el paciente sufre una desestabilización. La guía tiene el objetivo final de elaborar un diagnóstico global, un plan de tratamiento y comunicar ambos de manera adecuada al paciente. No es proceso estático, sino que genera hipótesis de trabajo que pueden ser reformuladas si éstas no se cumplen.

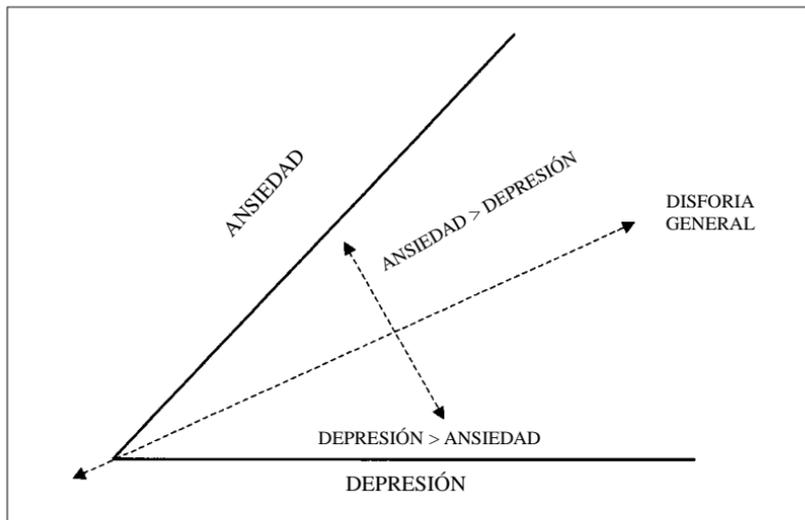
El modelo biosocial de Goldberg y Huxley

Uno de los modelos teóricos más interesantes que intenta resolver estas dificultades señaladas es el modelo biosocial planteado por Goldberg y Huxley (2) (1992) para los trastornos mentales más comunes, caracterizado por la presencia dominante de síntomas de ansiedad y depresión. Se trata de un modelo teórico más sencillo y manejable a fin de entender mejor los solapamientos, combinaciones y formas subclínicas de estos trastornos.

Proponen un modelo para las neurosis con dos dimensiones básicas, ansiedad y depresión. Basándose en el análisis de los llamados rasgos latentes, consideran dos medidas fundamentales para cada dimensión: una es el *umbral del síntoma* que representa una medida de la gravedad y otra la *pendiente* representando el poder discriminatorio que ese síntoma en particular tiene para distinguir entre trastornos ansiosos y depresivos (figura 1).

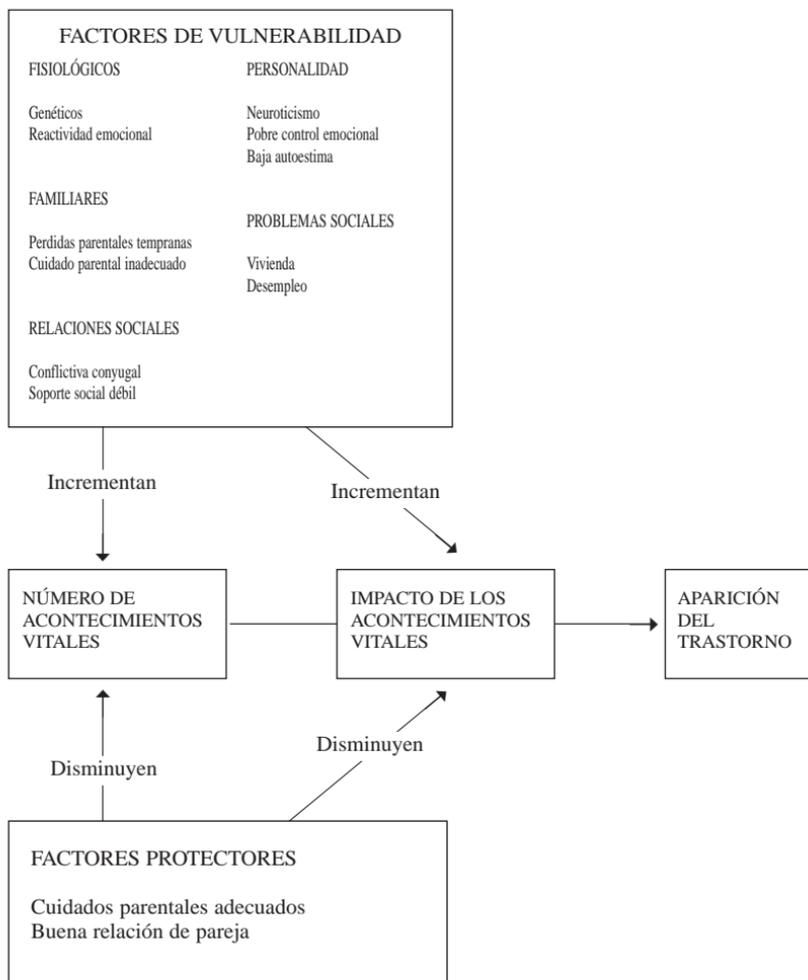
Establecen así cuatro grupos básicos de pacientes, según el lugar que ocupan en este espacio dimensional: los de predominio ansioso; los de predominio depresivo; los intermedios con importantes niveles de gravedad; y los intermedios de menor gravedad y escaso poder discriminatorio de los síntomas. Los pacientes sin posiciones fijas en este espacio se moverían en él respondiendo a estresores ambientales diversos. Otros trastornos neuróticos como los pacientes somatizadores y la neurastenia también ocupan un lugar en este espacio, bien como formas intermedias, restituciones parciales o trastornos subclínicos.

Figura 1. Modelo dimensional de las neurosis de Goldberg y Huxley



Este modelo además de intentar simplificar el exceso de categorías diagnósticas para los trastornos neuróticos, tiene el objetivo de integrar en un marco dimensional las variables sociales del paciente (figura 2) e investigar la relación de determinadas variables con la dimensión predominante. La aparición de los síntomas es denominada por estos autores como *desestabilización*. Los estresores ambientales pueden ser de diferente naturaleza, pero existen una serie de factores que hacen que un individuo sea más proclive a desarrollar los síntomas. Estos factores conforman la *vulnerabilidad* del sujeto y se incluyen factores fisiológicos, familiares, redes sociales, condiciones sociales y rasgos de personalidad. Igualmente los individuos pueden tener otra serie de factores *protectores* que impidan o atenúen la acción de los factores desestabilizadores, como redes sociales adecuadas, buen cuidado parental y buena relación de pareja. Una vez que aparece la desestabilización los individuos tratan de disminuir sus síntomas más rápidamente de lo que lo harían espontáneamente. Este proceso de recuperación o *restitución* puede hacerse de tres maneras fundamentales. La primera sería la *restitución psicológica* (por ejemplo a través del apoyo de los grupos naturales o intervenciones psicológicas), la segunda sería la *restitución química* (automedicaciones, consumo de alcohol y otros tóxicos o tratamientos farmacológicos) y por último la *restitución neurótica* que es una forma de aliviar los síntomas que genera muchas de las categorías diagnósticas que se consideran dentro de las neurosis, como por ejemplo las conductas evitativas de la agorafobia.

Figura 2. *Relación entre factores de vulnerabilidad y de protección adaptado de Golberg y Huxley (1992)*



Esquema de formulación

En la tabla I aparece el esquema de la guía que hemos elaborado. Consta de seis apartados principales. Los cuatro primeros tienen como objetivo organizar la información recogida acerca del cuadro clínico, las variables biopsicosociales, la explicación que el paciente tiene de

sus síntomas, sus expectativas y sus demandas. El apartado siguiente sirve para organizar el plan terapéutico y el último se centra en cómo devolver al paciente la idea sobre lo que le sucede y el plan de intervención. A continuación desarrollaremos brevemente los apartados de la guía:

1. Diagnóstico clínico descriptivo

En este apartado se enumerarán los principales fenómenos (síntomas y signos) que actualmente caracterizan al paciente. Al ir adquiriendo experiencia en la exploración psicopatológica se incluirán paulatinamente solo aquellos fenómenos de mayor importancia bien por su especificidad diagnóstica, bien por su predominio en cuanto a duración o gravedad. Es preferible la descripción clínica de los síntomas y signos observados que una etiqueta categorial de entrada. Los síntomas descritos se agruparán luego sindrónicamente y así tendremos la dimensión clínica predominante (por ejemplo ansiedad, somatizaciones, depresión o formas mixtas). Es importante valorar en este apartado la forma de inicio (insidiosa o aguda), la duración total de la enfermedad y el curso (por ejemplo, empeoramiento de un proceso crónico, recurrente, fluctuante, etc.). Otro aspecto de este apartado es la valoración de la gravedad que dependerá no sólo de los síntomas que refiere el paciente subjetivamente sino del grado de afectación en sus actividades diarias.

Tabla I. *Formulación de casos psiquiátricos en atención primaria*

-
1. **DIAGNÓSTICO CLÍNICO DESCRIPTIVO**
Descripción de los síntomas, curso y grado de afectación funcional.
 2. **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**
 - 2.1. Factores desestabilizadores actuales
 - 2.2. Factores protectores/vulnerabilidad desde las dimensiones bio-psico-social:
 - Antecedentes médicos generales
 - Antecedentes psiquiátricos
 - Factores familiares
 - Factores sociales (económicos, laborales, red social, ocio...)
 - Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento
 3. **MODELO EXPLICATIVO DEL PACIENTE**
Significado de los síntomas, atribuciones etiológicas.
 4. **EXPECTATIVAS Y DEMANDAS DEL PACIENTE**

Tabla I. *Formulación de casos psiquiátricos en atención primaria* (Continuación)

5. PLAN TERAPEÚTICO

5.1. Objetivos

5.2. ¿Necesita ser derivado a Salud Mental? Razonamiento.

5.3. Si el paciente se atiende en Atención Primaria:

- Tratamiento psicofarmacológico (tipo, duración, dosis...)
- Consejo, apoyo u otras intervenciones psicológicas (quién, con qué objetivos...)
- Intervenciones sociales, familiares y sobre el ambiente

6. DEVOLUCIÓN

Explicación sencilla y razonada de lo que le sucede al paciente que procure incluir los síntomas clínicos, los factores biopsicosociales y que pueda integrar, al menos parcialmente, el modelo explicativo del paciente y que dé una respuesta realista a sus expectativas. En la devolución se comunica al paciente el plan de tratamiento:

- En qué va a consistir:
 - medicación
 - apoyo, consejo, entrevistas de seguimiento...
 - intervenciones sociales
 - Con qué objetivos
 - Una estimación pronóstica y secuencia esperada de la recuperación
 - Durante cuánto tiempo
 - Qué se espera del paciente
 - Cuál es el papel del médico o de otros profesionales
-

2. Diagnóstico situacional

Una vez descrita la dimensión sintomática nos centraremos en el análisis de los determinantes de la situación actual del paciente, los factores que han influido en la descompensación o en el mantenimiento del cuadro y los factores protectores que pueden ayudar a su recuperación. Hay que tener en cuenta que estos factores pueden ser de naturaleza biológica, psicológica y social.

2.1. Factores desestabilizadores. En este apartado se consideran por un lado los acontecimientos vitales estresantes (11) y los efectos de las enfermedades orgánicas. En los estudios epidemiológicos (2) se ha visto que en muchos casos se produce un efecto de repetición de tal manera que, acontecimientos similares a los que produjeron una primera desestabilización pueden producir una segunda, aunque estos sean de menor intensidad. Parece que en el inicio podría haber un efecto específico de algunos acontecimientos vitales, de modo que las experiencias de pérdida produzcan síntomas depresivos y las vivencias de amenaza produzcan ansiedad. Las enfermedades orgánicas son un factor de desestabilización muy importante en los pacientes de atención primaria.

En el anterior capítulo ya hemos visto cómo se relacionan las enfermedades mentales con el resto de enfermedades. Otro factor de desestabilización puede ser el abandono de la medicación en los pacientes crónicos.

2.2. Factores protectores y de vulnerabilidad. Los factores de desestabilización previos tienen mayor o menor impacto según los recursos con los que cuenta el paciente para afrontarlos. Valorar estos determinantes de protección y vulnerabilidad es una de las tareas que requieren más entrenamiento. Los hemos agrupado de la siguiente manera:

2.2.1. Antecedentes médicos generales. Las enfermedades médicas generales impiden en muchas ocasiones que el paciente pueda recurrir a las actividades que le generan el equilibrio emocional necesario para afrontar otros acontecimientos vitales que normalmente no le producirían descompensaciones. Por ejemplo en el caso de personas mayores que han sufrido una pérdida, la inmovilidad les impide romper con el aislamiento al que le ha podido llevar su proceso de duelo. Los tratamientos médicos en ocasiones pueden contraindicar el tratamiento psicofarmacológico que ha sido eficaz en anteriores episodios de la enfermedad.

2.2.2. Antecedentes psiquiátricos. La presencia de episodios anteriores de la misma enfermedad u otro tipo de antecedentes psiquiátricos se relaciona con una mayor vulnerabilidad a acontecimientos vitales estresantes. Por otro lado, la presencia de estos antecedentes puede tener un efecto protector ya que es probable que el paciente pida ayuda antes de que la situación clínica sea más grave. Se debe valorar qué situaciones precipitaron la aparición de los episodios anteriores y la forma en que se produjo la recuperación. En este sentido son útiles los conceptos de restitución psicológica, química y neurótica de Goldberg y Huxley (2) comentados más arriba.

2.2.3. Factores familiares. Una historia familiar de falta de cuidados emocionales adecuados en la infancia o pérdidas tempranas pueden ser un factor de vulnerabilidad. De la misma manera, la calidad del soporte familiar actual y de la relación de pareja son factores que pueden disminuir o aumentar el número de acontecimientos vitales como la forma de reaccionar ante ellos. La evaluación de la situación familiar ayuda al médico a plantearse si ésta va a ser un elemento favorecedor de la recuperación o, por el contrario, va actuar como mantenedora de la situación estresante.

2.2.4. Factores sociales. La situación económica, laboral, las condiciones de vivienda, la red social extensa del paciente, sus actividades de la vida cotidiana, cuidadores formales e informales pueden ser, de la misma manera, factores protectores o de vulnerabilidad y, en cualquier caso, pueden determinar el pronóstico. En ocasiones, intervenciones en

este nivel pueden favorecer que la persona recupere su funcionamiento previo.

2.2.5. Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento. Esta es otra área difícil de valorar. Distinguir lo que son los rasgos de personalidad de los síntomas nuevos es en ocasiones complicado, tanto en atención primaria como en las consultas especializadas. Entendemos por rasgos de personalidad la forma habitual de obrar de una persona, que viene determinada por su forma de sentir, pensar y hacer (8). Para analizarlo hemos de fijarnos en su estilo de funcionamiento antes de la descompensación actual, pudiendo ser necesario contar con un informador que haya conocido al paciente antes de su descompensación. Dentro de las clasificaciones psiquiátricas se reconocen ciertas personalidades, que si van acompañadas de sufrimiento en lo social y en lo personal son consideradas como trastornos de personalidad. En ocasiones a la hora de formular preferimos utilizar las descripciones del propio médico que las etiquetas clínicas. Determinados rasgos de personalidad como una excesiva dependencia, hipersensibilidad, pobre control emocional, inmadurez determinan un mayor contacto con el médico ante situaciones estresantes (6) o pueden movilizar al entorno familiar a ayudar al paciente. Asimismo la aceptación de un tratamiento y de las indicaciones del profesional pueden verse favorecidas o dificultadas por la personalidad del paciente. Es importante también en este apartado recoger los aspectos positivos de la personalidad del paciente.

3. Modelo explicativo del paciente

Todo paciente dispone de un sistema de creencias, una ideología en torno a su salud que incide en su comportamiento de salud/enfermedad, en el uso de los servicios y en la explicación que da a sus síntomas (9). En ocasiones, este sistema de creencias no se corresponde con el que tiene el profesional. Muchas consultas son un fracaso, al igual que muchos tratamientos, porque el profesional no ha valorado adecuadamente este aspecto. Es esencial considerar el significado que tiene los síntomas en el paciente, la gravedad percibida y la explicación causal. ¿Qué actitud tiene el paciente ante su estado actual? ¿Considera que se trata de una enfermedad, de algo «físico», «psicológico» o «nervioso»? ¿Considera que necesita tratamiento? ¿A qué lo atribuye? ¿Puede relacionar espontáneamente o acepta la sugerencia de que lo que le pasa está relacionado con determinadas situaciones estresantes? En la tabla II aparecen resumidas algunas de las diferencias conceptuales entre el profesional y el paciente que interfieren en llegar a un acuerdo para el tratamiento.

Tabla II. *Diferencias conceptuales entre el médico y el paciente (Harwood, 1981) (12)*

-
1. El paciente y el médico utilizan el mismo término pero en realidad significan cosas diferentes.
 2. El paciente y el médico utilizan el mismo término, referido al mismo fenómeno, pero cada uno le atribuye una etiología diferente.
 3. El paciente y el médico utilizan los mismos términos y atribuciones etiológicas, pero están encuadradas en diferentes nosologías.
 4. Una variante de lo anterior es cuando utilizan los mismos términos y las mismas atribuciones etiológicas, pero para el paciente tiene un gran significado emocional o es estigmatizante.
 5. El paciente y el médico utilizan términos diferentes.
-

4. Expectativas y demandas del paciente

Las expectativas y temores del paciente sobre la consulta pueden ser muy diferentes de las que tiene el profesional sobre el propio paciente. En ocasiones, detrás de demandas explícitas, el paciente está reclamando otras cosas (una relación de apoyo, un rol de enfermo, una baja laboral, etc.). Tizón ha descrito muchas de las expectativas y demandas del paciente más o menos explícitas que se dan en las consultas de atención primaria (13). A veces, lleva un tiempo entender lo que nos está pidiendo el paciente, que al encontrarse en un contexto sanitario codifica muchas veces sus malestares y demandas en un registro de síntomas médicos. En otro momento sencillamente preguntando al paciente lo que espera de nosotros o la forma en que podemos ayudarle nos puede aclarar cuál es la demanda que el paciente no es capaz de decir. Otro aspecto que debe valorarse en el análisis de las demandas es cómo se ha producido ésta: si ha sido por iniciativa del paciente, por consejo o presión de terceros, etc.

5. Plan terapéutico

Con la información recogida anteriormente, el profesional se debe plantear en primer lugar la necesidad de una intervención en el caso. Si ésta es necesaria, elabora un plan de tratamiento adecuado a las características del paciente y a sus posibilidades reales de intervención. Las intervenciones demandan del profesional una sensibilidad para tener en cuenta las diferencias culturales y de atribución que hace el paciente de sus síntomas y flexibilidad e imaginación para adaptar los tratamientos tipo a las particularidades de la situación de cada paciente. El plan de tratamiento no se centra

exclusivamente en una intervención farmacológica, ni tiene por qué ser exclusivamente realizada por el profesional, cuya figura puede ser de coordinador. Los cuidados de enfermería de atención primaria pueden tener un papel importante en las intervenciones con muchos de los trastornos psíquicos que se ven en este nivel con una adecuada formación (por ejemplo en el apoyo psicológico en personas con enfermedades crónicas, en el seguimiento de duelos no complicados, en técnicas de relajación, etc.).

5.1. Objetivos. Los objetivos deben adecuarse a cada individuo. Como en muchos procesos de enfermedad la curación no es un objetivo alcanzable. Debemos entrenar al profesional a plantearse metas más realistas, como devolver al paciente a su nivel previo antes de la desestabilización o el alivio sintomático en personas con estresores psicosociales crónicos. Los objetivos además pueden cambiar según el proceso del trastorno. Por ejemplo un objetivo puede ser inicialmente conseguir que un paciente con un delirio acuda al psiquiatra o acepte una pauta de medicación, o en pacientes somatizadores o hipocondríacos establecer una adecuada relación que evite la utilización inadecuada de medicamentos, pruebas y servicios profesionales. Puede haber objetivos preventivos como puede ser un seguimiento de un duelo en una persona con algún factor de riesgo.

5.2. Derivación a Salud Mental. Como hemos visto en el capítulo anterior existen múltiples factores que pueden influir en la derivación a los servicios psiquiátricos. En este apartado de la guía intentamos que el médico evalúe la necesidad de la derivación al nivel especializado según la gravedad del cuadro, la especificidad de algunas intervenciones en los servicios de salud mental (por ejemplo la psicoterapia), la aceptación de la derivación por el paciente y las posibilidades de tratamiento en atención primaria. Evidentemente la derivación dependerá en último término de los recursos y presión asistencial del médico, de la disponibilidad de los servicios de salud mental y de si existen criterios de derivación consensuados entre los equipos.

5.3. Intervención en atención primaria. Este apartado es una reflexión del médico, previa a la comunicación al paciente, sobre cuáles son los objetivos razonables de la intervención, cuál es la mejor forma de intervenir, en qué momento, por qué profesionales y durante cuánto tiempo aproximado.

5.3.1. Tratamiento farmacológico. Tipo de medicación, duración y dosis. En un esquema médico ideal cada diagnóstico respondería a un determinado tratamiento farmacológico. Sin embargo, en la práctica la administración de un psicofármaco viene determinada no sólo por el cuadro clínico sino por las características del paciente, del médico y del contexto cultural y social. Por tanto, en un esquema de formulación, el médico debe conocer bien las indicaciones de la medicación y adaptarlas al paciente en concreto y al objetivo general del tratamiento, valorando riesgos y beneficios. ¿Por qué esa pauta? ¿Es adecuado iniciar en ese momen-

to la medicación? ¿Cómo la va a aceptar el paciente? Ward (14) tiene un excelente capítulo sobre las aproximaciones psicosociales a la farmacoterapia de gran utilidad para los psiquiatras que tienen responsabilidades en la formación. Es importante que en la formulación se planifique un seguimiento de los pacientes a los que se les ha recetado psicofármacos para ver la respuesta y los efectos secundarios. Este seguimiento también se puede hacer por enfermería en determinados casos.

5.3.2. Consejo, apoyo u otras intervenciones psicológicas. En atención primaria es más adecuado hablar de un manejo terapéutico de la relación entre el profesional y el paciente y no de formas regladas de psicoterapia difíciles de aplicar en este ámbito, aunque existen formatos de psicoterapia diseñados para este nivel asistencial en los que se puede recibir entrenamiento (15-17). La relación terapéutica es un instrumento eficaz de tratamiento (9,12) que en ocasiones no es valorada por los propios profesionales. El tipo de relación que se establezca, los objetivos y el área sobre la que centrar el consejo dependerá de los rasgos de personalidad, de la situación psicosocial, de las expectativas y atribuciones del paciente, más que del tipo de enfermedad. En este sentido, las intervenciones psicoeducativas destinadas a que el paciente conozca la naturaleza de los síntomas que presenta se deben intentar poner en relación con todo lo anterior. Otras técnicas no farmacológicas como la relajación, o los consejos sobre el estilo de vida también deben ser tenidas en cuenta. Estas intervenciones no tienen por qué ser realizadas solo por el médico si cuenta con un personal de enfermería entrenado.

5.3.3. Intervenciones sociales, familiares y sobre el ambiente. Como hemos visto antes, estos factores son determinantes tanto de la vulnerabilidad del paciente como del proceso de recuperación. En este apartado se valora la posibilidad de intervenir en estos factores. La trabajadora social puede jugar un papel relevante en intervenciones con pacientes con pocos apoyos sociales (ofertándoles desde actividades de ocio en su barrio hasta una atención domiciliaria para su cuidado), en pacientes con problemas económicos (informándoles de las ayudas, pensiones, comedores), en pacientes con problemas de integración laboral (con programas de orientación laboral, cursos de formación), etc. Las intervenciones sobre la dinámica familiar son imprescindibles en muchos casos que las relaciones en casa interfieren con la recuperación del paciente y otras veces es útil contar con la familia para que apoyen y respalden el tratamiento. La valoración de los riesgos y beneficios de la baja laboral es otra intervención de esta área relativamente frecuente y muy importante.

6. Devolución

El proceso de diagnóstico y de elaboración del plan de tratamiento se completa con el proceso de comunicar al paciente ambos, que denomina-

mos devolución. Es una de las partes más creativas del trabajo del profesional. El entrenamiento en este apartado requiere complementarse con un entrenamiento en habilidades de entrevista (9), ya que cada paciente necesitará una forma diferente de comunicación. El profesional debe entrenarse tanto en lo que dice como en cómo lo dice, a quién y en qué momento.

La devolución va más allá de la comunicación de una etiqueta clínica, es una explicación sencilla y razonada de lo que le sucede al paciente y que debe incluir los síntomas y los determinantes biopsicosociales que intervengan. Debe integrar de alguna manera el modelo explicativo del paciente y dar una respuesta realista a sus expectativas. En la devolución se comunica al paciente el diagnóstico y el plan de tratamiento para poder, mediante un proceso de negociación, llegar a una aproximación que permita un marco de trabajo con el profesional (14). La devolución forma parte de la interacción profesional-paciente y depende mucho del contexto que se haya desarrollado y, según se realice la misma, se puede matizar o modificar dependiendo de la respuesta del paciente. Por eso, no hay una única devolución correcta.

Idealmente, el plan de tratamiento que se comunica al paciente debe incluir: los objetivos; dónde se va a realizar; en qué va a consistir (medicación, entrevistas de seguimiento, intervenciones sociales, etc.); una estimación pronóstica y secuencia esperada de recuperación; durante cuánto tiempo va a durar la intervención, qué se espera del paciente y cuál es el papel de cada profesional que intervenga. El detalle con que se hagan las explicaciones de los planes de tratamiento dependerá en último caso de las variables del paciente (edad, nivel cultural, estilo cognitivo, rasgos de personalidad, etc.).

Ejemplo clínico

Luis es un hombre de 58 años casado y con dos hijos que trabaja de funcionario, en la Administración, en un cargo de responsabilidad media. Es el mayor de cuatro hermanos, y debido al súbito fallecimiento de su padre (cuando él tenía 14 años) tuvo que ponerse a trabajar pronto y ayudar a su madre a sacar adelante a la familia. Actualmente vive con su mujer (sus dos hijos se han casado hace varios años aunque viven en su misma ciudad y se ven con frecuencia) con quien refiere tener una relación buena. No tienen problemas económicos. Él es aficionado al ajedrez y los fines de semana suele quedar con unos amigos a jugar u opta por salir de excursión a la montaña, su otra gran afición.

Presenta desde hace quince años una hipertensión esencial estabilizada con dieta y enalapril y desde hace doce años una diabetes tipo II que en este tiempo ha tratado con dieta, posteriormente con antidiabéticos orales y desde hace 6 meses con insulina. El control de su glucemia desde entonces es óptimo. Sin embargo, él se queja de que la insulina le sienta mal porque

en los últimos meses nota frecuentes dolores de cabeza y de estómago, duerme mal, se encuentra más nervioso de lo normal y se irrita con gran facilidad por lo que tiende a aislarse de su entorno. En el último mes ha presentado dos episodios similares de palpitaciones, dolor en el pecho, sudoración y sensación de ahogo por los que fue a urgencias del hospital. En ambas ocasiones le hicieron un electrocardiograma que fue normal, le dieron una pastilla de loracepam 1mg y le recomendaron que fuera al psiquiatra, no sabe por qué. Desde que tuvo que ir al hospital por primera vez, sólo sale de su domicilio para ir a trabajar, comenta que lo pasó tan mal que tiene miedo de que le vuelva a suceder y se siente más seguro en casa.

Se describe como un hombre «nervioso», con tendencia a preocuparse mucho por las cosas «aunque no se me note». Ni él ni nadie de su familia ha consultado por problemas psíquicos. Es una persona responsable, poco habladora, independiente «hecho a sí mismo» como él comenta en alguna ocasión. Acude con su mujer a su médico de cabecera porque piensa que la insulina le está causando estos problemas y quiere que le den otro tratamiento o, si no es así, que le haga un volante para el cardiólogo para que le revisen bien el corazón.

Formulación del caso

1. Diagnóstico clínico descriptivo

Luis presenta desde hace unos seis meses dolores de estómago y cefaleas frecuentes, dificultades para dormir, ansiedad e irritabilidad con tendencia al aislamiento y en el último mes ha padecido dos crisis de ansiedad. Esto ha condicionado la aparición de conductas evitativas que está restringiendo sus actividades de ocio habitual. De momento no ha interferido en su actividad laboral.

2. Diagnóstico situacional

2.1. Factores desestabilizadores actuales

Se ha producido un empeoramiento de su diabetes que ha precisado de insulinización, por lo que posiblemente él haya empezado a sentirse «enfermo» y candidato a padecer las complicaciones clásicamente atribuibles a la diabetes.

2.2. Factores protectores/vulnerabilidad desde las dimensiones bio-psico-sociales

- Antecedentes médicos generales: son factores de vulnerabilidad sus dos enfermedades crónicas, la hipertensión arterial esencial controlada y la diabetes tipo II insulín-dependiente. El que presente un buen estado de salud por lo demás, es un factor protector.

- Antecedentes psiquiátricos: el no tener antecedentes personales ni familiares son factores protectores.
- Factores familiares: no aparecen factores de vulnerabilidad en las relaciones familiares actuales, al contrario, parecen estables y pueden ayudar a la contención del paciente. El padre fallecido de forma «súbita», no sabemos bien de qué, ha condicionado desde su adolescencia su vida en algunos aspectos, su forma de ser y tal vez puede influir en su temor y que él también se pueda morir de forma súbita en una de las crisis de ansiedad.
- Factores sociales: son factores protectores el que tenga un trabajo fijo, una economía desahogada y amigos con los que comparte sus aficiones y tiempo de ocio.
- Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento: Luis es un hombre responsable que ha tenido que trabajar desde muy joven y ha sido capaz de labrarse una estabilidad laboral, económica y familiar y social. Esta actitud le ha ayudado probablemente a controlar bien su hipertensión y la diabetes todos estos años. Por otro lado, tiende a preocuparse excesivamente por las cosas, se pone nervioso con facilidad y le cuesta verbalizar y compartir sus problemas, lo que dificulta el afrontamiento de los mismos. Su elevado sentido de la independencia como «hombre hecho a sí mismo» puede ser también un obstáculo de cara al manejo de una enfermedad crónica como la diabetes que le exige plegarse continuamente a una dieta y un control de la dosis de insulina y de su glucemia estrictos, y que puede tener complicaciones somáticas graves en el futuro.

3. Modelo explicativo del paciente

En este caso, él atribuye el origen de sus síntomas a algo puramente físico en relación con los efectos de la insulina que se está poniendo los últimos meses o con que tiene algún problema en el corazón. (Sin embargo, deja abierta una puerta a «lo psíquico» cuando se describe como un hombre nervioso, con tendencia a preocuparse mucho por las cosas aunque no se le note).

4. Expectativas y demandas del paciente

Lo que espera Luis de la consulta es que se le cambie el tratamiento de la insulina, si esa es la causa de su malestar (no demanda una solución innegociable y cerrada), y si no, que le manden al cardiólogo para que le descarten un problema cardíaco.

5. Plan terapéutico

- 5.1. **Objetivos:** Tranquilizarlo de sus preocupaciones somáticas. Reasegurar la adherencia al tratamiento con insulina. Disminuir los síntomas que se derivan de su ansiedad ante el tratamiento: dolores de estómago y cabeza, insomnio, irritabilidad, conductas evitativas. Que Luis relacione los síntomas físicos y psíquicos que ha tenido con sus dificultades para aceptar el tratamiento con insulina y lo que esto puede suponer para él: sentirse más enfermo, depender más de una medicación y sentirse limitado, fantasías de complicaciones graves o muerte a corto plazo.
- 5.2. ¿Necesita ser derivado a Salud Mental? Razonamiento: Este caso no sólo puede ser manejado en atención primaria con total solvencia sino que estaría contraindicada su derivación a Salud Mental porque es un paciente cuyas quejas y demanda no están nada psicologizadas y podría vivir como una ofensa el que se le mande al psiquiatra o al psicólogo. El médico de cabecera es la persona indicada para tranquilizarle en lo somático y desde ahí introducirle en los aspectos psicológicos de su reacción ante el tratamiento con insulina y lo que eso representa.
- 5.3. Si el paciente se atiende en Atención Primaria:
- Tratamiento psicofarmacológico (tipo, duración, dosis...): en este caso, por ejemplo, cualquier benzodiazepina con que el médico de cabecera esté familiarizado a una dosis media y durante varias semanas o meses, según evolucione Luis.
 - Consejo, apoyo u otras intervenciones psicológicas (quién, con qué objetivos...):
 - El médico puede tranquilizar al paciente en lo somático, y especialmente en relación al corazón, que es lo que más preocupa al paciente, con su capacidad de persuasión y, si es necesario, con el apoyo de alguna prueba complementaria (toma de tensión más frecuente durante un periodo, un nuevo electrocardiograma, una analítica...).
 - El médico o la enfermera pueden informar y educar al paciente en el tratamiento con insulina. En este caso, hacer especial hincapié en que se trata de una hormona que está presente en nuestro cuerpo, a diferencia de la mayoría de los fármacos y por eso su tolerancia a las dosis adecuadas es excelente.
 - El médico puede ayudar en ésta y en las sucesivas citas a que Luis verbalice sus dificultades con el tratamiento con la insulina, como lo vive él en particular de acuerdo a su forma de ser y a su biografía y que conecte el malestar psíquico que experimenta con su expresión somática.

- Intervenciones sociales, familiares y sobre el ambiente: en este caso se puede aprovechar que la mujer acompaña a Luis para que respalde el tratamiento apoyando a Luis en que continúe con su buen control de la hipertensión y la diabetes y la animándole en lo cotidiano para que retome su vida normal de ocio.

6. Devolución

«Luis, parece que desde que se está poniendo la insulina han aparecido varias molestias que están interfiriendo en su vida cotidiana y en su bienestar. Incluso, en un par de ocasiones se ha encontrado tan mal que ha tenido que ir al hospital. Afortunadamente, todas las exploraciones y pruebas que le han hecho son normales y han descartado cualquier problema cardíaco. A muchas personas que comienzan a ponerse la insulina les sucede cosas parecidas a las que está usted sufriendo y, aunque es el tratamiento idóneo para controlar la glucemia y, al tratarse de una hormona que produce nuestro propio organismo se tolera muy bien, sí que es un tratamiento más esclavo que precisa de un control más estricto y en ese sentido a uno le puede hacer sentirse más enfermo y dependiente. Sin embargo, desde que lo toma su glucemia está mucho mejor controlada y eso es crucial para su bienestar. Recuerdo cuando me comentaba que usted se describía como un hombre nervioso que tiende a preocuparse mucho por las cosas y que además lo lleva por dentro, sin que nadie se entere y, desde ahí, puedo entender cómo se puede sentir con este nuevo tratamiento. Adaptarse a un nuevo tratamiento que requiere pincharse con frecuencia y controlarse la glucemia no es fácil y comprendo que se pueda sentir más tenso por esta nueva situación y que esta tensión se manifieste en esos dolores de cabeza y estómago, le dificulte su descanso nocturno y se encuentre más irritable. Esos dos episodios que le llevaron al hospital corresponderían a la expresión de esa ansiedad intensa que usted está acumulando, que le hacen sentirse como si le estuviera sucediendo algo grave en el corazón y que remitieron con el tranquilizante que le dieron. Yo no creo que tampoco haga falta ir al psiquiatra por esto, yo mismo puedo darle un tratamiento para que disminuya su ansiedad y sus molestias, para que duerma mejor y no se sienta tan irritable y, si le parece, nos podemos ver las próximas semanas con más frecuencia para asegurarnos de que está evolucionando bien».

«De entrada le voy a poner el mismo tratamiento que le dieron en urgencias y que le alivió entonces esa ansiedad tan intensa. Se va a tomar Orfidal, medio comprimido en el desayuno y medio en la comida, para que durante el día se encuentre menos tenso e irritable, y un comprimido entero antes de acostarse para asegurarnos de que des-

canse mejor. Yo espero de usted que se lo tome y que me comente cualquier incidencia respecto al tratamiento para que podamos resolverla. Con esta medicación va a notar cierto alivio desde los primeros días e iremos ajustando la dosis para lograr que se encuentre lo mejor posible. Tendrá que tomarlo unas cuantas semanas, ya veremos cuántas, según se vaya encontrando usted. Asimismo, me gustaría que en las próximas citas me pudiese comentar qué dificultades le surgen con la insulina, cómo se siente con este tratamiento y cómo interfiere en su vida. Creo que, en este sentido, puedo llegar a comprender sus sentimientos y ayudarle a adaptarse lo mejor posible a esta nueva situación».

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kendrick, T., «Why Can't GPs Follow Guidelines on Depression?», *BMJ*, 2000, 320: 200-201.
- (2) Goldberg, D.; Huxley, P., *Common Mental Disorders: a Biosocial Model*, Londres, Tavistock, 1992.
- (3) OMS, CIE-10, *Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*, Madrid, Meditor, 1996.
- (4) Asociación Psiquiátrica Americana, *DSM-IV-AP*, Barcelona, Masson, 1997.
- (5) Tyrer, P., *Classification of Neurosis*, West Sussex, John Wiley, 1989. (Trad.: *Clasificación de las Neurosis*, Madrid, Díaz de Santos, 1992).
- (6) Retolaza, A., «Epidemiología de los trastornos mentales en Atención primaria», en Vázquez Barquero, J. L., *Psiquiatría en Atención Primaria*, Madrid, Grupo Aula Médica, 1998.
- (7) Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B., *La práctica de la psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2001.
- (8) Goldberg, D., *The Maudsley Handbook of Practical Psychiatry*, 3.^a ed., Londres, Oxford University Press, 1997.
- (9) Hernández Monsalve, M., «La entrevista en atención primaria de salud», en *Formación Continuada en Atención Primaria. Salud Mental*, I, Idepsa, 1990.
- (10) Bebbington, P. E.; Hill, P. D., *A Manual of Practical Psychiatry*, Oxford, Blackwell, 1985.
- (11) González de Rivera, J. L.; Morera, A., «La valoración de los sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe», *Psiquis*, 1983, 4: 7-11.
- (12) Harwood, A., «Guidelines for Culturally Appropriate Health Care», en Harwood, A., *Ethnicity in Medical Care*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1981.
- (13) Tizón García, J. L., *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*, Barcelona, Doyma, 1988.
- (14) Ward, N. G., «Psychosocial Approaches to Pharmacotherapy», en Beitman, B. D.; Klerman, G. L., *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington D. C., 1991.
- (15) Diéguez Porres, M.; Rodríguez Vega, B.; Fernández Liria, A., «Psicoterapia en atención primaria: consejo interpersonal para la depresión», *Medyfam*, 2001, 11: 156-162.
- (16) García Campayo, J.; Claraco Vega, L. M.; Tazón, P.; Asegunolaza, M., «Terapia de resolución de problemas. La psicoterapia de elección en Atención primaria», *Aten. Primaria*, 1999, 24: 622-624.
- (17) Corney, R.; Jenkins, R (eds.), *Counselling in General Practice*, Londres, Routledge, 1992.

VIII TERAPÉUTICA

Ander Retolaza

Introducción

En este apartado, desarrollaremos algunas ideas básicas que tienen que ver con las intervenciones terapéuticas posibles y 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, deteniéndonos un poco más en las de tipo psicoterapéutico. En la idea de que existen abundantes y actualizados textos donde el lector puede encontrar una información muy completa y actualizada, no profundizaremos apenas en los tratamientos farmacológicos, más allá de algunas ideas y recomendaciones generales sobre los mismos. Nuestra intención es insistir (quizá un poco contracorriente) en 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 estable o muy definido –tal y como nos lo exigen las actuales nosografías psiquiátricas–, resulta en consecuencia lógico, el que los tratamientos disponibles, cualquiera que sea la índole de los mismos, no resulten todo lo resolutivos que debieran ser. 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. El rigor con el que éstos deben ser diseñados, en el afán de lograr pruebas sobre la eficacia de una intervención, apoya su validez interna, esto es, metodológica, pero va en contra de su validez externa. Ello equivale a afirmar que existe una dificultad para generalizar sus conclusiones a situaciones y con-

textos diferentes de aquél en el que se realizó el ensayo. Por eso debemos hablar de efectividad (eficacia en situaciones de clínica real) 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.

Tabla 4.1. *Elementos clave para la prestación de intervenciones clínicas efectivas en el nivel del paciente (Thornicroft y Tansella, 1999)*

-
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
-

La Tabla anterior contiene algunos elementos de interés para un adecuado planteamiento de las intervenciones en cualquier tipo de servicio, pero se adapta especialmente bien a las necesidades de la psiquiatría ambulatoria. Lo fundamental es que la intervención está planteada desde la perspectiva del paciente y no olvida que, ante todo, se trata de prestarle ayuda en un servicio que está orientado hacia él, como se supone que debe ocurrir en un centro de titularidad pública. Llama la atención que, aún en nuestros días, los términos *orientación al paciente o cliente* sean identificados demasiadas veces con servicios privados, cuando se trata, simplemente, de definir un estándar de calidad en las prestaciones que debiera acompañar a todas y cada una de las intervenciones. Nótese que, como acabamos de señalar, a la hora de seleccionar éstas, se trata de optar por las más *efectivas* y no por las más *eficaces*. En consonancia con lo anterior, se debe esto a que deben tener preferencia aquellas intervenciones cuya implementación sea factible en las condiciones reales en las que van ser llevadas a cabo. Insistimos en que la supuesta eficacia, entendida ésta como cambio *resolutivo* o de *relevancia clínica*, de algunos tratamientos (cuya evidencia procede las más de las veces de ensayos clínicos realizados en condiciones ideales) no resuelve muchas veces los problemas. Sobre algunos otros elementos consignados en la Tabla 4.1 ya hemos hablado en párrafos anteriores. En lo que respecta a la poco frecuente actitud para retirar una intervención, diremos que la que hemos llamado *indicación de no intervención*, y cuyas características se desarrollan en otro lugar de este trabajo, está inspirada en esta misma teoría asistencial.

Tabla 4.2. *Áreas de resultado más importantes en el nivel del paciente (Thornicroft y Tansella, 1999)*

-
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
-

Finalmente parece necesario recordar que el resultado de toda intervención debe ser evaluado en el nivel del paciente y, en la medida de lo posible, por el propio paciente, tanto o más que por el clínico que lo trata. A día de hoy no es de recibo una intervención que, a pesar de lograr alguna mejoría clínica, no tenga en cuenta, cuando se han de evaluar sus resultados, el punto de vista del propio paciente así como diversos aspectos relacionados con su calidad de vida después de la intervención.

Plan de tratamiento y Manejo clínico

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. Aunque es necesario reconocer que, en ocasiones, estos factores pueden generar algunas contradicciones y presentar dificultades de manejo. Pero, si 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.

Tabla 4.3. *Esquema básico para un plan de tratamiento*

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

Tabla 4.3. *Esquema básico para un plan de tratamiento* (Continuación)

-
2. Desarrollo del plan
 - Hay que tener en cuenta la situación presente en su totalidad desde una perspectiva bio-psico-social. 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
-

En lo que sigue continuaremos con un esquema básico en el que para cada uno de los tres grandes grupos de trastornos de los que hablaremos (ansiedad, depresión y abuso de alcohol) señalaremos cuatro apartados que se relacionan sucesivamente con:

1. La vigilancia o las alertas a desplegar ante situaciones de riesgo (prevención primaria).
2. La detección y el diagnóstico precoz (prevención secundaria).
3. Las líneas maestras para el tratamiento.
4. Los cuidados a desarrollar cuando aparecen casos recidivantes o de larga evolución (prevención terciaria).

Es importante señalar que la mayor parte de las tareas que mencionaremos en este apartado, si no todas ellas, pueden (y quizá 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. Esto implica que se hace necesario mirar un poco más allá de una perspectiva de estricta clínica psiquiátrica.

1. *Ansiedad y Estrés*

Tabla 4.4. *Síntomas de ansiedad. Vigilancia*

-
- 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
 - Ansiedad desencadenada por fármacos
-

En la Tabla 4.4 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 y/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.

Tabla 4.5. *Síntomas de ansiedad. Detección de trastornos*

-
- Técnicas de entrevista apropiadas
 - Cuestionarios de criba (PRIME-MD, GHQ, Hamilton)
 - Quejas somáticas frecuentes (mareos, cefaleas, ahogos, vértigo)
 - Presentación combinada con síntomas depresivos
 - Fluctuaciones en intensidad y tipología de síntomas
-

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 algunos pacientes. Las habilidades en técnicas de entrevista, que no describiremos en detalle, 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

inespecificidad sintomática en este nivel de trastorno es muy grande por lo que no cabe esperar formas de presentación muy específicas (ansiedad vs depresión vs síntomas somáticos) sino más bien combinaciones de síntomas y fluctuaciones en la apariencia o intensidad de los mismos que pueden desconcertar a un observador no avisado.

Tabla 4.6. *Síntomas de ansiedad. Manejo clínico*

-
- 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 es importante
 - Psicoeducación (explicar los síntomas y su origen)
 - Evitar o minimizar el consumo prolongado de benzodiazepinas
 - Considerar el uso de antidepresivos indicados en el tratamiento de la ansiedad
-

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 y suele ser muy frecuente en personas de nivel cultural bajo 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 en alternativas al tratamiento farmacológico, especialmente si se trata de benzodiazepinas.

Tablas 4.7. *Síntomas de ansiedad. Cuidados*

-
- Atención aspectos psicosociales (familia, trabajo, momento del ciclo vital)
 - Evitar dependencia y autoconsumo de fármacos
 - La ansiedad persistente puede derivar en claudicación vital
 - Evitar hiperfrecuentación
 - Considerar tratamientos mantenidos (con pausas)
 - A. Primaria: derivar a Salud Mental cuadros instaurados, graves o difíciles
 - Vigilar estrés en los equipos asistenciales
-

A pesar de todo un significativo número de pacientes recidiva o manifiesta situaciones de estrés o ansiedad crónica. En estos casos, además de la posible vulnerabilidad previa (cualquiera que sea el posible origen de la misma: genético, evolutivo, educacional...), casi siempre aparecen asocia-

das diversas dificultades de orden psicosocial detectables en el momento presente 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 benzodiazepinas, también la hiperfrecuentación de servicios, especialmente los de urgencia hospitalaria. Hoy en día 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 (lugar y tiempo) donde, primero, reconocer y luego poder tratar el estrés que muchas situaciones de cronicidad y/o dificultades de manejo reiteradas generan entre los profesionales que deben atender a los pacientes, a veces en situaciones de gran dificultad y escasez de recursos.

2. Síntomas depresivos

Tabla 4.8. *Síntomas depresivos. Vigilancia*

-
- 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
-

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 antihiper-tensivos, antiparkinsonianos, corticoides, antineoplásicos y hormonas.

Tablas 4.9. *Síntomas depresivos. Detección de trastornos*

-
- Técnicas de entrevista adecuadas
 - Cuestionarios de criba (PRIME-MD, GHQ, SCL, Hamilton)
 - Presencia de pleomorfismo en 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
-

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.

Tabla 4.10. *Síntomas depresivos. Manejo clínico*

-
- Empatía y escucha son claves
 - Tratar insomnio asociado si existe
 - Fármacos útiles: ADT, ISRS y BZ
 - Monodosis si es posible
 - Dosis efectivas mantenidas un mínimo de 6 meses tras mejoría
 - Vigilar cumplimiento de prescripciones
 - Ancianos: Atención a Polifarmacia e interacciones
 - Psicoeducación (explicar los síntomas y su origen)
-

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.

Tabla 4.11. *Síntomas depresivos. Cuidados*

-
- Atención 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
 - Considerar tratamientos de mantenimiento largos
 - Muchos pacientes crónicos esperan sólo amabilidad
-

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 estar preparados para captar las situaciones de mayor riesgo y evaluar la potencial letalidad de las mismas.

Tabla 4.12. *Valoración del riesgo suicida. Entrevista*
(Adaptada de Goldberg y otros, 2008)

-
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
 - 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?
-

En la Tabla 4.12 se describen someramente algunas de las principales áreas a explorar en una entrevista cuyo objetivo será 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.

Tabla 4.13. *Indicadores de alto riesgo suicida*

-
- 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 12 años
 - Tres o más hijos menores de cinco años
 - Carencia de relación afectiva íntima
 - Carencia de empleo
-

3. *Abuso y dependencia de alcohol*

Dado que, en nuestro medio, el consumo de alcohol es un hábito social muy extendido conviene prestar alguna atención a ciertas señales de alarma que puedan indicarnos situaciones de riesgo. En los varones suele ser un hábito que facilita las relaciones sociales, en las mujeres –al menos en sus formas graves– el consumo de alcohol presenta un fuerte estigma social que impide su detección y pronto tratamiento. Especialmente en el caso de éstas, en muchas ocasiones, se trata de un trastorno asociado a depresión. En los jóvenes el abuso de alcohol tiene especial riesgo en situaciones en las que el núcleo familiar está desestructurado o sometido a tensiones importantes.

Tabla 4.14. *Abuso de alcohol. Vigilancia*

-
- Varones. Bebedor habitual excesivo
 - Mujeres. Estigma social. Trastorno depresivo
 - Adolescentes. Familia problemática. Círculo social conflictivo
 - Manifestaciones somáticas incipientes
 - Disfunción familiar y/o laboral
 - Accidentes repetidos
-

Conviene interrogar sobre hábitos de consumo alcohólico de forma sistematizada cuando se haga la historia clínica de todo paciente. También conviene complementar el interrogatorio al paciente con el que se haga a su familia más directa. Dada la fuerte tendencia que existe en nuestro entorno social a minimizar los riesgos asociados al consumo de alcohol, en más de una ocasión, hay que sospechar de este problema en caso de hepatopatías sin otra explicación plausible y accidentes (laborales, domésticos o de tráfico) reiterados.

Tabla 4.15. *Abuso de alcohol. Detección de trastornos*

-
- Exploración cuidadosa. Técnicas de entrevista
 - Cuestionarios de criba (CAGE, AUDIT)
 - Trastorno psiquiátrico asociado (Doble diagnóstico)
-

Es importante desarrollar algunas habilidades y tácticas de exploración que nos permitan acceder a un posible caso de alcoholismo. Resulta muy frecuente que los pacientes nieguen sus dificultades y que lleguen a la consulta sin ninguna conciencia de problema y arrastrados por su familia. Existen diversos cuestionarios de detección, la mayor parte de ellos fáciles de administrar y lo suficientemente sensibles y específicos como para pres-tarnos una inestimable ayuda a la hora de valorar la gravedad de un caso.

Tabla 4.16. *Abuso de alcohol. Manejo clínico*

-
- Tratar problemas somáticos desde el principio
 - Plantear abstinencia a ensayo
 - Tratamientos incipientes de deshabitación
 - Psicoeducación (explicar síntomas y sus causas)
 - Información (responsabilidad y aspectos legales)
-

Desde una perspectiva de medicina general conviene, por lo menos al principio, atraer la atención del paciente sobre los síntomas físicos y, en la medida de lo posible, atenerse a tratar los síntomas médicos más groseros. Posteriormente en una segunda fase, y una vez que se va ganando confianza con el paciente, se puede intentar abordar los aspectos más relacionados con la dependencia, en el caso de que esté establecida, además de los síntomas psiquiátricos más relevantes. Lo habitual (y deseable) es que, en algún punto de este proceso se haya producido la derivación a servicios especializados.

Un problema importante en muchos lugares de nuestro país es que las redes de tratamiento para los problemas derivados del abuso del

alcohol están organizadas, junto a las de otras adicciones, en estructuras asistenciales, si no independientes, al menos paralelas y poco integradas en la red sanitaria de cuidados generales de salud mental. Esto dificulta una adecuada coordinación y manejo de este tipo de trastornos donde los problemas médicos, los psiquiátricos y las dificultades psicosociales coexisten de una manera importante y las terapias a desarrollar necesitan desplegar de una manera cuidadosa estrategias integradas de atención, que son las únicas que pueden garantizar un éxito terapéutico suficiente.

Tabla 4.17. *Abuso de alcohol. Cuidados*

-
- Atención a aspectos psicosociales (familia, trabajo, ciclo vital)
 - Atender cuidados generales de salud
 - Evitar dependencia y autoconsumo de fármacos
 - Evitar violencia en el hogar
 - Evitar daños psíquicos a terceros
 - Evitar enfermedades físicas graves o no tratadas
 - Evitar ingresos hospitalarios
-

En muchas ocasiones, las consecuencias más graves del alcoholismo establecido no aparecen sólo en la persona que tiene el problema, sino que suscitan situaciones crónicas en las que otras personas, particularmente mujeres y niños, están sujetas a riesgo. En los casos más graves, este riesgo es incluso físico y hay que saber evaluarlo, aunque sólo sea para poner la situación en manos de quien pueda garantizar la seguridad de las personas implicadas. Además de lo anterior se da el caso de que el alcoholismo está entre los antecedentes familiares de mayor riesgo para que los descendientes padezcan diversos trastornos mentales, incluido el propio alcoholismo, o cuando menos, situaciones psico-sociales asociadas a problemas de diverso orden, entre ellos el abandono prematuro del hogar o la delincuencia juvenil.

Tratamientos farmacológicos

Aunque en la clínica suelen utilizarse diversos tipos de drogas para el tratamiento de los trastornos mentales comunes, incluidos los neurolepticos 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.

Ansiolíticos

Existen tres tipos de fármacos eficaces para la ansiedad: los antidepresivos, las benzodiazepinas 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 betabloqueantes se utilizan en el tratamiento de los estados de ansiedad, particularmente si están asociados a síntomas somáticos. Pero, con mucho, siguen siendo las benzodiazepinas los fármacos más utilizados en este campo.

Las benzodiazepinas 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. Debieran 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 benzodiazepinas 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. El uso de benzodiazepinas forma parte del tratamiento estándar de las desintoxicaciones de alcohol. Aquí su utilidad deriva no sólo de sus efectos sedativos, sino de su potencial anticonvulsivante que reduce riesgos conocidos de la deprivación alcohólica.

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. 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.

Antidepresivos

Todos los antidepresivos actúan incrementando la acción de diversas monoaminas en la hendidura sináptica. Bien sean la Serotonina, la Noradrenalina y, en ocasiones, la Dopamina. Las diversas formas en las que realizan esta acción sirven para clasificarlos. 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. Por otra parte la 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.

1. Inhibidores de recaptación de monoaminas

El neurotransmisor se acumula en la sinapsis una vez que el lugar de recaptación para el mismo es bloqueado. Sin embargo éste no es el único mecanismo de acción de estos productos, ya que tardaría varias semanas en ser completamente efectivo. Las neuronas son también sensibles a la concentración de monoaminas en la proximidad de sus terminales y son capaces de detectarlas mediante autoreceptores. Por consiguiente cuando la concentración del neurotransmisor se eleva pueden suspender el mecanismo de recaptación. Por otro lado estas drogas antagonizan diversos efectos de los receptores postsinápticos, incluyendo los de tipo Alfa y algunos de los 5HT.

En este grupo hay varios tipos de fármacos:

1.1. Antidepresivos tricíclicos, Venlafaxina y Duloxetina

Se trata de fármacos que inhiben la recaptación de varias monoaminas de forma no específica. Los tricíclicos más conocidos son la Imipramina, la Amitriptilina y la Clomipramina. Estos fármacos se usan en la actualidad mucho menos que en el pasado debido a que pueden causar importantes efectos de tipo anticolinérgico, antihistamínico y antiadrenérgico. Pueden provocar arritmias, hipotensión y retención urinaria. 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, sin embargo es importante controlar la tensión arterial cuando se use Venlafaxina. Resulta evidente que este grupo de sustancias, por su múltiple mecanismo de acción, resultan útiles en el tratamiento de las depresiones resistentes.

1.2. Inhibidores de recaptación de noradrenalina

Los fármacos más conocidos de este grupo son la Lofepramina y la Reboxetina. 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. Su perfil de efectos adversos es similar al de los ISRS.

1.3. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)

Los fármacos principales de este grupo son la Fluoxetina, la Paroxetina, la Sertralina y el Citalopram. De este último existe un enantiómero activo, el Escitalopram, posteriormente comercializado. Los principales efectos adversos derivados de la inhibición de recaptación de la serotonina son los siguientes: náuseas, que tienden a mejorar después de la primera semana de tratamiento, disfunción sexual e incremento transitorio de la ansiedad en los primeros días de uso.

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 a dosis medias de 150 mg/día sería una posible elección de segunda línea, si tras seis u ocho semanas de tratamiento no se produce la suficiente mejoría sintomática. En el trastorno de pánico y en la ansiedad generalizada es mejor iniciar el tratamiento con ISRS. El trastorno obsesivo-compulsivo sólo responde a fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina.

2. *IMAOs (Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa)*

Este grupo de sustancias consiguen elevar los niveles de neurotransmisor en la hendidura sináptica evitando su degradación enzimática. Existen dos formas de enzima MAO, la A y la B. Los IMAO clásicos como la Tranilcipromina, la Isocarboxacida y la Fenelzina se ligan de forma irreversible a las dos formas de la enzima, de tal manera que permanecen bloqueando la degradación de la misma tiempo después de haber logrado su efecto terapéutico. Esto supone que el retorno a la actividad normal requiere la síntesis de nuevo neurotransmisor y su transporte hasta la terminal sináptica, cosa que puede llevar hasta tres semanas, lo que conlleva importantes riesgos de interacción con otras drogas durante ese tiempo.

En la actualidad los IMAO no reversibles se utilizan muy poco debido a sus potentes efectos secundarios. Alguno de ellos, como agitación, convulsiones o hipomanía, derivan de una excesiva estimulación central. Pero, como provocan una inhibición irreversible tanto de la MAO A como de la B, potencian los efectos circulatorios de otras sustancias que incrementan la liberación de monoaminas en la periferia. Algunas de estas sustancias están muy extendidas en alimentos de uso común como quesos o vinos. El resultado final es una potenciación de los efectos simpático-miméticos de estas monoaminas con la producción de crisis hipertensivas que pueden llegar a ser graves. Por otro lado existen fármacos que se ligan de forma reversible a la MAO. La Moclobemida resulta mejor tolerada a causa de que no bloquea la MAO B, lo que determina que otras monoaminas compitan con la sustancia en el receptor MAO B y resulten así inactivadas.

3. *Otras drogas activas en receptores monoaminérgicos*

La Mirtazapina bloquea los autoreceptores noradrenérgicos ALFA2 pre-sinápticos. Estos receptores son sensibles a las concentraciones de norepinefrina en la hendidura sináptica. De esta forma ejercen un efecto inhibitorio de la recaptación de esta sustancia aumentando su concentración en la sinapsis. Esta mayor concentración parece que ejerce efectos estimuladores de las neuronas serotoninérgicas. Además este fármaco posee un efecto antagonista 5HT_{2C} que refuerza su efecto antidepressivo. 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.

La Trazodona posee un mecanismo de acción similar a los ISRS con algunas propiedades añadidas como antagonista 5HT₂. Se suele utilizar con ancianos, especialmente para conseguir mejorar el sueño, pero su eficacia antidepressiva está en duda. La Bupropiona es un agonista 5 HT_{1A}, que ejerce una acción ansiolítica, pero parece tener una cierta eficacia antidepressiva. Se usa en asociación con otras sustancias de una manera muy ocasional debido a que también hay dudas sobre su eficacia.

Tabla 4.18. *Reglas básicas para la prescripción (Goldberg, 2008)*

-
- 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
-

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.

1. Relajación

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 técnicas. Algunas de ellas 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 técnicas de relajación ejercita al paciente en habilidades útiles para modificar situaciones de estrés. Lo cual 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 estas técnicas resultan muy difíciles, debido a su temor de 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 (atención primaria u otros) pueden ponerlas en práctica de forma sistematizada.

2. 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 prácti-

cos 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. La técnica de resolución de problemas 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.

Tabla 4.19. *Técnica de resolución de problemas. Esquema básico*

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

3. *Entrevista motivacional*

Se trata de una técnica que permite una aproximación específica y que se ha demostrado efectiva para ayudar a los pacientes a introducir cambios en su conducta. Resulta especialmente útil, precisamente cuando son las conductas las que definen los principales rasgos patológicos del trastorno, como es el caso de las adicciones (alcohol y sustancias) o los trastornos alimentarios. El principal supuesto teórico de esta técnica reside en el hecho de que mucha gente aprende a entender lo que realmente piensa sobre su problema en la medida en que tiene la oportunidad de hablar y oír hablar a otros sobre el mismo. Dado por supuesto que el paciente se siente totalmente ambivalente sobre el problema que le lleva a consulta (quiere y no quiere resolverlo), tiende a responder de una manera opositora a cualquier forma de consejo que se le dirija. Como en el caso de la terapia de resolución de problemas, el terapeuta suministra información al paciente para que éste tome decisiones informadas, pero deja la decisión final en sus manos. De una manera paradójica, la propia ambivalen-

cia del paciente hace más probable el cambio en sus conductas cuando se utiliza esta aproximación que cuando se le administran consejos sobre lo que le conviene o no hacer.

Tabla 4.20. *Etapas de la entrevista motivacional*

-
1. Explorar la motivación al cambio
 - Construir una relación neutral
 - Hacer con el paciente una lista de problemas
 - Verificar que el problema conductual del paciente está en la lista
 - Si no lo está, hacerlo notar de una manera diplomática
 - Verificar si el paciente considera su conducta como un problema
 - Verificar si la consideran como problema otras personas

 2. Clarificar los puntos de vista del paciente sobre su problema
 - Hacer con él un balance de pros y contras
 - Empatizar sobre la dificultad de cambio
 - Reforzar situaciones indicadoras de deseo de cambio
 - No exponer nada que justifique por qué el paciente debe cambiar
 - Resumir con frecuencia la situación en que se encuentra la terapia
 - Discutir con el paciente las situaciones contradictorias

 3. Promover cambios
 - Si no hay deseo de cambio negociar cómo y cuándo revisar la cuestión
 - Informar sobre seguridad y riesgos de la conducta en cuestión
 - Explicar los resultados de cualquier examen o prueba realizados
 - Subrayar las consecuencias médicas, legales o sociales de la conducta
 - Explicar los resultados probables de cualquier intervención
 - Exponer posibles alternativas y otras elecciones posibles
 - Recoger las respuestas y reacciones del paciente
-

4. *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. Éste 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 sen-

timientos 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.

Tabla 4.21. *Elementos esenciales de la terapia de apoyo*

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

Frecuentemente hay que reasegurar a los pacientes en el sentido de informarles de que no padecen una enfermedad grave. 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 pacientes en los que este tipo de explicaciones fracasa y se inicia 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 nuestra profesión, como es el caso de las recomendaciones basadas en el abandono de conductas adictivas (fumadores, abuso de alcohol, consumidores de benzodiazepinas, etc.). Sin embargo deben evitarse consejos en los que se diga al paciente cómo debe dirigir su vida, incluso en el caso frecuente de que sea él mismo quien nos 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.

5. *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.

6. *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 psicoeducativos, en los que se suministra información a los pacientes sobre su trastorno y la manera adecuada de solucionarlo. 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. Por ejemplo, una determinada familia puede desempeñar un papel especialmente importante en el caso de adolescentes que padezcan trastornos alimentarios debido a que, en muchas ocasiones, el sistema de funcionamiento que tienden a adoptar sus miembros, especialmente los padres, contribuye –sin que nadie lo pretenda así– a reforzar el mantenimiento del

problema. 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 sería, 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.

Trastorno Depresivo: manejo clínico

En los siguientes apartados 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 y otros trastornos comunes podemos citar entre estos instrumentos al PRIME-MD, junto a algunos cuestionarios de criba, que han sido desarrollados para ser utilizados en contextos de atención primaria. En el nivel especializado la SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*) de Spitzer y otros (1990) utilizada con frecuencia en estudios e investigaciones de ámbito psiquiátrico y la MINI (*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*) (Lecrubier y otros, 1997; Sheehan y otros,

1997), algo más amistosa en cuanto a facilidad de uso en la clínica cotidiana y disponible en Internet (www.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 el grado de severidad del trastorno condiciona las alternativas de tratamiento. La psicoterapia resulta tan efectiva como la farmacoterapia en la depresión leve y moderada, sin embargo si la depresión es más grave el tratamiento combinado es el que ofrece los mejores resultados. Por otro lado empiezan a acumularse pruebas 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 recaptación de una sola monoamina) en el tratamiento de la depresión severa.

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 en la Tabla 4.22, deben ser examinados con mayor profundidad.

Tabla 4.22. *Algunos factores que indican riesgo de padecer Depresión Mayor*

-
- 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
-

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, como suele ser el caso en la mayor parte de las situaciones, dado que aún nos encontramos en una fase de exploración del riesgo y/o diagnóstico precoz. 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 conformar un posible diagnóstico de depresión.

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 segunda, 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 (es decir, el tiempo promedio habitual que vienen a durar en un caso estándar) se detallan en la Tabla 4.23.

Tabla 4.23. *Fases del tratamiento de la depresión*

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

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; 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 meta-análisis 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.

Diversos estudios sobre servicios de atención primaria han mostrado que, tras un diagnóstico de depresión, el promedio de consultas de seguimiento suele estar en torno a tres vistas médicas durante los seis primeros meses de tratamiento. Estas cifras resultan muy bajas y deben ser consideradas como impropias de un seguimiento eficaz ya que pueden condicionar de manera importante el resultado obtenido. Presenta especial importancia el poder monitorizar de forma más frecuente el estado del paciente durante las primeras semanas de tratamiento, que también suelen ser las de mayor riesgo de suicidio o daño autoinfligido. En este tiempo se debe comprobar la evolución inicial del caso además de la eficacia y seguridad del tratamiento. Las visitas de control pueden ser breves, pero se recomienda una frecuencia semanal durante las cuatro primeras semanas, que puede pasar a mensual hasta que se cumpla un mínimo de seis meses de tratamiento. Si se necesita un seguimiento posterior más mantenido las consultas pueden tener una frecuencia trimestral.

Trastorno Depresivo: Psicoterapia

Existen pruebas suficientes de la eficacia de algunas modalidades de psicoterapia en poblaciones definidas de pacientes con síntomas de depresión mayor. 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 ha 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. En la actuali-

dad los mayores problemas en este campo son dos. Primero, garantizar a los pacientes el acceso a técnicas psicoterapéuticas bien fundamentadas y con pruebas suficientes sobre su eficacia y, segundo, disponer de terapeutas bien cualificados y entrenados en número suficiente y allí donde sean necesarios. Ambos factores unidos condicionan todavía una oferta limitada de tratamientos efectivos (y también eficientes) para muchos pacientes que potencialmente se beneficiarían de ellos. Esta situación es particularmente grave en la oferta disponible en los sistemas sanitarios públicos, incluso en los países más avanzados, que a pesar de incluir las 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.

Se plantea la cuestión práctica 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.

Otro aspecto de interés, cara a la eficacia de los tratamientos, se centra en el uso combinado de farmacoterapia y psicoterapia. La mayor parte de los estudios actualmente disponibles se centran en pacientes con Depresión Mayor de intensidad leve o moderada. Hay pocos estudios sobre eficacia de las psicoterapias en Depresión Mayor de intensidad severa o más grave. La conclusión general de los ensayos clínicos y meta-análisis a día de hoy disponibles es que las psicoterapias estudiadas son, al menos, tan efectivas como la farmacoterapia. Se dispone de mayor evidencia en esta línea sobre los casos de intensidad leve o moderada. En la depresión grave hay un meta-análisis publicado que ha encontrado una eficacia similar entre la Terapia Cognitiva y la Paroxetina, aunque esta última mostró tasas de respuesta y remisión de síntomas un poco mejores. Todo ello implica que la mayor parte de los clínicos recomienden tratamientos combinados de farmacoterapia y psicoterapia tanto en la depresión grave como en las de carácter comórbido o crónico.

Tabla 4.24. *Terapia para la Resolución de problemas*

-
- Principios Conceptuales:
 - Identificación de problemas
 - Desarrollo de habilidades para resolverlos
 - Duración: Entre 4 y 6 sesiones
-

En la Terapia para la Resolución de problemas las sesiones son de una duración entre 20 y 30 minutos cada una. Se trata de una técnica empaquetada 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.

Tabla 4.25. *Terapia Cognitiva*

-
- Principios Conceptuales:
 - Identificar patrones de pensamiento negativo y actitudes relacionadas
 - Retar creencias falsas
 - Sustituirlas por pensamientos más racionales
 - Duración: Entre 12 y 16 sesiones
-

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.

Tabla 4.26. *Terapia Conductual*

-
- Principios Conceptuales:
 - Identificar patrones de conducta desadaptativos
 - Reforzar conductas de afrontamiento más positivas
 - Practicar entrenamiento en habilidades sociales
 - Duración: Entre 8 y 12 sesiones
-

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 significativos 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.

Tabla 4.27. *Terapia Interpersonal*

-
- 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
-

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.

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. 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, nido vacío, divorcio)
- Aislamiento social

Trastorno Depresivo: casos especiales

1. *Depresión resistente*

Aproximadamente, una tercera parte de los pacientes no responde a los tratamientos antidepressivos 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.

El concepto de depresión resistente se utiliza para describir una limitada respuesta tras varios tratamientos antidepressivos, 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 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 Tabla 4.28.

Tabla 4.28. *Evaluación de pacientes con depresión resistente al tratamiento*

-
- Reevaluar el diagnóstico. Especialmente la presencia de síntomas o antecedentes de hipomanía, psicosis o distimia primaria
 - 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
-

Aunque como hemos dicho existe una limitada evidencia sobre la eficacia de las diversas estrategias posibles, una cuidadosa aproximación a partir de los datos disponibles puede ayudar a mejorar los resultados. En el caso de las estrategias farmacológicas, que son las mejor documentadas, la Tabla 4.29 proporciona alguna información de interés.

Tabla 4.29. *Estrategias farmacológicas para la depresión resistente (Lam, Mok, 2008)*

Estrategia	Medicación	Nivel de evidencia
1. Cambio	– Dentro del mismo grupo (ISRS) – A otro grupo farmacológico	– Grado 2 – Grado 2
2. Asociación	– Litio – Triyodotironina – Antipsicóticos atípicos – Buspirona – Psicoestimulantes	– Grado 1 – Grado 1 – Grado 1 – Grado 2 – Grado 3
3. Combinación	– ISRS+Mirtazapina – ISRS/ISRN+ Bupropion – ISRS+Moclobemida	– Grado 1 – Grado 2 – Grado 3

Grado 1: Varios ensayos clínicos controlados o meta-análisis
 Grado 2: Al menos un ensayo clínico controlado
 Grado 3: Estudios abiertos o no controlados
 Grado 4: Opinión de expertos

2. *Pacientes ancianos y enfermos médicos*

Existen muchas similitudes en el manejo de la depresión en pacientes ancianos y en personas con enfermedad médica. 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 antidepressivos requiere consideraciones sobre la seguridad de los mismos, teniendo en cuenta sus efectos adversos y posibles interacciones. En la Tabla 4.30 se dan algunas normas elementales de manejo.

Tabla 4.30. *Pautas de manejo en ancianos y enfermos médicos (Lam, Mok, 2008)*

-
- Evitar antidepresivos que puedan interaccionar con la enfermedad del paciente (por ejemplo que puedan provocar arritmia o hipotensión en pacientes cardíacos)
 - Evitar antidepresivos que puedan empeorar los síntomas del paciente (por ejemplo venlafaxina en hipertensión o mirtazapina en diabetes)
 - Evitar antidepresivos que puedan interactuar con otros medicamentos que debe tomar el paciente (por ejemplo fluvoxamina con warfarina)
 - Evaluar los potenciales cambios farmacocinéticos derivados de la edad del paciente o las enfermedades que padece
 - Iniciar tratamiento a dosis bajas, aumentar dosis lentamente y una vez alcanzado el efecto deseado mantener durante tiempo
-

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 método 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.

3. *Embarazo y lactancia*

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.

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 (la discontinuación) 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. Diversos meta-análisis han mostrado que el riesgo de teratogé- nidad con fluoxetina, sertralina, citalopram y escitalopram no supera un 1-3%, proporción que es similar al riesgo base. Sin embargo la exposición a paroxetina durante el primer trimestre, particularmente si es a dosis altas, está asociada a un cierto incremento de riesgo de malformaciones cardíacas.

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) con presencia de síntomas tales como inquietud, temblor, agitación, hipertonia muscular y distrés respiratorio leve. La causa de estos síntomas no está clara, pero podrían estar relacionados con un sín- drome de discontinuación. 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 pro- porción variable. Las cantidades detectadas a las dosis habitualmente uti- lizadas, especialmente con los ISRS, son muy bajas y no parecen presen- tar 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 indivi- dual.

Por otra parte hay evidencia suficiente de que los tratamientos psico- terapéuticos más 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 per- sonas que los necesitan y en el momento oportuno.

4. *Niños y adolescentes*

En fechas recientes 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 tam- bién síntomas propios de un episodio depresivo grave. La cuestión se complica debido a que existen muchos menos ensayos clínicos que estu- dien esta población comparado con lo que ocurre en el caso de los adul- tos. 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 severidad leve o moderada, 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 antidepressivos tricíclicos en el tratamiento de jóvenes con depresión. Respecto a los antidepressivos 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 de ansiedad, con un NNT (Número Necesario de Tratar) de 10, lo que significa que, en promedio, hay que realizar diez tratamientos para obtener un caso de éxito. Por otro lado, el riesgo de suicidio asociado al uso de antidepressivos es pequeño, aunque estadísticamente significativo. Se han de tratar 112 pacientes para que aparezca un caso de riesgo relevante.

En resumen, los nuevos antidepressivos 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. 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.

Tabla 4.31. *Recomendaciones para el tratamiento de niños y adolescentes con Depresión Mayor (Lam, Mok, 2008)*

-
- Si el trastorno depresivo es de intensidad leve o moderada utilizar psicoterapia (preferentemente cognitivo-conductual o interpersonal)
 - Si el trastorno es de intensidad severa el tratamiento de primera elección es la fluoxetina debido a su perfil de eficacia y seguridad. Puede utilizarse combinada con psicoterapia con el fin de reducir riesgos y aumentar efectividad
 - Otros antidepressivos como Citalopram y Sertralina deben ser considerados de segunda línea y sólo deben utilizarse en casos de especial gravedad sintomática, cronicidad, comorbilidad o cuando los tratamientos psicosociales no puedan ser desplegados
 - Un último grupo de fármacos como la mirtazapina, el bupropión y la agomelatina se sitúan en tercera línea, debido a que existe una evidencia limitada sobre su eficacia y seguridad
 - Deben evitarse los tricíclicos, la paroxetina, la venlafaxina, y la duloxetina debido a la falta de pruebas sobre su eficacia y al mayor riesgo de suicidio asociado
 - Monitorizar con frecuencia la eficacia y seguridad (especialmente el riesgo suicida) del tratamiento sobre todo en la primera fase del mismo
 - Evaluar con el paciente y su familia los posibles síntomas de riesgo que puedan haber aparecido con anterioridad al tratamiento
-

El trabajo como factor de estrés

En contextos asistenciales ambulatorios, tanto de atención primaria como de salud mental, resultan especialmente frecuentes las demandas relacionadas con problemas laborales a los que se asocian síntomas psicológicos y funcionales diversos, tales como estrés, ansiedad, depresión, consumo de sustancias, síntomas médicos no explicados, disfunción socio-familiar, etc. La problemática asociada a las bajas médicas de causa psiquiátrica es de creciente interés e importancia, al menos en todo el mundo desarrollado. Sabemos que la depresión constituye en la actualidad uno de los principales diagnósticos asociados a baja médica. Su importancia no ha hecho más que crecer en las últimas décadas y, según los datos disponibles, lo va a hacer aún más en los próximos años, tanto en los países desarrollados como en los emergentes o, incluso, en los claramente empobrecidos. Diversos estudios realizados en países o regiones pobres de África y Asia han confirmado estos hallazgos.

En fechas recientes algunos autores han estudiado en profundidad la cuestión. En un trabajo sobre bajas médicas prolongadas (Nygren, 2002) se encontró que más del 80% de la muestra estudiada cumplía criterios DSM-IV de trastorno. Había una tasa muy baja de Trastornos de Personalidad, sin embargo predominaban los síntomas físicos funcionales, sin que se evidenciaran alteraciones orgánicas subyacentes. El dolor lumbar fue el síntoma más frecuente y el 50% de la muestra padecía un problema que se encontraba relacionado con factores exógenos al sujeto. Estos hallazgos dan una idea de la mezcla heterogénea de síntomas que suelen presentar estos casos.

El problema reside en que, en muchas ocasiones, no es fácil considerar si el paciente que se nos presenta en consulta tiene un trastorno psiquiátrico o no. El componente administrativo asociado a este tipo de demandas en las que se nos exige dirimir de una forma relativamente rápida si la baja es o no pertinente, añade un elemento de dificultad y puede crear algún problema en las relaciones entre los equipos de atención primaria y los de salud mental. El asunto reside en que, en ocasiones, no está claro quién debe responsabilizarse de la baja y el posible tratamiento del paciente. En nuestro país es el médico de familia quien debe tramitar los partes de baja para la Seguridad Social, pero en sus decisiones se supone que debe estar apoyado por otros especialistas, como son los psiquiatras en el caso que nos ocupa. Sin embargo muchos psiquiatras no se sienten cómodos ante este tipo de problemas, que tienden a considerar fuera de su jurisdicción, quizá debido a que se les pide que cumplan un mero papel de asesores y a que no tienen el criterio definitivo sobre la baja del paciente, o bien se les consulta sobre ésta una vez tramitada. De cualquier manera se trata de un asunto que requiere alguna preparación, buenas dosis de sentido común y una adecuada cooperación entre servicios, dado que no parece nada probable que desaparezca de nuestro horizonte en un plazo previsible.

El constructo conceptual conocido como *Síndrome del Quemado* (*Burn-out* en su acepción inglesa) resulta central a este asunto. Curiosamente, y a pesar de no constituir un diagnóstico psiquiátrico reconocido en los actuales manuales, ha sido utilizado en bastantes estudios que se interesaban por el clima laboral en ámbitos sanitarios, incluidos los psiquiátricos. En la Tabla 4.32 proporcionamos una caracterización del mismo a modo de ilustración.

Tabla 4.32. *Principales componentes del Burn-out (Síndrome del quemado)*

1.	Componente Afectivo: <ul style="list-style-type: none"> – Síntomas ansiosos y depresivos – Agotamiento emocional – Insensibilidad ante los estímulos – Baja autoestima
<hr/>	
2.	Componente Físico <ul style="list-style-type: none"> – Algias somáticas inespecíficas, insomnio, fatiga
<hr/>	
3.	Componente Cognitivo <ul style="list-style-type: none"> – Dificultades de concentración – Distractibilidad
<hr/>	
4.	Componente Social <ul style="list-style-type: none"> – Aislamiento del entorno de relaciones, irritabilidad
<hr/>	
5.	Componente Laboral <ul style="list-style-type: none"> – Ineficacia, desmotivación, menor rendimiento

Finalmente incluimos en la Tabla 4.33 algunos elementos mínimos que pueden facilitar el manejo en consultas de este tipo de casos.

Tabla 4.33. *Trastornos asociados a problemas laborales. Manejo en consultas*

<ul style="list-style-type: none"> – Realizar una historia clínica detallada y completa: bio-psico-social – Incluir siempre información familiar, laboral y sobre hábitos del paciente – Prestar atención a problemas derivados de la turbiedad – Atención a características del sujeto (rasgos de carácter, estilo afrontamiento) – Controlar una elemental higiene del sueño – Prudencia con medicaciones (especialmente benzodiazepinas) – Preferir Hipnóticos no benzodiazepínicos o Antidepresivos – Gestionar con cuidado las bajas – Negociar con pacientes difíciles – Coordinar actuaciones y decisiones con otros servicios implicados – Asumir nuestras limitaciones y consultar si dudas

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Beck, A. T., y otros, *Cognitive Therapy of Depression*, Nueva York, Guilford Press, 1979.
- (2) Beliles, K.; Stoudemire, A., «Psychopharmacologic Treatment of Depression in the Medically Ill», *Psychosomatics*, 1998, 39: S2-S19.
- (3) Bridge, J. A., y otros, «Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ydeation and Suicide Attempts in Paediatric Antidepressant Treatment: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials», *JAMA*, 2007, 297: 1.683-96.
- (4) De Rubeis, R. J., y otros, «Cognitive Therapy vs Medication in the Treatment of Moderate to Severe Depression», *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005, 62: 409-16.
- (5) Dimidjian, S., y otros, «Randomized Trial of Behavioural Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults with Major Depression», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2006, 74: 658-70.
- (6) Einarson, T. R.; Einarson, A., «Newer Antidepressants in Pregnancy and Rates of Major Malformations: a Meta-Analysis of Prospective Comparative Studies», *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2005, 14: 823-27.
- (7) Evans, D. L., y otros, «Mood Disorders in the Medically Ill: Scientific Review and Recommendations», *Biol. Psychiatry*, 200, 58: 175-89.
- (8) Fava, M., «Diagnosis and Definition of Treatment Resistant Depression», *Biol. Psychiatry*, 2003, 53: 649-59.
- (9) Goldberg, D.; Gask, L.; Morris, R., *Psychiatry in Medical Practice*, 3.^a ed., Sussex, Routledge, 2008.
- (10) Hollon, S. D., y otros, «Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medication in Moderate to Severe Depression», *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005, 62: 417-22.
- (11) Hollon, S. D., y otros, «Psychotherapy and Medication in the Treatment of Adult and Geriatric Depression: which Monotherapy or Combined Treatment?», *Clin. Psychiatry*, 2005, 66: 455-68.
- (12) Klerman, G. L., y otros, *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Nueva York, Basic Books, 1984.
- (13) Lecrubier, Y., y otros, *The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. European Psychiatry*, 1997, 12: 224-231.
- (14) Lam, R. W.; Kennedy, S. H., «Prescribing Antidepressants for Depression in 2005: Recent Concerns and Recommendations», *Can J. Psychiatry*, 2005, 49 (insert):1-6.
- (15) Lam, R.W.; Mok, H., *Depression*, Oxford University Press, 2008.
- (16) Malouff, J. M.; Thorsteinsson, E. B.; Schutte, N. S., «The Efficacy of Problem Solving Therapy in Reducing Mental and Physical Health Problems a Meta-analysis», *Clin. Psychol. Rev.*, 2007, 27: 46-57.
- (17) McCullough, J. P., *Treatment of Chronic Depression (CBASP)*, Nueva York, Guilford Press, 2000.
- (18) Mynor-Wallis, L., *Problem-Solving Treatment for Anxiety and Depression*, Oxford University Press, 2005.
- (19) Nulman, I.; Rovet, J.; Stewart, D. E., y otros, «Child Development Following Exposure to Tricyclic Antidepressants or Fluoxetine throughout Foetal Life: a Prospective Controlled Study», *Am. J. Psychiatry*, 2002, 159: 1.889-95.
- (20) Nygren, A., «Job Stress-Related Depression, a Swedish Epidemic», 11th AEP Congress, Estocolmo, mayo 2002.
- (21) Pacheco, L.; Medrano, J. (eds.), *Psicofarmacología aplicada en atención primaria*, Barcelona, Glosa, 2007.

- (22) Retolaza, A., *El médico de familia y el manejo de la depresión*, Monografías de Psiquiatría, 1997, 9: 45-52.
- (23) Revuelta, A., y otros, «Aproximación al problema del estrés laboral», *Atención Primaria y Salud Mental*, 2004, 7 (4): 165-173.
- (24) Salazar, M.; Peralta, C.; Pastor J., *Manual de Psicofarmacología*, Madrid, Médica Panamericana, 2005.
- (25) Schatzberg, A. F.; Nemeroff, C. B., *Tratado de Psicofarmacología*, 3.^a ed., Barcelona, Masson, 2006.
- (26) Segal, Z.V.; Kennedy, S. H.; Cohen, N. L., «Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. V. Combining Psychotherapy and Pharmacotherapy», *Can. J. Psychiatry*, 2001, 46 (supl. 1): 59S-62S.
- (27) Segal, Z. V.; Whitney, D. K.; Lam, R. W., «Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. III. Psychotherapy», *Can J. Psychiatry*, 2001, 46 (supl. 1): 29-37.
- (28) Sheehan, D. V., y otros, «Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P», *European Psychiatry*, 1997, 12: 232-241.
- (29) Souery, D.; Papakostas, G. J.; Trivedi, M. H., «Treatment-resistant Depression», *J. Clin. Psychiatry*, 2006, 67 (supl. 6): 16-22.
- (30) Spitzer, R. L., y otros, *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Patient Edition (SCID-P, Version 1.0)*, Washington, American Psychiatric Press, 1990.
- (31) Stewart, D. E., «Antidepressants During Pregnancy and Lactation», *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 2000, 15 (supl. 3): 19-24.
- (32) Thornicroft, G.; Tansella, M., *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*, Cambridge U. P., 1999. Trad.: *La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios*, Madrid, Triacastela, 2005.
- (33) Thorpe, L., y otros, «Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. VI. Special Populations», *Can. J. Psychiatry*, 2001, 46 (supl. 1): 63-78.
- (34) Vasa, R. A.; Carlino, A. R.; Pine, D. S., «Pharmacotherapy of Depressed Children and Adolescents: Current Issues and Potential Directions», *Biol. Psychiatry*, 2006, 59: 1.021-28.
- (35) Way, C. M., «Safety of Newer Antidepressants in Pregnancy», *Pharmacotherapy*, 2007, 27: 546-52.
- (36) Weissman, M. M.; Markowitz, J. C.; Klerman, G. L., *A Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 2000.

IX MODELOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y SUS LIMITACIONES

Iván de la Mata Ruiz

La demanda de atención y tratamiento del conjunto heterogéneo de trastornos de ansiedad, depresiones, somatizaciones, problemas emocionales, relacionales, sufrimientos personales, etc., que incluimos bajo el concepto de trastornos mentales comunes, no es un fenómeno nuevo en contra de lo que pueda parecer, sino que acompaña desde sus inicios al desarrollo de los sistemas de atención sanitaria universales de los países industrializados (Mata Ruiz, Ortiz Lobo, 2006; Callahan, Berrios, 2005). Si bien en todas las culturas y desde todos los tiempos la utilización de distintas sustancias con fines curativos para dolencias espirituales o del alma es un hecho constatable, su utilización a gran escala por la cultura occidental tiene su punto de arranque con la producción de medicamentos o remedios de forma masiva por la industria química a finales del siglo XIX (Healy, 2002). El uso de sustancias, que ahora denominaríamos psicofármacos, como tratamiento principal de los problemas emocionales está por tanto a la orden del día ya desde mediados del siglo XX, bien sea a través de la prescripción de los médicos generalistas bien sea en forma de automedicación. La falta de registros sobre la actividad asistencial y sobre las prescripciones de las décadas previas a la llamada revolución psicofarmacológica de finales de los cincuenta impiden comparar en términos cuantitativos la evolución de las demandas de estos problemas en atención primaria y la cantidad de psicofármacos prescritos, pero los estudios historiográficos realizados (Callahan y Berrios, 2005; Healy, 1997; Moncrieff, 1999) en países como Gran Bretaña o Estados Unidos muestran datos de cómo en una proporción similar a la actual en las consultas de atención primaria se atendían problemas de tipo emocional y cómo el uso de psicofármacos junto al apoyo informal era la forma de tratamiento más común. El desigual desarrollo de los sistemas sanitarios también impiden comparaciones entre distintos países, pero algunos trabajos realizados a finales de los setenta y principios de los ochenta en España parecen apuntar en el mismo sentido (Rendueles, 1982).

Queda claro, pues, que la utilización de los psicofármacos de forma masiva para el tratamiento de los trastornos mentales comunes es una práctica cultural que tiene en Occidente más de medio siglo de arraigo. Lo que nos interesa comprender y analizar (este es el objetivo de este capítulo

lo de la ponencia), es el cambio conceptual que se da a partir de los años ochenta en la forma de considerar los trastornos mentales comunes y la acción y papel de los psicofármacos. La tesis que se sigue es cómo este cambio de modelo depende más de un conjunto de factores como valores sociales y culturales, fuerzas económicas, normativas sobre los medicamentos y diseño de los sistemas de atención que de nuevos conocimientos científicos. En esencia se pasa de considerar la acción de los psicofármacos desde un modelo de tratamiento sintomático e inespecífico guiado por las propiedades intrínsecas de los fármacos (sedación, estimulación, energetizantes, etc.) a considerar su mecanismo desde un modelo de tratamiento centrado en la enfermedad, en el que los fármacos actúan específicamente corrigiendo desequilibrios bioquímicos específicos de cada trastorno (Callahan Berrios, 2005; Moncrieff, 2008). El paradigma de este cambio es el discurso sobre la depresión que se empieza a construir en los años ochenta, que se introduce y se desarrolla en los sistemas de atención a lo largo de los años noventa y cuyos límites y consecuencias se empiezan a evaluar a finales de esa década y en la actual.

El tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comunes antes de los ochenta

A partir de los años cincuenta se empieza a constatar cómo los trastornos emocionales suponen una sustancial carga y demanda en las consultas de los médicos generales, muchas veces no detectada, en los países en que se empezaron a reformar los sistemas de atención primaria. También empiezan a realizarse los primeros estudios en la comunidad que señalan la existencia de un reservorio de «enfermedad» oculto que no llega a consultar (Callahan y Berrios, 2005). Es decir que el debate entre las necesidades percibidas, las necesidades reales y las conductas de búsqueda de ayuda ya estaba presente en estas décadas. De acuerdo a las prácticas nosológicas de la época, en la que no existían los consensos internacionales que actualmente se han impuesto, los médicos generales etiquetaban estos problemas emocionales con gran variabilidad bajo conceptos como «nervios», «psiconeurosis», «neurastenia», «estrés», etc. Este tipo de etiquetas remitían a un modelo de enfermedad en el que los trastornos emocionales no eran considerados como trastornos mentales en sentido estricto. Era un modelo más cercano a una respuesta inespecífica del sistema nervioso a distintos factores psicosociales y no tanto una enfermedad (específica) del cerebro. La respuesta de los médicos a estos trastornos era en primer lugar buscar enfermedades médicas y una vez descartadas utilizaban en general distintos fármacos, que eran entendidos como tratamientos sintomáticos e inespecíficos, y alguna forma de consejo informal. De otra manera, si el arsenal terapéutico existente estaba con-

siderado como meramente sintomático e inespecífico tampoco el diagnóstico preciso tenía una utilidad importante. Por otro lado los pacientes cuando consultaban estos problemas tenían la expectativa de recibir este tipo de tratamientos (Callahan y Berrios, 2005). Estos datos revelan cómo los modelos de pensar las enfermedades son prácticas culturales compartidas por los médicos y los pacientes.

La secuencia que se va dando a lo largo del siglo XX es la introducción en el mercado de nuevos grupos farmacológicos con distintas propiedades para el tratamiento de los «nervios», cada uno de los cuales pretendía sustituir al anterior grupo argumentando mayor eficacia, mayor seguridad y menos capacidad de inducir dependencia. Así los opiodes y bromidas se van sustituyendo por los barbitúricos, meprobamato, benzodiazepinas y a partir de la década de los noventa los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Las características de esta prescripción hasta que se produce el cambio de paradigma en las décadas a finales de los sesenta, tras la llamada revolución psicofarmacológica, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- El modelo bajo el que se prescribían era un modelo centrado en las propiedades del fármaco poco elaborado teóricamente: se buscaba sedación, inducción del sueño, estimulación, efectos tónicos, efecto antiemético, etc. La idea de prescribir un fármaco específico para una enfermedad específica no estaba a la orden del día en los consultorios de atención primaria hasta finales de los setenta. No se esperaba la curación sino el alivio sintomático y muchas veces eran utilizados como placebos.
- Se tenían escasos conocimientos sobre el mecanismo de acción bioquímico de los fármacos y por supuesto se carecían de hipótesis sobre las bases biológicas de los trastornos mentales comunes.
- Los trastornos mentales comunes eran etiquetados de una forma inespecífica no existiendo una nosología categorial que separara entidades clínicas específicas y delimitadas como pueden ser actualmente la depresión mayor o los trastornos de pánico.
- La introducción y difusión del conocimiento de los fármacos que se introducían en el mercado para los «nervios» y que rápidamente eran utilizados por los médicos generales estaba liderado por los departamentos de marketing de la industria farmacéutica y no por la «Academia Psiquiátrica» ni por los líderes de la atención primaria. Tampoco existía un marco regulatorio estricto sobre la investigación, comercialización y seguimiento de los medicamentos tal como lo conocemos actualmente.
- La «Academia Psiquiátrica», pese a la generalización de su uso, no consideraba importante la medicación para el tratamiento de los trastornos mentales comunes y coincidían con los médicos generales en

su valor sintomático, aunque existía preocupación sobre el excesivo uso de las medicaciones psicoactivas entre la población. Los líderes de la psiquiatría en estos años consideraban los trastornos mentales comunes, bien como el producto de conflictos psicológicos para lo que recomendaban psicoterapia, bien como derivados de factores sociales para lo que era necesario un cambio en las condiciones de vida de los ciudadanos que previniera su aparición. La psicoterapia propugnada (básicamente de orientación dinámica) era una tecnología difícilmente asumible por los médicos generales por falta de formación y tiempo para aplicarla. Salvo excepciones (por ejemplo Balint) los psiquiatras no desarrollaron intervenciones psicoterapéuticas aplicables de forma generalizada en atención primaria.

- La utilización de tranquilizantes menores, primero el meprobamato y luego las benzodiacepinas, para el tratamiento de los síntomas emocionales leves o moderados se popularizó de tal manera desde finales de los años cincuenta entre la población occidental que en 1970 el Valium se convirtió en la medicación más prescrita en el mundo. Tanto el meprobamato como las benzodiacepinas se convirtieron en un fenómeno cultural en Occidente, sobre todo en los países anglosajones. Los tranquilizantes menores pasaron a ser una tecnología aceptable socialmente para el alivio del sufrimiento del día a día. Por ejemplo el meprobamato, comercializado en EE. UU. bajo el nombre de Miltown, era conocido en ese país como «the penicillin for the blues»; relajarse se denominaba popularmente como miltownizarse; mezclar un Bloody Mary con el fármaco era conocido como el Miltown Cocktail. Las benzodiacepinas, que sucedieron rápidamente al Miltown, concentrando todo el mercado de los tranquilizantes menores se conocían como «the mother's little helper» lo que ya apunta a cómo la condición femenina es estereotipada en beneficio del mercado.
- La crítica social e intelectual a los psicofármacos antes de los setenta estaba centrada más en el potencial de los psicofármacos como forma de control social que sobre los problemas de dependencia. El contexto cultural e intelectual de los años sesenta resaltaba el peligro de inducir una conformidad social farmacológica, un nuevo opio para las masas como anteriormente las organizaciones obreras habían considerado al alcohol.

Los antecedentes del modelo actual de tratamiento

El arquetipo de la «bala mágica o bala de plata» (*magic bullet*) que describió Paul Elrich a principios del siglo XX refiriéndose al tipo ideal de acción que debería tener un fármaco (actuar de forma específica sobre el agente patógeno o invasor respetando la integridad del huésped), y que

de alguna manera materializó la Penicilina, ha presidido la investigación farmacológica de la medicina en su conjunto. En psiquiatría la idea de la cura específica tiene una larga tradición previa incluso a la aparición de los modernos psicofármacos inaugurada con la malarioterapia de Wagner-Jauregg. A partir de los años cuarenta esta idea tomó nuevo impulso con el desarrollo de dos técnicas específicas para las dos enfermedades psiquiátricas por excelencia: la cura de Sakel para la esquizofrenia y la terapia electroconvulsiva para la psicosis maniaco-depresiva (Moncrieff, 1999). Sin embargo este paradigma solo llegó a consolidarse como dominante con la llamada segunda revolución biológica o segunda medicalización de la psiquiatría que siguió al hito fundacional del descubrimiento de las propiedades de la Clorpromacina sobre los síntomas psicóticos a mediados de los años cincuenta (Shorther, 1997). A esto siguió la utilización de la imipramina por Roland Khun para las llamadas por entonces depresiones melancólicas, la utilización de las propiedades euforizantes de la iproniacida por Kline y el fin del debate sobre la eficacia del litio, de tal manera que en menos de una década ya se tenían tratamientos específicos para las enfermedades mentales consideradas endógenas. Al principio, pese a su perfil de cierta especificidad de respuesta para cada una de las enfermedades, estos fármacos se seguían clasificando en función de sus propiedades psicoactivas (neurolépticos o tranquilizantes mayores, timolépticos, energizantes psíquicos, tranquilizantes menores, sedantes, etc.). Paralelamente a la observación de los efectos psicoactivos de estas nuevas medicaciones se empezaron a descubrir los sistemas de neurotransmisión y a relacionarlos con determinadas conductas en modelos animales. La confirmación de que estos nuevos medicamentos actuaban sobre estos sistemas de neurotransmisión llevo a desarrollar las primeras hipótesis monoaminérgicas sobre los trastornos mentales. Estas hipótesis, de manera simplificada, presumían que, si un fármaco actuaba sobre un determinado sistema de neurotransmisión y mejoraban selectivamente los síntomas de una determinada enfermedad, la causa biológica de esa enfermedad se debía a una alteración o desequilibrio en ese sistema. De esta manera los psicofármacos se convertían en tratamientos «curativos», en el sentido de que actuaban sobre la fisiopatología de los trastornos mentales (o de los síntomas) de forma específica, a modo de la «bala mágica» de Paul Ehrlich. Este modelo de entender el mecanismo de acción de los psicofármacos, que se ha denominado el *modelo de acción centrado en la enfermedad*, ha sido el que ha ido dominando el discurso de la psicofarmacología y la psiquiatría desde los años sesenta (Moncrieff 2008). El modelo tiene dos variantes. La primera considera que el psicofármaco corregiría la causa subyacente de la enfermedad y en ese sentido serían fármacos «antiesquizofrénicos» o «antidepresivos» en un sentido amplio, cuya analogía sería el paradigma de acción de la insulina. La segunda, más reciente y refinada, consideraría que los fármacos actuarían en la fisiopa-

tología de determinados síntomas pero no en la causa final de la enfermedad (Hyman, 1996; Kapur, 2003) y cuya analogía sería el mecanismo de acción de los analgésicos o antiinflamatorios. La traducción coloquial o popular del concepto es la idea de que existe un «desequilibrio» neuroquímico (falta de serotonina, exceso de dopamina) que necesita ser corregido mediante un medicamento.

La validez de este modelo ha sido ampliamente cuestionada incluso dentro de psicofarmacólogos defensores del paradigma biológico (Moncrieff, 2005; Healy, 2002) y es evidente que muchos psiquiatras no se mostrarían de acuerdo con esta simplificación. Pero no es menos evidente que se ha convertido en una poderosa metáfora que ha guiado la investigación, la prescripción, los modelos explicativos que reciben los pacientes y la promoción de las compañías farmacéuticas (Healy, 2002; Leo, 2005). Lo que nos interesa para la tesis de este trabajo no es tanto la validez del modelo sino los efectos discursivos de su retórica sobre las prácticas de los médicos y sobre el concepto social de la enfermedad mental. Este modelo no está articulado explícitamente ni abarca a la totalidad de los psicofármacos (por ejemplo los estimulantes para la hiperactividad no se adaptan a él), pero su existencia y dominio se puede inferir de muchas maneras. Por ejemplo la nomenclatura de los psicofármacos pasa a adecuarse a este presupuesto: así se empieza a hablar de antipsicóticos, antimaníacos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, hipnóticos, ansiolíticos, etc., sugiriendo que cada uno de ellos actúa corrigiendo la base patológica de la condición que tratan y así aparecen clasificados en la mayoría de los manuales de psicofarmacología, al menos hasta recientemente.

No obstante, durante los años sesenta y setenta, en el pensamiento de la mayoría de los investigadores y psiquiatras clínicos las nuevas ideas surgidas del desarrollo de la psicofarmacología, tanto las hipótesis biológicas como la especificidad de respuesta de los psicofármacos, tenían como objeto exclusivo de aplicación las enfermedades mentales más graves y tradicionales, como la psicosis maniaco-depresiva o la esquizofrenia, consideradas enfermedades poco prevalentes y de naturaleza endógena. Incluso algunos historiadores (Healy, 1997) defienden que las compañías farmacéuticas no estaban muy interesadas en el desarrollo de moléculas como la imipramina ya que no veían que existiera un suficiente mercado para la depresión. En general durante los años sesenta y setenta la «academia psiquiátrica» entendía los trastornos mentales comunes fuera del modelo biomédico y el papel de los nuevos psicofármacos específicos no se consideraba que aportaran mayor eficacia que, por ejemplo, las benzodiazepinas. No había por tanto una expectativa de un uso generalizado de los nuevos fármacos en atención primaria. El papel de los primeros antidepresivos para el tratamiento de los trastornos emocionales más comunes no era recomendado por los expertos, ya que se consideraban reacciones inespecíficas, inherentes a la condición humana y muchas veces autolimitadas (véase en

Callahan y Berrios, 2008, las recomendaciones que hacían los expertos en estos años). No obstante, en 1961, la compañía Merck que había lanzado la amitriptilina se aventuró a buscar ese mercado y lo hizo con una novedosa estrategia, que luego será la que repetidamente utilizará la industria farmacéutica: en lugar de vender las bondades del fármaco vendió la enfermedad, la idea de la depresión, distribuyendo en todo el mundo a los médicos el libro del psiquiatra Frank Ayd *Recognizing the Depressed Patient*. Esta estrategia hizo que la amitriptilina fuera el primer antidepresivo en conseguir importantes ventas y que la industria farmacéutica se fijara en la depresión como un sustancial mercado. Ya tenían la semilla, solo necesitaban un campo adecuadamente abonado.

A partir de los años ochenta, sin embargo, el paradigma biomédico y el modelo de acción centrado en la enfermedad traspasa los límites de las enfermedades mentales tradicionales en sentido estricto para colonizar el campo de los llamados trastornos mentales comunes. El prototipo de este salto cualitativo es la historia de la construcción del modelo biomédico de la depresión dominante en las últimas dos décadas. De ser una condición extremadamente infrecuente en los años sesenta pasa a ser una de las enfermedades más prevalentes a finales de siglo (Healy, 1997). Las viejas etiquetas bajo las cuales se clasificaban los problemas emocionales pierden fuerza a favor de este diagnóstico, que entendido como una enfermedad médica más, pasa a ocupar un lugar preeminente en cómo los pacientes y médicos definen el sufrimiento. Las discusiones acerca de la naturaleza diferencial de distintos tipos de depresión quedan relegadas a ámbitos académicos, mientras se impone un modelo continuista en esta enfermedad en que las distintas presentaciones son solo expresiones fenotípicas de distinta gravedad de un mismo trastorno, con una base fisiopatológica común, que respondería a una terapéutica específica: los antidepresivos. Este modelo de la depresión ha sido el que ha guiado la investigación básica, el desarrollo de los fármacos y las recomendaciones de tratamiento desde hace dos décadas. Sin embargo, para muchos, esta reinención y redefinición de la depresión no ha sido producto de un mayor conocimiento sobre la naturaleza del trastorno sino de un conjunto de factores que determinaron su éxito y que intentaremos perfilar en las líneas que siguen ya que ejemplifican el problema de la aplicación del modelo de tratamiento farmacológico centrado en la enfermedad para los trastornos mentales comunes.

La crisis de las benzodiacepinas y la reinención de la depresión

Las benzodiacepinas lideraron el mercado de los tranquilizantes desde los años sesenta. Su éxito fue básicamente un éxito del marketing de las compañías farmacéuticas que las habían introducido en el mercado

con grandes inversiones en publicidad y sin la necesidad del concurso de los líderes de la psiquiatría. Eran consideradas más seguras, útiles y eficaces que los anteriores tranquilizantes por los médicos de atención primaria, la academia psiquiátrica no veía inadecuada su utilización y socialmente eran aceptadas por no ser unas medicaciones estigmatizantes (Montagne, 1991). Sin embargo la masiva prescripción para todo tipo de indicaciones, situaciones y edades a las que se llegaron a principios de los setenta empezaron a preocupar a las autoridades sanitarias y a la propia sociedad. La idea tradicional de «adicción» ligada al consumo de sustancias ilegales se empezó a cambiar por la idea de «dependencia» en la que la sustancia ocupaba el primer lugar como causa y no tanto la personalidad del adicto (Healy, 2000; Montagne, 1991). El potencial de dependencia de las benzodiazepinas, hasta ese momento negado, pasó a ser un problema de primer orden al igual que los costes que esta masiva prescripción tenían sobre los sistemas de salud. Las benzodiazepinas entraron en el ojo del huracán y fueron objeto de un intenso debate (Callahan y Berrios, 2008). A nivel académico se organizaron conferencias para analizar las implicaciones de la masiva prescripción de tranquilizantes e intentar delimitar sus indicaciones. Los investigadores publicaban estudios sobre el potencial de las benzodiazepinas en generar abuso y adicción. Los medios de comunicación empezaron a contar historias sobre personas atrapadas en su consumo. Los sociólogos empezaron a examinar el consumo desproporcionadamente desigual según clase social, género o raza y los psicoterapeutas advertían que su utilización era solo un parche que impedía el verdadero afrontamiento de los conflictos. Socialmente las benzodiazepinas empezaron a verse de manera similar a como se veían el alcohol o las drogas ilegales. Lo que se debatía en el fondo eran las consecuencias éticas y sociales de la medicalización del sufrimiento, en términos y con actores muy similares a los que veinte años después se empezó a dar con los ISRS. Parry y otros, en 1973 (citado por Callahan y Berrios, 2008) caricaturizaban este debate como la oposición entre los «inventores de la felicidad», aquellos para los que el sufrimiento por los avatares de la vida no era una virtud loable y si podía ser evitado con los psicofármacos era una estupidez no utilizarlos, frente a los «calvinistas farmacológicos», término acuñado por Klerman para definir aquellos que veían la utilización de psicofármacos como un síntoma de una sociedad medicalizada en la que los individuos perdían capacidad de tolerar y afrontar el sufrimiento.

La crisis de las benzodiazepinas tuvo como efecto más importante que las autoridades sanitarias de estos países y los psiquiatras empezaran a revisar que es lo que se estaba haciendo con los trastornos mentales comunes en Atención Primaria, cuestión hasta la fecha poco investigada. Desde mediados de los setenta no solo se condenaron las benzodiazepinas sino todo un sistema de atención y conceptualización de los problemas

emocionales comunes por parte de los médicos generales. La psiquiatría desembarcó en este nuevo territorio dispuesta a hacer borrón y cuenta nueva, sin valorar la experiencia que podían tener aquellos que llevaban haciéndose cargo de estos problemas durante décadas y negando las propias controversias que existían entre lo propios psiquiatras acerca de su tratamiento. El diagnóstico que se hizo de la situación contenía elementos como la falta de investigación en la naturaleza de las enfermedades mentales más comunes vistas en atención primaria, la ausencia de una nosología operativa en este nivel, la falta de herramientas de cribaje, la ausencia de ensayos clínicos para valorar la eficacia de las intervenciones y la excesiva dependencia de la industria farmacéutica en la formación de los médicos generales, que recomendaban el uso de benzodiazepinas para un amplio abanico de indicaciones clínicas o situaciones vitales.

La crisis de las benzodiazepinas coincide con la aparición de otra de las ideas claves para entender la historia del consumo actual de antidepresivos: la idea de que la depresión estaba infradiagnosticada y tratada con dosis infraterapéuticas de antidepresivos. Michael Sheperd (citado por Healy, 1997) a principios de los años sesenta empezó a realizar en el Mudsley Hospital una serie de estudios epidemiológicos sobre la morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria en los que encontraba una alta prevalencia de trastornos mentales que frecuentemente no eran diagnosticados. A estos trabajos siguieron otros estudios donde se analizaba la morbilidad específica de cada trastorno (Goldberg y Blackwell, 1970) y otra serie de trabajos en los Estados Unidos financiados por el *National Institute of Mental Health*. Uno de los trastornos más prevalente en estos estudios era la depresión. El cuadro que esbozaban sobre la depresión era muy diferente a aquél que Kuhn tenía en mente cuando describió los efectos de la imipramina. Posteriormente se condujeron una serie de estudios a finales de los años setenta con médicos generales en el Reino Unido y Estados Unidos en los que se concluía que las dosis de antidepresivos que utilizaban eran infraterapéuticas y por tanto se estaban utilizando más como sedantes que como verdaderos antidepresivos (Tyrer, 1978; Keller, 1982). A ojos de estos trabajos muchos de los pacientes «psiconeuróticos» que se veían en atención primaria eran pacientes con cuadros depresivos sin diagnosticar y tratados inadecuadamente con tranquilizantes. Estas afirmaciones, no obstante, no se basaban en estudios de eficacia de los antidepresivos en la población atendida en las consultas de los médicos generales, sino en una extrapolación a este contexto de las recomendaciones de los psiquiatras para el tratamiento de los pacientes deprimidos de sus consultas especializadas. Los psiquiatras habían encontrado así una explicación sencilla al fenómeno de las benzodiazepinas, unos responsables, los médicos generales y una estrategia de acción, liderar un cambio

en la percepción social sobre la depresión y su tratamiento. La institucionalización de este discurso empieza también en los años setenta, por ejemplo con la creación en 1974 del International Committee for the Prevention and Treatment of Depression (int PTD), que en España se organiza en 1979 presidido por Valentín Conde (Ballus, 2000). El PTD tenía como objetivos «dar a conocer a los organismos públicos y, en general, a todas las personas físicas o jurídicas el grave problema de los síntomas depresivos», «hacerse oír por la administración del Estado en torno a dicho problema» y «estimular a los médicos facilitándoles las normas de actuación, el entrenamiento y las informaciones precisas». Todo este discurso de los expertos de la psiquiatría sobre la depresión en atención primaria se viene repitiendo desde hace treinta años, construido sobre un concepto de depresión, entendida como enfermedad biomédica que ignoraba la naturaleza de los problemas psiquiátricos en atención primaria y pasaba página a los propios debates diagnósticos y de tratamiento que se habían dado dentro de la psiquiatría.

La depresión como enfermedad biomédica

A finales de los años setenta por tanto la psiquiatría contaba ya con los fundamentos de lo que sería su discurso programático sobre la depresión en Atención Primaria, diagnóstico a través del cual se habían reequilibrado muchos de los problemas emocionales que se veían en las consultas de los médicos generales:

1. Infradiagnóstico. La depresión es un trastorno muy prevalente en Atención Primaria y con frecuencia no es reconocida por los médicos generales.
2. Especificidad de los tratamientos. El modelo de tratamiento farmacológico centrado en la enfermedad que hemos esbozado anteriormente pasa a utilizarse como paradigma del tratamiento de la depresión y por ende de los trastornos mentales comunes independientemente de su naturaleza.
3. Infratratamiento. Los antidepresivos, pese a su demostrada eficacia, se utilizan a dosis inadecuadas y durante un periodo de tiempo insuficiente por los médicos generales.

En la siguiente década, la de los ochenta, estas ideas programáticas se van ensamblando con las nuevas herramientas diagnósticas, psicométricas y farmacológicas hasta configurar el paradigma que empieza a dominar claramente las prácticas a partir de los años noventa. A diferencia de lo sucedido con las benzodiacepinas, en el desarrollo de este modelo participaron activamente los expertos del campo de la psiquiatría y las autorida-

des sanitarias, basándose en estudios epidemiológicos realizados en el nivel primario de atención y en la comunidad (Callahan y Berrios, 2008). Los pilares sobre los que se configuró definitivamente este modelo biomédico de la depresión, y del resto de los trastornos mentales comunes incluyen:

1. La implantación del diagnóstico categorial basado en criterios operativos. En 1980 se publica el DSM III por la Asociación de Psiquiatría Americana, que produjo un cambio radical en la forma en que la psiquiatría se aproximaba al diagnóstico y a las enfermedades que ha sido denominado por algunos «la revolución neokrapeliniana» (Shorther, 1997). Aunque la retórica de sus creadores afirmaba que su propósito era crear una nueva clasificación basada en criterios empíricos y puramente descriptivos que modernizara y reintegrara la psiquiatría en el discurso científico de otras especialidades médicas, el DSM III, como no podía ser de otra manera, fue una construcción social más, cuyo principal efecto fue retomar el modelo biomédico de enfermedad categorial y discreta, aplicado ahora a todo el conjunto de los trastornos mentales. La validez y utilidad de la aproximación categorial a los trastornos mentales comunes ha sido cuestionada ampliamente (Tyrer, 1989; Goldberg y Huxley, 1992). La interrelación entre la aproximación categorial al diagnóstico y el modelo farmacológico centrado en la enfermedad es clara: a cada trastorno categorial o enfermedad le corresponde idealmente una terapéutica específica.
2. La cuantificación de los trastornos mentales comunes. Independientemente de la validez de las hipotéticas categorías bajo las que las nuevas clasificaciones agrupaban los trastornos mentales comunes se necesitaban instrumentos para medir la gravedad de los síntomas tanto para fijar los límites con la normalidad como para monitorizar los síntomas en el curso del tratamiento o la investigación. La escala que diseñó Max Hamilton para cuantificar los síntomas de la depresión en sus entrevistas clínicas se convirtió en una herramienta de diagnóstico y en el patrón que determina la eficacia de los antidepresivos en los ensayos clínicos. Herramientas similares se diseñaron para el resto de trastornos, así como instrumentos para el cribaje de todo tipo para los médicos de atención primaria con el objeto de incrementar su sensibilidad y especificidad en el diagnóstico. El médico podía contar ahora con una serie de instrumentos diagnósticos que soslayara el problema de la subjetividad e incertidumbre. Después de varias décadas de aplicación su utilización sigue siendo muy controvertida (Berrios y Markova, 2002).

3. La regulación de las tecnologías de evaluación de las intervenciones. Si las descripciones de los efectos de los primeros psicofármacos y sus indicaciones se realizaron mediante la observación por parte de una serie de clínicos de las respuestas en sus pacientes, a partir de los años ochenta el patrón para demostrar la eficacia de una intervención pasó a ser el ensayo clínico aleatorizado (RCT en sus siglas inglesas). Las regulaciones que introdujo la Food and Drug Administration (FDA), la agencia reguladora de los medicamentos estadounidense, exigían que los medicamentos se ensayaran sobre enfermedades, es decir que demostraran eficacia en la mejoría de una enfermedad o de unos síntomas de una enfermedad concreta. Este requisito es para Healy (Healy, 1997) uno de los determinantes principales para el triunfo de la idea de la especificidad de los antidepresivos. Por otro lado, también en esta década, el control de la investigación y la publicación de sus resultados pasó casi exclusivamente a manos de la industria farmacéutica lo que no solo produjo una sobrestimación de la eficacia de las intervenciones farmacológicas sino que contribuyó enormemente al dominio de los modelos biomédicos en la comprensión de los trastornos mentales comunes (Mata Ruiz y Ortiz Lobo, 2003).

A finales de los años ochenta los médicos generales aceptaban que los antidepresivos eran un tratamiento eficaz para la depresión, independientemente de que esta idea viniera de estudios realizados en contextos muy diferentes a donde ellos ejercían. Durante una década habían recibido el mensaje de que los antidepresivos eran la medicación indicada para los cuadros depresivos de toda índole por parte de la academia psiquiátrica, las autoridades y la industria farmacéutica. Además la Psiquiatría había promovido tanto entre los médicos como entre el público general un modelo biomédico (centrado en la enfermedad) para explicar la especificidad terapéutica de los antidepresivos. Este modelo se basaba en la metáfora del desequilibrio bioquímico antes señalado. A finales de los años ochenta y principios de los noventa –coincidiendo temporalmente con el lanzamiento de los primeros inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS)– se lanzaron en Estados Unidos y en el Reino Unido dos campañas nacionales con estructuras similares para sensibilizar a los médicos generales, especialistas y público en general de la alta prevalencia de la depresión, de su gravedad y de la eficacia de los tratamientos. La campaña británica (*Defeat Depression Campaign*) se puso en marcha en 1992, liderada por el *Royal College of Psychiatrists* y el *Royal College of General Practitioners*. Los laboratorios Lilly, que habían comercializado recientemente la fluoxetina, fueron una de sus fuentes principales de

financiación (Healy, 1997). Sus tres principales objetivos eran: formar a los médicos generales en el reconocimiento y tratamiento de la depresión; educar al público general sobre la depresión, la disponibilidad de tratamientos y alentar la búsqueda de ayuda profesional; y disminuir el estigma asociado a la depresión. Previamente al lanzamiento de la campaña se realizó un estudio para valorar las actitudes de la población sobre la depresión y su tratamiento (Priest, 1996). Este interesante trabajo da cuenta de las resistencias que debían vencer entre la población para que se aceptara el nuevo paradigma. El estudio reveló que mientras que la población era proclive a aceptar la depresión como una enfermedad, no lo era tanto a la hora de consultar por ella a los médicos. Además el 85% de la muestra consideraba el consejo como el mejor tratamiento y eran reacios a la toma de antidepresivos, que eran vistos como potencialmente adictivos por el 78% de la muestra. Las conclusiones de los investigadores eran claras: existía un importante prejuicio acerca de la depresión que se proyectaba en los médicos, por lo que éstos tenían un importante papel en educar a la población sobre esta condición y sobre el papel de los antidepresivos, en particular en convencer a los pacientes de que los antidepresivos no eran adictivos. Los líderes de la campaña publicaron un consenso para el manejo de la depresión (Paykel, 1992) donde se sintetizaba el nuevo paradigma de comprensión y tratamiento que dominaría durante la última década. Este artículo programático contiene una serie de proposiciones explícitas acerca del tratamiento de la depresión que merece la pena señalar:

1. La depresión se equipara a todos los efectos a una enfermedad médica de causa multifactorial entre los que se señalan una serie de factores estresantes psicosociales. Sea cual sea la causa se produce una misma enfermedad que es tratada a todos los efectos de la misma manera.
2. La clínica de la depresión puede no ser tan evidente en los contextos de atención primaria o con determinadas poblaciones. En estos casos la depresión puede expresarse a través de una máscara de síntomas somáticos o bien puede cursar con importantes síntomas de ansiedad. Los médicos deben estar al tanto de estas presentaciones para no infradiagnosticar la depresión y tratarla adecuadamente.
3. El consenso resulta confuso a la hora de sacar conclusiones sobre qué gravedad del espectro de pacientes con depresión se beneficia del tratamiento farmacológico, pero el mensaje en conjunto expresa una gran confianza en la eficacia en los antidepresivos. Consideran que son claramente eficaces en los pacientes que cumplen criterios de depresión mayor cuya intensidad es grave o moderada y en «los que están un poco por debajo de este nivel».

- No son en verdad eficaces solamente en el extremo más leve de gravedad. En el rango medio de gravedad o cuadros incompletos del síndrome no están claras sus recomendaciones.
4. Consideran que las disquisiciones etiológicas sobre si son endógenas o reactivas no son importantes para decidir la presencia del trastorno y el inicio del tratamiento farmacológico. Ser capaces de explicar la presencia de los síntomas en relación a estresantes psicosociales recientes no debe desaconsejar el inicio de tratamiento psicofarmacológico ni su continuación por espacio de seis meses. Es más, la presencia de situaciones tales como escaso soporte social, desempleo, disarmonía en las relaciones interpersonales, etc., son considerados como factores de riesgo para una recaída, por lo que es necesario considerar el tratamiento de mantenimiento.
 5. Aunque en el consenso también se hacen referencia a las terapias psicológicas, éstas ocupan un lugar muy secundario tanto por la cantidad de texto que se le dedican como por la valoración que se hace de su eficacia o de su aplicabilidad en la atención primaria.

El éxito de los nuevos antidepresivos: la narrativa del desequilibrio bioquímico

El éxito del modelo biomédico y de la acción específica de los psicofármacos sobre los trastornos mentales comunes no puede entenderse independientemente de la aparición a finales de los ochenta de una nueva clase de fármacos: los inhibidores de la recaptación de serotonina, cuyo primer exponente fue el Prozac. Aunque la historia de la síntesis del Prozac y su lanzamiento como antidepresivo es con frecuencia contada como el inicio del triunfo de la política de diseño racional de los psicofármacos (López Muñoz, 1998), otros historiadores lo cuentan como el inicio del fracaso de la investigación farmacológica en beneficio del marketing (Healy, 2004). A diferencia de lo sucedido con el descubrimiento de los efectos de los primeros psicofármacos modernos en la década de los cincuenta, el desarrollo de los ISRS se hizo amparado en una teoría: las hipótesis aminérgicas de la depresión. La comercialización de los ISRS popularizó entre los médicos y la población la idea de que existían unos fármacos que revertían las alteraciones fisiopatológicas de la depresión. A estas teorías que combinan el discurso biomédico de los trastornos mentales comunes con la especificidad de la acción de los psicofármacos, las pasamos a denominar de forma sintética «la narrativa del desequilibrio neuroquímico». Llamándola narrativa pretendemos enfatizar que más que una teoría científica es una práctica discursiva social. El dominio de esta narrativa se hace evidente durante

los años noventa, en relación con una constelación de factores sociales, culturales, profesionales, comerciales e institucionales. Dowrick (Dowrick, 2004), con una lógica similar, describe una serie de factores para explicar la popularidad actual del concepto de depresión como enfermedad biomédica, pero que nos sirven igualmente para analizar el éxito de la narrativa del desequilibrio neuroquímico para el de conjunto los trastornos mentales comunes. Entre estos factores cabe resaltar:

1. El desequilibrio neuroquímico como constructo comercial. Las compañías farmacéuticas sacaron dos conclusiones de las crisis de las benzodiacepinas. La primera fue que el mercado del tratamiento de los trastornos mentales comunes eran uno de los más rentables y, la segunda, que para que fueran aceptados socialmente los nuevos fármacos debían apoyarse en nuevas estrategias comerciales. El modelo categorial que introdujo el DSM III ofrecía una oportunidad única, ya que cada categoría nueva ofrecía un nicho donde introducir un nuevo fármaco o una nueva autorización (Healy, 1997). Como anticipó Merck con la amitriptilina, ya no se trataba de vender un fármaco sino de vender la indicación con estas premisas estratégicas: existe una condición médica que es muy prevalente, con graves consecuencias sociales, está infra-diagnosticada por los médicos y existe un tratamiento específico para ella. Ejemplos de estos tenemos el trastorno de pánico y el alprazolam, la fobia social y la paroxetina, la depresión atípica y los I-MAO, el trastorno premenstrual y la fluoxetina, el trastorno por estrés postraumático y los trastornos del control de impulsos con los ISRS, etc. Pese a la falta de pruebas consistentes de su validez, la metáfora del desequilibrio neuroquímico se convirtió en un mensaje central de las estrategias de marketing de las compañías farmacéuticas (Lacasse y Leo, 2005) y ha supuesto una enorme rentabilidad. En concreto, la idea de un «desequilibrio de serotonina» se utiliza repetidamente en la promoción de los ISRS para indicaciones tan dispares en apariencia como la depresión, la fobia social, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés post-traumático o el trastorno premenstrual, como se puede ver si se consulta en las páginas web de estas compañías (véase por ejemplo www.paxilcr.com).
2. El desequilibrio neuroquímico como constructo profesional. Es evidente que las fuerzas del mercado son uno de los factores principales en el dominio de esta narrativa, pero no considerar otros factores sería un ejercicio demasiado simplificador. El desequilibrio neuroquímico es una teoría que ha servido también para cubrir una serie de necesidades de los profesionales y sus organizaciones.

- Necesidades de la psiquiatría como especialidad. Los modelos categoriales y la narrativa del desequilibrio neuroquímico sirvió para reencuadrar a la psiquiatría en la senda de la medicina, resolver la crisis por la que atravesaba la psiquiatría, sobre todo en los Estados Unidos, y recuperar un prestigio científico que estaba en entredicho. Las enfermedades psiquiátricas eran comparables al resto de las enfermedades en cuanto a etiología y tratamiento.
- Necesidades de los clínicos. La narrativa del desequilibrio neuroquímico sirve a los clínicos, en particular a los médicos generales y psiquiatras, para reducir la complejidad de los problemas con los que se presentan los pacientes. Se ha señalado cómo esta narrativa puede situar a los médicos en un rol inicialmente seguro para proteger su percepción de competencia profesional ante la ambigüedad y confusión de los problemas emocionales. Permite metáforas y analogías con otras enfermedades y con el mecanismo de acción de fármacos aceptados culturalmente, como es el caso de la analogía de la insulina para explicar la necesidad de una medicación.
- Necesidades de los académicos. La investigación farmacológica ortodoxa, que es la que da en gran medida prestigio profesional, está imbuida en esta narrativa. Desde los años ochenta el control por parte de las fuerzas del mercado farmacéutico de la investigación es abrumador, marcando las líneas de investigación y el discurso científico ortodoxo. Los académicos, investigadores, editores de revistas han estado en el punto de mira de las críticas (Mata Ruiz y Ortiz Lobo 2003) por la gravedad de los conflictos de intereses. Para muchos esta falta de independencia ha impedido la posibilidad de investigar e interpretar los hallazgos de la biología molecular desde teorías alternativas a la del modelo de acción centrado en la enfermedad y en la sinapsis, pues se rompían las estrategias de marketing (Healy, 2002).
- Necesidades de las organizaciones. La racionalidad de la narrativa del desequilibrio y los modelos categoriales se vieron como una oportunidad de introducir orden en el ingobernable mundo de los problemas psiquiátricos por parte de distintas instituciones y agencias tanto sanitarias como no sanitarias. Los procesos de aprobación de los psicofármacos por las agencias de medicamentos, los criterios de inclusión dentro de las prestaciones farmacéuticas financiadas por los sistemas de salud, las guías clínicas para el tratamiento de los trastornos mentales comunes, los indicadores de calidad, los criterios para percibir determinadas prestaciones sociales o económicas, etc., se apoyan en este modelo con resultados limitados.

3. El desequilibrio neuroquímico y las percepciones culturales. Es evidente que los intereses comerciales, profesionales y de las organizaciones se interrelacionan o explotan una serie de percepciones y de valores culturales implícitos. Entre estos podemos destacar el papel que a la biotecnología se le asigna en la cultura moderna (Lewis, 2006; Healy, 2002) y la consideración del sufrimiento como un valor social negativo, lo que se ha llamado la ética de la felicidad (Dowrick, 2004). La narrativa del desequilibrio, promovida por la industria farmacéutica y sectores profesionales, se engarza en estos valores culturales ofreciendo un discurso explicativo al sufrimiento ante el que las respuestas son variadas, bien de aceptación, bien de redefinición o bien de resistencia. Como ejemplo de esta dialéctica discursiva tenemos el fenómeno social y cultural que se produjo en Estados Unidos tras la aparición del Prozac (Medawar, 1997; Lewis, 2006; Healy, 1997). Lo que es evidente es que la serotonina, el desequilibrio neuroquímico y en general la biomedicina forman parte de nuestro acervo cultural, en lo que para algunos autores supone una redefinición del self, en términos de self biomédico o neuroquímico (Healy, 2002; Lewis, 2006).

La validez interna del modelo de acción centrado en la enfermedad

Aunque la idea de que los psicofármacos actúan de forma específica sobre la fisiopatología de los trastornos mentales comunes preside la investigación farmacológica y gran parte del discurso profesional o popular, la realidad es que esta hipótesis está lejos de haberse demostrado. La debilidad del modelo parte de la debilidad de sus tres postulados básicos:

1. Los trastornos mentales comunes son enfermedades médicas discretas y definidas. Esta consideración, que es central para la validez de la narrativa del desequilibrio, es altamente cuestionada por la mayoría de los investigadores en epidemiología de los trastornos mentales comunes. Estos coinciden en subrayar cómo los límites de los trastornos son difusos, ya sea con la normalidad, ya sea entre los propios trastornos en sí, o entre los síntomas psiquiátricos y los debidos a enfermedad médica (Goldberg y Huxley, 1992; Dowrick, 2004; Middleton, 2000). Tanto las categorías diagnósticas en sí como el umbral para considerar un problema emocional como un trastorno mental están arbitrariamente contruidos y sometidos a los contextos históricos y culturales (Callahan y Berrios, 2005). La aproximación dimensional a los problemas emocionales parece que arroja más inteligibilidad a la

- hora de comprender la distribución de los síntomas entre la población y podría desarrollar estrategias de actuación más útiles (Golberg y Huxley, 1992; Tyrer, 1989).
2. Las bases biológicas de los trastornos mentales comunes son conocidas. Pese al avance en las tecnologías de la mirada sobre el cerebro y del conocimiento de su funcionamiento, los resultados sobre las bases de las alteraciones de los trastornos mentales comunes son poco consistentes o contradictorios. Por ejemplo en el caso de la depresión, tras décadas de investigación, ninguna de las hipótesis sobre las bases biológicas ha sido concluyente, ni en los estudios familiares, ni en los estudios de imagen cerebral, ni en las bases moleculares, ni en las bases genéticas (Dowrick, 2004; Leo, 2004). Johantan Leo (Leo, 2004) señala cómo el discurso científico y divulgativo de la psiquiatría, desde hace tres décadas, está lleno de proposiciones del tipo: «la neurociencia, la clínica y la genética aportan cada vez más pruebas de que la depresión es una enfermedad del cerebro, aunque las causas exactas de la enfermedad continúan siendo objeto de una intensa investigación». Es decir, es una teoría en busca de pruebas, en la que cuando se agota un neurotransmisor, el receptor o la sinapsis, siempre se pueden buscar otros candidatos u otros niveles moleculares, de tal manera que la teoría nunca muere, pero nunca se puede probar.
 3. Los psicofármacos actúan corrigiendo específicamente las alteraciones fisiopatológicas de los trastornos mentales comunes. La mayor justificación para la validez del modelo de acción de los psicofármacos centrado en la enfermedad sería que la fisiología de la enfermedad se pudiera describir independientemente o de manera previa a la indicación del fármaco (Moncrieff, 2005). Como hemos señalado, el conocimiento actual de las hipotéticas bases de la fisiopatología del conjunto de los trastornos mentales comunes es muy poco concluyente. En realidad el caso es el contrario. Las modernas hipótesis fisiopatológicas de las enfermedades mentales derivan de los mecanismos de acción conocidos o presumidos de los psicofármacos, o bien se han intentado adaptar para explicar la acción de estos (Moncrieff, 2005). Este tipo de razonamiento ha sido reiteradamente criticado por partir de un error lógico conocido como *post hoc ergo, propter hoc* o más comúnmente como la falacia *post hoc*: si la fluoxetina, que produce una inhibición de la recaptación de la serotonina, parece aliviar la depresión, entonces algo alterado en la recaptación de serotonina produce la depresión. En otras palabras, la validez del modelo descansa sobre unos cimientos muy débiles.

El sistema nervioso central presenta un alto grado de integración. Las observaciones e inferencias sobre el mecanismo de acción de los psicofármacos, a partir de las cuales se ha elaborado la narrativa del desequilibrio bioquímico, son siempre selectivas. Por ejemplo, las hipótesis bioquímicas de la depresión se centran en la síntesis, liberación, metabolismo o receptores de una o dos familias de neurotransmisores, mientras que muchos antidepresivos actúan sobre múltiples neurotransmisores, hormonas o neuropéptidos. La consideración de uno u otro sistema de neurotransmisión como la diana de la acción terapéutica está muchas veces en relación con el lanzamiento de un determinado fármaco al mercado, como se puede ver con la desaparición y resurrección de la noradrenalina en la depresión (Healy, 2004). Es más, el lugar inicial de acción de los psicofármacos, donde la actividad es más fácil de medir, forma parte del inicio de una larga cascada de adaptaciones del cerebro que generalmente sobrepasan los efectos iniciales (Imán, 1996). Estas dos consideraciones cuestionan la simplificación de la narrativa del desequilibrio (cuestión con la que seguro coincidirían la mayoría de los psicofarmacólogos), pero, lo más importante, cuestionan en sí, la idea central de la especificidad de acción. Esto explica cómo en la clínica se utilizan fármacos similares para tratar diferentes síntomas o trastornos y cómo fármacos diferentes se utilizan para los mismos síntomas o trastornos (Moncrieff, 2005). Como hemos señalado antes, hasta los años ochenta, la respuesta de los trastornos mentales comunes a las medicaciones era entendida como inespecífica para muchos de los psiquiatras e investigadores. Existen numerosos estudios que comparan fármacos inicialmente no considerados como antidepresivos (benzodiacepinas, opiáceos, estimulantes antipsicóticos, anticonvulsivantes, etc.) con placebo o antidepresivos para el tratamiento de la depresión, en los que se demuestra superioridad con el placebo o equivalencia con los antidepresivos (Moncrieff, 2001). Cuando se observa este efecto, la conclusión no es que la mejoría se deba a un efecto inespecífico, como por ejemplo la tranquilización o sedación, sino que estas sustancias tienen también propiedades antidepresivas (Robertson, 1982). Esta lógica llevó a promocionar el alprazolam como una benzodiacepina con propiedades antidepresivas o a considerar actualmente antipsicóticos como la quetiapina o la olanzapina como potencialmente antidepresivos, como se infiere por ejemplo en el tratado de psicofarmacología de la Asociación de Psiquiatras Americanos (Schatzberg y Nemeroff, 2004). Estas incongruencias, para algunos autores, tendrían mejores respuestas si la investigación se realizara desde un paradigma de comprensión de la acción de los psicofármacos centrado en sus propiedades psicoconductuales (Healy, 2002; Moncrieff, 2008). Por ejemplo los antidepresivos incluyen una amplia gama de sustancias con efectos psicológicos subjetivos o conductuales muy diferentes, que se han descrito, en los pocos estudios con voluntarios sanos que existen, como

sedación, estimulación moderada, bloqueo emocional, inquietud, tranquilización, etc., que podrían explicar las diferentes respuestas clínicas, su tolerancia subjetiva o su capacidad para potenciar el efecto placebo.

Los límites pragmáticos del modelo centrado en la enfermedad

Hemos visto hasta ahora cómo el modelo biomédico de enfermedad y el mecanismo de acción específico de los fármacos, lo que hemos llamado metafóricamente la narrativa del desequilibrio, se construyó a partir de la revolución farmacológica de los años sesenta inicialmente aplicado a las enfermedades mentales tradicionalmente objeto de la psiquiatría, y fue exportado como modelo explicativo de los trastornos mentales comunes, especialmente de la depresión, durante los años setenta y ochenta en un intento de racionalización de las prácticas de los médicos generales, sobre una base teórica con más deseos que realidades, y en la que diferentes actores e intereses influyeron decisivamente en su dominio estratégico y discursivo. Es, sin embargo, a finales de la década de los noventa, una vez que ya toda la estrategia está puesta en marcha, cuando se empieza a evaluar la eficacia, efectividad y consecuencias del nuevo modelo. La utilidad de la consideración de los trastornos mentales comunes desde una perspectiva biomédica y la idea de su especificidad de respuesta vendría dada, desde un punto de vista pragmático, si consiguiera una prescripción más racional de los psicofármacos y un efecto claro sobre la salud mental de la población. No parece ser el caso, si observamos lo sucedido en el campo más estudiado, la depresión. Las limitaciones de esta narrativa como alternativa de racionalidad en la prescripción incluye numerosos aspectos entre los que cabe señalar:

1. La primera limitación de la racionalidad pretendida por esta narrativa podemos deducirla de los estudios que analizan la prescripción de los antidepresivos en las últimas décadas. El incremento de las prescripciones de antidepresivos durante los años noventa se duplicaron o triplicaron en todos los países a expensas de los ISRS y de posteriores seguidores, con un incremento exponencial que parece continuar (Middleton, 2001; Ciuna, 2004; Alonso, 1997). Por ejemplo en España se pasó de unas ventas de 14,4 millones de envases de antidepresivos en 1997 a 26,79 millones en 2004, lo que significa un incremento del 89,24% (siendo los más vendidos los ISRS, con un incremento de un 124%). Aunque inicialmente se comercializaron para el tratamiento de la depresión mayor, en pocos años cubrieron todo el espectro de indicaciones que anteriormente ocupaban las ben-

zodiacepinas. Sin embargo, a diferencia de lo sucedido con los barbitúricos, que fueron sustituidos completamente por las benzodiacepinas, en este caso más que una sustitución se produjo un solapamiento o una utilización simultánea de antidepresivos y benzodiacepinas (Alonso, 2004; Carrasco, 2001). Las razones de este incremento exponencial de ventas de antidepresivos son complejas y contradictorias, pero parece claro que no obedecen a una pauta racional, por ejemplo a la aplicación de las recomendaciones de las guías clínicas, que indican los antidepresivos en el caso de depresiones mayores moderadas o graves (NICE, 2004). Los estudios epidemiológicos del consumo señalan cómo también se utilizan en cuadros depresivos leves, incompletos, subumbrales, y en todo el rango de síntomas emocionales anteriormente eran etiquetados de otra manera (Ciuna, 2004; Kendrick, 2000). Mientras que desde la psiquiatría se insiste en estrategias para aplicar más efectivamente el modelo, es decir, conseguir un mejor cumplimiento de las guías clínicas, desde la atención primaria se cuestiona en muchas ocasiones la utilidad misma de las guías, poniendo especial énfasis en la falta de comprensión de la naturaleza de los problemas emocionales atendido en ese nivel (Kendrick, 2000).

2. Si atendemos a variables objetivas, el incremento de la prescripción de antidepresivos no ha supuesto ni una disminución en la tasa de suicidio de la población, ni una disminución en la prevalencia de la depresión, ni una disminución en las bajas laborales por este motivo (Ortiz Lobo, 2005).
3. La eficacia misma de los antidepresivos ha dado lugar a encendidos debates en la literatura científica. Los análisis de los estudios que se realizan a finales de los noventa empieza a considerarse como sobredimensionada la tasa de respuesta de los pacientes con depresión mayor a los antidepresivos, que hasta ese momento se estimaba en alrededor de un 70%, y una diferencia frente al placebo de alrededor de un 25 a un 30% (Moncrieff, 2001). Esta eficacia se va replanteando en función de una creciente cantidad de datos que demuestran que la respuesta al placebo es mucho mayor que la que se pensaba, cuando se analizan tanto los estudios publicados como los no publicados (Kirsch, 2001; Walsh, 2002; Turner, 2008). Pero lo más interesante es que si el papel de los antidepresivos en la depresión mayor es objeto de controversias, su eficacia de las formas menores de los trastornos depresivos, está aún por demostrar, siendo muchas veces una extrapolación interesada de los datos sobre la depresión mayor (Kendrick, 1996). Igualmente la idea de que el tratamiento de la depresión era igualmente eficaz

independientemente de los determinantes psicosociales tampoco parece confirmarse (Goldberg, 1990; Roland, 1997). Teniendo en cuenta estas cuestiones, no es de extrañar el curioso hallazgo de que los pacientes con síntomas depresivos que no son detectados por su médico general parecen tener un mejor pronóstico que aquellos a los que se les diagnóstica y trata (Goldberg, 1998).

De lo anterior se desprende que, al menos en el caso más estudiado, el de la depresión, el modelo biomédico y el modelo de acción del psicofármaco sobre la enfermedad, no ha supuesto una ventaja a la hora de introducir una racionalidad en su tratamiento farmacológico. Los problemas que se plantearon en los años setenta respecto al consumo de las benzodiazepinas reaparecen, ahora con las nuevas clases de psicofármacos, los ISRS y antidepresivos posteriores, pese a que su introducción en el mercado venían avalados por una nueva teoría de acción con marchamo científico. Los ISRS, al igual que sucedió con las benzodiazepinas, se comercializaron con un exceso de optimismo respecto a su eficacia y una minimización de sus riesgos. Cuando ya ocupaban los primeros lugares de ventas y se habían convertido en fenómeno de masas, empieza a cuestionarse su eficacia y sus potenciales riesgos, sobre todo el riesgo de dependencia (Moncrieff, 2007) y el más controvertido potencial de inducir conductas suicidas (Healy, 2004). El nuevo modelo y el proceso de redefinición de los problemas de nervios o emocionales a través del diagnóstico de depresión no ha impedido el consumo masivo de psicofármacos en la población general en indicaciones más o menos dudosas, reapareciendo de nuevo los debates morales sobre la medicalización del sufrimiento, los costes económicos de su prescripción, los debates éticos y políticos sobre el papel del mercado en la génesis de las necesidades de salud de la población y en el grado de control de la industria farmacéutica sobre la investigación farmacológica (Fava, 2007). Una cuestión poco estudiada es el efecto de la narrativa del desequilibrio sobre la forma de percibir su problemática el individuo. Mientras que la utilización de los psicofármacos de forma inespecífica y basándose en sus efectos farmacológicos (sedación, estimulación, etc.) no consideraba a la persona como esencialmente enferma, la narrativa del desequilibrio es una metáfora en la que necesariamente la persona es considerada como portadora de una alteración fisiopatológica que debe ser corregida con psicofármacos. La introyección forzada de esta narrativa poco sustentada en datos científicos, puede dar lugar a largo plazo a la construcción de una identidad vulnerable y enferma, que codifique siempre los problemas emocionales en términos de enfermedad y dificulte la retirada de los antidepresivos (Moncrieff, 2007).

Conclusiones

En este trabajo se ha pretendido analizar los modelos de comprensión bajo los que se ha entendido el tratamiento farmacológico de los trastornos mentales comunes. Básicamente se pasó de un modelo centrado en las propiedades psicoactivas del medicamento a un modelo centrado en la enfermedad y el síntoma. La idea central es que el cambio de paradigma se debió más a un conjunto de factores económicos, profesionales y culturales que a un verdadero avance en el conocimiento científico. Como estrategia de racionalidad para la prescripción de psicofármacos en los trastornos menores no parece que existan ventajas de uno sobre otro, aunque el modelo de acción centrado en la sustancia nunca ha sido estudiado adecuadamente (Moncrieff, 2008). Los problemas y debates generados por las benzodiacepinas, como máximas exponentes del modelo centrado en la sustancia, se han repetido exactamente en los mismos términos con los ISRS, exponentes máximos del modelo centrado en la enfermedad. No obstante es necesario señalar que en la práctica los dos modelos coexisten. Si se analizan los patrones de prescripción de los médicos, en muchas ocasiones se puede deducir una práctica más cercana al modelo centrado en la sustancia, aunque aleguen basar su prescripción en una racionalidad cercana al modelo centrado en la enfermedad (Moncrieff, 2005). La tesis presentada pretende aportar elementos para la reflexión sobre la prescripción de psicofármacos. Sobre todo resaltar la importancia de desvelar el modelo desde el que se está prescribiendo (o reclamando) el fármaco, pues a falta de claros datos científicos, los modelos no dejan de ser metáforas que tienen efectos narrativos sobre los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Alonso, J., y otros, «Psychotropic Drug Utilization in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project», *Acta Psychiatr. Scand.*, supl. 2004: 55-64.

(2) Alonso, M. P., y otros, «Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina», *Med. Clin.*, Barcelona, 1997, 108: 161-6.

(3) Ballus, C., «El Comité para la Prevención y Tratamiento de la Depresión en España», en López-Ibor, J. J., y otros (eds.), *Imágenes de la Psiquiatría Española*, Asociación Mundial de Psiquiatría, 2000.

(4) Berrios, G. E., Markova, I. S., «Assesment and Measurement in Neuropsychiatry: a Conceptual History», *Semin. Clin. Neuropsychiatry*, 2002a, 7: 3-10.

(5) Callahan, C. M.; Berrios, G. E., *Reinventing Depression. A History of the Treatment of Depression in Primary Care 1940-2004*, Oxford University Press, 2005.

(6) Carrasco P., y otros, «Factors Related to Psychotropic Drugs Consumption Among the Spanish Adult Population. Data from the Spanish National Health Surveys for 1993, 1995 and 1997», *Med. Clin.*, 2001, 116: 324-9.

(7) Ciuna A., y otros, «Are We Going to Increase the Use of Antidepressants up to that of Benzodiazepines?», *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, 2004, 60: 629-634.

(8) Dowrick, C., *Beyond Depression. A New Approach to Understanding and Management*, Oxford, Nueva York, Oxford University Press, 2004.

(9) Fava, G. A., «Conflictos de intereses económicos en psiquiatría», *World Psychiatry* (ed. esp.), 2007, 5: 19-24.

(10) Fernández, A., y otros, «Treatment Adequacy of Anxiety and Depressive Disorders: Primary Versus Specialised Care in Spain», *J. Affect. Disord.*, 2006, 96: 9-20.

(11) Girona, L., y otros, «Luces y sombras de la prescripción farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos», *Gac. San.*, 2006, 20 (supl. 1): 143-153.

(12) Golderg, D.; Blacwell, B., «Psychiatric Illness in General Practice», *BMJ*, 1970, 2: 439-43.

(13) Goldberg, D., y otros, «The Influence of Social Factors on Common Mental Disorders: Destabilisation and Restitution», *Br. J. Psychiatry*, 1990, 156: 704-13.

(14) Goldberg, D.; Huxley P., *Common Mental Disorders: a Biosocial Model*, Londres, Tavistock, 1992.

(15) Goldberg, D., y otros, «The Effects of Detection and Treatment on the Outcome of Major Depression in Primary Care: a Naturalistic Study in 15 Cities», *Br. J. Gen. Pract.*, 1998, 48: 1840-4.

(16) Gumnick, J. F.; Nemeroff, C. N., «Problems with Current Available Antidepressants», *J. Clin. Psychiatry*, 2000, 61, supl. 4: 23-31.

(17) Healy, D., *The Antidepressant Era*, Cambridge MA, Harvard University Press, 1997.

(18) Healy, D., *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge MA, Harvard University Press, 2002.

(19) Healy, D., *Let them Eat Prozac. The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression*, Londres y Nueva York, New York University Press, 2004.

(20) Hyman, S. E.; Nestler, E. J., «Initiation and Adaptation: a Paradigm for Understanding Psychotropic Drug Action», *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153: 151-162.

(21) Kapur, S., «Psychosis as a State of Aberrant Salience: a Framework Linking Biology, Phenomenology and Pharmacology in Schizophrenia», *Am. J. Psychiatry*, 2003, 160: 13-23.

(22) Keller, M. B., y otros, «Treatment Received by Depressed Patients», *JAMA*, 1982, 248: 1.848-55.

(23) Kendrick, T., «Prescribing Antidepressant in General Practice. Watchful Waiting for Minor Depression, Full Dose Treatment for Mayor Depression», *BMJ*, 1996, 313: 829-30.

(24) Kendrick, T., «Why Can't Gps Follow Guidelines on Depression?», *BMJ*, 2000, 320: 200-201.

(25) Kirsch, I., y otros, «The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to the US Food and Drug Administration», *Prevention & Treatment*, 2002, 5: artículo 23.

(26) Kirsch, I., y otros (2008), «Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Metaanalysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration», *PLoS Med.*, 5(2): e45, (doi:10.1371/journal.pmed.0050045).

(27) Lacasse, J. R.; Leo, J., «Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature», *PLoS Med.*, 2005, 2 (12): e392.

(28) Leo, J., «The Biology of Mental Illness», *Society*, 2004, 41: 45-53.

(29) Lewis, B., *Moving Beyond Prozac. DSM, and the New Psychiatry*, Michigan, The University of Michigan Press Ann Arbor, 2006.

(30) López Muñoz, F., y otros, «Fármacos antidepresivos», en López Muñoz, F.; Álamo, C. (eds.), *Historia de la Neuropsicofarmacología*, Madrid, Universidad de Alcalá, EuroBook, 1998.

- (31) Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A., «Industria farmacéutica y psiquiatría», *Revista de la AEN*, 2003, 86: 49-71.
- (32) Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A., «Evolución de la atención a las demandas y trastornos mentales comunes», en Pérez, F. (coord.), *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2006.
- (33) Middlewar, C., «The Antidepressant Web-Marketing Depression and Making Medicines Work», *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 1997, 10, 2, 75-126.
- (34) Middleton, H.; Shaw, I., «Distinguishing Mental Illness in Primary Care», *BMJ*, 2000, 320: 1.420-1.421.
- (35) Middleton, N., y otros, «Secular Trends in Antidepressant Prescribing in the UK, 1975-1998», *Journal of Public Health Medicine*, 2001, 4: 262-267.
- (36) Moncrieff, J., «An Investigation into Precedents of Modern Drug Treatment in Psychiatry», *Hist. Psychiatry*, 1999, 10: 475-480.
- (37) Moncrieff, J., «Are Antidepressants Over-rated? A Review of Methodological Problems with Antidepressant Trials», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2001, 189: 288-295.
- (38) Moncrieff, J.; Cohen, D., «Rethinking Models of Psychotropic Drug Action», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2005, 74: 145-153.
- (39) Moncrieff, J., «Are Antidepressants as Effective as Claimed? No, They Are Not Effective at All», *Can. J. Psychiatry*, 2007, 52: 96-97.
- (40) Moncrieff, J., *The Myth of the Chemical Cure*, Palgrave, Macmillan, 2008.
- (41) Montagne, M., «The Culture of Long Term Tranquilizers Users», en Gabe, J. (ed), *Understanding Tranquilizers Use: the Role of The Social Sciences*, Londres, Tavistock y Routledge, 1991.
- (42) National Institute for Clinical Excellence, *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*, Clinical Practice Guideline, 23, Londres, NICE, 2004.
- (43) Ortiz Lobo, A.; Lozano Serrano, C., «El incremento en la prescripción de antidepresivos», *Aten. Primaria*, 2005, 35 (3): 152-5.
- (44) Paykel, E. S.; Priest, R. G., «Recognition and Management of Depression in General Practice: Consensus Statement», *BMJ*, 1992, 305: 1.198-202.
- (45) Priest, R. G., y otros, «Lay People's Attitudes to Treatment of Depression: Results of Opinion Poll for Defeat Depression Campaign Just before Its Launch», *BMJ*, 1996, 313: 858-859.
- (46) Rendueles, L., «Psiquiatría ambulatoria de la Seguridad Social», *Rev. de la AEN*, 1982, 4: 49-55.
- (47) Robertson, M. M.; Trimble, M., «Major Tranquilisers Used as Antidepressants. A Review», *J. Affect. Dis.*, 1982, 4, 173-193.
- (48) Ronalds, C., y otros, «Outcome of Anxiety and Depressive Disorders in Primary Care», *Br. J. Psychiatry*, 1997: 427-33.
- (49) Schatzberg, A.; Nemeroff, C. (eds.), *Textbook of Psychopharmacology*, 3.^a ed., Washington D. C. y Londres, American Psychiatric Publishing, 2004 (trad.: *Tratado de psicofarmacología*, Barcelona, Masson, 2006).
- (50) Shorter, E., *A History of Psychiatry: From the Era of The Asylum to the Edge of Prozac*, Nueva York, John Wiley, 1997.
- (51) Turner, E., y otros, «Selective Publication of Antidepressant Trials and its Influence on Apparent Efficacy», *N. Engl. J. Med.*, 2008, 358: 252-60.
- (52) Tyrer, P., «Drug Treatment of Psychiatric Patients in General Practice», *BMJ*, 1978, 2: 1.008-1.010.
- (53) Tyrer, P., *Classification of Neurosis*, West Sussex, John Wiley, 1989. (Trad.: *Clasificación de las Neurosis*, Madrid, Díaz de Santos, 1992).
- (54) Walsh, B. T., y otros, «Placebo Response in Studies of Major Depression», *JAMA*, 2002, 287: 1.840-7.

X

LA PSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES COMUNES

Mariano Hernández Monsalve

El eje del tratamiento de los TMC es la relación con el paciente, de modo que la construcción de alianza terapéutica, es decir, una relación interpersonal de confianza y de colaboración en el proyecto común de tratar el problema, los problemas presentes y buscar la recuperación. La construcción de esta alianza es lo que permitirá intentar: a) establecer una versión compartida en torno a la naturaleza, y un cierto sentido y significado de sus síntomas, b) explorar el impacto de los mismos en su vida personal, así como c) adentrarse en la exploración de los posibles factores que pudieran contribuir a la producción, aparición y persistencia de los mismos, y d) a establecer objetivos posibles de tratamiento. Esta alianza será el sostén relacional de cualquier opción terapéutica que se considere indicada, ya sea un tratamiento farmacológico o psicosocial (intervención en crisis, psicoeducación, rehabilitación de roles sociales). Otras veces, el tratamiento de primera opción será la psicoterapia, como tratamiento exclusivo o asociado con otros, de forma simultánea (tratamientos combinados) o sucesiva, en las distintas etapas de los procesos de tratamiento (Tizón, 1994; Balint, 1996; Gabard, 2005). En este caso, la psicoterapia será una extensión, en cantidad y calidad, de esos ingredientes básicos de la alianza terapéutica.

En una primera aproximación, atendiendo tanto a la tradición de la clínica (de la medicina general, la psiquiatría y la psicología clínica), como a los datos de eficacia de tratamientos mediante evaluación de resultados, la psicoterapia debiera ser una opción central en el abordaje de estos problemas. Sin embargo, la relación entre TMC y psicoterapia no es una relación simple ni diáfana, y en la práctica se aplica de forma insatisfactoria y, sobre todo, de forma insuficiente, probablemente muy por debajo de las necesidades de la población al respecto.

En una apretada síntesis, lo podríamos expresar diciendo que una buena parte del sufrimiento psíquico no psicótico se expresa mediante agrupaciones sintomáticas, síndromes y trastornos que genéricamente encuadramos en este grupo de los TMC con las siguientes características:

- 1) En su etiopatogenia están presentes tanto factores individuales (constitucionales y biográficos), como de tipo social y cultural, de muy diversa índole –ya sean marginación social, paro, soledad, pobreza, ya los contextos sociales de competitividad, consu-

mismo o precariedad laboral—. Con variedad de procesos etiopatogénicos y de expresiones sintomáticas diversas, en los TMC encontraremos cierta proporción de estrés (expresado en términos psicopatológicos, y/o en términos fisiológicos), cierta proporción de afectación del personal «sentido de la vida», y cierta dosis de fracaso o amenaza de tal, en cuanto a la «adaptación social» se refiere. Lo cierto es que la alta frecuencia con que se presentan los TMC en la población general, además de ser un indicador de la naturaleza problemática del ser humano y del funcionamiento problemático de nuestra cultura y modo de vida actual, es reconocido como un problema sanitario, actualmente mal resuelto.

- 2) La dimensión del problema es creciente, y tiene efectos importantes en el ámbito sociolaboral y económico, además del estrictamente sanitario, hasta el punto de haber merecido ser definido en algún caso (de forma muy rotunda, recientemente en Inglaterra) como la mayor «desgracia social», sustituyendo al desempleo, que venía siendo reconocido como el líder entre los infortunios (Layard, 2006 a).
- 3) Aún disponiendo de terapias presumiblemente eficaces para afrontarlo, la experiencia generalizada en los países donde se ha estudiado con detalle la dimensión y evolución del problema, es que no se está afrontándolo bien desde el punto de vista sanitario (con fallos e insuficiencias en todo el circuito; desde la detección al tratamiento): existen discrepancias en torno a la capacidad de los profesionales del sistema sanitario para detectar la presencia de estos trastornos, pues se alega tanto el infradiagnóstico (Comisión Europea, 2004), como el sobrediagnóstico (Sumerfield, 2006), con el consiguiente riesgo de despilfarro y iatrogenia por medicalización innecesaria. Y predominan respuestas terapéuticas parciales, incompletas.
- 4) Junto a la inquietud al observar que el incremento espectacular en la prescripción y en el consumo de psicofármacos no se está acompañando de una merma en la prevalencia (Moncrieff, 2004), se comprueba que tan solo una pequeña proporción de los pacientes que padecen TMC reciben tratamiento de psicoterapia, aun cuando ésta ha demostrado su eficacia y eficiencia y podría ser empleada de forma mucho más generalizada (Crist-Cristoff, 1992; Russell, 1996; Blay, 2002; Layard, 2006 b; Cuijpers, 2007).

1. *Cuestiones controvertidas*

Si nos acercamos un poco más al fondo de la cuestión, los aspectos principales a tener en cuenta en esta relación controvertida de la psicoterapia en el tratamiento de los TMC, son los siguientes:

1.1. Aspectos problemáticos de los TMC: En su conceptualización, en su presentación clínica y evolución; también en cuanto a los servicios que requieren ser activados para darles respuesta, y muy especialmente, aspectos problemáticos en su dimensión epidemiológica. También por sus efectos en el ámbito personal y socio-laboral (progresivo aumento del gasto directo e indirecto de su tratamiento en los últimos años, merma de productividad, importante frecuencia de incapacidades laborales, otras disfunciones y discapacidades –en la actividad laboral, en el desempeño de roles familiares o sociales–). Muchos de estos aspectos han sido considerados con detalle en otros capítulos de esta ponencia, por lo que ahora los revisamos de forma sintética:

1.1.1. Incierta naturaleza de enfermedad y fronteras poco claras con la normalidad. En realidad son considerados enfermedad por analogía, por su presentación como conductas de enfermedad que demandan atención en servicios de salud y por algunos de sus efectos discapacitantes, sin que cumplan criterios de enfermedad en el sentido preciso del término (definido por la especificidad de etiología, patogenia, síntomas, evolución y respuesta a tratamientos). Aun cuando requieran atención en el sistema sanitario, es ineludible considerarlos también como emergente de una problemática «social» (y cultural, política y económica), que requiere análisis y respuestas más allá de las estrictamente clínicas. Otra cosa es que, ante la ausencia de otros circuitos hacia donde canalizar la queja, o la expectativa de ayuda, para integrarse/adaptarse o cambiar, según los casos, el individuo se orienta hacia el sistema más accesible –el sanitario– que atiende los malestares «compatibles» con problema de salud.

1.1.2. En los aspectos estrictamente clínicos, se caracterizan porque predominan las formas de presentación «complejas», mixtas (porque a menudo, un mismo paciente padece más de un trastorno de entre los TMC, simultánea o sucesivamente), y no suelen recibir tratamiento específico (solo uno de cada cuatro lo está recibiendo). En ocasiones se produce remisión espontánea o mediante activación de los recursos informales de ayuda, pero en otras muchas ocasiones evolucionan hacia la cronicidad (persistencia de síntomas, recaídas, recurrencias), que son más frecuentes cuando se producen recuperaciones incompletas, con persistencia de sintomatología leve o subumbral¹. Las circunstancias que activan el proceso de consultar –expresando demanda a los servicios, tanto de atención primaria como de atención especializada– son en gran parte «extraclíni-

¹ Una cuestión muy importante desde el punto de vista práctico, en cuanto a cuándo proporcionar tratamiento específico, pues hay datos que informan que, ante procesos de leve-moderada intensidad de menos de seis meses de duración, el tratamiento específico no es más eficaz que la «evolución espontánea».

cos», y no son fácilmente identificados ni susceptibles de cambio por los profesionales de los servicios de salud (muy frecuentemente asociado a cambios en su entorno, en su familia, en su red social, o el trabajo).

1.1.3. En la dimensión epidemiológica, refiriéndonos ahora a algunos aspectos particularmente relevantes:

Se supone que en torno a ese 20% de la población que consulta por problemas de salud mental es población vulnerable (bien por supuestos factores genéticos, bien con aspectos relacionados con el apego, problemas de estrés crónico, u otros). De acuerdo con los datos epidemiológicos, una de cada seis personas (16,4%) padecen problemas de ansiedad o depresión, y en una de cada cuatro familias hay al menos un miembro con problemas de salud mental. En lo que se refiere a necesidad de tratamiento psicológico específico, puede servir de referencia la estimación del informe Layard para población inglesa, que la cifra en torno al 1,5 % de la población (es decir 1/10 de quienes presentan problemas de ansiedad y/o depresión), los que precisan terapia. Algunos otros datos puestos también de manifiesto a raíz del informe Layard (2006), pueden servirnos de referencia, como el que desde 1970 hasta la actualidad se han triplicado las peticiones de baja por enfermedad, incluyendo un crecimiento importante de bajas por problemas de salud mental, y con un incremento tan considerable de las peticiones de «certificados médicos por estrés» que ha sido calificado como una «epidemia» nacional. Mientras tanto, desde 1990 hasta hoy se han triplicado las prescripciones y consumo de antidepresivos.

A la luz de estos datos, podemos afirmar que la consideración de estos trastornos como menores en su dimensión clínica, no lo es del mismo modo cuando vemos su impacto social:

- a) Su impacto social y económico es importantísimo: tienen una duración con un promedio de 6 años; y, tras tiempos prolongados de baja laboral, la reincorporación al trabajo es muy difícil, como lo muestra el hecho de que solo el 20% de los que han estado de baja más de seis meses se reincorporan al trabajo en los siguientes cinco años. Y además (siguen siendo datos del informe Layard, 2006) el presupuesto para bajas por estrés/enfermedad mental común es igual al dedicado a todo el desempleo (de hecho, es la razón principal para declarar que los TMC son la mayor causa de infelicidad/desgracia en los últimos 10 años en Inglaterra).
- b) El sistema sanitario no proporciona las respuestas que serían necesarias ante la avalancha de TMC. De hecho, con el aumento de demandas de atención por TMC, disminuye relativamente la indicación de psicoterapia y aumenta la de psicofármacos (se ha triplicado desde 1990 en Inglaterra). Aumenta el gasto, pero no mejoran los resultados, y se mantiene una frecuente tendencia a la cronifi-

cación. Los fármacos no conducen a la remisión sino en un porcentaje relativamente bajo, mientras que las psicoterapias, que tienen eficacia equiparable como tratamiento de episodios y preventivamente más eficacia para tratamiento a largo plazo, conteniendo la tendencia a la recaída, se proporcionan muy escasamente.

1.1.4. El uso de servicios también es controvertido. Entre las personas con TMC se concentran muchos hiperfrecuentadores de servicios de salud (de atención primaria, de distintas especialidades, de urgencias), pero también sabemos que muchas personas que padecen TMC no formulan demandas de atención, o la hacen muy tardíamente. Por parte de la administración sanitaria, y de los servicios y los medios de comunicación se han hecho llegar muchas veces mensajes contradictorios, pues tanto se «acusa» a la población por no consultar, como por hacerlo en exceso. Se insiste en que la medicina –la psiquiatría y la psicología clínica– tiene respuesta para estos problemas, pero los servicios (los de atención primaria y especializada) se sienten incapaces de dar la respuesta adecuada (desbordados por la frecuencia de quejas «psicosociales», por la dificultad para evaluar y discriminar la dimensión sanitaria de la social, las dificultades de intervención por falta de formación «psico» o falta de profesionales que puedan proporcionar tratamiento psicoterapéutico). Por esto, lo más fácil es prescribir psicofármacos.

1.2. En cuanto a psicoterapia

La psicoterapia es instrumento de tratamiento de primer orden en el abordaje de estos problemas, a la vez que confiere identidad a los profesionales y a los propios servicios de salud mental (Martín Zurimendi, 1999), ya que es su técnica más específica de tratamiento². Ya hemos comentado que, dadas las dimensiones del problema del TMC, y la indicación de psicoterapia, sola o en combinación, la cuestión es cómo (con qué criterios, modalidad de tratamiento y de organización, financiación), se puede pasar de ser una indicación hecha eventualmente para algunos

² Hay un debate internacional en torno al rol y responsabilidades de los psiquiatras en los centros de salud mental y en los servicios de psiquiatría, ante la alarma por los efectos que va teniendo el considerar la profesión como excesivamente centrada en los aspectos neurobiológicos, lo que está conduciendo a que existen psiquiatras casi exclusivamente dedicados a tareas de expendedor de recetas o a indicar eventualmente estudios neurobiológicos a sus pacientes (Fava, 2008); surge también inquietud al detectar cierto desencanto en muchos sectores al comprobar que no se están cumpliendo las enormes expectativas depositadas hace unos años en la neuroquímica, la imagen cerebral o la genética (Vallejo Ruiloba, 2008). En muchos casos esta situación está despertando el interés porque los psiquiatras adquieran buena formación en psicoterapia y lo ejerzan como parte importante de sus competencias profesionales (Chaimowitz, 2003; Martín Zurimendi, 1999).

pacientes a generalizarse para la mayoría de pacientes con TMC. En España, la psicoterapia es reconocida como una prestación más del SNS (en sendos decretos de 1995 y de 2006), si bien ese reconocimiento no se ha traducido hasta la fecha en una dotación adecuada de los servicios para afrontar la intensidad de demanda; parecería como si al reconocer esa prestación, se hubiera supuesto que estaría destinada a aplicarse en baja intensidad –una prestación ocasional para una pequeña proporción de pacientes– cuando la realidad es muy otra. En el reciente documento de «Estrategia en salud mental del SNS» (2006) se ofrecen aproximaciones más concretas a algunos aspectos, por ejemplo la necesidad de que cada Comunidad y cada área sanitaria defina la cartera de servicios, y la necesidad de establecer también, en cada caso, un «acuerdo terapéutico» entre el clínico responsable y el paciente. En orden a progresar en esa generalización de la prestación de psicoterapia se hace necesario aclarar cuestiones básicas en torno a la eficacia, efectividad, eficiencia y practicidad de las psicoterapias en los servicios públicos.

Desde la desafiante declaración de ineficacia que lanzó Eysenk en 1952 sobre la psicoterapia que no fuera derivada del modelo de aprendizaje-modificación de conducta, hasta nuestros días se han venido produciendo tantos ensayos y «puestas a prueba» de eficacia de (algunos) métodos de psicoterapia que se ha llegado a afirmar que «no hay otra práctica médica cuya eficacia esté más validada». Shirk y Karver (2003) demuestran en su revisión de metanálisis la importancia de la calidad de los aspectos relacionales frente a las diferencias técnicas entre modelos; y el estudio de Roth y Fonagy (2005) demuestra la eficacia de la psicoterapia en una revisión exhaustiva de metanálisis, y la importancia de combinar adecuadamente psicoterapia y psicofármacos para aumentar la eficacia de los tratamientos, en muchas ocasiones. Un problema es la variedad de métodos de tratamiento y el que, aunque el promedio de eficacia es similar entre todos ellos (Cutler, 2004; Taylor, 2008; Gómez Beneyto, 1997; Butler, 2006; Cuijpers, 2007; De Mello, 2005), ni todos los métodos han sido igualmente validados, ni se puede transferir de unos a otros los resultados de eficacia/efectividad/eficiencia. También es problemática la identificación de las variables que contribuyen a la eficacia (factores comunes y factores específicos del método, variables del terapeuta, variables del sujeto –uno de los cuales, que no siempre será el más determinante para la indicación de tratamiento ni de cara al pronóstico, es el perfil sintomático, el trastorno que presenta– y del contexto). Por esto es difícil avanzar en el establecimiento de los criterios de indicación que tengan en cuenta las distintas variables que contribuyen al resultado final de un tratamiento («qué tipo de psicoterapia, para qué paciente, con qué trastorno, y con qué terapeuta está indicado en cada caso») (Roth y Fonagy, 2005).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la eficacia de muchas psicoterapias no ha sido estudiada de forma sistemática. Y además, muchos factores que pueden aparecer como inertes en estudios a gran escala, pueden ser potentes en manos de quien lo aplica de forma muy adecuada en una determinada situación; la psicoterapia conserva esa dimensión un tanto artesanal en su aplicación que obliga a ser prudentes a la hora de generalizar, y de pasar desde esta «dimensión artesanal» a la «producción industrial», como se reclama en estos momentos desde múltiples lugares para poder responder a la demanda generalizada de tratamiento de este tipo.

En cualquier caso, al hilo de la necesidad de reducir la variabilidad clínica injustificada, y mejorar las indicaciones de tratamiento de acuerdo con resultados de evaluaciones sistemáticas y rigurosas (de la llamada «Medicina Basada en la Evidencia») (Mace, 2001), las diversas guías clínicas sobre trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos por somatización, entre las que cabe destacar las Guías del NICE (NICE 2002; 2004), o los trabajos preparatorios para guías orientadas a la psicoterapia de los canadienses (MacKenzie, K. R., 1999; Chaimowitz, G., 2003) hasta la reciente «Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto» recientemente editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Guía Salud 2008) están reconociendo la importancia de las psicoterapias entre las indicaciones terapéuticas y la necesidad de que los sistemas de salud las hagan accesibles a la población que las necesita (Stevens, 2005).

1.3. En cuanto al sistema sanitario y la cultura de lo comunitario

Entre nosotros, el empuje importante hacia la desinstitucionalización y desarrollo de servicios comunitarios ha coincidido con la hegemonía de psiquiatría biológica, la decadencia del sentido comunitario y de la consistencia del llamado «lazo social», y el auge del consumismo sanitario (Hernández Monsalve, 1998). Así, en ese contexto, la extensión de los servicios «comunitarios» de salud mental han producido en parte efectos bien distintos a los esperados, tales como:

- a) Facilitar en la población la aceptación generalizada del «modelo de enfermedad» del malestar psíquico, con su correspondiente viraje hacia la dimensión individual, a lo sumo ampliada al contexto familiar.
- b) E, igualmente, facilitar la aceptación generalizada de los psicofármacos, no solo como tratamiento opcional para los TMC sino como un producto de consumo e incluso de «culto», al servicio del «maquillaje psíquico» o simplemente «para ir aguantando los empujones y avatares de la vida», de modo que, efectivamente, como enunciaba recientemente un reportaje periodístico, «los fármacos ganan a la psicoterapia» (Sánchez-Vallejo, 2009).

- c) Facilitar la psicologización (convertir en cuestión *psico* susceptible de ser resuelta por los técnicos), de problemas sociales o derivados de los avatares de vivir (Rendueles, 1997), tales como el estrés y el acoso laboral –que presumiblemente está detrás de hasta un 20% de bajas laborales, que hasta hace unos días eran problemas prioritariamente sindicales–, o el desempleo, el paro prolongado. Y otros más como la violencia doméstica, o el llamado «síndrome de alienación parental», o los efectos de la marginación asociada a la pobreza o a la inmigración.

En cualquier caso, en estos tiempos de auge de la psiquiatría biológica también han crecido las opciones de psicoterapia, si bien su dispersión, su escasa implantación en los servicios públicos y su mayor dificultad de uso frente a la psicofarmacología han contribuido a que hayan sido desplazadas a un lugar secundario en la práctica (Moncrieff, 2004).

La población se debate entre el reclamo del psicofármaco (tecnología de fácil difusión y fácil acceso, supuestamente resolutoria) y la psicoterapia que a su vez puede ser vista como un nuevo producto de consumo, alternativo o complementario a los fármacos, o valorada por lo que representa como opción de cambio –mejora personal a través del «valor de la palabra, de la relación, de la implicación personal»–. En todo caso, los pacientes-usuarios quieren disponer de información sobre la eficacia e indicaciones posibles de cada opción terapéutica, para tomar decisiones sustentadas en información correcta (es decir, proceder de acuerdo al «consentimiento informado»).

Por otra parte, 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 individualización personalizada.

Y, por supuesto, esta operación no está exenta de riesgos, tales como los de iatrogenia socio-cultural que ya señalara Ivan Illich en su *Némesis Médica*, riesgos de generar falsas expectativas (sobre la ingenuidad simplista de que mediante una tanda de intervenciones psicoterapéuticas se pueden contrarrestar los efectos de las condiciones sociales que colocan al sujeto en condiciones de alienación u otros problemas sociales (marginación, soledad, paro...), o concebir la relación psicoterapéutica como vicariante sucedáneo de relaciones genuinas.

2. *Psicoterapia para TMC en los servicios públicos: ¿hay alternativas viables?*

En este entramado, el lugar que ocupa la psicoterapia en el tratamiento de los TMC, y sobre todo el lugar que ocupa en los servicios públicos de salud mental varía muchos según los países (Priebe, 2006). Encontramos respuestas muy desiguales: desde algunos, como el caso de Holanda, en donde disponen de una buena provisión de psicoterapia en los servicios públicos, con cobertura de 25 sesiones (que pueden ser 50 en caso de trastornos de personalidad), en el que el paciente contribuye a financiar (con 15 euros por sesión en 2006), hasta otros como Suiza, en donde el servicio proporcionado por las aseguradoras ofrece número ilimitado de sesiones, o Alemania (psicoterapia por médicos o por psicólogos), que cuenta con tradición de psicoterapia en contexto de hospitalización (para patología psicosomática, 4-6 semanas), con amplia cobertura incluyendo tratamientos prolongados (entre 25-100 sesiones susceptibles de ampliación en ciertas condiciones), o el caso de Francia, que ha regulado recientemente el acceso a la práctica psicoterapéutica, limitada a médicos, psicólogos clínicos o psicoanalistas acreditados. O Italia, que incorpora los psicoterapeutas a los equipos de salud mental... Lo más significativo es la progresiva relevancia de esta opción terapéutica, que es amplia y activamente solicitada y usada por la población.

Y en lo que se refiere a la planificación de recursos para la atención a TMC en los servicios de salud mental comunitaria, se ha venido haciendo sin ajustarse a su dimensión epidemiológica, ni a la previsión de necesidad de profesionales para proporcionar toda la gama de tratamientos eficaces; porque si bien no ha existido restricción alguna para acceder a la dispensación de cualquier psicofármaco para TMC, no puede decirse lo mismo de las psicoterapias, ya que apenas se ha considerado la necesidad de profesionales para este fin. Ha sido otra de las famosas brechas entre la teoría, la investigación y la práctica. Como si los planificadores no se hubieran tomado en serio los datos epidemiológicos y las consiguientes necesidades de tratamiento en cuanto a psicoterapia se refiere. El resultado es que la dotación de profesionales formados en psicoterapia está bajo mínimos; y que ante la desproporción entre demanda y recursos y la ausencia de acuerdos en torno a criterios que tengan en cuenta equidad y eficiencia para regular el racionamiento a que de facto está sometido este recurso escaso, en la práctica se distribuye con criterios variables según los profesionales y los servicios que lo proporcionan.

El lugar de las psicoterapias en el contexto sanitario, y más específicamente en nuestro Sistema Nacional de Salud, es un hecho muy reciente. Aparece con rango de «prestación sanitaria» en 1995 y en 2006

(previamente, con carácter anecdótico, cuando no denostado por «cientifismo» y en todo caso relegado al circuito privado).

En cualquier caso, a falta de una planificación específica de recursos para responder a las necesidades de psicoterapia, los tratamientos *psico* se han ido incorporando «a trompicones» en nuestros servicios de salud mental. En el camino se fueron produciendo algunas honrosas excepciones voluntaristas en muchos equipos, e intentos más institucionales para dar carta de naturaleza en la realidad cotidiana a las psicoterapias, como fue el documento de la Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza en Bizkaia (Martín Zurimendi, 1999), estrategia que sigue a día de hoy (o el documento sobre el que están trabajando en Cataluña como parte del nuevo Plan director de Salud Mental de esa Comunidad), ya con el reconocimiento explícito de la necesidad de generalizar las psicoterapias para esta población de pacientes, como sucede en el documento de Estrategia en salud mental del SNS.

Mención aparte merece el impacto que las guías del NICE (para la depresión, ansiedad, Tept, Toc, etc.) están teniendo, en la medida en que están siendo un soporte riguroso en el desencadenamiento de ambiciosos proyectos de psicoterapia en los servicios públicos de salud mental en Reino Unido.

La preocupación del Gobierno británico a través del NHS por aumentar el acceso a las terapias psicológicas («Improving Acces to Psychological Treatments» –IAPT 2005–) que cuenta con un fortísimo apoyo argumental en el informe Layard (2006), de la Escuela de Economía de Londres, etc. Este informe, tras poner en evidencia la incapacidad del NHS para cumplir las recomendaciones de la guía de NICE en lo que a trastornos de ansiedad y depresión se refiere, se aplica a hacer una estimación del impacto económico que supone esta verdadera «plaga» de ansiedad y depresión entre la población general, concluyendo que tratarlos insuficientemente (muchos casos sin tratamiento, y otros muchos sólo con fármacos) sale muy caro al sistema; y, además, el aumento de recursos y del gasto de psicofármacos no está evitando que sigan creciendo las bajas e incapacidades laborales por problemas asociados al estrés, ansiedad, y depresión. En esta línea de análisis económico es especialmente fuerte la observación acerca de que el precio de un mes de baja es prácticamente el mismo que una tanda de tratamientos con psicoterapia, de unas 16 sesiones de terapia cognitivo-conductual (TCC) (unas 750 libras de 2006), que previsiblemente proporcionaría un índice de recuperaciones, más que suficiente como para compensar el gasto. El informe plantea la necesidad de generalizar un nuevo servicio de psicoterapia en el NHS, que se conecte también al circuito de lo laboral, que se apoye en modalidades de intervención escalonada, principalmente del

espectro de las TCC, con nuevas modalidades como autoayuda, apoyo por teléfono, biblioterapia, incorporando las nuevas tecnologías (monitorizado por ordenador, por Internet), aceptando la autoderivación (es decir, solicitar psicoterapia por iniciativa propia, sin derivación del médico general de atención primaria). Ofrece también estimaciones de gasto y de impacto en la organización, ya que aceptar este objetivo significaría la necesidad de formar unos 10.000 terapeutas en técnicas cognitivo-conductuales (¡y de hecho el proyecto ya está en marcha!, aunque no exento de controversia). En concreto, el proyecto plantea dotar un servicio en cada área, en torno a 200.000 habitantes, por lo que serían necesarios 10.000 terapeutas en 250 servicios locales (es decir, unos 50 terapeutas –para tratamiento de ansiedad y depresión– para cada área con unos 200.000 habitantes), intentando tener 40 servicios funcionando a final de 2013).

- De los 10.000 terapeutas que se necesitan, 5.000 saldrían de entre los psicólogos clínicos, debiendo completar o adquirir formación en terapia cognitivo-conductual (aunque el proyecto contempla la posibilidad de emplear también otras técnicas) y los otros 5.000, a formar entre los 60.000 enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y consejeros.
- Se plantea un trabajo en equipo, con un terapeuta ya experto, que pueda supervisar a los que se inician y contribuir a su formación. Y prevé dos niveles de cualificación, uno para la práctica y otro para la supervisión
- Al mismo tiempo, se prevén también acciones de formación complementaria para médicos de familia y enfermeros, para mejorar habilidades en la detección de males y, en algunos casos, también para proporcionar psicoterapia.
- Se estima que el programa no significará costo global, ya que los gastos se compensarán con la evitación de pensiones por baja laboral e incapacidad y el aumento de la productividad de esta población, además del beneficio por rescatarlos para la vida social y laboral activa, y la consiguiente reducción de sufrimiento.
- Este proyecto constituye un magnífico exponente de por dónde irían los efectos antes comentados de pasar de «producción artesanal a producción industrial de psicoterapia».

3. *Pero ¿está justificado este despliegue con tantas expectativas?*

- A día de hoy, están en marcha dos proyectos piloto (en Doncaster y en Newham) (Clark 2008) que derivan del informe Layard, ambos con el mismo propósito (facilitar acceso a terapias psicológicas en servicios públicos para trastornos de ansiedad y depresión) y con algunas diferencias entre sí, que derivan sobre todo de cir-

cunstancias locales en la puesta en marcha de los proyectos y de diferencias sociodemográficas (ejemplo: diferencias en tasa de población inmigrante y angloparlante, tasas de paro). Al inicio de los proyectos existen también, entre las dos sedes, algunas diferencias en «preferencias diagnósticas» y en algunos aspectos de manejo clínico de TMC en ambos servicios; así como en itinerario/proceso asistencial, y más o menos fácil acceso a nivel especializado. Los resultados iniciales indican que el nuevo servicio es muy accesible, se aplican pocas sesiones, y los beneficios terapéuticos son notables para los que llevan más de seis meses con síntomas. Algunos resultados concretos:

- Mejoría en el 52% de casos con depresión y/o ansiedad durante más de seis meses, y que las mejorías (valoradas por cambios favorables en escalas) se mantienen en los seguimientos en periodo de 4-12 meses.
- No hay constancia de eficacia de intervención específica (que sea superior a recuperación espontánea) en problemas de menos de seis meses de duración.
- En sus primeras valoraciones, consideran muy positivo el que la gente haya podido ir directamente a psicoterapia sin pasar por el médico de primaria. No sabemos hasta qué punto han analizado los efectos que puede tener a más largo plazo sobre la atención integral y continuidad de cuidados.

Otros resultados significativos son:

- Aumento en 5% la tasa de empleo entre los que fueron atendidos (lo que, al parecer, ya es suficiente para justificar económicamente el proyecto).
- Se recomienda incluir seguimientos de al menos 3-6 meses, y sesiones de recuerdo, y prevención de recaídas.
- A falta de datos de resultados más avanzados de los dos proyectos piloto ahora en marcha, la decisión del Gobierno Británico (pues aunque es NHS, parece que se trata de una decisión que compromete la línea política del Primer Ministro, ya que se ha considerado un proyecto que va más allá de lo meramente «técnico») ha estimulado un interesantísimo debate en torno a lo que significa esta medida de extensión de psicoterapia conectada con el ámbito laboral que pretende en gran medida la reintegración al trabajo de quienes están de baja por enfermedad mental. El debate ha sido recogido recientemente en las páginas del *British Journal of Psychiatry*, planteando el debate en torno a qué significa la extensión de la psicoterapia ¿se trata de una medicalización innecesaria del «estrés normal, o de poner al alcance de quie-

nes lo necesitan, respuesta a necesidades no reconocidas ni satisfechas? Resumiendo, los argumentos principales que se están esgrimiendo son los siguientes:

Los argumentos esgrimidos a favor del proyecto IAP (posición representada por Vale) incluyen: 1) el proyecto responde a una necesidad de muchos ciudadanos que padecen ansiedad y/o depresión según datos fiables de los estudios epidemiológicos, y que no están obteniendo respuesta adecuada porque el NHS no les proporciona los métodos de tratamiento eficaces que preconiza y recomienda el NICE en las guías publicadas *ad hoc*, especialmente la guía para tratamiento en primaria y especializada SSM de ansiedad y depresión; 2) Recuerda que se trata de problemas con repercusión importante (episodios sintomáticos de 6 años de duración promedio); 3) Las propuestas de Layard se apoyan en los datos de estudios de metanálisis respecto a tratamientos eficaces (TCC tanto como los psicofármacos para episodios agudos y probablemente más eficaz para tratamientos de mantenimiento), y en la opinión sustentada en datos fiables de que la población desea tener acceso a terapias psicológicas (opinión que refuerza con el apoyo que el proyecto Layard ha obtenido de asociaciones de usuarios y pacientes afectados de patologías del espectro de TMC); 4) Defiende la opción de que se ofrezca acceso directo de los pacientes a terapia sin pasar por el médico de atención primaria, ya que muchos pacientes prefieren evitar la mediación del médico; 5) Junto al argumento de proporcionar terapia con fundamento científico (la TCC), D. Vale insiste en que en la propuesta y en los estudios piloto se garantizan todos los criterios de evaluación y de calidad y se implica de forma adecuada a los pacientes en el proceso (ejemplo: mediante medidas como proporcionar a los pacientes las grabaciones de las entrevistas para que las revise en casa, y refuerce el aprendizaje y enriquecimiento de la experiencia que de ahí se deriva) (Sumerfield, Vale, 2006).

Frente a ello la posición crítica representada por Sumerfield presenta un conjunto de argumentaciones que apuntan a que el crecimiento de la «industria de la salud mental» y la oferta «masiva de TCC puede ser contraproducente para la sociedad», siendo más una parte del problema que la solución al sufrimiento de la gente que se presenta como enfermedad (y alude a la medicalización de los problemas de la vida diaria). Las líneas argumentales principales son: 1) Que no son fiables los datos epidemiológicos que se apoyan en cuestionarios que convierten fácilmente en síntomas de ansiedad o depresión malestares que derivan de diversos aspectos problemáticos de la vida, opinando que los datos epidemiológicos expresan un «ridículo sobrediagnóstico», y, además, 2) no debieran definirse como problemas mentales (y por tanto cuestión individual), los problemas derivados de las condiciones de trabajo y de nuestro sistema de vida occidental, que debieran abordarse como problema social y político; la TCC contribu-

ye a reforzar la perspectiva individualista. 3) considera ingenuo y simplista pensar que una tanda de sesiones de TCC puede contrarrestar la problemática subyacente en la tendencia de tanta gente a buscar la pensión por baja laboral. 4) Sugiere que quizás el que ciertas quejas sean atendidas en los servicios de salud mental sea un impedimento para que la gente se recupere y se reintegre al trabajo porque facilita actitudes pasivas y es muy difícil remover un diagnóstico (ofrece los datos de que el crecimiento de recursos no se acompaña de mejoras en la salud: se ha duplicado el número de psiquiatras consultores en veinte años, se han triplicado el número de consejeros en 10 años y se ha triplicado el consumo de antidepresivos desde 1990, mientras que se han triplicado el número total de quienes cobran pensiones de incapacidad, siendo los problemas de salud mental los que han crecido más. 5) Se alinea con la tradición illichiana de «Némesis Médica» señalando los riesgos de iatrogenia de las instituciones sanitarias y sobre los riesgos de reforzar la estructura del «Estado terapéutico» (Illich, 1987; Rendueles, G., 1997; Utrilla, 1998; Sumerfield, 2006).

4. *A modo de conclusiones y comentarios finales*

1. Entre los tratamientos disponibles para quienes padecen algún tipo de TMC, tanto la psicoterapia como los psicofármacos han demostrado una eficacia similar si nos atenemos a la mera reducción de síntomas. Existen algunos casos de indicación preferente de una u otra opción según aspectos clínicos. En el resto, debería ser una opción del propio paciente de acuerdo a la información disponible, según criterios de «consentimiento informado», tal y como sucede en otros muchos aspectos de la clínica. En la práctica esto nos es así, y se recurre a indicar fármacos en la mayoría de los casos, por la sencilla razón de que, a día de hoy, e independientemente de su creciente encarecimiento, son muy accesibles. La psicoterapia sin embargo es un recurso escaso, por falta de tiempo y de profesionales disponibles para su aplicación, sometida a racionamiento, con criterios no explícitos, en los servicios públicos, y a barreras económicas de acceso en los privados.
2. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la indicación de psicoterapia no puede hacerse de forma indiscriminada, sino de acuerdo a criterios de buena práctica, lo que incluye cuestiones como: a) que esté clínicamente indicada, b) que el sujeto, el paciente, reúna las condiciones para participar en el proceso (nivel intelectual, aceptación de las condiciones del encuadre), c) que el paciente presente suficiente motivación, d) que se den en las sesiones iniciales un mínimo acuerdo que permita un esbozo de alianza terapéutica y establecer un contrato terapéutico.

3. Hay que tener en cuenta que muy a menudo los factores contextuales son muy determinantes en la aparición y, sobre todo, en la cronicación de los TMC, más determinantes incluso que factores individuales, por lo que la psicoterapia puede ser poco efectiva o estar incluso contraindicada en esas ocasiones (ej.: cuando las claves de la producción y despliegue de síntomas parecen estar en el contexto familiar, o cuando la persona está sometida a condiciones de trabajo muy agobiantes e injustas, o cuando es víctima de rechazo manifiesto por el entorno por motivos raciales, étnicos o de clase social, o padece los efectos de estar «sometido» a un control de su vida privada –pertenencia a sectas, o equivalentes; o cuando se padecen enfermedades o discapacidades crónicas). En estas circunstancias siempre hay que valorar la posibilidad de actuar sobre el entorno como acción preferente a la intervención centrada solo en el individuo; no debe iniciarse psicoterapia sin que sea en concordancia con el inicio de acciones para remover las circunstancias del entorno que puedan ser modificadas, cuidando siempre que no sea una opción que prive al sujeto implicarse en la producción de cambios en contextos de realidad.
4. La elección del tipo de psicoterapia más adecuada para cada caso tiene problemas no resueltos actualmente, lo que requiere investigación específica aún poco desarrollada. Uno de los esfuerzos de la psicoterapia en los últimos años ha sido elaborar métodos de tratamiento adecuados a categorías clínicas. Este esfuerzo ha venido acompañado generalmente de la preparación de manuales con descripción detallada de la aplicación del método que se trate (la «manualización» de las psicoterapias), lo que facilita su aplicación con menos riesgo de variabilidad entre terapeutas, así como los estudios de eficacia y eficiencia (lo que ha dado pie a que dispongamos ya de muchos estudios que confirmaron la validez, eficacia y efectividad) de una amplia gama de psicoterapias. En los últimos años, esta investigación se ha ido ampliando en los servicios públicos de salud mental comunitaria. Estas tendencias están siendo especialmente potentes en países anglosajones, y están polarizando la mayor parte de los estudios de aplicabilidad, eficacia y eficiencia. Los modelos que más se han ajustado a estos propósitos, y están congregando la mayor parte de estudios son las terapias cognitivas y conductuales (Bockting, 2005), además de algún modelo de orientación dinámica y/o integradora (Fernández Liria, 1997 y 2002; Reneses, 1997; Dieguez, 1997; Frank, 2007).
5. Esta estrategia (de manuales de psicoterapia adecuada a categorías clínicas) tiene limitaciones: unas son intrínsecas al propio

proceso por el que se atiende al paciente, ya que quizás las claves de las diferencias en el tipo de psicoterapia a aplicar en cada caso no son tanto los tipos o categorías clínicas sino otros factores sobre los que podría merecer la pena actuar de forma más específica: variables personales y contextuales del paciente («existen enfermos no enfermedades») podemos afirmar cargados de razón en este caso), tales como capacidad de *insight*, nivel de verbalización, introversión, capacidad de reconocimiento de sentimientos, estilo atribucional y tantos otros, pueden ser más importantes para indicar el tipo de tratamiento que algunas subcategorías clínicas. Por estos motivos, y ante esta necesidad de personalizar en lo posible el formato de tratamiento tienen también, cada vez más interés, los formatos de psicoterapia integradora («que el tratamiento se adapte al paciente» más que a la inversa, que es la pretensión clásica) (Beitman, 1987, 2004; Mirapeix, 1997; Fernández Liria, 1997, 2002).

6. Una observación particular sobre el encuadre: tanto en esta breve revisión como en la literatura internacional sobre el tema, los estudios de evaluación de resultados de psicoterapia para TMC se centran en tratamientos individuales. Es un aspecto que también requiere corrección; pues tanto las intervenciones familiares como las terapias de grupo pueden ser muy pertinentes. Concretamente hay estudios que demuestran que las terapias de grupo en contexto de servicios públicos, pueden ser más apropiadas, por ser más costo-eficaces como tratamientos de episodios, y como prevención de cronicidad, que los abordajes exclusivamente individuales (Montilla, 1997; Cheung, 2006; Guimón, 2000; Houston, 2002; Tuesca-Molina, 2003).
7. Consideraciones sobre aspectos éticos y otras connotaciones en el ámbito sociocultural.

7.1. Entre los dilemas en la ética de la psicoterapia son de especial importancia los que se plantean en torno al binomio individuo-sociedad (al servicio de las exigencias de la vida social o al servicio de las necesidades intrínsecas del sujeto, puesto que a veces se hace necesario elegir), y entre adaptación y rebeldía. En los orígenes, el propio psicoanálisis ha estado disponiendo de toda la gama de respuestas. Desde el punto de vista de los valores, en la medida en que desplaza el foco de atención al conflicto interno del individuo, puede servir para escamotear el conflicto social, puede ser visto como un instrumento (¿cultural, sanitario?) al servicio del mantenimiento del orden «burgués». Pero pronto se vio que no necesariamente sería así en todos los casos: desde la inicial contestación adleriana, que exporta cierto psicoanálisis a centros de higiene al servicio de obreros y clases populares, hasta la posterior propuesta de Wilhem

Reich, al ver en la liberación instintiva que necesariamente debiera derivarse del psicoanálisis, un enorme potencial revolucionario y, de otro modo, Marcuse, Eric Fromm y el movimiento llamado freudomarxismo, hoy al parecer angostado, aunque con eventuales tímidos rebrotes.

Del mismo modo, también las psicoterapias, dependiendo del modelo y, sobre todo, del contexto, de las pretensiones y de la postura que se adopte desde la perspectiva de la ética y los valores, puede desplegarse en un amplio abanico de posibilidades, desde el más escueto recetario pragmático hasta el ambicioso humanismo utópico. Valga como referencia el que, cuando en la década de los sesenta y los setenta del siglo XX, las psicoterapias estaban haciendo acto de presencia en España, despertaron la sospecha o la franca represión desde «el régimen», al tiempo que merecían el calificativo de «psiquiatría de consumo» en consonancia con el «modelo americano» desde cierto pensamiento crítico, como revelan las páginas de la revista *Triunfo* (Díaz-Plaja, 1971), afortunadamente acercadas a nuestras pantallas de ordenador por Óscar Martínez Azurmendi a través de «imágenes de la psiquiatría» (2009).

7.2 El dolor psíquico, el sufrimiento humano, admite muchas lecturas; la que hacemos desde la óptica salubrista y de la clínica «de lo mental» no es más que una de las posibles; es a la que abocamos desde nuestra perspectiva profesional, en la que el dolor y el sufrimiento son síntomas susceptibles de ser leídos como parte de un síndrome, o de una enfermedad. «Al aceptar la lectura sanitizada del dolor asumimos el objetivo de aliviar o suprimir los síntomas, pero no podemos olvidar ni la dimensión social ni ética de nuestra intervención... la sanidad psiquiátrica y psicoterapéutica persigue el objetivo de adaptar a cada uno al nivel del hombre medio sólo cuenta que esté o no esté adaptado y no perturbe el tejido social» (Fromm, 1994), lo que nos conduce a valorar la intervención *psico* desde la óptica de los «valores» en la sociedad de hoy, tal como por ejemplo ha hecho Rendueles, al señalar la laxitud moral –el «amoralismo»–, y el actuar al servicio del «adaptacionismo, el individualismo, el emotivismo egoísta» y el «terapeutismo como guía moral», como elementos comunes de la dimensión ética de las psicoterapias hoy predominantes (Rendueles, 1997).

En línea complementaria con lo anterior, otros autores señalan que la promoción de la idea de que existen soluciones técnicas y profesionales al sufrimiento, cualquiera que sea su origen, la colonización médica (que incluye la psicoterapia) de la vida diaria, tiene profundas consecuencias: reduce la confianza de uno mismo en sus propias competencias para afrontar las dificultades. Y a nivel social, la medicalización oscurece la importancia, el impacto de ciertos cambios sociales negativos, como la retracción del «Estado de bienestar», el aumento de horas de trabajo para mantener nivel de ingresos, inseguridad laboral, mayor incertidumbre ante el riesgo de desmantelamiento de los sistemas de pensiones. En síntesis,

una sociedad obsesionada en mirarse el ombligo es incapaz de responder al desafío de afrontar cambios en profundidad (Moncrief, 2003).

La epidemia de «malaria urbana» fue atisbada –con antelación a Layard y su propuesta de aumentar en 10.000 los terapeutas en R.U.– por algunos finos observadores, como Ronald Laing hace casi cuarenta años, cuando afirmaba en *Dialéctica de la liberación*: «Es posible que el sistema exija un número suficiente de personas que sean declaradas pacientes y tratadas en consecuencia. Es posible que para cada grupo de veinte o treinta personas se necesite una especie de pararrayos humano sobre el cual se descarguen las vibraciones nocivas, una especie de descarga humana».

El debate está abierto. De gran importancia desde el punto de vista de la salud mental (de la clínica, la epidemiología, la organización de servicios, la ética), sobrepasa este ámbito para acercarse al centro de un debate social, cultural y político de mayor alcance, como parece derivarse de lo expuesto.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Balint, M., y otros, *Psicoterapia focal*, Barcelona, Gedisa, 1996.
- (2) Beitman, B. D., *The Structure of Individual Psychotherapy*, Nueva York, The Guilford Press, 1987.
- (3) Beitman, B. D.; Yue, D., *Psicoterapia: programa de formación*, Barcelona, Masson, 2004.
- (4) Blay, S. L., y otros, «Effectiveness of Time-Limited Psychotherapy for Minor Psychiatric Disorders», *Br. J. Psychiatry*, 2002, 180: 416-422.
- (5) Bockting, C. L., y otros, «Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression with Cognitive Therapy: A Randomized Controlled Trial», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2005, 73 (4): 647-57.
- (6) Butler, A. C., y otros, «The Empirical Status of Cognitive behavioral Therapy: a Review of Meta-Analyses», *Clin. Psychol. Rev.*, 2006, 26 (1): 17-31.
- (7) Chaimowitz, G., «Psychotherapy in Psychiatry. CPA Position Statement», *Can J. Psychiatry*, 2003, 49, 2: 1-4.
- (8) Cheung A., y otros, «Depression Support Group: Participants' Evaluation and Perceived Effects», *Hong Kong Pract.*, 2006, 28 (1): 14-23.
- (9) Clark, D. M., y otros, «Improving Access to Psychological Therapy: Initial Evaluation of the Two Demonstration Sites», LSE Centre for Economic Performance. Working paper n.º 1.648 (www.iapt.nhs.uk).
- (10) Commission of the European Communities, *The State of the Mental Health in the Europe*, European Communities, 2004.
- (11) Crits-Cristoph, P., «The Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis», *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149: 151-158.
- (12) Cuijpers, P., y otros, «Problem Solving Therapies for Depression: A Meta-Analysis», *Eur. Psychiatry*, 2007, 22 (1): 9-15.
- (13) Cutler, J. L., «Comparing Cognitive Behaviour Therapy, Interpersonal Psychotherapy, and Psychodynamic Psychotherapy», *Am. J. Psychiatry*, 2004, 161: 1.567-73.
- (14) De Mello, M. F., y otros, «A Systematic Review of Research Findings on the Efficacy of Interpersonal Therapy for Depressive Disorders», *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2005, 255 (2): 75-82.

- (15) Díaz-Plaja, G. L., «La asistencia psiquiátrica en España», *Triunfo*, febrero 1971.
- (16) Fava, G. A., y otros, «Centros de salud mental: un nuevo modelo», *World Psychiatry* (ed. esp.), 2008, 6, 3: 177-180.
- (17) FEAPS, *Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid, FEAPS, 2007.
- (18) Fernández Liria, A., y otros (coords.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, Madrid, AEN, 1997.
- (19) Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B., *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*, Bilbao, Desclée de Brower, 2002.
- (20) Frank E., y otros, «Randomized Trial of Weekly, Twice-Monthly, and Monthly Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Treatment for Women with Recurrent Depression», *Am. J. Psychiatry*, 2007, 164 (5): 761-7.
- (21) Fromm, E., *La patología de la normalidad*, Buenos Aires, Paidós, 1994 (or. 1991).
- (22) Fundació Sant Pere Claver, *Nous reptes plantejats a l'assistència pública en Salut Mental*, Barcelona, COM, 1999.
- (23) Gabbard, G. O., y otros, *Oxford Textbook of Psychotherapy*, Oxford, Oxford University Press, 2005.
- (24) Gómez Beneyto, M., «La evaluación del resultado terapéutico en psicoterapia psicodinámica», *Rev. de la AEN*, 1997, 17 (63): 537-546.
- (25) Guimón, J., y otros, «Evolución de la psicoterapia grupal en la asistencia psiquiátrica: la Batería "Bel Air"» *Psiquis*, 2000, 21 (6): 277-287.
- (26) Hernández Monsalve, M., «Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad», en Álvarez Uría, F., y otros, *Neoliberalismo vs democracia*, Madrid, La piqueta, 1998: 264-281.
- (27) Houston, T. K., y otros, «Internet Support Groups for Depression: A 1-Year Prospective Cohort Study», *Am. J. Psychiatry*, 2002, 159 (12): 2.062-8.
- (28) Hook, J., «The Role of Psychodynamic Psychotherapy in a Modern General Psychiatry Service», *Adv. Psychiatr. Treat.*, 2001, 7: 461-468.
- (29) Canadian Psychiatric Association Psychotherapies Steering Committee, *Guidelines for the Psychotherapies in Comprehensive Psychiatric Care: A Discussion Paper*.
- (30) Illich I., *Némesis Médica. Límites de la Medicina: en torno a la expropiación de la salud*, Méjico, J. Mortiz y Planeta, 1987 (1.ª ed., 1975).
- (31) «Improving Access to Psychological Treatments» (www.iapt.nhs.uk).
- (32) Layard, R., *The Depression Report: a New Deal for Depression and Anxiety Disorders*, Londres, Center for Economic Performances, London School of Economics and Political Science, 2006 (cep.lse.ac.uk/research/mentalhealth).
- (33) Layard, R., «The Case for Psychological Treatment Centers», *BMJ*, 2006, 332: 1.030-32.
- (34) Louro González, A. (coord.), *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2008.
- (35) Mace, C., y otros, *Vidence in the Psychological Therapies: A Critical Guide for Practitioners*, East Sussex, Brunner-Routledge, 2001.
- (36) MacKenzie, K. R. (comp.), «Working Group 2 of the Canadian Psychiatric Association Psychotherapies Steering Committee», *Can J. Psychiatry*, 1999, 44, supl. 1: 4-17.
- (37) Ministerio de Sanidad y Consumo, «Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud», *BOE*, 10 febrero 1995.
- (38) Ministerio de Sanidad y Consumo, *Guía de formación de especialistas*, Madrid, Ministerio de Sanidad y consumo, 2006.
- (39) Ministerio de Sanidad y Consumo, «Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud», *BOE*, 2006.

(40) Ministerio de Sanidad y Consumo, *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, Madrid, 2007.

(41) Mirapeix, C., «Modelos integradores en Psicoterapia: una forma diferente de aproximación a la psicoterapia», *Psiquiatría Pública*, 1997, 9, 6.

(42) Martín Zurimendi, O. (coord), *Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. La psicoterapia en la Institución pública*, Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, Goze, 1999, III, 5: 55-72.

(43) Martínez Azurmendi, O., «Imágenes de la psiquiatría», 33, 11-1-09 (psiquifotos.blogspot.com).

(44) Montilla, J. F., y otros, «Evaluación de la eficacia de la psicoterapia de grupo en un ámbito ambulatorio y público según indicadores de 'consumo asistencial'», en Fernández Liria, A., y otros, *Psicoterapias en el sector público. Un marco para la integración*, Madrid, AEN, 1997: 205-227.

(45) Moncrieff, J., «Is Psychiatry for Sale? A Examination of the Influence of Pharmaceutical Industry on Academic and Practical Psychiatry», *Healthy Skepticism International News*, enero-marzo 2004, 22 (healthyskepticism.org).

(46) National Institute for Clinical Excellence, *Guidance on the Use of Computerised Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety and Depression*, Londres, NSH, 2002.

(47) National Institute for Clinical Excellence, *Clinical Guideline 23. Depression: Management of Depression in Primary and secondary care*, Londres, NSH, 2004.

(48) Priebe, S. (2006), *The Provision of Psychotherapy –An International Comparison* (cep.lse.ac.uk/research/mentalhealth).

(49) Rendueles, G., «Psicoterapias en el Estado», en Fernández Liria, y otros, *Psicoterapias en el sector público. Un marco para la integración*, Madrid, AEN, 1997: 245-269.

(50) Reneses, B.; García-Solano, F., «Necesidad de criterios específicos para la oferta de psicoterapia psicoanalítica desde los servicios públicos», *Rev. de la AEN*, 1997, 17 (63): 411-422.

(51) Roth, A.; Fonagy, P., *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, Nueva York, Guilford Press, 2005.

(52) Russell, R. L.; Orlinsky, A. E., «Psychotherapy Research in Historical Perspective: Implications for Mental Health Care Policy», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996, 53: 708-715.

(53) Sánchez-Vallejo, M. A., «Los fármacos ganan a la psicoterapia», *El País*, 5-I-2009: 26-27.

(54) Shirk, S. R.; Karver, M., «Prediction of Treatment outcome from Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2003, 71 (3): 452-464.

(55) Stevens, S., y otros, *Coping with Depression. Australian Treatment Guide for Consumers and Carers Melbourne*, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005.

(56) Sumerfield, D., «Depression Epidemic or Pseudo-epidemic?», *J. R. Soc. Med.*, 2006, 99: 161-162.

(57) Sumerfield, D., «The Invention of Posttraumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of A Psychiatric Category», *BMJ*, 2007, 322: 95-98.

(58) Sumerfield, D.; Veale, D., «Proposals Form Massive Expansion of Psychological Therapies Would Be Counterproductive Across Society», *The British Journal of Psychiatry*, 2008, 192: 326-330.

(59) Taylor, C. B.; Chang, V. Y., «Issues in the Dissemination of Cognitive-behavior Therapy», *Nrd. J. Psychiatry*, 2008, 62, supl. 47: 37-44.

- (60) Teasdale, J. D., y otros, «Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2000, 68 (4): 615-23.
- (61) Tizón, J. L., «Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las terapias de flash», *Inf. Psiquiatr.*, 1994, 138 (4): 358-392.
- (62) Tiesca-Molina, R., y otros, «Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia», *Rev. Esp. Salud Pública* 2003, 77 (5): 595-604.
- (63) Utrilla, M., *¿Son posibles las psicoterapias en las Instituciones?*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1998.
- (64) Vallejo Ruiloba, J., «¿Quo vadis psiquiatría?», *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.*, 2008, 1:1-2.

XI PREVENCIÓN

Ander Retolaza

La perspectiva desde un planteamiento de salud pública considera la prevención de los trastornos mentales como un elemento esencial de su estrategia. Por lo tanto requiere postular de una manera explícita la necesidad de la misma frente al solo tratamiento como única intervención. Como hemos observado en algunos de los capítulos precedentes, en la actualidad disponemos de una bien documentada y completa información sobre la relación entre los trastornos mentales comunes y el contexto social en el que se desarrollan. Sabemos que no sólo hay que considerar los factores genéticos predisponentes, sino que la calidad del entorno social en el que viven las personas condiciona de una forma muy importante, primero, el riesgo de padecer trastorno mental, segundo, la precipitación de episodios de enfermedad y, tercero, la probabilidad de que ese trastorno desarrolle un curso crónico. Como en casi todos los casos en el ámbito de las ciencias médicas la aparición de los trastornos mentales comunes en las personas está condicionada por una serie de factores de diversa índole, algunos de los cuales es posible evitar a tiempo, mientras que otros deben ser considerados como inevitables, al menos con el nivel de conocimiento del que actualmente disponemos.

Parece indudable que, a día de hoy, aún no estamos en situación de introducir variaciones terapéuticas en la predisposición genética que una persona pueda traer a la vida en el momento de su nacimiento. Tampoco podemos eliminar *a posteriori* las experiencias traumáticas acontecidas durante la crianza de las personas en su primera infancia y adolescencia (que hay acuerdo en considerar como las etapas más sensibles para generar una mayor vulnerabilidad en los sujetos). Finalmente no estamos en disposición de poder evitar los acontecimientos adversos de vida que pueden acontecer a las personas de una manera muchas veces completamente aleatoria. Este conjunto de factores hace que la prevención de los trastornos mentales, incluidos los más comunes, resulte difícil, lo que no significa que sea imposible o que nada pueda ser hecho en este campo. Durante muchos años ha habido un cierto consenso tácito en amplios sectores de las profesiones relacionadas con la atención a la salud mental sobre el hecho de que no era posible su prevención, lo que consiguientemente ha llevado a muchos de estos profesionales a un pesimismo terapéutico y a una inacción en el campo preventivo que no ha hecho mucho bien ni a nuestros pacientes ni a nuestro mejor conocimiento de los pro-

cesos mentales que les afectan. Por el contrario el desarrollo de programas preventivos realistas y bien enfocados puede modificar, por ejemplo, el futuro de muchos niños si se es capaz de poner remedio a tiempo a algunos desajustes entre aquéllos de los que sabemos que condicionan una mayor vulnerabilidad.

Por otro lado importantes razones económicas motivan que, la mayor parte de las veces, las estrategias preventivas estén centradas en los grupos de riesgo, más limitados en número y casi siempre con más fácil accesibilidad ante las medidas a desplegar que el conjunto de la población general. Resulta además más fácil observar y medir el impacto de estas medidas si el grupo de población sobre el que son aplicadas está bien definido y delimitado. Es posible, por ejemplo, diseñar campañas e intervenciones que faciliten una efectiva mejora en los cuidados parentales o que tiendan a evitar prácticas de abuso y malos tratos en el ámbito familiar. Educar y formar a madres (por ejemplo en familias monoparentales) acerca de medidas sencillas que puedan minimizar el impacto de la depresión puerperal o que, al menos, les permita reconocerla para que pueda ser tratada a tiempo, constituye un tipo de acción posible que tiene segura influencia en el porvenir de muchas de ellas y en el de sus hijos. Estimular mejoras en las condiciones de vida de la población adulta que afecten a un mejor conocimiento y afrontamiento del estrés constituye otro tipo de medidas posible. Los factores que afectan al desarrollo de mejores hábitos de ocio (también de trabajo, allá donde existan condiciones de hacerlo) o al cuidado del entorno humano de relaciones significativas en las que se desarrolla la vida de las personas, pueden ser especialmente promovidos. Obviamente algunas de estas medidas son más fáciles de poner en práctica que otras, pero todas ellas, y algunas más, entran dentro de las que podemos considerar acciones sobre factores evitables si se logran poner en marcha en tiempo y modo las medidas pertinentes.

Tradicionalmente se han distinguido tres tipos o niveles de prevención. La prevención primaria versa sobre las medidas a poner en marcha antes de que los trastornos ocurran, la prevención secundaria hace referencia al tratamiento temprano y efectivo de los trastornos una vez iniciados y la prevención terciaria trata de reducir la discapacidad derivada de los trastornos ya instaurados. Suele ser habitual considerar que las medidas de prevención secundaria y terciaria están más al alcance de los profesionales sanitarios dedicados a la provisión de servicios, mientras que las de prevención primaria, casi siempre, están en manos de otro tipo de agentes, al menos mientras se trate de diseñar campañas sobre ámbitos de población general. Sin embargo, cuando se habla de poblaciones en riesgo, existen medidas de prevención primaria que necesitan del concurso e interés de los profesionales que están en contacto directo con los pacientes como condición de su éxito. En los últimos años algunos autores han introducido el término de prevención cuaternaria, queriendo hacer refe-

rencia con el mismo una serie de medidas tendentes a la evitación de la iatrogenia en un contexto donde la demanda de intervenciones profesionales no se centra sólo en los trastornos mentales establecidos o sobre aquellos en los que podría haber un amplio consenso profesional en considerar como tales, sino también en malestares inespecíficos propios de las peripecias vitales de los sujetos y que pueden dar lugar a situaciones de excesivo intervencionismo, cuando no a una mala praxis profesional. La prevención cuaternaria trataría de llamar la atención de una manera crítica sobre este excesivo celo profesional, inducido muchas veces por demandas consumistas, y de los problemas que pueden derivar del mismo con la evidente intención de denunciar su impropiedad y ponerle límites.

En este capítulo intentaremos desarrollar, brevemente, todos estos aspectos.

Prevención Primaria

Como acabamos de mencionar, las medidas de prevención primaria son aquellas que se ponen en marcha antes de que los trastornos ocurran con la intención de evitarlos. Tradicionalmente se distinguen en ella tres campos, el primero de ellos se denomina *prevención universal* y se refiere a las medidas generales o universales a desarrollar para que la presencia del trastorno en el conjunto de la población disminuya; el segundo es la *prevención selectiva* que se centra en aquellas medidas específicas que es necesario poner en marcha para disminuir el impacto del trastorno en aquellos grupos de población que presentan un mayor riesgo de padecerlo; y finalmente estaría la *prevención indicada*, referida a las actuaciones a poner en marcha en aquellas personas con algunos síntomas de trastorno, pero sin cumplir los criterios para un diagnóstico definitivo del mismo. Este último grupo se aproxima por sus características a la prevención secundaria, puesto que trata de actuar sobre el trastorno en un momento muy precoz.

En la actualidad la comprensión más adecuada sobre las causas que originan los trastornos mentales en general (y los más comunes de ellos en particular) nos exige tomar en consideración las interacciones entre factores de diversa naturaleza. El llamado modelo bio-psico-social de enfermedad encuentra aquí una de sus máximas expresiones. Parece que elementos tales como la pobreza ejercen una función mediadora central en muchas de estas complejas interacciones. La asociación entre un bajo nivel de ingresos y una salud mental precaria ha sido establecida en múltiples estudios epidemiológicos, algunos de los cuales ya hemos mencionado en capítulos precedentes. Esta asociación puede ser de naturaleza directa o indirecta. En la práctica sabemos que la pobreza ejerce un impacto acumulativo sobre un buen número de factores que condicionan la salud

física, el estado psicológico y la calidad del tejido social o familiar de las personas que se ven envueltas en ella. Además en condiciones de pobreza la disponibilidad y el acceso a los cuidados pertinentes suele estar también dificultado. Las consecuencias de todos estos procesos han sido documentadas en muchas ocasiones, sin embargo para algunos autores la evidencia final relativa a su valor causal es débil debido a que, a su vez, los propios episodios repetidos de enfermedad generan dificultades económicas.

Las medidas generales o universales de prevención primaria se basan en las denominadas *estrategias basadas en la población*. Es consustancial a estas estrategias la idea de que un elevado número de personas expuestas a un pequeño nivel de riesgo producen finalmente muchos más casos de enfermedad que un pequeño número de personas expuestas a un alto nivel de riesgo. En el caso que nos ocupa esta concepción llevaría directamente a trabajar con el total de la comunidad o, al menos, con un amplio número de personas. Este tipo de estrategias no resulta igualmente aplicable al conjunto de los trastornos mentales dado que para su efectividad requiere distribuciones continuas de la morbilidad y de los factores de riesgo asociados a la misma. Esta característica la encontramos presente en los trastornos depresivos y en la mayoría de los trastornos mentales comunes, pero no en otros, como sería el caso de la esquizofrenia, mucho menos frecuente y cuya expresión parece acercarse más a un modelo categorial.

Algunos ejemplos de prevención primaria basada en medidas de tipo general serían las campañas dirigidas a disminuir el abuso de alcohol y drogas estupefacientes así como prevenir sus consecuencias, por ejemplo en personas jóvenes o en medios escolares. Otro buen ejemplo es el dirigido a disminuir las tasas de suicidio mediante la promoción de limitaciones en la manera de informar de los casos acontecidos en los medios de comunicación social. Para algunas de estas medidas, resulta difícil estimar su incidencia real en la reducción de tasas de prevalencia del suceso concreto a evitar, pero la eficacia de otras está documentada y avalada por la experiencia. Una sencilla intervención por parte de médicos de familia en pro de la mejora de habilidades parentales mediante estimulación de sentimientos positivos, mejora de las interacciones materno-filiales y promoción de la autoestima de madres con hijos muy pequeños, consiguió demostrar importantes resultados a largo plazo. Años después, los hijos cuyas madres habían sido objeto de la intervención refirieron menores tasas de síntomas neuróticos y consumo de sustancias y mejores logros académicos en referencia a los controles. Por su parte las madres presentaban menor presencia de síntomas depresivos (Cullen y Cullen, 1996).

En el caso de las medidas selectivas basadas en poblaciones de riesgo existen un suficiente número de estudios que documentan una buena eficacia de las mismas. Un grupo de jóvenes con alto riesgo de delin-

cuencia a causa de haber ejercido abusos sobre sus hermanos fueron seleccionados para una intervención familiar de un total de ocho horas de duración, basada en técnicas conductuales. La intervención consiguió disminuir hasta el 20% las tasas de recaída en la conducta objeto de intervención frente a un 63% en los controles (Klein y otros, 1977). Otro estudio con una muestra de 200 jóvenes consumidores habituales de drogas ilegales que fueron objeto de una doble intervención (basada en una sencilla charla didáctica sobre las drogas y una entrevista motivacional) demostró una reducción del uso de drogas con un tamaño de efecto de 0,34 para el abuso de alcohol y de 0,75 para el cannabis (McCambridge y Strang, 2004). La prevalencia de la depresión en población juvenil es del 8% y viene asociada a disfunción social y familiar, consumo de drogas, peor rendimiento académico, así como más intentos y casos de suicidio consumado. Es importante conseguir desarrollar intervenciones efectivas de prevención primaria en este sector poblacional puesto que la depresión en la adolescencia parece ser un importante factor de riesgo para padecerla en la edad adulta.

Por otro lado, no existe una evidencia concluyente sobre la eficacia de la prevención primaria de la depresión dirigida a población general o de bajo riesgo. Debido a ello aún no se pueden hacer recomendaciones firmes en este campo. La mayoría de los estudios disponibles de prevención primaria de la depresión se centran en población infanto-juvenil y nos indican por dónde puede avanzar la investigación en los próximos años, pero en población adulta los estudios son escasos y, en su mayor parte, están dirigidos a poblaciones muy específicas o de riesgo elevado. En este momento, prácticamente no existen estudios de prevención primaria de la depresión dirigidos a población adulta o de bajo riesgo. Es por esto por lo que tiene interés comentar que en la actualidad investigadores de varios países europeos, entre ellos España, están desarrollando un proyecto en el que se pone a prueba la efectividad de una intervención de prevención primaria de la depresión mayor dirigida a la población general. La intervención se basa en conocer el nivel de riesgo y el perfil de la población consultante en atención primaria. El empleo de esta herramienta debería permitir conocer, de entrada, los factores de riesgo específicos que se asocian a un determinado paciente.

Se trata del que se conoce como proyecto PREDICT-Europe, que comenzó a ponerse en marcha en 2003 con la finalidad de obtener un índice de riesgo europeo para predecir el inicio de la depresión. Este proyecto, cuya primera fase ha finalizado y que ya ha producido algunas publicaciones, contó con una muestra inicial de más de 7.000 pacientes de varios países, de los que casi 1.300 eran españoles. En el mismo se ha conseguido demostrar que es posible predecir la Depresión Mayor en consultas de atención primaria, antes de su inicio sintomático, mediante un índice o algoritmo de riesgo que incluye diez factores. De estos diez factores,

seis no serían modificables (edad, sexo, episodios depresivos previos, problemas psicológicos en familiares de primer grado, nivel educativo y país de origen) y cuatro sí lo serían (insatisfacción laboral, sentimientos de sufrir discriminación, mala salud física autopercebida y mala salud mental autopercebida). Este índice de riesgo ha mostrado validez interna y externa. La primera se ha comprobado al hallar que el conjunto de los 10 factores presenta muy buena discriminación (área bajo la curva de 0,80) cuando se trata de predecir un diagnóstico de depresión durante el año siguiente; la segunda se evidenció cuando se aplicó la capacidad del algoritmo para hacer lo propio en población no europea, con unos resultados muy similares. En la actualidad se dispone ya de una ecuación de riesgo correspondiente a la población española, que comparte la mayoría de los indicadores con la europea. Esta ecuación para España incluye ocho marcadores de riesgo (sexo, edad, interacción sexo-edad, antecedentes de depresión, maltrato físico en la infancia, régimen de vivienda, nivel de estudios y provincia) y seis factores de riesgo (mala salud física y mental autopercebidas, tomar medicaciones para ansiedad, estrés o depresión, insatisfacción laboral, dificultades de convivencia en el hogar y problemas en personas cercanas). Como el europeo, el algoritmo español también presenta un buen poder discriminatorio para predecir depresión clínica en el año siguiente (área bajo la curva 0,82; IC 95%= 0,80-0,85). Lo que ahora queda por investigar es qué tipo de actuaciones, efectuadas por quién, en qué lugar y mediante qué métodos, pueden conseguir de una manera efectiva que personas que presentan un determinado riesgo, según este algoritmo, acaben evitando padecer un episodio depresivo.

Prevención Secundaria

En los últimos años, el tratamiento temprano de los trastornos mentales ha cobrado carta de naturaleza como estrategia central de su abordaje. La conocida cronicidad de la mayor parte de la morbilidad psiquiátrica, el mejor conocimiento de los diversos factores que la desencadenan o contribuyen a mantenerla, así como la constatación del hecho de que, en una gran parte de los casos, el tratamiento efectivo tarda mucho tiempo (a veces años) en ser puesto en marcha, ha contribuido a favorecer este cambio de perspectiva. La prevención secundaria se relaciona con dos tipos de intervenciones. Por un lado, están las conocidas como intervenciones indicadas, que se relacionan básicamente con la intervención temprana tan pronto como los primeros síntomas del trastorno hacen aparición y, teóricamente al menos, cesarían como tales una vez el diagnóstico esté establecido y el tratamiento habitual puesto en marcha. Por otro lado, están las *intervenciones clínicas* que se centran en la intervención sobre algún elemento conocido que se relaciona directamente con el problema a prevenir,

actúan pues, no directamente sobre el trastorno, pero sí en la línea causal del mismo. Por ejemplo cualquier intervención eficaz sobre la depresión debe servir para prevenir la incidencia de casos de suicidio.

Dos ejemplos de intervenciones clínicas muy precoces aplicadas al caso de la depresión serían las siguientes. (Wells y otros, 2005) pusieron a prueba una intervención sobre una muestra de 387 pacientes pre-depresivos a los que compararon con otros que recibieron los cuidados habituales. La intervención consistió en un entrenamiento de los médicos de estos pacientes acerca de los síntomas y signos precoces de la depresión y su tratamiento, seguido de cuatro sesiones de terapia cognitivo-conductual con los pacientes y posterior educación sobre la depresión por parte de enfermeras de atención primaria. Los resultados demostraron un significativo menor número de episodios de depresión en el grupo de intervención respecto a los controles. Por su parte Allart-van Dam y otros (2007) han realizado recientemente un ensayo con adultos que padecían depresión subclínica. En el grupo de intervención había 68 sujetos a los que se impartió un curso de habilidades de afrontamiento y en el grupo de control 42 sujetos a los que se dedicaron los cuidados habituales. Se hizo un seguimiento con evaluación a los 6 y a los 12 meses. La intervención fue efectiva para reducir los síntomas depresivos, pero no los episodios de enfermedad y sólo los pacientes con menor número de síntomas al inicio se beneficiaron de la intervención.

En el grupo de las intervenciones indicadas hay evidencia de acciones eficaces en varios campos, como el de los trastornos de ansiedad o depresión en edad infanto-juvenil o en el de abuso de alcohol. Dadds y otros (1999) asignaron de forma aleatoria a un grupo de escolares, de entre 7 y 14 años, con importantes niveles de ansiedad, o bien a una intervención de 10 sesiones de terapia cognitivo-conductual, o bien a una lista de espera como grupo control. Encontraron que inicialmente, aunque la mejoría sintomática en el grupo de control fue importante, lo fue mucho mayor en el grupo de intervención. En un seguimiento a dos años de ambos grupos detectaron que había un 20% de niños ansiosos en el grupo tratado frente a un 39% en el grupo control. Otros autores han encontrado resultados similares en el caso de intervenciones basadas en técnicas cognitivo-conductuales en niños y adolescentes.

En un contexto de consultas de atención primaria Babor y Grant (1992) diseñaron cuatro ramas de intervención dirigidas a bebedores habituales excesivos. Para cumplir criterios de inclusión los participantes debían de estar incluidos en al menos uno de los tres supuestos siguientes: ingerir más de 300 g/día de alcohol (hombres) o más de 180 g/día (mujeres); haber tenido dos o más episodios de intoxicación en un mes o haber experimentado algún tipo de daño producido por el alcohol en el último mes. Las cuatro intervenciones ofrecidas fueron: 1) asesoramiento y con-

sejo durante dos o tres sesiones de 40 minutos cada una; 2) asesoramiento y 20 minutos de técnicas consejo; 3) simple asesoramiento; y 4) no intervención. En el estudio de seguimiento no se observó reducción en el consumo de alcohol en el grupo control de no intervención, pero tanto en el grupo de simple asesoramiento como en el de 20 minutos de intervención se produjo una reducción de consumo cercana al 30%. Sólo el grupo con el que se había realizado la intervención más compleja (con varias sesiones de 40 minutos) obtuvo un resultado mejor, con un 38% de reducción en su consumo.

En la actualidad, en algunos países, comienza a extenderse la disponibilidad de programas preventivos por ordenador basados en técnicas cognitivo-conductuales. Algunos de ellos han demostrado cierta efectividad en el caso de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, tanto en el caso de personas que necesitaban tomar medicación antidepressiva como en el que esto no era necesario (Proudfoot y otros, 2003, 2004). Algunas versiones de estos programas están disponibles y pueden ser descargadas desde Internet, y según parece hay alguna evidencia de su eficacia (Christensen y otros, 2002).

Prevención terciaria

En el campo de la salud mental el trabajo de rehabilitación es conocido desde antiguo, aunque sólo en tiempos relativamente recientes se han desarrollado y puesto a punto técnicas de intervención suficientemente efectivas y susceptibles de ser evaluadas con criterios válidos y fiables. Algunas de las características de los llamados trastornos mentales comunes, sobre todo su menor grado de severidad en relación con otros trastornos mentales, y en relación con ello, su teórico menor impacto en la capacidad de las personas para desarrollar una vida adaptada, han podido condicionar el hecho de que, hasta hace muy poco, no hayan sido considerados como susceptibles de ser objeto de técnicas específicas de rehabilitación. Sin embargo una gran parte del problema asistencial relacionado con los mismos se deriva, tanto o más que de su gran incidencia, de la aún mayor prevalencia que presentan. Esto viene derivado del conocido hecho de que, al menos en las condiciones actuales, se trata de trastornos que presentan cursos clínicos de gran duración, en los que la efectividad y la oportunidad de las intervenciones deja mucho que desear. El problema de la oportunidad, es decir, el derivado del momento en el que se desarrolla la intervención se relaciona en primer lugar con los aún muy bajos niveles de prevención primaria y secundaria que hemos sido capaces de poner en práctica, pero incide muy directamente en la cronificación de los casos que deben ser atendidos y por lo tanto en la duración de los cuidados que necesitan. Este hecho, unido al

de la falta de recursos suficientes para evitar las listas de espera asistenciales que los servicios de salud mental de nuestras comunidades autónomas vienen sufriendo de forma progresiva en los últimos años, contribuye a agravar el problema. Pero hay más factores concurrentes. En las condiciones actuales, hay escasez de profesionales preparados o carecen de la suficiente formación como para poner en marcha y con la amplitud precisa el tipo de técnicas que sabemos que resultan más eficaces en el tratamiento de este tipo de trastornos.

Como mínimo un 25% de los trastornos depresivos no responden a las medidas estándar de tratamiento como son la prescripción adecuada de fármacos antidepresivos o técnicas como la *terapia para resolver problemas* (poco o nada conocida en nuestro país como método de intervención de probada eficacia). Por cierto que ambas pueden ser implementadas (y de hecho lo son allí donde se han desarrollado) desde servicios de atención primaria. Son este grupo de pacientes que presentan resistencia al tratamiento aquellos candidatos a ser derivados de manera preferente a servicios especializados de salud mental. Una vez derivados deben ser objeto de intervenciones más específicas o complejas como pueden ser las terapias farmacológicas combinadas o en asociación con técnicas psicoterapéuticas. Todo ello, debidamente supervisado por psiquiatras y psicólogos suficientemente experimentados. Entre las diversas psicoterapias que hay que desarrollar están las basadas en técnicas cognitivo-conductuales, interpersonales, sistémicas o psicodinámicas que son las que (por orden decreciente) presentan algún tipo evidencia sobre su eficacia publicada a día de hoy. En varias de estas técnicas, en nuestro país, tampoco disponemos en la actualidad, de suficiente número de profesionales con la experiencia y preparación necesarias como para poder garantizar los resultados de una gran parte de las intervenciones.

Las medidas de prevención terciaria en el campo de los trastornos mentales comunes pueden ir encaminadas también hacia el cuidado del entorno psico-social inmediato de los pacientes. Existen abordajes dirigidos a la reducción del daño causado por los años con sintomatología activa que implican un trabajo en el entorno familiar de los pacientes, o centrado en sus actividades laborales o de ocio. La mayor parte de estas tareas pueden ser desarrolladas por diplomados en enfermería y trabajadores sociales con experiencia comunitaria. Otro tipo de problemas psicológicos de larga duración, cada vez más presentes, son los que se relacionan con la enfermedad médica común cuya evolución condiciona, muchas veces, las posibilidades de mejoría de los trastornos mentales asociados a ella. Aquí la clave está en asegurar la adecuación y el cumplimiento del tratamiento médico indicado y en plantear cada caso desde una perspectiva integral para lo que la cooperación entre los profesionales implicados es una condición necesaria de partida.

No queremos terminar este capítulo sin dedicar algún comentario a una herramienta que, aunque en nuestro país da sus primeros pasos, está llamada a tener un gran interés en el análisis e intervención en el campo de las políticas generales de salud y, por ello, también en el ámbito de la salud mental, nos referimos a la que se viene en llamar *Evaluación del Impacto en Salud* (EIS). Se trata de una metodología encaminada a definir, describir y, en lo posible, cuantificar el impacto en la salud que puedan tener toda una serie de intervenciones, incluidas las no específicamente sanitarias. El incipiente desarrollo metodológico de este interesante instrumento de análisis y su correspondiente aplicación se ven, no obstante, limitados por el peso del modelo biomédico, dominante tanto en los propios profesionales sanitarios, como entre los gestores y la población general. La visión reduccionista de ahí derivada sobre los determinantes de la salud dificulta la puesta en marcha de los enfoques multisectoriales y de trabajo cooperativo que se precisan en las actuaciones en el ámbito público. La EIS es «una combinación de procedimientos, métodos y herramientas mediante las que una política, un programa o un proyecto pueden ser evaluados en relación con sus efectos sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos sobre la misma». Hay consenso en que la meta de la EIS es maximizar la ganancia en salud de una intervención aún cuando la misma no tenga a la salud como su objetivo central, también sobre su carácter multisectorial y participativo con una atención especialmente dirigida a las desigualdades sociales en salud derivadas del nivel socio-económico, la edad, el género o la etnia de las personas. Los valores implícitos en esta metodología serían la democracia, la equidad, el desarrollo sostenible, la promoción de la salud, la participación de los diversos agentes implicados y el uso ético del conocimiento científico. Sobre el propio método científico de la herramienta, cabe decir que en la EIS caben tanto la metodología cuantitativa como la cualitativa y que se ven como necesariamente complementarias.

Entre los determinantes de la salud que la EIS considera, se encuentran factores sociales, algunos de los cuales ya hemos encontrado asociados a los trastornos mentales comunes. En este sentido, hay que mencionar el medio ambiente, las condiciones laborales y de vivienda, sin olvidar aspectos como la educación o el transporte. Para los análisis del impacto de estos determinantes se utilizan aproximaciones diversas como por ejemplo la evaluación de necesidades o el estudio de cargas de enfermedad (ambas han sido utilizadas en los últimos años en el campo de la salud mental). Pero también son objeto de estudio las políticas sanitarias, cuyas trascendentales implicaciones a nadie se le escapan. La metodología de la EIS, que es de naturaleza prospectiva, lleva a hacer recomendable su concurso en la toma de decisiones, dado su carácter

predictivo, lo que implica que debe realizarse antes de la intervención. Esto resulta relevante en las intervenciones de cualquier tipo, y especialmente en las decisiones de política sanitaria, que habitualmente (al menos en nuestro país) no suelen tener en cuenta las evidencias disponibles sobre sus posibles resultados. Sin embargo, dadas las dificultades prácticas que suelen impedir que las cosas sean así, la EIS puede desarrollar también su metodología en condiciones concurrentes, es decir, mientras se desarrollan los proyectos, o retrospectivas, analizando y midiendo sus consecuencias.

La mayor parte de los ejemplos prácticos de EIS, que puedan ilustrar al lector, están disponibles en páginas de Internet recopiladas por la OMS y diversas Organizaciones Sanitarias como el *Nacional Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) del Reino Unido, que también ha publicado algunas guías de práctica clínica en el campo de la salud mental. Para concluir hay que señalar que este instrumento no está exento de críticas, las más importantes de las cuales hacen referencia a la posibilidad de que se vea contaminado por juicios de valor, o también, a la dificultad de delimitar con precisión la relación entre algunos determinantes socioeconómicos y su impacto concreto en la salud de las personas. La abundancia y complejidad de los factores que pueden intervenir en un proceso implican que las dimensiones cuantificables sólo sean una parte de las presentes o que el impacto en salud se advierta muchas veces sólo en el largo plazo. Todo ello hace que la EIS presente un gran potencial, aunque a día de hoy no se trate aún de una herramienta completamente validada y, por lo tanto, aplicable a todo tipo de situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Allart van Dam, E., y otros, «Prevention of Depression in Sub Clinically Depressed Adults: Follow-Up Effects on the 'Coping with Depression' Course», *J. Affect. Disord.*, 2007, 97: 219-28

(2) Babor, T. F.; Grant, M., *Projet on Identification and Management of Alcohol Related Problems: An RCT of Brief Interventions in Primary Health Care*, World Health Organization, Ginebra, 1992.

(3) Bacigalupe, A., y otros, «La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias», *Gac. Sanit.*, 2008, 22 (0): 1-7.

(4) Christensen, H., y otros, «Web-based Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Analysis of Site Usage and Changes in Anxiety and Depression Scores», *Journal of International Medical Research*, 2002, 4: e3.

(5) Cullen, K. J.; Cullen, A. M., «Long Term Follow-up of the Brusselton Six-year Controlled Trial of Prevention of Children's behaviour Disorders», *Journal of Pediatrics*, 1996, 129: 136-9.

(6) Dadds, M. R., y otros, «Early Intervention and Prevention of Anxiety Disorders in Children: Results at 2-year Follow-up», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67, 1: 145-50.

(7) Gérvas, J., «Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de la necesidad de prevención cuaternaria en España», *Gac. Sanit.*, 2006, 20 (supl. 1): 127-34.

(8) Goldberg, D.; Goodyer, I., *The Origins and Course of Common Mental Disorders*, Londres, Routledge, 2005.

(9) King, M., y otros, «Prediction of Depression in European General Practice Attenders: the PREDICT Study», *BMC Public Health*, 2006, 6 (1): 6.

(10) Klein N. C., y otros, «Impact of Family Systems Intervention on Recidivism and Sibling Delinquency», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45: 469-74.

(11) McCambridge, J.; Strang, J., «The Efficacy of a Single-session Motivational Interviewing in Reducing Drug Consumption», *Addiction*, 2004, 99: 39-52.

(12) Proudfoot, J., y otros, «Computerised. Interactive Multi-Media Cognitive-Behavioural Program for Anxiety and Depression in General Practice», *Psychological Medicine*, 2003, 33, 2: 217-28.

(13) Proudfoot, J., y otros, «Clinical Efficacy of Computerised Cognitive-Behavioural Therapy for Anxiety and Depression in Primary Care», *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185: 46-54.

(14) Thornicroft, G.; Tansella, M., *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*, Cambridge UP, 1999. Trad.: *La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios*, Madrid, Triacastela, 2005.

(15) Wells, K., y otros, «Quality Improvement for Depression in Primary Care: Do Patients with Subthreshold Depression Benefit in The Long Run?», *Am. J. Psychiatry*, 2005, 162: 1.149-57.

XII IATROGENIA Y PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LOS TRASTORNOS MENTALES MENORES

Alberto Ortiz Lobo

La psiquiatrización-psicologización de la vida

En los últimos años se está produciendo una expansión sin precedentes de la medicina que ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Este fenómeno se ha denominado medicalización y conlleva el aumento de pruebas diagnósticas y tratamientos que, muchas veces, acaban produciendo más daños que beneficios (1-5). Esta expansión de la medicina alcanza uno de sus máximos exponentes en el terreno de la salud mental. En este campo, la frontera que delimita lo normal de lo patológico es imprecisa y no existe un catálogo de prestaciones claro en la cartera de servicios de los servicios sanitarios públicos. Muchos profesionales están participando en la creación de pseudotrastornos (*mobbing*, *bullying*, ortorexia, etc.), y además amplían los márgenes de la enfermedad (en forma de trastornos subumbrales, estados prodrómicos, etc.), lo que les abre nuevas puertas a su desarrollo profesional y a obtener un mayor reconocimiento. Los medios de comunicación y la población se hacen eco de que el sufrimiento psíquico, el malestar, es evitable mediante intervenciones técnicas sanitarias. En este contexto, el mercado para las empresas médico farmacéuticas está siendo ilimitado en psiquiatría y los beneficios de las patentes de antidepresivos y nuevos antipsicóticos así lo atestiguan (6, 7).

Una de las consecuencias de esta psiquiatrización o psicologización de la vida cotidiana es que una cuarta parte de los pacientes que acuden a un servicio de salud mental derivados por su médico de cabecera no presentan un trastorno mental diagnosticable y la mitad de ellos ya tiene prescrito un psicofármaco (8). Hay múltiples maneras de medicalizar a nuestros pacientes: tratar –con fármacos o psicológicamente– problemas que se resuelven espontáneamente o en situaciones donde la efectividad no está demostrada; sobrevalorar la importancia de un factor de riesgo; hacer seguimientos sin beneficio para el paciente, pedir pruebas (analíticas, tests) sin justificación clínica o «por si acaso», o actuar sanitariamente cuando hay otras formas de afrontar los problemas (9).

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que evitan o atenúan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (10). Su fundamento es aquel principio

hipocrático *primum non nocere*. Si entendemos que no todo sufrimiento o malestar es una enfermedad, entonces tenemos qué delimitar bien, qué tratar y qué no. Si indicamos un tratamiento, implícitamente estamos tratando el problema del paciente como algo patológico, que se va a beneficiar de una intervención técnica sanitaria.

La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad a tratar que si no fuera visto como tal (1). Esta consideración tal vez más útil en otros ámbitos de la medicina, es prácticamente inservible en términos absolutos en salud mental, donde se abordan problemas complejos del terreno de las emociones, las ideas y las conductas. Aquí los protocolos de intervención no están bien definidos y no hay una tecnología que permita realizar una verdadera objetivación del problema. Es el profesional, con su bagaje técnico, su biografía y sus circunstancias personales y laborales, en su encuentro con un determinado paciente el que inclina la balanza hacia el tratamiento o no, hacia la enfermedad o la normalidad.

Antes de tomar la decisión de tratar, tenemos que considerar los efectos adversos de nuestra indicación porque toda intervención sanitaria, ya sea diagnóstica, terapéutica, preventiva o curativa, conlleva repercusiones y riesgos que tenemos que balancear cuidadosamente con los beneficios que también se van a producir. Probablemente este balance es fácil de hacer cuando sabemos que nuestras intervenciones son claramente eficaces y el beneficio supera indudablemente las repercusiones negativas. Sin embargo, esta valoración no está tan clara precisamente en los trastornos mentales menores. En este territorio del malestar (11), la frontera entre la enfermedad y la normalidad es imprecisa, pero además el beneficio derivado directamente de nuestras acciones es mucho más limitado y las repercusiones negativas pueden cobrar mayor importancia. Estos aspectos negativos los podemos agrupar (artificialmente para facilitar su conocimiento) en sus efectos socioculturales, asistenciales y puramente clínicos.

Repercusiones socioculturales negativas de las intervenciones en salud mental

Cuando decidimos intervenir sobre un problema menor de salud mental, se pueden producir unos efectos negativos que tienen que ver con el paciente y su entorno sociocultural. Iván Illich, en su magnífico análisis sobre la medicalización (12), ya teorizó ampliamente sobre todos estos aspectos hace más de 30 años anticipándose a un futuro que incluso ha sobrepasado sus predicciones.

La expansión de la medicina y de la psicología en los últimos decenios ha contribuido a modificar el significado del dolor, el sufrimiento y de la muerte. Ahora la persona que sufre va quedándose cada vez con

menos contexto social que pueda darle sentido a una experiencia que lo abruma (12). Una explicación médica o psicológica respaldada por un profesional «experto» es la curiosa alternativa que ha sustituido en el mundo occidental a los significados culturales anteriores y que otorga a los ciudadanos una extraordinaria capacidad de enfermar. Cabe preguntarse si merece la pena participar como profesionales y comprometer a nuestros pacientes en la conformación de un orden sociocultural en el que la salud se ha convertido en el nuevo paraíso prometido y la medicina y la psicología en las teologías que lo amparan.

Muchas de las consultas que realizan los pacientes tienen que ver con sufrimientos derivados de conflictos laborales, económicos, sociales... y en la medida que «sanitarizamos» en nuestros despachos estas demandas, contribuimos a enmarcar en lo psicológico/biológico y en lo íntimo de una relación profesional-paciente, asuntos que son de orden ético y de ámbito público (13). Otras veces, en el manejo de estas demandas, ya sea en atención primaria o en salud mental, lo que estamos haciendo además es propugnar que nuestro paciente se adapte de forma personal (comprometiéndole a mejorar a *él* con nuestra intervención sanitaria), cuando lo que hay detrás son situaciones sociales injustas que exigen un análisis y una solución colectivas (14). En cualquier caso, corremos el peligro de favorecer un reduccionismo psicológico o biológico de fenómenos y realidades que son mucho más complejas y de empañar otras perspectivas que explican mejor y de forma más global el sufrimiento de nuestro paciente.

Efectos adversos asistenciales

La extensión del tratamiento en salud mental, de forma indiscriminada, a sufrimientos que no se pueden filiar como trastornos mentales puede producir repercusiones negativas en la provisión de los servicios de salud mental. Esta progresiva psiquiatrización/psicologización de la vida cotidiana provoca un aumento de las demandas en atención primaria y salud mental. Ésta conduce a una saturación de los dispositivos asistenciales y, consecuentemente, a una limitación de las prestaciones. La ley de cuidados inversos sostiene que el paciente recibe cuidados en proporción inversa a su necesidad (15) y, por si fuera poco, nuestros pacientes más graves no se caracterizan por ser muy demandantes de atención sanitaria. Con esta dinámica, se está abonando el campo para que nuestras consultas se saturen de malestares para los que no hay una respuesta técnica sanitaria clara ni eficaz y que los trastornos mentales graves se pierdan o reciban una atención limitada cuando sí que se pueden beneficiar verdaderamente de nuestras intervenciones.

En este contexto, se está produciendo un aumento de la demanda para terapias psicológicas, de apoyo e incluso que el profesional de salud men-

tal se convierta en un guía que aconseje al paciente sobre las decisiones de su vida a modo de *coaching*. La implantación de la psicología en atención primaria es escasa en España así que la atención que reciben en la mayor parte de los casos las personas que consultan por malestar o un problema menor suele ser farmacológica. De hecho, en los últimos 15 años la prescripción de antidepresivos ha experimentado un crecimiento extraordinario (16, 17). La eficacia de estos fármacos (y de las terapias psicológicas) en estas demandas es muy discutible y además, este desmesurado incremento de la prescripción de antidepresivos, cada vez más caros, está disparando el gasto farmacéutico y amenazando la viabilidad de los sistemas nacionales de salud universales y gratuitos.

Todos estos aspectos nos remiten a nuestro papel de gestores de los recursos asistenciales, en la medida que somos profesionales de un servicio público de salud. Nuestra labor no se limita a «diagnosticar y tratar» sino que, además, tenemos que jerarquizar qué pacientes necesitan más, cuáles menos y quiénes nada. Y de la misma manera, como prescriptores de fármacos y terapias, debemos conocer los gastos públicos que acarrearán y realizar intervenciones coste-efectivas (18).

Iatrogenia de las intervenciones en salud mental

Toda intervención sanitaria conlleva efectos adversos, aunque técnicamente sea perfecta. La calidad de las intervenciones en todo caso solo asegura que las cosas se hacen bien, pero no evita los efectos adversos de las cosas bien hechas, así que se trata de un problema de calidad pero también de cantidad. Casi siempre que se ha investigado sobre la iatrogenia, se ha puesto especial énfasis en lo técnico, en el daño que se inflige al paciente derivado de una mala praxis. Pero aun siendo excelentes profesionales, nuestros tratamientos causan efectos adversos a nuestros pacientes. Esta iatrogenia está derivada tanto del contenido del tratamiento o mensaje terapéutico (el psicofármaco en cuestión o la técnica terapéutica que empleemos) como de la relación implícita que se establece entre el paciente y el profesional o metamensaje terapéutico. En esta configuración relacional que se produce aparecen efectos negativos que, en el caso de la salud mental, es particularmente importante porque esa relación forma parte crucial del tratamiento.

Todos los aspectos iatrogénicos que vamos a comentar son inseparables de nuestra práctica clínica habitual y perfectamente asumibles cuando estamos tratando trastornos mentales graves, donde el beneficio es innegable. Sin embargo, cuando nos planteamos intervenir sobre un paciente con malestar o con un problema menor de salud mental, el balance riesgo-beneficio es más ajustado y merece la pena recordar que no podemos creer ingenuamente que nuestras intervenciones (siempre guiadas por nuestra buena voluntad y el deseo de ayudar) sean inocuas.

1. Iatrogenia derivada de la relación paciente-profesional

Resulta algo artificial separar el mensaje terapéutico explícito (psicofarmacológico o psicoterapéutico), de la configuración relacional implícita que se construye entre paciente y profesional, pero puede ser útil para comprender los distintos efectos negativos que puede tener una intervención en salud mental.

Cuando indicamos un tratamiento a un paciente, implícitamente le estamos transmitiendo muchos mensajes que pueden ser potencialmente perjudiciales. Lo que estamos haciendo es interpretar las características personales del paciente, su malestar o su relato vital en el marco de un sistema de creencias orientado a la patología. De esta manera, se le comunica de forma latente que su problema no mejorará o incluso empeorará si no realiza el tratamiento y si éste se interrumpe de forma anticipada (lo que sucede en numerosas ocasiones), no habrá mejorado lo que estaba previsto o corre el peligro de ponerse mucho peor. Esta dependencia respecto de la intervención profesional tiende a empobrecer los aspectos no médicos (saludables y curativos) de los ambientes social y físico y tiende a reducir la capacidad psicológica del paciente para afrontar sus problemas. No se escapan a esta argumentación aquellos marcos basados en la psicología de la salud o dirigidos a «potenciar» al paciente o dotarlo de nuevos recursos o maximizar los que tiene. En estos casos el paciente sigue siendo alguien deficitario al que un experto le tiene que dar algo que él no alcanza ni puede conseguir por su cuenta.

El lenguaje psiquiátrico y psicoterapéutico está plagado de descriptores y etiquetas que intentan aprehender e interpretar la realidad del paciente y que además puede resultar útil en la comunicación entre los profesionales. Sin embargo, este lenguaje, lleva en ocasiones a que los profesionales, inadvertidamente, crean erróneamente que han capturado la esencia del paciente y comprendan verdaderamente su complejo mundo emocional, cognitivo y conductual, así como su forma de ver la vida. Estas etiquetas influirán en las cosas que vamos a resaltar de nuestro paciente, pero además estos descriptores también restringen la comprensión que realizan los propios pacientes de sus experiencias. La ventana de la normalidad que tiene el paciente se estrecha, se ensombrecen otro tipo de comportamientos y puede acabar codificando la mayor parte de sus conductas desde su condición psiquiátrica o psicológica. Esto puede limitar su sensación de autonomía y gobierno y favorece la necesidad de que sea el experto profesional el que gestione sus emociones y experiencias. Además, las categorías diagnósticas y el lenguaje psicoterapéutico por su carácter estigmatizador pueden contribuir a la pérdida de status social del paciente que puede tener mayores expectativas de ser rechazado y generar además vergüenza (19, 20).

En la configuración relacional paciente-profesional se pueden producir ganancias secundarias en la medida en que el paciente, al sentirse mal

recibe atención y el profesional, al etiquetarlo, siente que lo necesitan. De esta manera se favorece que el paciente se sitúe en un rol pasivo y enfermo ante los avatares de su vida y se respalda el debilitamiento de las redes tradicionales de contención.

Una situación frecuente que se da cuando se atiende a personas que consultan por malestar es la de informarle que lo que le sucede es una reacción emocional normal, adaptativa y sana y que, desde esta perspectiva, no es necesario que realice ningún tratamiento *pero* se le vuelve a citar para ver cómo evoluciona. En estos casos se produce una incongruencia entre el mensaje (explícito) y el metamensaje (implícito). Se le comunica que está sano pero se le vuelve a citar, lo que significa que le transmitimos que tememos que enferme, que no sea capaz de salir por sí mismo adelante y que no nos fiamos finalmente de su capacidad para afrontar sus problemas.

2. Iatrogenia derivada de los tratamientos en salud mental

No merece la pena pormenorizar la iatrogenia derivada de la mala aplicación técnica del tratamiento en este capítulo. Es obvio que si no sabemos prescribir adecuadamente psicofármacos o somos malos psicoterapeutas, vamos a dañar a nuestros pacientes.

Los estudios de investigación han encontrado que la psicoterapia produce consecuencias negativas medibles en un 7-15% (21, 22). La iatrogenia derivada de una mala técnica es conocida y se relaciona con los múltiples errores que puede cometer el profesional: convertir la entrevista en un interrogatorio, hacer juicios críticos aunque sea de forma implícita, aceptar toda la responsabilidad en el trabajo terapéutico, dar consejos personales, proponer objetivos no suscitados por el paciente, ofrecer falsas seguridades, responder desde la persona y no desde la persona en el rol del terapeuta (mediante preguntas inapropiadas o irrelevantes, haciendo un uso inadecuado del humor, una utilización impropia del pudor o las buenas maneras, minimizando, haciendo un uso extemporáneo del consuelo o tranquilización o haciendo autorrevelaciones inapropiadas), pasar por alto las emociones, no personalizar en el relato del paciente, realizar intervenciones generadoras prematuras como la interpretación o la confrontación, abrumar con excesiva información, dejar pasar por alto comentarios negativos sobre la terapia o el terapeuta o perder el foco. Estos aspectos son los más importantes en la iatrogenia y, en la medida en que se ponen en juego la personalidad del paciente, la del terapeuta y la interacción de ambos, son frecuentes, incluso en terapeutas experimentados (23).

Pero existen además unos efectos adversos inherentes a la terapia. Cada escuela psicoterapéutica tiene su particular sistema de entender e interpretar las conductas de los pacientes. A través de este sistema y con-

ducido por un lenguaje particular, los terapeutas transmiten que saben más que el paciente en general y, probablemente, más que el paciente sabe sobre sí mismo. Este sistema de creencias domina la conversación terapéutica y favorece que perspectivas alternativas que el paciente considera, queden relegadas porque sean contradictorias o estén fuera del sistema de creencias particular del terapeuta. Las distintas perspectivas que aportan las escuelas psicoterapéuticas son muy útiles en la comprensión de los problemas del paciente, pero en ningún caso son la «verdad» (24). Algo a lo que es difícil que se sustraiga el paciente durante y después del tratamiento.

A todos estos aspectos conceptuales, cabría añadir las reacciones adversas que tienen los psicofármacos, al igual que otros medicamentos. A pesar de estos efectos secundarios nadie duda en tratar una esquizofrenia con antipsicóticos o una depresión delirante con riesgo suicida con antidepresivos. El mayor problema se produce en las indicaciones de tratamientos psicofarmacológicos en aquellas situaciones clínicas en las que no está del todo claro que nuestro paciente se vaya a beneficiar positivamente de nuestra intervención y sí que va a sufrir los efectos negativos.

En cualquier vademécum aparecen los efectos secundarios de los psicofármacos, por lo que no tiene ningún sentido reseñarlos pero, a modo de ejemplo, podemos reparar los de la paroxetina, el antidepresivo más recetado en España en 2007 (tabla 1). Algunos de los efectos que aparecen son graves pero extraordinariamente infrecuentes. Sin embargo, otros como las molestias gastrointestinales o los efectos en la función sexual son habituales y, entonces, debemos considerar si nuestro paciente va a obtener un beneficio que compense sobradamente esta iatrogenia.

Tabla 1. *Reacciones adversas de la paroxetina*

Los efectos indeseables de paroxetina son, en general, de naturaleza leve y no modifican la calidad de vida del paciente. Algunas reacciones adversas pueden disminuir en intensidad y frecuencia, al continuar el tratamiento y, en general, no obligan a suspender la medicación. Las reacciones adversas que se relacionan a continuación se han clasificado por órgano, sistemas y frecuencia.

Las frecuencias se han definido de la siguiente forma:

muy frecuente ($>1/10$), frecuente ($>1/100$, $<1/10$), poco frecuente ($>1/1.000$, $<1/100$), rara ($>1/10.000$, $<1/1.000$), muy rara ($<1/10.000$), incluyendo informes aislados.

Las reacciones frecuentes y poco frecuentes se determinaron, por lo general, a partir de una serie de datos de seguridad procedentes de una población de ensayos clínicos de >8.000 pacientes tratados con paroxetina y se citan a modo de incidencia en exceso respecto a placebo. Las reacciones raras y muy raras se determinaron, por lo general, a partir de datos postcomercialización y se refieren a la tasa de notificación más que a la verdadera frecuencia.

Tabla 1. *Reacciones adversas de la paroxetina* (Continuación)

Trastornos del sistema linfático y sanguíneo. Poco frecuentes: hemorragia anormal en la piel y membranas mucosas (principalmente, equimosis) (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Raros: hemorragias ginecológicas, sangrado gastrointestinal (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Muy raros: trombocitopenia.

Trastornos cardíacos. Poco frecuentes: taquicardia sinusal.

Trastornos endocrinos. Raros: síndrome de secreción inadecuada de hormona antiurética (SIHAD) (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos oculares. Poco frecuentes: visión borrosa. Muy raros: glaucoma agudo.

Trastornos gastrointestinales. Muy frecuentes: náuseas. Frecuentes: estreñimiento, diarrea, sequedad de boca.

Trastornos generales y condiciones en el punto de administración. Frecuentes: astenia. Muy raros: edema periférico.

Trastornos hepatobiliares. Poco frecuentes: aumentos de las enzimas hepáticas. Muy raros: hepatitis, algunas veces relacionados con ictericia y/o insuficiencia hepática (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos del sistema inmunitario. Muy raros: reacciones alérgicas (incluyendo urticaria y angioedema).

Trastornos del metabolismo y nutrición. Frecuentes: disminución del apetito. Raros: hiponatremia (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).

Trastornos del sistema nervioso. Frecuentes: mareo, temblor. Poco frecuentes: efectos extrapiramidales (ver sección 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo). Raros: convulsiones. Muy raros: síndrome serotoninérgico (los síntomas pueden incluir agitación, confusión, diaforesis, alucinaciones, hiperreflexia, mioclonía, escalofríos, taquicardia y temblor).

Trastornos psiquiátricos. Frecuentes: somnolencia, insomnio. Poco frecuentes: confusión. Raros: reacciones maníacas.

Trastornos renales y urinarios. Poco frecuentes: retención urinaria.

Trastornos del sistema reproductor y de la mama. Muy frecuentes: disfunción sexual. Raros: galactorrea (hiperprolactinemia).

Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos. Frecuentes: sudoración. Poco frecuentes: erupciones cutáneas. Raros: fotosensibilidad.

Trastornos vasculares. Poco frecuentes: aumentos o disminuciones transitorios en la tensión arterial, generalmente en pacientes con hipertensión preexistente o ansiedad. Reacciones de Retirada. La interrupción de la administración de paroxetina (especialmente si es brusca) puede dar lugar a una reacción de retirada con síntomas tales como mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia y sensación de calambres), cefalea, alteraciones del sueño, agitación o ansiedad, náuseas y sudoración.

De la prevención primaria a la prevención cuaternaria en salud mental

Un argumento que respalda la intervención en los problemas menores en salud mental, aunque no puedan considerarse trastornos mentales que merezcan un tratamiento, es el de realizar prevención primaria individual. El objetivo en este caso es tratar a un paciente que está sano pero en el que se sospecha que los factores de riesgo y de vulnerabilidad se conjugan en el *posible* desarrollo de una enfermedad mental. Pero la prevención primaria, al llevarse a cabo a través de intervenciones sanitarias, también comporta efectos negativos socioculturales, asistenciales (se ha descrito cómo el desarrollo de la medicina preventiva traslada los recursos asistenciales de pobres a ricos, de enfermos a sanos y de ancianos a jóvenes) (25) y, por supuesto, iatrogenia clínica. Suele suponerse que las intervenciones preventivas son inocuas y esto hace que se investigue poco sobre sus efectos negativos. Los menos estudiados son los derivados de las medidas preventivas que se realizan tras un cribado positivo (como los efectos adversos de los fármacos y psicoterapias preventivas) y los de carácter intangible (medicalización de la vida, dependencia de los servicios sanitarios, etiquetado de enfermedad). Lo cierto es que la expansión de la medicina preventiva está multiplicando las probabilidades de recibir intervenciones preventivas en todas las personas, con un balance poco claro entre el incremento de los beneficios y los riesgos (26).

Por otra parte, la investigación en prevención primaria en salud mental es particularmente compleja, por lo que está poco desarrollada y la evidencia en torno a este aspecto y, en concreto, con los problemas menores es muy limitada (27). Si se encontraran intervenciones eficaces y con un balance riesgo-beneficio positivo, habría que plantearse entonces si son asumibles por el Sistema Nacional de Salud, dada la enorme prevalencia de las consultas de malestar y problemas mentales menores en atención primaria y salud mental. Pero sobre todo tendríamos que considerar que, si buena parte de estas demandas tienen que ver con problemas de origen social, ¿no estaríamos equivocando el foco desde una prevención sobre el ambiente a un abordaje ingenuamente individual y sanitario? (7).

Desafortunadamente, nuestra capacidad terapéutica como profesionales de la salud mental resulta bastante limitada y antes de intervenir y prescribir algún tratamiento es preciso reconsiderar con una actitud crítica los beneficios que podemos proporcionar y los daños que vamos a infligir. Desde esta perspectiva, tenemos que evitar someternos a tener una solución para todo e inmediata y trabajar nuestra tolerancia (y la del paciente) a la incertidumbre. Esto significa reconsiderar la fórmula de «esperar y ver» antes de prescribir y reivindicar la indicación de no-tratamiento que puede impedir los efectos negativos de intervenciones innecesarias o excesivas. No se trata de abogar por la austeridad o el pesimismo sino, más

bien, definir de forma más realista los límites de nuestras actuaciones (28). Buena parte de los malestares y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de nuestras intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario) (29) y muchos otros se van a resolver espontáneamente (30, 31).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Márquez, S.; Meneu, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión Clínica y Sanitaria*, verano 2003: 47-53.
- (2) Gérvas, J.; Pérez Fernández, M., «El auge de las enfermedades imaginarias» (editorial), *FMC*, 2006, 13 (3): 109-111.
- (3) Moynihan, R.; Smith, R., «Too Much Medicine?» (editorial), *BMJ*, 2002, 324: 859-860.
- (4) Moncrieff, J., «Psychiatric Imperialism: the Medicalisation of Modern Living» (www.critpsynet.freeuk.com/sound.htm).
- (5) Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D., «Selling Sickness: the Pharmaceutical Industry and Disease Mongering», *BMJ*, 2002, 324: 886-891.
- (6) Ortiz Lobo, A.; Mata Ruiz, I., «Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado», *Átopos*, 2004, 2 (1): 15-22 (www.atopos.es/pdf-03/yaesprimavera.pdf).
- (7) Ortiz Lobo, A., «Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar», *Átopos*, 2008, 7: 26-34 (www.atopos.es/pdf-07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf).
- (8) Ortiz Lobo, A.; González González, R.; Rodríguez Salvanés, F., «La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable», *Aten. Primaria*, 2006, 38 (10): 563-9.
- (9) Zapater, F.; Vila, R., «Habilidades para no medicalizar», *FMC*, 2008, 15 (10): 672-7.
- (10) Gérvas, J., «Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España», *Gac. Sanit.*, 2006, 20 (supl. 1): 127-134.
- (11) Retolaza, A., «El territorio del malestar», *Átopos*, 2008, 7: 13-25.
- (12) Illich, I., *Némesis médica: la expropiación de la salud*, Barcelona, Barral, 1975.
- (13) Rendueles, G., «Psiquiatrización de la ética-Ética de la psiquiatría: el idiota moral», en Santander, F. (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2000.
- (14) Jervis, G., *Manual crítico de psiquiatría*, Barcelona, Anagrama, 1977.
- (15) Hart, J. T., «The Inverse Care Law», *Lancet*, 1971, 1: 405-412.
- (16) Lozano Serrano, C.; Ortiz Lobo, A., «El incremento de la prescripción de antidepresivos. ¿Una panacea demasiado cara?», *Revista de la AEN*, 2004, 90: 83-96.
- (17) Alonso, M. P., y otros, «Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina», *Medicina clínica*, 1997, 108: 161-166.
- (18) Segú, J. L. «Gestión de los medicamentos en los sistemas de salud. La perspectiva de la microgestión», en Meneu R.; Peiró S. (eds.), *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica*, Barcelona, Masson-Elsevier, 2004.
- (19) Boisvert, C. M.; Faust, D., «Iatrogenic Symptoms in Psychotherapy: A Theoretical Exploration of the Potential Impact of Labels, Language, and Belief Systems», *American Journal of Psychotherapy*, 2002, 56: 244-260.

- (20) Crown, S., «Contraindications and Dangers of Psychotherapy», *British Journal of Psychiatry*, 1983, 143: 436-441.
- (21) Mohr, D. C., «Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1995, 2: 1-27.
- (22) Moos, R., «Iatrogenic Effects of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders: Prevalence, Predictors, Prevention», *Addiction*, 2005, 5: 595.
- (23) Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B., *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*, Bilbao, Desclée De Brower, 2002.
- (24) Fernández Liria, A.; Rodríguez Vega, B., *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, Bilbao, Desclée De Brower, 2001.
- (25) Heath, I., «In Defense of a National Sickness Service», *BMJ*, 2007, 334: 19.
- (26) Márquez-Calderón, S., «Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo», Informe SESPAS 2008, *Gac. Sanit.*, 2008, 22: 205-15.
- (27) *Consenso sobre la promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, AEN, Cuadernos técnicos, 8, 2008.
- (28) Frances, A.; Clarkin, J. F., «No Treatment as the Prescription of Choice», *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38: 542-5.
- (29) Hernández Monsalve, M., «Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad», en VV. AA., *Neoliberalismo versus democracia*, Madrid, 1998.
- (30) García Moratalla, B., *Análisis prospectivo de las consultas sin diagnóstico de trastorno mental en un centro de salud mental*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 2008.
- (31) Endicott, N. A.; Endicott, J., «Improvement in Untreated Psychiatric Patients», *Archives of general Psychiatry*, 1963, 9: 575-585.

XIII

FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, ÉTICA

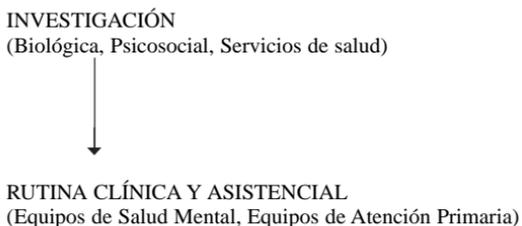
Ander Retolaza

Algunos autores (Thornicroft y Tansella, 2009) consideran que existirían tres dominios esenciales para que un trabajo en salud mental pueda ser correctamente desarrollado. En primer lugar habría un dominio relacionado con la evidencia científica y, por lo tanto, con un orden teórico, más cercano a la investigación y sus métodos. En segundo lugar habría un dominio experiencial, relacionado con la aplicación técnica de los conocimientos derivados de la investigación científica y con el bagaje acumulado en la práctica organizativa de los servicios. Este segundo dominio se basaría en un conocimiento de orden más empírico, más pragmático y menos fácilmente formulable en términos de evidencia científica, pero absolutamente imprescindible y necesario. Y en tercer lugar habría un dominio ético, relacionado con los principios básicos que deben inspirar a los dos anteriores y al análisis de las consecuencias derivadas de su puesta en práctica para las personas y las organizaciones asistenciales.

Si resulta imprescindible conocer la naturaleza de los fenómenos biológicos, psicológicos o sociales que afectan a nuestros pacientes, también es imprescindible trabajar con el máximo rigor técnico. La evidencia científica es absolutamente necesaria, pero no suficiente. Se hace necesario encontrar la mejor y más equitativa manera de ponerla en práctica ¿Cuándo importa la experiencia? Cuando no existe evidencia concluyente sobre algún área en la que es crucial intervenir. Esto resulta especialmente importante en situaciones en las que es preciso tomar decisiones. Algunos ejemplos de esto serían los siguientes: 1) Se inaugura o reforma un servicio: ¿Por dónde hay que empezar? ¿Qué es lo más importante? ¿Cuáles son las personas clave para el éxito del servicio? ¿Qué es lo primero que hay que hacer? 2) ¿Cuál debe ser el papel de la Comunidad en el desarrollo y evolución de un servicio o programa de salud mental? ¿Y el de la atención primaria? 3) ¿Cómo hay que manejar los obstáculos financieros y otras barreras que puedan surgir ante el desarrollo de los servicios? 4) ¿Qué es necesario hacer para mantener la moral de un equipo de trabajo?

Por otro lado, como ya hemos señalado, resulta importante percibir que el marco organizacional de servicios es tan importante como los contenidos asistenciales que en él se producen. La idea de servicios organizados en red, en la que los diversos programas y equipos de trabajo se imbrican de una manera coherente y adecuada, por supuesto incluye, pero va mucho más allá del tratamiento individualizado de los pacientes.

Una idea clave es la de desarrollar programas de investigación suficientemente conectados con la rutina clínica de los equipos de trabajo. Esto significa, por ejemplo, que las preguntas o los programas de investigación deberían tener como razón de ser los problemas relacionados con la práctica asistencial.



Formación de médicos de familia en salud mental

Las necesidades de los médicos de familia son diferentes de las de los psiquiatras. Lo importante de la formación de los primeros es que están adecuadamente preparados para afrontar el tipo de pacientes que tendrán que ver en sus consultas. Esto significa que tienen que estar capacitados para realizar una adecuada detección y manejo de los trastornos mentales que con mayor frecuencia van a tener que ver. Por supuesto también es importante que sepan detectar a tiempo síntomas incipientes de psicosis o que sean capaces de manejar pacientes psiquiátricos crónicos que tendrán que acudir a ellos por múltiples motivos. No es necesario poner un gran énfasis en la formación en psicopatología más allá de lo estrictamente necesario para un adecuado conocimiento y manejo de los pacientes. En la planificación de un programa para residentes de medicina de familia algunos de los temas centrales de formación serían los siguientes:

- Ansiedad y depresión
- Somatizaciones
- Actuación ante un nuevo episodio de psicosis
- El papel del médico de familia con pacientes psicóticos crónicos
- Trastornos más frecuentes en la adolescencia
- Problemas psíquicos relacionados con el embarazo, puerperio y lactancia
- Pacientes ancianos con deterioro cognitivo
- Problemas relacionados con el alcohol
- Problemas relacionados con el consumo de drogas
- Problemas sexuales y maritales
- Manejo de conductas suicidas

Además de la preparación teórica conviene que los residentes atiendan directamente a pacientes de estas características, debidamente supervisados, durante su período de formación. Las técnicas de *role playing* o la grabación en vídeo de sus propias entrevistas con pacientes son absolutamente recomendables en este período.

Existe el riesgo de una duplicidad entre la formación que pueda dispensarse en los departamentos de psiquiatría y aquella que se organiza desde las propias unidades de atención primaria. Un área importante común a ambas organizaciones y cuya docencia es importante coordinar es la que tiene que ver con el desarrollo de habilidades comunicativas. Algunos campos en los que éstas son muy necesarias se relacionan con asuntos como las técnicas de entrevista, la manera de comunicar malas noticias, el manejo del duelo normal y patológico, o cómo tratar los problemas asociados al consumo de drogas.

Formación centrada en el alumno y en el centro de trabajo

En el Reino Unido se ha calculado que, por cada 2.000 personas a su cargo, un médico de familia debe atender a 4-12 pacientes diagnosticados de Trastorno esquizofrénico, 6-7 con Psicosis afectivas, 5-6 con problemas relacionados con el abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, 4-5 con demencia, 60-100 diagnosticados de depresión, 70-80 con trastornos de ansiedad, y 50-60 con dificultades y problemas relacionales y personales (Strahdee y Jenkins, 1996). Las cifras en nuestro país podrían ser muy similares.

La experiencia ha demostrado que la formación de los médicos generalistas funciona mejor si los programas se desarrollan con una estrategia ascendente, multiprofesional y de índole práctica. La estrategia ascendente, o de abajo a arriba (por oposición a descendente) hace referencia a que la metodología y los contenidos deben adaptarse a las necesidades y ritmos de quienes han de recibir la formación, en vez de estar centradas en los puntos de vista y opiniones de los responsables de darla. El carácter multiprofesional de la formación se hace necesario porque no sólo médicos sino también diplomados en enfermería se están incorporando en grado creciente a las tareas de atención y cuidado comunitario de los pacientes psiquiátricos, especialmente en el caso de los pacientes con trastornos depresivos y ansiosos, aunque también en otros casos de mayor gravedad. Finalmente el aprendizaje centrado en la práctica clínica y sus necesidades sirve para visualizar de una manera adecuada y pragmática los problemas reales y sus posibles soluciones en el contexto en el que se producen y donde pueden ser mejor evaluados.

Los problemas relacionados con las cargas de trabajo y la disponibilidad de tiempo de los médicos generales han influido en que, cada vez más, los programas de formación sean más flexibles y se adapten a sus

necesidades. Dado que la lectura desempeña un importante papel en el aprendizaje autodirigido, algunos autores han propuesto un modelo encaminado a desarrollar una sistemática de lectura incorporando un proceso de reflexión y evaluación de lo leído. En este modelo los elementos de educación formal son complementarios y tienen un carácter de estimular la motivación. A pesar de ello, muchos médicos generales no están convencidos de la efectividad de estas medidas.

Por otra parte, hay una creciente evidencia de que el centro sanitario en el que se trabaja es el lugar más adecuado para realizar la educación médica continuada. Esto es así dado que aspectos centrales como el trabajo en equipo, la comunicación con otros especialistas o con servicios sociales se desarrolla preferentemente desde el lugar de trabajo. Entre los programas basados en los centros sanitarios que pueden desarrollarse están el desarrollo de guías prácticas y protocolos seguido de su implementación, el uso de sistemas de detección y criba, la utilización de módulos basados en formularios o sistemas informatizados, etc. La versión de la CIE-10 para atención primaria puede ser manejada de esta forma.

Mediante el empleo de videograbaciones que muestren secuencias reales con pacientes se pueden aprender técnicas de entrevista y desarrollar habilidades diagnósticas o terapéuticas de una manera que permite aprender de los propios errores y ensayar gradualmente las capacidades adquiridas. (Gask y otros, 1994) han desarrollado técnicas de entrenamiento específico en habilidades relacionadas con el manejo de los trastornos depresivos y la somatización, dos de los problemas más frecuentes en consultas de medicina general. Para la somatización, han encontrado útil la técnica de reatribución de síntomas (Goldberg y otros, 1989) que permite ayudar al paciente a ser capaz de dirigir su atención, de una manera progresiva, desde la causalidad física hacia la psicológica.

Tabla 6.1. *Áreas en las que los médicos consideran que necesitan más entrenamiento*

– Consejo terapéutico	(25%)
– Manejo del estrés	(21%)
– Técnicas cognitivas	(15%)
– Manejo en adicciones	(13%)
– Ayuda a enfermos crónicos	(10%)
– Prescripción de psicofármacos	(9%)
– Valoración de riesgo suicida	(7,5%)

Psiquiatras en atención primaria

En algunos países se han desarrollado módulos de aprendizaje para especialistas en psiquiatría que han rotado por servicios de atención pri-

maria durante su período de formación. Dado que según la información disponible, al menos en nuestro medio, el desconocimiento entre ambos niveles asistenciales es importante, no parece tratarse de una mala idea. Sin embargo, existen dificultades para ponerla en práctica de una manera sistematizada por lo que en nuestro país no está contemplada en la actualidad como una posibilidad de rotación. Señalaremos a continuación algunas conclusiones elaboradas tras una experiencia habida en el Reino Unido con psiquiatras en formación a los que se propuso una rotación temporal en atención primaria (Burns, 1994).

Algunos de los aspectos más valorados por los psiquiatras fueron los siguientes:

- Una mejoría en habilidades y conocimientos médicos generales, útil también para el trabajo en servicios de salud mental.
- La importancia del papel del médico generalista como gestor de las necesidades del paciente y como coordinador con servicios sanitarios y sociales.
- Un mejor conocimiento de los síntomas psiquiátricos menores, en especial de la somatización, que no es habitualmente vista con la misma amplitud en los servicios especializados.
- La utilidad y eficacia de la terapia para resolver problemas en pocas sesiones.
- Un mejor conocimiento sobre el tipo de información que es útil para los médicos de familia.
- La posibilidad de ver con asiduidad a diferentes miembros de una misma familia.
- El valor del sentido común aplicado a una aproximación centrada en el paciente.

Algunos de los aspectos que, por inesperados, más les sorprendieron fueron los siguientes:

- La importante presencia de casos de somatización, la mayoría leves.
- La gran efectividad de las interconsultas.
- La gran diferencia entre el trabajo en el nivel primario y el especializado.
- Lo poco que a veces aportan los hospitales.
- La cercanía del médico generalista con sus pacientes.
- El poder del paciente para determinar su tratamiento.

Las mayores dificultades relacionadas con la experiencia se relacionaron con el manejo del tiempo en las consultas, la sensación de pérdida institucional, los reajustes necesarios para volver a la práctica psiquiátrica habitual y un sentimiento de interrupción en el proceso de entrenamiento

como especialista. En conjunto todos los psiquiatras, a pesar de los inconvenientes, encontraron muy positiva la experiencia.

Más allá de la validez o viabilidad que se le pueda conceder a una experiencia como la que antecede, lo que sí parece relevante para mejorar el entrenamiento habitual y sus resultados en este campo es que la formación tanto de médicos de familia como la de especialistas tenga algunos aspectos compartidos desde los primeros pasos de la misma y esté muy ligada a una práctica de cooperación ejercida sobre el terreno y con responsabilidad directa (convenientemente supervisada) sobre pacientes.

Investigación

Entre otras muchas, algunas preguntas relevantes que deben ser objeto de investigación son las siguientes: ¿Cuál es la capacidad real de los médicos de atención primaria para detectar, evaluar y tratar la mayor parte de los casos con diagnóstico de depresión o ansiedad que se les presentan? ¿Qué habilidades les son más necesarias para ejercer esta tarea de una manera efectiva? ¿Cuántas y qué tipo de tareas se pueden delegar en diplomados de enfermería convenientemente entrenados? ¿Qué tipo de técnicas son las esenciales para que el personal no médico realice este trabajo?

Epidemiología y usos diagnósticos en Atención Primaria

Los instrumentos estandarizados para el diagnóstico que se vienen utilizando en la investigación de los trastornos mentales requieren una continua reevaluación y puesta a punto para mejorar su rendimiento y adecuación. El principal inconveniente que presentan, aún hoy, deriva de la insuficiente validez y fiabilidad de los actuales sistemas de clasificación especialmente en el capítulo de los trastornos mentales comunes. Muchos médicos de familia formulan diagnósticos pragmáticos de sus pacientes directamente relacionados con las posibilidades de manejo de los mismos. Lo anterior se relacionaba con una importante imprecisión en las descripciones sindrómicas y en la terminología empleada tanto en la clínica como en muchos proyectos de investigación, lo que, finalmente, constituye un obstáculo para progresar en nuestro conocimiento en la materia.

Debe hacerse un especial esfuerzo en realizar estudios bien diseñados sobre nuevas formas de clasificar los trastornos mentales comunes que se presentan en las consultas de atención primaria. El concepto de trastorno neurótico debería ser reexaminado en este contexto con la intención de precisar mejor sus diversos componentes: clínicos, conductuales y sociales. En relación con esto, tendría que realizarse un mayor esfuerzo investigador que permitiera una mejor identificación y medición de los aspectos sociales y de las diferencias de género presentes en este tipo de pacientes. Se requiere más

información sobre los posibles factores causales, desencadenantes y coadyuvantes que están en el origen de los trastornos de ansiedad o depresión, aún hoy poco conocidos. Como hemos mencionado, muchos médicos de familia utilizan sistemas propios de diagnóstico múltiple (difíciles de registrar y estandarizar) a fin de tener en cuenta la realidad bio-psico-social de sus pacientes. La disponibilidad de sistemas multiaxiales de clasificación puede ser de gran utilidad en este campo, si se usa de una manera consecuente, y debe ser desarrollada en toda su potencialidad, para lo que se necesita investigarla con mayor profundidad. Por otro lado, algunas de las áreas necesitadas de investigación y más olvidadas son las relacionadas con la comorbilidad del consumo de alcohol y sustancias con otros trastornos, especialmente si éstos manifiestan carácter crónico; o también los trastornos mentales de la infancia, adolescencia y senilidad, especialmente los de tipo afectivo.

Diversos estudios de pequeñas dimensiones han mostrado que los médicos de familia pueden ser entrenados para mejorar sus habilidades en el reconocimiento, valoración y tratamiento de los trastornos mentales, pero necesitamos saber más sobre la factibilidad de lo aprendido y sobre la efectividad a largo plazo de este tipo de cursos de entrenamiento.

Algunos instrumentos de ayuda, válidos para la detección, no presentan características adecuadas para ser utilizados de una forma habitual en las consultas de medicina general. Resulta prioritario averiguar qué tipo de instrumentos son los más efectivos y útiles en condiciones reales de asistencia. Su uso debiera reservarse para hacer un cribado entre los pacientes que presentaran riesgo elevado de padecer trastorno mental. No está demostrado que un mejor reconocimiento de los trastornos mentales por parte de sus médicos de familia vaya directamente asociado a una mejora en su manejo clínico o en el resultado final del caso.

Por otro lado, también está por determinar de una manera satisfactoria cuál sería el nivel de presencia de síntomas de depresión más adecuado para realizar un cribado de casos en atención primaria. La respuesta a esta pregunta sólo puede tener un carácter práctico y debe ponerse en relación con una consecuente organización de los servicios que vayan a dar respuesta a los casos detectados. Finalmente, la depresión asociada a enfermedad médica común precisa de un mejor conocimiento en múltiples aspectos, incluyendo los referidos a cómo salvar las dificultades diagnósticas que habitualmente se presentan a muchos médicos de familia ante este tipo de casos, por otra parte muy frecuentes.

Prácticas terapéuticas

Probablemente, el tipo de investigación más prioritario en la actualidad en el campo de la salud mental en atención primaria sea el relacionado con

los tratamientos. Precisamos conocer mejor la efectividad y eficiencia de los mismos cuando son aplicados por personal no especializado. Todo el arsenal terapéutico disponible, tanto el farmacológico, como el psicoterapéutico o el social, utilizado de forma aislada o de manera combinada, debe ser investigado con mayor profundidad mediante ensayos clínicos bien diseñados.

Algunos campos relacionados con lo anterior y que debieran estudiarse con mayor profundidad son: 1) Nuevas formas de trabajo en común y de cooperación entre equipos especializados y de atención primaria; 2) Criterios clínicos para un apropiado uso de fármacos psicótropos en atención primaria; 3) Aspectos que puedan influir en la efectividad del uso de fármacos, como puedan ser determinados rasgos de personalidad o elementos del contexto terapéutico o social en el que se utilizan; 4) Extensión y determinantes del uso de medicaciones psicótropas a largo plazo en los trastornos mentales comunes.

Por otro lado, aún hay relativa poca evidencia sobre la efectividad del uso de varias técnicas psicoterapéuticas en contextos no especializados. Con la relativa excepción de la Terapia para resolver problemas, se sabe poco de los resultados de casi todas las adaptaciones técnicas de las diversas terapias cuando son utilizadas por médicos de familia o diplomados en enfermería. También se sabe poco sobre la relación entre los hábitos diagnósticos de los médicos de familia y sus estrategias terapéuticas. La respuesta a esta pregunta quizá pueda ayudar a entender mejor la mencionada utilización de psicótropos a largo plazo y algunos de los factores que la condicionan. Y, por último, queda por responder la pregunta que hizo Balint referente a la droga médico (la propia persona del médico y la relación terapéutica como tal) y en qué dosis, forma o frecuencia debe ser prescrita, cuáles son sus potenciales efectos curativos y cuáles los adversos.

Derivación y tipología de las consultas

No hay demasiada investigación sobre el proceso de derivación de pacientes desde la atención primaria hacia los equipos de salud mental. Aunque se sabe que la tasa de derivación es importante, se ignoran las causas por las que está sometida a una gran variación entre diferentes servicios. Conocemos que una buena parte de los casos detectados se quedan en las consultas de atención primaria, pero falta información más detallada sobre factores del paciente (edad, sexo, estatus social, diagnóstico) o del médico (años de práctica, rasgos de personalidad, etc.) que puedan influir en todo este proceso.

En este ámbito se precisa más investigación sobre varios aspectos:

1) ¿Qué tipo de factores condicionan la búsqueda de ayuda tanto formal como informal de los pacientes? ¿Médicos, psicosociales, demo-

gráficos? ¿Quiénes tienen más probabilidades de no ser derivados a niveles especializados?

2) ¿Cuáles son las características del médico generalista asociadas al proceso de derivación y que son más determinantes en el mismo?

3) Dado que existen diferentes modelos de cooperación y muy distintos grados de coordinación entre los equipos de salud mental y los de atención primaria, se hace necesario estudiar los resultados en cuanto a efectividad y costo-efectividad de los diferentes modelos ¿Cuáles son mejores?

4) Se precisan estudios de evaluación de resultados de intervenciones realizadas con personal especializado y no especializado.

Utilización de servicios

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 sufren 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 son susceptibles de derivar en 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 más 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 investigar sobre cuáles pueden ser las mejores estrategias para educar a la población en el uso de servicios y mejorar el proceso mediante el que son identificadas y tratadas.

Áreas relevantes para investigar

Un listado aproximado resumiendo diversas líneas de investigación pertinentes en el campo que nos ocupa es el siguiente:

1. Investigación básica

- Genética de los trastornos mentales comunes y su interacción con el ambiente
- Psicofarmacología básica. Nuevos psicofármacos

- Nuevas técnicas e indicaciones de psicoterapia:
 - Estudios de proceso
 - Factores comunes vs factores específicos de las diversas psicoterapias
 - Comparaciones transculturales de los diferentes problemas y diagnósticos
 - Expresiones sintomáticas comunes y específicas de las diversas culturas
 - Estabilidad vs variabilidad histórica de los diversos síndromes dentro de una misma cultura
2. Validez y fiabilidad diagnóstica:
- Técnicas de mejora en la fiabilidad diagnóstica
 - Instrumentos de ayuda:
 - Específicos para atención primaria
 - Específicos para el nivel especializado
 - Cuestionarios de detección y criba
 - Entrevistas diagnósticas estructuradas
 - Pruebas biológicas de detección y criba
 - Mejoras en los sistemas de clasificación
3. Ensayo clínico:
- Ensayo clínico farmacológico
 - Ensayos clínicos psicoterapéuticos
 - Estudios de resultado y eficacia comparada de otras intervenciones (técnicas ambientales y procedimientos biológicos no farmacológicos)
4. Epidemiología y Salud Pública:
- Estudios de Prevalencia e Incidencia
 - Distribución de los diferentes trastornos entre la población
 - Factores asociados a los diferentes trastornos mentales comunes:
 - Biológicos, sociales, etc.
 - Variables de posible efecto causal, coadyuvante, desencadenante o atenuante (protector)
 - Estudio de flujos de demanda. Satisfacción de usuarios. Calidad de vida y discapacidad asociada a los trastornos
 - Evaluación de servicios, modelos asistenciales y prácticas organizativas

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 dé 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, nada libra de una forma definitiva a quien toma las decisiones del posible error, pero una bien fundada argumentación ética ayuda en la tarea. De una manera sucinta mencionaremos estos cuatro principios:

– 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 actúa). 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 es obligatorio suministrarle.

– Principio de Justicia. Los beneficios, costos y riesgos relacionados con las decisiones sanitarias deben ser repartidos de una forma igualitaria 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 tenemos 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 proporcionado 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 nuestro 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?

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 más graves, con mayor déficit educativo, de edades límite (muy jóvenes o ancianos). Por el contrario, los usuarios y familias de mayor nivel 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 severidad de su problema o trastorno.

¿Cuál es la forma más correcta de tomar la decisión sobre el nivel asistencial adecuado para tratar un caso determinado? ¿Quién debe tomarla? ¿En qué aspectos se debe basar una indicación de no tratamiento? ¿Qué cautelas 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 explicitadas? Y, por el contrario, ¿cómo limitar otras?

Sabemos qué factores socio-culturales (dependientes de los usuarios) influyen en el acceso a servicios. También sabemos qué 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 servicios.

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: 1) ¿A quién beneficia el posible tratamiento? ¿Al paciente, a sus allegados, a terceros? Por el contrario, ¿quién resulta beneficiado si el tratamiento no se realiza? ¿Cuáles son las condiciones que deben cumplirse en uno y otro caso? 2) 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? 3) 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 eficiente 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.

Algunas propuestas

Como ya hemos visto en un capítulo anterior, frente a un concepto abstracto y definitivo, dado de una vez por todas, de caso psiquiátrico algunos autores (Copeland, 1981) proponen que el investigador o el clínico deben preguntarse ¿Un caso para qué? Es decir ¿a efectos de qué intervención concreta? ¿En qué contexto? Asimismo cuando diversos profe-

sionales precisan definir sus roles y normas de actuación en función de diversos niveles de responsabilidad, también cabe preguntarse: ¿Un caso para quién? Dentro del mismo debate se han propuesto, de una forma operativa, tres aspectos a considerar en la definición de caso relacionados con factores ya mencionados también más arriba. Estos factores son: 1) Severidad y patrón sintomático; 2) Ruptura de mecanismos de adaptación; 3) Conducta de búsqueda de ayuda. La gravedad de los síntomas parece un criterio lógico y relativamente fácil de evaluar con la ayuda de criterios de trastorno suficientemente consensuados como son los que disponemos en la actualidad. La ruptura de mecanismos adaptativos plantea, sin embargo, algunos problemas no fáciles de solucionar si ha de ser aceptada en la definición de caso. En ciertas personas, algunas presentaciones sintomáticas, muy leves, podrían generar desadaptación y ser incluidas en la definición. Sin embargo otras, con serios síntomas, aún podrían mantener durante algún tiempo sus mecanismos adaptativos.

En relación con lo anterior, algunos autores proponen que debiera haber distintos criterios de caso a utilizar en distintos contextos. Así, cuando se trate de investigación, deberían usarse criterios muy restrictivos, con definiciones de alta especificidad, que evitaran al máximo el riesgo de incluir «no enfermos». De esta manera se pueden establecer mediciones más rigurosas y evaluar las intervenciones más correctamente. En cambio, si estamos en un contexto clínico, de tratamiento, los criterios podrían ser más inclusivos, con definiciones sindrómicas más sensibles, aún a riesgo de incluir trastornos mínimos o «no trastornos», pero minimizando el riesgo de excluir (al menos en principio) posibles casos.

Como también hemos visto en un capítulo anterior, existen algunas características, propias de la organización de servicios que afectan a la detección de trastornos, como mínimo en el nivel de atención primaria. Üstün y otros (1995) han encontrado un mejor reconocimiento y detección de trastornos psíquicos en aquellos servicios que están centrados en el usuario. Por contra, la detección fue peor en servicios estructurados desde las necesidades organizativas y clínicas. En consecuencia, con estas evidencias habría que establecer un modelo de caso flexible en función de objetivos de tratamiento y adaptados a las necesidades del usuario. De esta forma, sería más fácil establecer quién y dónde debe atender a qué personas.

En la actualidad resulta ineludible la introducción de prácticas basadas en la evidencia y en la eficiencia. Se ha avanzado en el consenso profesional sobre los métodos adecuados para establecer sistemas de medición válidos para establecer las correspondientes pruebas (evidencias científicas). Sin embargo es necesario un mayor consenso social sobre la relación riesgo/beneficio y coste/beneficio de los tratamientos en salud mental.

Siempre que sea posible, y en la máxima medida en que sea posible, es preceptivo introducir el punto de vista del usuario. Esto debe ser tanto

más necesario cuanto menos evidencia científicamente probada haya de una técnica de intervención determinada. Una forma de hacer esto consiste en abrir paso a la negociación en los tratamientos: negociación de objetivos, acuerdo sobre criterios de evaluación y chequeos sobre el curso del tratamiento. Esto tiene que ver con algunas cuestiones relacionadas con la psicoterapia, también con una forma original de aplicar el consentimiento informado. Se trataría de una especie de toma y daca de responsabilidades y derechos entre los profesionales y los usuarios, basado en información veraz, y de una evaluación mutua a través de diversos procedimientos previamente consensuados.

El principio de beneficencia debe regir, por defecto, en el caso de que la consecuencia más probable del no tratamiento sea el abandono con riesgo para la seguridad e integridad del paciente o de su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Balint, M., *The Doctor, his Patient and the Illness*, Londres, Pitman, 1971. Trad.: *El médico, el paciente y la enfermedad*, Libros Básicos, 1961.

(2) Burns, T., «Training for Psychiatrists in General Practice», en Pullen, I., y otros (eds.), *Psychiatry and General Practice Today*, Royal College of Psychiatrist & Royal College of General Practitioners, 1994.

(3) Copeland J., «What is a Case? A Case for What?», en Wing, J. K., y otros (eds.), *What is a Case: the Problem of Definition in Psychiatric Community Surveys*, Londres, Grant McIntyre, 1981: 9-11.

(4) Gask, L., «Training for General Practitioners in Psychiatry», en Pullen, I., y otros (eds.), *Psychiatry and General Practice Today*, Royal College of Psychiatrist & Royal College of General Practitioners, 1994.

(5) Goldberg, D.; Gask, L.; O'Dowd, T., «The Treatment of Somatisation: Teaching the Techniques of Reattribution», *Journal of Psychosomatic Research*, 1989, 33: 689-95.

(6) Santander, F. (coord.), *Ética y praxis psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2000.

(7) Strahdee, G.; Jenkins, R., «Purchasing Mental Health Care for Primary Care», en Thornicroft, G.; Strahdee, G. (eds.), *Commissioning Mental Health Services*, Londres, HMSO, 1996.

(8) Thornicroft, G.; Tansella, M., *Better Mental Health Care*, Cambridge University Press, 2009.

(9) Tylee, A.; Vázquez-Bourgon, J., «Programas de entrenamiento en salud mental para médicos en Atención Primaria», en Vázquez-Barquero, J. L. (ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria*, 2.ª ed., Madrid, Aula Médica, 2007.

(10) Üstün, T. B.; Sartorius, N. (eds.), *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, Chichester y otras, John Wiley, 1995.

(11) Wilkinson, G.; Wright, A., «Research Potential in General Practice», en Pullen, I., y otros (eds.), *Psychiatry and General Practice Today*, Royal College of Psychiatrist & Royal College of General Practitioners, 1994.

XIV
TRASTORNOS MENTALES MENORES EN
ATENCIÓN PRIMARIA. LA VISIÓN CON UN
ANTROPÓLOGO MARCIANO¹

Juan Gérvas

Introducción, con una historia escolar

«En la escuela donde doy clase (soy de gimnasia) llegó una maestra nueva este año, una especie de señorita Rottenmeyer, y de repente parece que en vez de escuela tengamos una clínica de diagnósticos para todo niño que no se adapta a ella: hay un tartamudo que no es tal, Pedro, pues en realidad sólo tartamudea con ella, luego está Ofelia, que la han derivado a salud mental con neurosis obsesiva (9 años), porque llora y tiene pánico a venir a clase... Cuando lo comenté con el director, me dijo «ya la conoces; es un tema delicado; es una compañera –el corporativismo–; no te metas»... «ya, pero es que yo les doy clase, y me piden que me quede más rato para no estar con ella y veo el miedo en sus ojos... y sobre todo estamos en noviembre...». Reconozco que el tema me está afectando, pero es que entre unos niños que vomitan antes de ir a la escuela, unos padres que creen que a sus hijos les pasa algo y unos compañeros que miran para otro lado o se suman a «detectar» casos clínicos... supongo que canalizo la frustración hacia escribir (como decía Gloria Fuertes, «en vez de echarme al odio o a la calle, escribo a lo que salga»). Pero luego, a medida que continuaba escribiendo, el tema me iba pareciendo mucho más importante de lo que había previsto, y cuando lo comentaba con los compañeros les sonaba a chino. De hecho, en educación se está en la fase de prevención, del «prevencionismo», y cuanto más precoz mejor, sin tener muy en cuenta la medicalización. La intención (de este viaje a Ítaca) es crear opinión entre el profesorado (que es mi campo) y los servicios de salud (que es el tuyo)».

Es el testimonio de una maestra que se conmueve con el sufrimiento de niños y padres. Una maestra espantada que pide ayuda a un profesional sanitario pues se sorprende por la transformación de la timidez

¹ Dirección para correspondencia: Travesía de la Playa 3, 28730. Buitrago del Lozoya (Madrid): jgervasc@meditex.es. Este texto se puede reproducir y difundir por cualquier medio, y publicar (excepto en libros) sin más límites que conservarlo íntegro, hacer constar su destino original y comunicarlo a su autor por e-correo.

infantil en «depresión», de la inquietud del niño inteligente y despierto en «trastorno por déficit de atención con hiperactividad», del miedo a la maestra rígida incompetente en «neurosis obsesiva», del dolor abdominal y los vómitos ante la exigencia escolar en «intolerancia a la lactosa», «dolor abdominal recidivante» o «síndrome de intestino irritable», y demás.

¿Cómo hemos llegado a esto? ¿Cómo es posible que estemos transformando cualquier problema cotidiano en un problema de salud, en un «trastorno mental»? ¿Son los trastornos mentales menores realmente un problema de salud?

Intentaré dar respuesta a estas tres cuestiones en lo que sigue. Aunque he utilizado bibliografía apropiada que se cita al final, el punto de vista será eminentemente clínico y práctico, típico del médico general que pasa consulta a diario. Para mejor interpretarlo cuento con un antropólogo marciano. Sí, un «marcianólogo»² transmutado en antropólogo, nacido y criado en Marte, en la civilización que allí existe hace cien mil años, y que ha decidido finalmente mandar a un estudioso a tomar contacto con los humanos, y por un error menor cayó en Canencia de la Sierra (Madrid, España), en lugar de Washington (Distrito Federal, EE. UU.).

*Dueños de un cerebro demasiado grande,
¿o es el cerebro el que nos posee?*

La especie humana se caracteriza por ser bípeda. Ello conlleva un parto difícil en las hembras, y el típico dolor de espalda inespecífico en machos y hembras. También en ambos el andar de pie libera las extremidades superiores y permite el desarrollo de las manos con su capacidad para manipular objetos pequeños y delicados. En paralelo a las manos se desarrolla un cerebro hasta cierto punto monstruoso, pues es incapaz de entenderse a sí mismo.

Un cerebro que se asocia a auto-conciencia, a reflexión acerca del devenir de la vida, a capacidad de echar de menos a quienes murieron y a posibilidad de desarrollo de un lenguaje y una cultura que nos «poseen», pero que es incapaz de comprenderse y conocerse a sí mismo después de múltiples y variados estudios biológicos y psicológicos y teorías científicas y filosóficas varias. Cabe por ello preguntarse si el cerebro no será sencillamente la expresión del alienígena que nos abduce a todos.

² Por conveniencia, considero macho al marcianólogo, por más que en su anatomía externa no sea evidente ningún carácter sexual secundario. Respecto a su conducta tiene rasgos tanto femeninos como masculinos, pues mezcla ternura con determinación, y bravuconería con humildad.

Pero tal alienígena debe ser un magma social, como bien demuestran las historias repetidas de niños-lobo. Esos niños que han perdido su infancia en el bosque donde consiguen supervivir y que luego fracasan inevitablemente al incorporarse a la sociedad. Ni son felices por reencontrar a sus congéneres ni son capaces de adquirir las habilidades lingüísticas y sociales mínimas para vivir entre iguales. Sucede como si nuestro monstruoso cerebro precisara en la infancia del contacto y del roce con otros cerebros parecidos para llegar a desarrollarse plenamente. El alienígena que nos abduce precisa en la infancia de energía mental y social compartida, diría el antropólogo marciano que nos observa. Para él ésta es una cuestión clave, pues no entiende de esa necesidad de tener un marco social y cultural para que se desarrollen plenamente circuitos aparentemente tan simples como los del lenguaje (desde el punto de vista del marciano nuestras capacidades lingüísticas son primitivas), aunque puede entender que sea necesario el contacto con humanos para desarrollar sentimientos complejos, tipo la sensación de felicidad y de salud. Uno siempre es feliz o está sano en un contexto cultural y social determinado que marca las formas y expresiones de la felicidad y de la salud. En ese sentido, le digo yo al antropólogo marciano, uno siempre habla con otro (aunque el poeta dijo que «quien habla solo piensa un día con Dios hablar») lo que quizá explica la necesaria interacción social para el desarrollo normal de las capacidades lingüísticas.

Pero es cierta la necesidad del contexto social en el enfermar, la conceptualización social de la salud y de la normalidad. Así, por ejemplo, la homosexualidad fue una enfermedad que exigía tratamiento (con apomorfina, principalmente, que a veces se complicaba y llegaba a matar) hasta bien avanzado el siglo XX en muchos países desarrollados, como el Reino Unido; en la actualidad sigue siendo pecado para muchas religiones, es enfermedad en multitud de naciones, y delito en otras tantas. Resulta difícil explicarle al antropólogo marciano el porqué de estas diferencias, que tal vez se funden en algunos componentes atávicos de nuestro cerebro.

Sostengo con el antropólogo marciano que nuestro cerebro es todavía un órgano inmaduro, que en el curso de la evolución irá adquiriendo independencia y necesitando menos y menos el contacto social y cultural para lograr su desarrollo pleno.

Quizá esa maduración también nos libere de la necesidad de drogarnos para soportarnos a nosotros mismos y a la sociedad en que nos desarrollamos y vivimos. Drogarnos con drogas de todo tipo o con otras formas más elaboradas de conseguirlo, como el trabajo sin límites, el deporte excesivo, el sexo compulsivo, la fe en algo absurdo, y demás. En cualquier caso hoy por hoy nuestro cerebro en cierta forma nos posee, quiere contacto con los iguales y necesita alguna droga para no desatarse. Hasta cierto punto los médicos están dispuestos a dar respuesta a ese «ansia de drogas» en forma de psicofármacos, justificados con diagnósticos más o menos esotéricos, del tipo de «trastorno por déficit de atención con hiperactividad».

De brujos a (aparentes) médicos científicos

Sostiene Andreu Segura, salubrista catalán de pro, que el primer médico fue mujer prehistórica capaz de atender a otras mujeres en el parto. Después de discutir esta cuestión con el antropólogo marciano, que conoce a fondo la evolución humana, hemos llegado a la conclusión de que el primer médico fue miembro destacado de la tribu que consiguió convencer a los suyos de que tenía un poder más o menos real de «sanación», de forma que dejó el «trabajo» de búsqueda incesante del sustento. Es decir, el primer médico fue brujo o chamán con poderes sobre la conducta de sus iguales, tanto psicológicos como farmacológicos (plantas varias). Con estos poderes pudo especializarse en la ayuda a los que sufrieran, y a cambio independizarse del agobio de encontrar comida para supervivir: lo hacían otros por él, para conseguir sus favores. Tiene algo de cruel esta sugerencia, pues transforma al médico primigenio en un ser humano dotado al tiempo de poderes de sanador y de manipulador; es decir, al tiempo sabía consolar y ayudar en la aflicción, en la enfermedad y en el morir (también en el nacer, obviamente), y sabía atemorizar para asegurarse su posición de miembro especializado, no activo en la caza ni en la recolección. Con el tiempo, tras miles de años de evolución, del sanador va quedando poco y del manipulador va aumentando su capacidad.

En todo caso, de lo que no cabe duda es que la evolución desde el brujo al médico actual sólo tiene una inflexión intensa cuando 1) Se intenta clasificar el sufrimiento a imitación de la clasificación de los seres vivos de Linneo; 2) Se introducen las ciencias biológicas, físicas y químicas en el diagnóstico y en el tratamiento de los pacientes (análisis de orina y sangre, síntesis de medicamentos, uso del termómetro, comprensión de la oxidación biológica, rayos X, etc.) con el consiguiente prestigio de los hospitales como lugar físico de esa «medicina científica»; y 3) Se logra que el individuo y la sociedad pierdan su capacidad de definir salud, enfermedad y factor de riesgo.

Esta tercera característica es la clave a finales del siglo XX y comienzos del XXI. La pérdida de la capacidad de definir salud amplía hasta el infinito el poder de los médicos, al tiempo que deja inerte a las poblaciones e individuos ante la enfermedad.

Por ejemplo, la salud del recién nacido y del bebé, y en general del niño, ya no depende de la opinión y experiencia ni de la madre ni de la abuela, ni de otras mujeres de la tribu o grupo social. Ahora el niño está sano sólo si lo determina el médico (o la enfermera como su delegada) una vez superado la «revisión del niño sano».

Con esta «expropiación de la salud» todo el poder se da a los médicos que ya no sólo definen la enfermedad sino la salud, gran atrevimiento que no se ve como tal. De ahí su intromisión en los problemas de la vida diaria, de ahí su poder de definir como enfermedad (falta de salud) los casos

comentados al comienzo de este texto, en la escuela. ¿Son los niños enfermos, o los enfermos somos los maestros y médicos audaces e imprudentes? Según el antropólogo marciano, los segundos ya que los primeros son simples víctimas. En cualquier caso, lo clave es que la salud ya no se define por una experiencia personal sino por parámetros biológicos, o por escalas psicométricas que utilizan los médicos. La salud se convierte en medida y en norma. Estar sano es pertenecer a una media, a unos valores en un cierto intervalo que definen los médicos. Así, los niños que se salen de la norma, de los parámetros que un maestro puede valorar, caen pronto en manos de médicos y psicólogos que con medidas «científicas» determinan la anormalidad del niño, casi siempre seguida de la necesidad de tratamiento medicamentoso y/o psicológico.

La transformación de la salud en bio y psicometría deja inerte y sin valor al humano en los extremos, o fuera de ellos, al que entra y sale de una depresión sin pedir permiso a nadie, al que tiene una variación de la normalidad, al que no se adapta a un contexto, al que al tiempo quiere vivir y morir, al que simultáneamente siente amor y odio, al que tiene baches de ánimo y conducta y al que rechaza la estructura violenta de nuestra sociedad, entre otros (al que escribe esto, añade por lo bajinis el antropólogo marciano).

Estar sano ya no es sentirse sano, ya no es disfrutar de la vida y de sus inconvenientes. La salud ya no es capacidad para superar los inconvenientes de la vida y disfrutar de la misma (de hecho, en latín, dice el antropólogo marciano, «salus» alude a «estar en condiciones de superar un obstáculo»). Ahora la salud la definen los médicos con normas y medidas, y si el humano no cae dentro de las mismas es un enfermo, aunque no lo sepa y aunque pueda superar los obstáculos de la vida diaria. «¡Gran sorpresa!», dice el antropólogo marciano al reflexionar sobre la ignorancia de los médicos que transforman a sanos ignorantes de sus males en enfermos dependientes de sus artes. Artes peligrosas, pues son cascadas diagnósticas y terapéuticas de incierto final, de forma que en muchos casos es peor el remedio que la enfermedad.

En mi opinión, lo que está enfermo es un entramado cultural que busca la salud como ausencia de todo mal/daño (físico, psíquico y social) y que aspira a la juventud eterna y a la ausencia de sufrimiento. Por supuesto, en ese entramado hay piezas clave, como la esotérica definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, de 1946, tan perjudicial como errónea («estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad»). Con la riqueza de las naciones y con la educación de las poblaciones mejora la salud a niveles desconocidos previamente, pero la vivencia personal es de amenaza continua de enfermar y de morir con la consiguiente aceptación de las reglas, normas y definiciones de los médicos que poseen un poder arrollador y manipulador, pues parecen dotados de capacidades cuasi-milagrosas, adornados

con el éxito en casi cualquier cosa, con sus máquinas y métodos deslumbrantes, desde vacunar a operar sin dolor, desde curar neumonías a reparar fracturas, desde definir enfermedad a pre-enfermedad.

La cuestión de fondo es si el médico está renunciando a su papel de sanador para pasar a ser simple manipulador disfrazado de científico. Es decir, el problema es si el poder casi omnímodo con máquinas y utensilios lleva al abandono de la palabra, a la renuncia a la comprensión del sufrimiento, a no «tocar» al paciente (ni para la cortesía del saludo ni para la exploración física), a negar el efecto placebo de la empatía y a obviar el compromiso del médico en el seguimiento de la enfermedad y ante la muerte.

La Medicina Basada en Pruebas (mal traducido del inglés como «Medicina Basada en la Evidencia», apunta el antropólogo impertinente) ha dado nueva fe en la ciencia al médico, que cree devenir científico, que renuncia a sus poderes sanadores, que se «independiza» del sufrir y de la experiencia del enfermar y del morir, y que traslada conocimientos obtenidos de la población a los pacientes individuales en la consulta con una inocencia imprudente y a veces mortal (sirva de ejemplo el deletéreo efecto de los «parches en la menopausia»). Ser científico es ser neutral y frío, es no implicarse ni conmoverse, en dicha interpretación de la ciencia. Dice el antropólogo marciano que es incomprendible esa conversión a la ciencia del médico del siglo XXI, que es inadmisibles esa fe de converso que arrasa la práctica clínica pues todo se funda en una ciencia poco fundamentada, «cogida con alfileres», ciencia primitiva y pobre que no es ciencia ni es «ná» (el antropólogo marciano goza con las expresiones chelís).

Digo yo que mis compañeros no sólo no aguantan su cerebro de médicos (utilizan más drogas y se suicidan más que la población de su misma edad, sexo y situación socioeconómica) sino que evitan enfrentarse con lo que les es propio, con el sufrimiento y la muerte, porque ellos también aspiran a la juventud eterna, a la vida sin riesgo ni de enfermar ni de sufrir, al vivir sin inconvenientes y sin problemas. Se está así a un paso de transformar toda reacción ante los problemas diarios en enfermedad, en trastorno mental que requiere diagnóstico y tratamiento, que abarcaría desde el desagrado que nos crea la visión de un determinado vecino a la angustia vital, pasando por el agobio por no llegar en lo económico a final de mes. La salud ya no es capacidad de superar los inconvenientes y adversidades de la vida diaria sino la ausencia de todo inconveniente y adversidad; es decir, la salud es un imposible, y lo «normal» es estar enfermo, tener trastornos mentales y problemas sanitarios.

Todo se pone en contra del papel de sanador y a favor del manipulador. Este último se ve potenciado, además, por un mercado que incita al consumo sin satisfacción posible. Un mercado que va de la prevención al tratamiento. Prevención a veces agresiva, tratamientos a veces excesivos.

*Precaución con la prevención
(o la necesidad de poner coto a la prevención sin límites)*

Lamentablemente, coincidiendo con la expropiación de la salud, los médicos se han ido llenando de orgullo, como bien demuestra el atrevimiento preventivo. Por ejemplo, con las mujeres a las que someten a un verdadero encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, con citologías de más (inútiles y peligrosas) y mamografías de cribaje de difícil justificación científica, y demás. El antropólogo marciano mantiene un obsesivo interés por la anatomía femenina que ve mucho más interesante que la masculina, y quizá por ello sea tan crítico con la prevención sin límites que se les ofrece a las mujeres, con graves consecuencias. Por ejemplo, muchos cánceres diagnosticados con la mamografía de cribaje nunca hubieran evolucionado, y muchos habrían desaparecido solos. Pero en su tratamiento se agobia y mutila a las mujeres, que además terminan agradecidas pues «me han salvado de morir por cáncer». Pasa lo mismo con los varones y el cribaje con la determinación del PSA, que lleva a muchas septicemias, impotencias e incontinencias, pero todo vale con tal de «erradicar cánceres de próstata», por más que muchos de ellos sean silentes acompañantes del vivir hasta morir de otra causa. No sé por qué esta cuestión interesa menos al antropólogo marciano, que ve a los varones como más torpes y tontos, lo que en su opinión justifica que mueran antes que las mujeres.

En todo caso, sería importante que el médico tuviera claro que no siempre es mejor prevenir que curar. Prevenir es actividad que se suele ejercer sobre sanos (o aparentemente sanos) y eso cambia completamente el contrato implícito entre el médico y el paciente, entre los profesionales sanitarios y la sociedad. Hasta la aparición de los factores de riesgo (y de las pre-enfermedades) existía un contrato de tolerancia a la actividad médica, pues se dirigía al consuelo del sufrimiento, al alivio del dolor, a la curación del enfermar, a ayudar a morir con dignidad. Así, por ejemplo, ante la sospecha de apendicitis la sociedad ha tolerado tasas de error hasta del 50%, en el supuesto de que el daño hecho es mucho menor que el beneficio obtenido.

Cuando se ofrece prevención la cuestión es muy distinta, pues de lo que no cabe duda es del daño hecho al sano (o aparentemente sano). Así, por ejemplo, al tratar de diagnosticar precozmente la depresión (actividad de prevención secundaria) podemos hacer daño a todos los que se someten a las pruebas, de forma a veces inesperada, y en todo caso hay una tasa inevitable de falsos positivos y falsos negativos en los que el daño es indudable y esperable. Conviene mantener la máxima de «todo cribaje conlleva daños; algunos se ven superados por los beneficios».

Sin embargo, la prevención tiene una aureola positiva que le exime incluso de la necesaria precaución en su actividad. Por pura lógica, sos-

tiene el antropólogo marciano, la prevención tienen efectos adversos, pues no hay actividad médica que carezca de ellos. Con el grave inconveniente, remacho yo, de que la prevención se hace sobre sanos (o aparentemente sanos). Me contesta el antropólogo marciano que eso se está solucionando, al transformar en enfermedad lo que son factores de riesgo o pre-enfermedades. Por ejemplo, dice, la hipertensión. La hipertensión no es una enfermedad sino un factor de riesgo para la insuficiencia cardíaca y el accidente cerebrovascular, pero se ha convertido ya en enfermedad de facto, y los pacientes y la sociedad toleran los graves inconvenientes y efectos adversos de su tratamiento y de su seguimiento. Los médicos y pacientes ignoran que los factores de riesgo no son causa de enfermedad, ni son suficientes ni necesarios para que se presente la enfermedad. Los factores de riesgo son simples asociaciones estadísticas. Pero en su nombre se inician millones de cascadas diagnósticas y terapéuticas, de enorme coste personal, social y económico. Por ejemplo, en la prevención del suicidio se transforman trastornos mentales menores, reacciones a inconveniencias y dificultades de la vida, en «depresión», se cronifican cambios circunstanciales, se deriva al paciente a los servicios de salud mental, se da la baja laboral y se trata con antidepresivos y apoyo psicológico. Todo inútil y peligroso, con efectos adversos a veces no considerados. Así, por ejemplo, el estar de baja se asocia *per se* a mayor probabilidad de suicidio, más separaciones matrimoniales, peor expectativa laboral y más probabilidad de ludopatía y alcoholismo. ¡Flaco favor al «deprimido», al que parten «por medio»!, dice el incontinente antropólogo marciano. Ignorancia científica, añado yo, de médicos que se consuelan ante su renuncia a ser sanadores con aquello de «pero la calidad científica y técnica que ofrecemos es excelente». «¡Vamos ya!» remata el dichoso antropólogo.

Conclusión

Los trastornos mentales mayores agobian al paciente, a sus familiares y a los profesionales con sus síntomas y consecuencias. Así, por ejemplo, nos sobrecoge la visión de un esquizofrénico vagabundo durmiendo en un banco en el parque en una noche de invierno. También debería sobrecogernos y conmovernos la imagen opuesta, la de esos niños transformados en enfermos crónicos por maestros desconcertados y por médicos generales inseguros, sometidos todos ellos a la tiranía de expertos e industria que actúan con verdadera malicia con tal de incrementar su poder y sus ventas.

Los trastornos mentales menores merecen la misma respuesta que los trastornos físicos menores. Es decir, la «espera expectante», el simple

«esperar y ver», el «dar seguridad», la escucha terapéutica y el puntual alivio sintomático.

Dice el antropólogo marciano que los médicos deberíamos pensar en prestar atención simultáneamente como sanadores y científicos, con una mezcla adecuada y en partes proporcionales según los casos y situaciones. Dice también que tendríamos que disminuir el poder de manipulación, poner límites a la prevención, ser prudentes en la definición de salud, fomentar la vivencia de la felicidad en nuestros pacientes (¡se puede incluso morir «sano» y feliz, sintiendo que el tiempo se cumple y es la hora!) y evitar el fácil recurso a los psicofármacos. Dice que está bien drogarse, pero sin pasarse. Dice que entre la Tierra y el Cielo no conviene el Erebo, que entre la luz cegadora y las tinieblas infernales caben las vidas terrenales, sencillas y complejas, alegres y confiadas. Dice que la vida vale la pena vivirla con y sin salud y que ésta no se puede reducir a normas y medidas. Dice que la felicidad y la salud están en nuestro interior, con cierto grado de ayuda exterior, aquí y en Marte. Dice que en Bután han contrapropuesto al «Producto Interior Bruto» la «Felicidad Interior Bruta»³, y que no están tan locos ni son tan anormales al pensar en el desarrollo holístico de la sociedad y de los individuos. Digo yo que lo que dice el antropólogo marciano está bien dicho.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Blech, J., *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*, Barcelona, Destino, 2005.

(2) Davis, P., «Health Care as a Risk Factor», *CMAJ*, 2004, 170: 1.688-9.

(3) Fugelli, P., «The Zero-vision: Potential Side Effects of Communicating Health Perfection and Zero Risk», *Patient Edu. Counselling*, 2006, 60: 627-71.

(4) Gervas, J.; Pérez Fernández, M., «Los programas de prevención del cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general», *SEMERGEN*, 2006, 32: 31-6.

(5) Gervas, J.; Pérez Fernández, M., «Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria», *Gac. Sanit.*, 2006, 20 (supl. 3): 66-71.

(6) Gervas, J.; Pérez Fernández, M., «El auge de las enfermedades imaginarias», *FMC*, 2006, 13: 109-11.

(7) Gervas, J., «Malicia sanitaria y prevención cuaternaria», *Gac. Sanit.*, Bilbao, 2007, 104: 93-6.

(8) Gervas, J.; Ripio, M. A., «Cáncer de mama y cribado mamográfico», *Med. Clín.*, Barcelona, 2007, 129: 199.

³ Entre los componentes de la *Gross National Happiness* (Felicidad Interior Bruta) está el desarrollo económico –según poder adquisitivo, renta familiar y distribución social de la riqueza–, medio ambiente, calidad de empleo, relación con el entorno social, satisfacción de aspiraciones y otros.

- (9) Gérvas, J.; Pérez Fernández, M.; González de Dios, J., «Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría», *Rev. Esp. Salud Pública*, 2007, 81: 345-52.
- (10) Gérvas, J.; Pérez Fernández, M., «Falsas promesas de eterna juventud en el siglo XXI. Gilgamesh redivivo», *FMC*, 2008, 15:1-3.
- (11) Gérvas, J., «Enfermedad: ciencia y ficción», *AMF*, 2008, 4: 2-3.
- (12) Gérvas, J.; Starfield, B.; Heath, I., «Is Clinical Care Better than Cure?», *Lancet*, 2008, 372: 1.997-9.
- (13) Gray, M., «New Concepts in Screening», *Br. J. Gen. Pract.*, 2004, 54: 292-8.
- (14) Illich, I., *Némesis médica*, Méjico, Joaquín Mortiz y Planeta, 1987.
- (15) Márquez, S.; Meneu, R., «La medicalización de la vida diaria y sus protagonistas», *Gestión Clin. Sanit.*, 2003, 16: 47.
- (16) Moynihan, R.; Smith, R., «Too Much Medicine?», *BMJ*, 2002, 324: 859-60.
- (17) Moynihan, R.; Heath, I.; Henry, D., «Selling Sickness: the Pharmaceutical Industry and Disease Mongering», *BMJ*, 2002, 324: 86-91.
- (18) Ortiz Lobo, A., «Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar», *Átopos*, 2008, 7: 26-34.
- (19) Ortiz Lobo, A.; de la Mata Ruiz, I., «Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado», *Átopos*, 2004, 2: 15-22.
- (20) Pérez Fernández, M.; Gérvas, J., «Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico contra las mujeres», *SEMERGEN*, 1991, 25: 239-48.
- (21) Pérez Fernández, M.; Gérvas, J., «El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas», *Med. Clín.*, Barcelona, 2002, 118: 65-7.
- (22) Sacks, O., *Un antropólogo en Marte*, Barcelona, Anagrama, 2002.
- (23) Sacket, D. L. «The Arrogance of Preventive Medicine», *CMAJ*, 2002, 167: 363-4.
- (24) Srabaneck, P.; McCormick, J., *Sofismas y desatinos en Medicina*, Barcelona, Doyma, 1992.
- (25) Starfield, B., y otros, «The Concept of Prevention: a Good Idea Gone Astray?», *J. Epidemiol. Community Health*, 2008, 62: 580-3.
- (26) Tizón, J. L., «El 'niño hiperactivo' como síntoma de una situación profesional y social. ¿Mito o realidad?», *Psicopat. Salud Mental*, 2007, M2: 23-30.
- (27) Zahl, Ph.; Maehlen, J.; Welch, G., «The Natural History of Invasive Breast Cancer Detected by Screening Mammography», *Arch. Intern. Med.*, 2008, 168: 2.311-6.

XV
CONSTRUYENDO TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS:
QUEJICAS, SIMULADORES, VENTAJISTAS

Guillermo Rendueles

El contacto entre los psiquiatras del Centro de Salud Mental donde trabajo y los médicos de familia del Centro de Salud cercano, cumplían todos los requisitos de buena relación que marcan los manuales de medicina comunitaria: reuniones periódicas, casos compartidos, sesiones bibliográficas. Sin embargo, la finalidad de esos contactos –descargar al Centro de Salud Mental de trastornos psiquiátricos menores, para poder dedicar tiempo a la gran patología– obtuvo un rotundo fracaso. Las cifras de nuevos casos con patología menor no deja de aumentar y el retorno de pacientes con patología menor cronificada, a los que se les había dado el alta, sigue el modelo de puerta rotatoria. Por otro lado la petición de valoración de bajas laborales por estrés o el envío de urgencias que no eran tales, lejos de disminuir con la buena comunicación, aumentó dejando al equipo psiquiátrico inane para cumplir su función con la gran patología: se dedica menos tiempo de atención a los sicóticos que a los distímicos.

Solo al cabo de una larga temporada de finalizar las reuniones y compartir varios cafés, alguno de los médicos de familia me descubrieron entre risas las razones, tanto de ese paradójico aumento de casos menores derivados, como del cortés escepticismo que yo había percibido cuando disertaba sobre el Método Balint para tener *insight* con 10 minutos por paciente, o cómo contener duelos y escuchar las angustias somatizadas. En el trimestre de nuestras charlas ese Centro de Salud había recibido también información sobre cómo tratar dolores de espalda sin enviarlos al traumatólogo, cómo hacer exploraciones ginecológicas sin derivarlas a ese servicio y cómo gestionar las analíticas de prevención en trastornos endocrinos y prostáticos, conteniendo la demanda de todas esas consultas especializadas.

Toda esa propaganda a favor del «hágalo usted mismo» en Primaria era recibida durante una hora previa a recibir y resolver un pandemonium de cincuenta pacientes con quejas y malestares menores, infecciones estacionales, demandas de bajas laborales, informes para la dependencia, atención a la tercera edad que incluían visitas domiciliarias a convalecientes o moribundos y unos cuantos tumores y urgencias físicas reales que debían detectar en sus estados iniciales so pena de incurrir en graves reclamaciones legales.

La anticipación del futuro ante la epidemiología psiquiátrica que aportábamos a los centros de salud anticipando la avalancha de quejas y casos en relación con la salud mental tampoco eran nada tranquilizadoras para esa práctica en Primaria. Según la última encuesta nacional de salud 2006-2007 algo más del 20% de la población de más de 16 años se presentará en sus consultas como trastorno de salud mental. La inflación de diagnósticos psiquiátricos que la DSM-IV induce, convertirá en pacientes crónicos los conflictos irresueltos y en muchos casos irresolubles y las desgracias en el tránsito del nacimiento a la muerte que en la biografía de los antiguos nadie hubiese pensado de competencia médica.

Los dispositivos de producción de identidad postmoderna han acentuado hasta grados inverosímiles lo que en el pensamiento crítico de la modernidad llamábamos Proceso de Psiquiatrización. El sufrimiento real que provoca la mala vida en el trabajo, las relaciones de provecho y los duelos que subsumen la vida cotidiana, son etiquetadas como Trastornos Mentales. Los esquemas con que se transforma el Caos Quejumbroso de esa mala vida en Trastorno Psiquiátrico es similar desde la escuela al trabajo, de los problemas con la comida a los del lecho amoroso: al desaparecer el mundo social, no hay conflicto ni cambio posible en lo real sino en la subjetividad individualizada contenida psicológicamente.

Esta psiquiatización postmoderna, no es ya el producto de un poder médico-gerencial que impone un marco técnico a la malaria cotidiana para legitimarse y evitar una reflexión colectiva sobre las condiciones reales de vida, sino que es el fruto de un proceso de confluencia entre esa demagogia de los de arriba y la derrota de cualquier resistencia o cualquier proyecto de vida autónoma de los de abajo. Los de arriba prometen solucionar todos los problemas sociales desde el paro, la violencia de género o el racismo diseñando programas específicos de salud mental. Los de abajo, en situación de indefensión aprendida, y carentes de cualquier proyecto autónomo de defensa colectiva contra su malvivir real, consienten en buscar soluciones que individualicen sus problemas. Individuación que obviamente conduce a un consultorio donde los malestares reales son aislados de la situación en que se generan y transformados en sus dobles imaginarios: la explotación laboral se llama ahora *mobbing*. Problemas subjetivos ya etiquetados como Trastorno por Angustia-Depresión Secundarios al Estrés se alivian no cambiando la situación, sino con píldoras y adquisición de habilidades en procesos de subjetivación positiva¹ con los que advenir a la felicidad prometida desde arriba.

¹ La recepción social de la psicología positiva ha tenido una aceleración sorprendente: a los 2 años de que Seligman formule sus principios, los libros de autoayuda con sus técnicas inundan las librerías, magazines, etc.

El nihilismo como ideología del capitalismo² individualista deja en un mundo regido por las heladas aguas del cálculo egoísta –donde nadie ayuda si no espera sacar posterior beneficio–, unas islas llamadas centros de salud donde se supone hay unos profesionales que curan como médicos, escuchan como curas y educan como maestros de vida. ¿Cómo no esperar que hacia allí fluyan multitudes en busca de consuelo?

De cuando el Colegio de Psicólogos se convirtió a la Antipsiquiatría

Un número monográfico de Papeles del Psicólogo³ que alerta sobre la desatención de la salud mental en la asistencia sanitaria española y reclama el contrato de miles de psicólogos en la asistencia primaria, justifica su posición reafirmando un argumento que evocó en mí una dulce sensación de «ya visto» sobre los viejos mayos de la antipsiquiatría: «Los llamados trastornos psiquiátricos no son enfermedades como las otras o mejor no son ni siquiera enfermedades»⁴. Escuchar sus argumentos es una buena desintoxicación contra la saturación de literatura mercenaria sobre epidemiología administrativa o psicofarmacología que llena nuestras revistas. En el mismo sentido Marino Pérez⁵ continúa esos argumentos con toda justeza y escasa originalidad –veinte años no es nada– en varias obras: «el 90% de los casos tratados en Primaria, hay un buen número de no casos, es decir personas que no padecen ningún trastorno depresivo o ansioso verdadero sino sólo problemas de la vida indebidamente medicalizados, o si quiere psicologizados».

*Improving Acces to Psychological Therapies*⁶ es un artículo multicitado por las publicaciones del colegio de psicólogos que enfatiza cómo el plan inglés para contratar 3.600 psicólogos e incorporarlos a los equipos médicos de Primaria prevé un enorme ahorro tanto de gastos farmacológicos como en bajas laborales (como argumentaré más adelante dudo mucho que ese segundo augurio se cumpla).

² Santiago Alba Rico desarrolla en *Capitalismo y Nihilismo* (Akal, 2007) la idea de disolución de cualquier valor e institución distinta del lucro como característica de la postmodernidad y la individuación de la desgracia que ese mundo mercantil produce.

³ La asistencia psicológica en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, septiembre-diciembre, 2008.

⁴ Marino Pérez, en declaraciones muy difundidas por la red en *Infocopline*.

⁵ Más allá de la salud mental, Marino Pérez Álvarez, *Papeles del Psicólogo*, diciembre, 2008, Madrid. Este autor ha publicado en los últimos años algunos textos en los que reintroduce las tesis antipsiquiátricas negando ese parentesco y recubriéndolas con una retórica aristotélica de cierto interés.

⁶ Puede encontrarse en *Infocopline* acompañado de abundantes comentarios elogiosos que exhortan a su exportación a nuestro país.

El análisis del papel neostigmatizador de la DSM-IV, el reverdecir en esas publicaciones de la crítica contra los psicofármacos⁷ que se anuncian y esponsorizan publicaciones y congresos psiquiátricos, subrayando lo poco de nuevo que hay en los «nuevos antidepresivos», no merecen sino una cálida bienvenida al pensamiento crítico. También son absolutamente justas y oportunas las denuncias de las ambigüedades del modelo biopsicosocial en la monografía sobre salud mental de Infocop⁸ que cierra el año 2008. Pero junto a esos aciertos el movimiento contiene contradicciones y peca de cortedad y limitaciones en sus críticas a las que quiero dedicar las siguientes líneas. La primera de esas contradicciones reside en que el modelo propuesto desde el Colegio de Psicólogos para sustituir la práctica actual no concluye, como era de esperar, que puesto que no hay enfermedad o caso psicológico, sino psicologización de los conflictos biográficos, sería lógico pensar que es en la vida en común donde deben ser resueltos esos sufrimientos y por ello rechazaos del circuito profesional de cuidados. De ahí la sorpresa ante el gambito que realiza la propuesta colegial afirmando que esos «no casos, de no enfermedad» deben recibir tratamiento con un psicólogo que los «depsicologice» en no menos de doce sesiones (las que se proponen antes de iniciar cualquier tratamiento farmacológico).

Enredo tanto más sorprendente cuando Marino Pérez descalifica con justeza los modelos cognitivo-conductuales dominantes en las alternativas al tratamiento farmacológico de la depresión, proponiendo un modelo similar al asertivo conductual que se emplea en el trabajo social con psicóticos que puede realizarse por legos en trastornos menores. Extender ese tratamiento a la multitud desde el consultorio psicológico tiene el peligro de no sólo no dar autonomía a las gentes, sino de reclutar una nueva cuota de población tutelada que se sumará a los que prefieran continuar su carrera psicofarmacológica o la psicoterapia tradicional. Nueva cosecha de consultantes que asistirán a las nuevas consultas depsicologizantes «a ver qué dan» con peticiones de terapia para normales en búsqueda de Capital Psicológico que se oferta como panacea para disminuir el riesgo de crisis psicológica durante la próxima recesión económica. Capital psicológico consistente en palabras tomadas de la muy prestigiosa *Nature*⁹ como «la unión entre la habilidad cognitiva y la inteligencia emocional que abarca

⁷ En *Infocopline* pueden consultarse multitud de referencias muy estimables contra la propaganda farmacológica habitual en las revistas médicas sobre efectividad de antidepresivos y neurolépticos que todos los médicos y psiquiatras deberíamos visitar.

⁸ *Infocopline*, 40, Madrid, diciembre 2008.

⁹ Beddington, y otros, «2 Proyecto de previsión sobre capital mental y bienestar», *Nature*, 455.

la resiliencia frente al estrés y las habilidades cognitivas necesarias para las nuevas tecnologías de la comunicación».

La paradoja práctica incluida en la propuesta de contratar tres mil Psicólogos en Primaria podría ejemplificarse con la situación de un quejica que viene a consulta con, por ejemplo, problemas de «acoso laboral» y que en lugar de ser devuelto a su trabajo para que reforme su insolidaridad y construya con sus compañeros redes de resistencia contra el maltrato patronal, obtiene baja laboral y es escuchado por un psicólogo que le enseñe estrategias defensivas (de «empoderamiento y flexibilidad») para navegar sin daños subjetivos (resiliencia), hasta la jubilación. Eso sí a costa de un proceso de individuación que conlleva dejarse llamar Nadie y sacrificar compañeros en la travesía.

Uno de los cuidados de esta crítica a la medicalización que estoy glossando es descontextualizarse de cualquier genealogía con las tradiciones del pensamiento radical. Desaparecen en esos escritos cualquier referencia a los biopoderes que han hecho triunfar esa gestión de los expertos sobre la vida cotidiana (a lo sumo, hay una crítica veraz, tópica y gremial contra el poder farmacológico). Marino Pérez y sus colaboradores adoban la crítica desmedicalizadora con conductismo y filosofía aristotélicotomista sobre causas eficientes y finales, dándoles cierta retórica de claridad, pero no se apropian de la exhortación aristotélica a la recuperación de la prudencia y la amistad para huir de las vidas gerenciadas por expertos. Amnesia de las tradiciones emancipadoras que ya anticipa el corto viaje de los cambios que propone ese movimiento, al conformarse con un trabajo de gabinete que poco podrá hacer frente al ingente trabajo ideológico que a favor de la servidumbre liberal¹⁰ se hace desde todos los aparatos de poder que configuran el imaginario colectivo que solicita cada vez más cadenas psicológicas.

Acriticismo que no oculta su voluntad de cooperar desde lo psicológico con las soluciones de nuestros mandatarios a la crisis económica: incrementar la resignación social con consuelo psicológico en lugar de transformar las relaciones de producción. Contratar psicólogos en Primaria permite según ese modelo, no solo disminuir los gastos en bajas y fármacos sino «preservar el bienestar¹¹ mental y el capital mental imprescindible para la riqueza de la comunidad»¹². Guiños al poder económico-gerencial que hacen pensar más en una disputa por un yacimien-

¹⁰ J. Beauvois, *Tratado de la Servidumbre Liberal*, Madrid, La oveja roja, 2008.

¹¹ El artículo de referencia salió en *Nature* «Proyecto de previsión sobre capital mental y bienestar», y fue comentado por los colegios de psicólogos en su revista en el año 2008.

¹² «El subdesarrollo de la atención psicológica en la salud mental en España», J. Pastor en *Infocoline*.

to de empleo –por otro lado muy respetable– que en un movimiento que pueda coger la cita de las viejas prácticas liberadoras del movimiento antiinstitucional.

Con todo y a pesar de esta falta de horizonte crítico y la previsible brevedad de la compañía en el viaje por el cambio radical, el movimiento por la contratación masiva de psicólogos en Primaria me parece una reforma necesaria para que los centros de salud no quemen a todos sus trabajadores y un movimiento de apertura mental contra el monopolio de las fórmulas biopsicosociales que proponen arrojar sobre la multitud una catarata de fármacos, más terapia racional emotiva, más ayuda social. Pero mientras ese movimiento se define y desarrolla, bueno es volver a nuestra realidad.

*¿Estamos preparados?: No. Pa casa, pa la calle,
no hay sitio pa tanta gente*

Comentando informalmente con un grupo de médicos de familia la bibliografía sobre previsiones de población con quejas etiquetadas como trastorno psiquiátrico que incluía la interrogación que da título a un corto artículo del director de esta ponencia, Ander Retolaza, sobre la preparación del sistema sanitario para enfrentar esa demanda le contestaban unánimemente con un rotundo «No».

El sistema no está preparado porque sus dirigentes jamás prevén nada que no tenga que ver con salir del conflicto inmediato, sacando capital electoral de los medios de información. Limitar la respuesta a esa demanda de cuidados *psi*, calculando el tiempo que los actuales dispositivos de salud pueden ofrecer a los usuarios y, por tanto, afirmar la imposibilidad de dedicar quince minutos a cada enfermo con quejas psicológicas es algo tan inconcebible para los planificadores del sistema que prefieren afirmar una práctica que precisa de la bilocación del médico. El ejemplo clamoroso de esa falta de planificación a medio plazo es la carencia de relevo médico que desde las plazas de estudiantes de medicina y la oferta de plazas MIR está teniendo en nuestros días. Un político ágrafo dotado de la tecnología de un ábaco para contar el número de médicos que entraban y salían del sistema hubiese podido calcular la actual carencia de especialistas en el sistema de salud. Pero si avanzamos la discusión sobre la posibilidad de tratar esa malaria psicológica desde primaria y aceptamos llamar atención psicológica a dedicarle media hora al paciente durante un mínimo de diez sesiones antes de prescribirle medicación ansiolítica o antidepresiva como se define en varias guías clínicas y lo comparamos con los 10 minutos por paciente que piden como reivindicación utópica varias asociacio-

nes de médicos de familia, la discusión sobre la potencia médica para resolver las demandas queda cancelada y no creo precise más argumento que ese cálculo temporal. Desde nuestros centros de salud debe brotar por ello un clamor de: No hay tiempo, ni sitio para tanta gente, y como dice el son cubano que daba título a la ponencia de una compañera canaria, ese envío a casa o a la calle que repite la canción debería ser la música de fondo en sus salas de espera.

De otras imposibilidades: el giro hermenéutico

Pero una dificultad aún mayor para la atención de ese *totum revolutum* que etiquetamos como Trastornos Psiquiátricos procede, a mi juicio, de un profundo error lingüístico que traduce como síntoma cualquier queja formulada en una consulta médica. Los viejos polvos que prometían desde la OMS la utopía de una salud como máximo desarrollo de las capacidades humanas trajeron estos lodos que medicalizan la vida cotidiana y buscan un seguro contra la infelicidad en el consultorio médico. El «no disfruto de la vida», etiquetado como anhedonia y tratado como síntoma depresivo, es la caricatura de ese proceso que promete felicidad con los inhibidores de recaptación de serotonina. De la escuela llena de niños con trastornos de atención, al comedor con anorexias, desde el asilo abarrotado de depresiones, al taller lleno de maltrato laboral, todo termina buscando consuelo en la sala de espera psiquiátrica.

El primer error que sustenta el agotador ejercicio médico de recoger malestares para dirigirlos a alguna agencia psicosocial, es no percibir que el lenguaje común, el de los usuarios y sus exigencias de soluciones, se está imponiendo en su literalidad sobre el saber clínico y las posibilidades reales del médico. Según ese idolecto dominante el dolor o el síntoma no son verdaderos o falsos, sinceros o fingidos sino que simplemente deben ser resueltos por el médico. Descartar la queja como no médica y por ello ni tributaria de tratamiento, ni de envío al especialista genera un primer momento de sorpresa, seguido de otro de indignación-protesta por parte de la población quejumbrosa. Un caos de dolores, cansancios, malestares, «ansiedades» y «depresiones» con exploraciones normales son sometidos a tratamientos pseudoempíricos al aceptar el médico complaciente la definición del problema como algo de su competencia. Tratamiento que perpetúa el desencuentro entre un enfermo al que no se le encuentra patología y un sistema que facilita trashumar por pruebas y especialistas cuando desde el principio debería evitarse el disimulo sobre la sospecha de búsquedas de ventajas o la confesión de incompetencia médica para enfrentar ese malestar.

La vieja jactancia médica en tratar, no las enfermedades que conoce y se adaptan al modelo anatomoclínico que estudió, sino todos los malestares biopsicosociales, se complementa a la perfección con el deseo de pacientes que se mienten a sí mismos sobre el origen de sus males y desplazan el malestar de sus vidas al de sus cuerpos. El marco de la entrevista médica permite ignorar lo mal que van las relaciones de pareja, las atroces relaciones de explotación laboral (¿doctor, padeceré *mobbing*?), el ruido de los vecinos que impide y la ausencia de cualquier vínculo social sereno.

En lugar de hacer balance de esa situación vital y llamarla desgracia, su desplazamiento hacia malestares del cuerpo y/o la etiqueta depresiva, oculta bajo el manto médico lo mal-vivido cotidiano. Con ello en lugar de pensar con prudencia en actualizar cambios que hagan más humanas sus vidas, los usuarios quejumbrosos buscan mejorar su salud mediante interminables escaladas de cuidados médico-psicológicos. Por eso, hermenéutica es el primer término a retener para enfrentar y entender al grupo de Usuarios Cronófagos que agotan el tiempo del clínico. La hermenéutica, como el hablar en prosa, es algo que todos ejercemos sin darnos cuenta, tanto en la consulta como en la vida cotidiana, cuando «traducimos» el caos de percepciones que constituye lo real en lenguaje coherente. Por eso, hermenéutica es un término que ha pasado de ser un cultismo asociado a las técnicas de lectura e interpretación de textos bíblicos a ser el *koiné* filosófico de nuestro tiempo¹³.

Desde el «giro hermenéutico»¹⁴ se afirma que la interpretación no es solamente una técnica de traducción, ni un método equivalente a la matemática en ciencias humanas, sino la base radical de la existencia humana. Interpretar no es una actitud que el hombre hace después de resolver sus necesidades vitales. Existir es interpretar, estamos siempre en una interpretación, somos interpretación antes incluso de ser conscientes de ellas. Castilla del Pino ha insistido en subtítular su obra más importante como hermenéutica de la conducta humana¹⁵ para subrayar la incapacidad del hombre para vivir en una realidad unívoca y no mediada por las trampas del lenguaje. La reverencia por su nombre mientras se practica unas terapias opuesta a sus ideas y coincidentes con las hipótesis de López Ibor es una de las hipocresías que más me sublevan de la llamada psiquiatría progresista española¹⁶.

¹³ José Luis Pardo, *La Búsqueda del Sentido*, Madrid, 2002.

¹⁴ Giorgio Agamben, en *La potencia del pensamiento*, Barcelona, Anagrama, 2008, es el autor que a mi juicio no enseña el uso de ese concepto tomado de Gadamer para redescubrir los viejos estigmas en el *homo faber* postmoderno.

¹⁵ Castilla del Pino, *Introducción a la Hermenéutica del lenguaje*, Península, 1972.

¹⁶ Cada vez que recete un antidepresivo para tratar una agorafobia estará confirmando las tesis contenidas en las «Neurosis como enfermedades del ánimo» o cada vez que pres-

Convivir es traducir la conducta del otro, atribuirle sentido y contestar ese sentido con respuestas que necesitan nuevas reinterpretaciones que articulan la dialéctica¹⁷ de la situación. Los humanos, a diferencia de los animales, aguantamos muy poca realidad y desde el principio necesitamos verbos en pasado y en futuro, expresiones en condicional, metáforas para enfrentar nuestras vidas sin pensar la realidad de una fábula llena de furia y ruido que nada significa. Cegarse frente a ese absurdo existencial y la necesidad de tomar decisiones basadas en la inseguridad y por ello cargadas de angustia es lo que llama Sartre «mala fe». Su reproche a la psicoterapia por construir un sistema de consuelo con la mentira vital que niega esa libertad trágica me parece de nuevo algo importante de retener si se quiere no dar pseudo-respuestas técnicas a lo que requiere apuestas existenciales (doctor, ¿será bueno para mi salud mental el engañar a mi pareja?).

El médico ha entrenado su mirada para reducir la queja o el dolor a una lesión anatómica o a una variación de una proteína que nada expresa de la biografía del hombre. La enfermedad física es fruto del terrible azar, del error celular y buscar alguna lógica expresiva en su emergencia, ha sido la fantasía que guió los disparates de la medicina psicosomática. Esa búsqueda de sentido en la patología, incapacita al médico para desarrollar una atención específica al enfermo como objeto donde se buscan cambios de color en la piel o incipientes signos de mal función del medio interno. La endémica perplejidad del paciente al que le comunicamos un diagnóstico –¿pero, si nunca fumé, cómo sufro cáncer de pulmón?– y su queja de la ausencia de sentido, debería prevenirnos contra un exceso en sus expectativas: el sentido nos parece poco, porque esperábamos el suficiente para superar nuestra propia contingencia, el hecho de ser nosotros mismos el resultado de azares que nunca podemos apropiarnos.

Los pacientes tienen sistemas de creencias sobre el mundo médico no rebatibles por la educación sanitaria cuya genealogía tendremos ocasión de examinar a partir de un sugerente texto freudiano. Pero antes de explorar esa hermenéutica de la sospecha, un estudio de la propaganda farmacológica y del habla común informa mejor sobre el sistema vulgar de creencias sobre la salud y su base esencialista –soy reumático o nervioso aunque ahora no tenga reuma o depresión– que los tópicos manuales de comunicación con el paciente. Para el sistema de creencias popular, el cuerpo se asimila a una

criba ansiolíticos para un vértigo apoyará su práctica en *Los Equivalentes depresivos*. El libro López Ibor (Biblioteca Nueva, 2007), de Marino Gómez Santos es una buena medicina contra la amnesia práctica.

¹⁷ *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación* (Península) es el título que mejor resume el método y la obra magna de Castilla del Pino.

especie de máquina (la más perfecta) y sus averías con fallos de piezas o sistemas como ocurre con el automóvil. El médico como el mecánico en el taller debe levantar la capota, revisar el motor y reparar o cambiar las piezas dañadas.

Pero también los hermeneutas nos avisan contra sus abusos al atribuirle el monopolio del malestar: no todo problema es un conflicto de interpretaciones o de mala comunicación médico-enfermo. En muchas ocasiones existen conflictos de intereses reales que sólo cabe resolver en el marco de la lucha contra el engaño o el autoengaño, usando de la polemología¹⁸. El engaño del paciente al médico, la simulación y sobresimulación son situaciones tan corrientes en la consulta como obviadas por una falsa convención de armonía en la relación clínica. De nuevo los grandes descubrimientos freudianos, hoy tan olvidados, nos la habían descrito: hay pacientes que no buscan la curación porque su enfermedad les proporciona ventajas primarias, secundarias o terciarias. A todos esos tópicos, van dirigidas las siguientes reflexiones.

De anatomía y fisiología popular

Freud es un pensador que trasciende con mucho a la clínica, pero algunos de sus descubrimientos son instrumentos imprescindibles en la deconstrucción de la demanda médica en postmodernidad y estas líneas repasan algunos de esos hallazgos comenzando por sus primeros estudios sobre la histeria. Afirma en ellos que la mirada médica, cuando se aplica a los trastornos funcionales, no solo se extravía, sino que habitualmente se convierte en iatrogénica al buscar y actuar sobre el cuerpo real cuando esos trastornos están conformados en otra clave anatómico-fisiológica: el cuerpo imaginado por el enfermo.

El médico ha conformado su mirada y su discurso tanto en los estudios anatómicos del cadáver como en una fisiología basada en la noción de medio interno que renuncia a pensar una bioquímica diferente de la química. El enfermo no recibe reflejos pasivos de ese discurso científico, no carece de un discurso anátomo-fisiológico, sino que la fantasía del paciente respecto a cómo es su cuerpo está determinada por otro sistema de creencias no por naif menos eficaz sobre su conducta que la del médico.

¹⁸ Rafael Sánchez Ferlosio acaba de publicar en Destino unos *Apuntes de Polemología –God & Gun–* muy útiles para enfrentarse a demandas falsas o desmesuradas de los pacientes con la guerra más que con el diálogo.

Las ideas contenidas en el artículo de Freud de apenas tres páginas —«Las diferencias de las parálisis y anestias histéricas y orgánicas»¹⁹— debían ser por eso de lectura obligatoria en la formación clínica. Ese texto define la incomunicación médico-paciente en base a las diferencias con las que ambos construyen su discurso. Las parálisis de causas físicas siguen una distribución que cumple los criterios anatómico-cerebrales esperados por los mapas neurológicos del SNC: son hemilaterales entre la cara y el cuerpo, las afasias coinciden con las lesiones izquierdas del cerebro y las anestias cumplen los criterios esperados por la anatomía científica. Frente a ellas, las parálisis o las anestias histéricas que sus pacientes consultaban a Freud, se distribuyen según una anatomía popular y afectan a la pierna y el brazo del mismo lado de la cara o distribuciones aún más fantasiosas según la distribución que esos mapas anatómico-vulgares suponen «parálisis en media o en calcetín, anestias en guante», etc.

La fisiología histérica también permite imposibles como pasar del «no puedo moverme por el cansancio matutino, pero puedo hacer todas las tareas hogareñas por la noche» o también «no logro mantenerme en pie para caminar pero puedo ir en bicicleta». El colmo de ese absurdo lo gana un paciente que pretendiéndose afecto de fatiga crónica que le impedía trabajar, subió una dura cumbre en bicicleta llevando una bandeja en presencia de la prensa especializada.

Cualquiera que hoy escuche los puntos dolorosos fibromiálgicos o cualquier relato neurasténico y no recuerde el texto freudiano, formulando un plan terapéutico para combatir los síntomas del relato literal de sus pacientes, estará iniciando una escalada terapéutica, repitiendo una práctica médica «basada en lo objetivo», igual de iatrogénica que la que en el contexto pre-freudiano trataba con choques eléctricos y cirugía la histeria. El médico que trata esos cuadros que no se adaptan a su modelo anatomoclínico, con el arsenal médico-quirúrgico habitual, como el Dr. Fausto, intenta manejar fuerzas que no conoce, y en lugar de comunicar a sus pacientes el límite de su saber, y por ello de su práctica, no defrauda como debe su petición actuando como mago. En el fondo está dejándose seducir por la atribución de omnipotencia que los pacientes le otorgan manteniendo una praxis que, so pretexto de tratamientos empíricos, derrama terapias cada vez más agresivas e injustificables desde su saber real. La paradoja de una lengua que no diferenciase entre «sentir dolor» o «fingir sentir dolor» parece haberse producido ya en medicina y algunas pacientes con fibromialgia reciben una analgesia superior a las que padecen cáncer.

¹⁹ S. Freud, *Obras completas*, t. II., Biblioteca Nueva.

Dolor versus Sufrimiento

La poca tolerancia de los humanos a la realidad²⁰ que comentamos, les lleva a crear lo que J. A. Marina²¹ llama «ficciones necesarias»: atribuciones de sentido que al desnaturalizarnos, nos dan acceso a la ética y nos permiten vivir lejos de la selva darwinista a la que un realismo materialista nos arrojaría. El dolor y el sufrimiento anticipado o vivido de forma vicaria, extrema esa necesidad de dar sentido al sufrimiento: los postmodernos, dice Sloterdijk²², lejos de aceptar el dolor como un dato natural, buscan una algiodicea que dé sentido al dolor que substituye la teodicea que antiguamente buscaba dar sentido al mal. Solo Rilke escuchó leones que nada sabían del dolor o la muerte mientras duraba su esplendor. Frente a ellos el hombre siempre mira al futuro o al pasado rememorando dolor y anticipando la muerte. Por eso, sin un contexto de sentido, el dolor es imposible de soportar. De nuevo olvidamos a Rilke cuando afirmaba en medio de una atroz leucemia que, sin sentido personal, el dolor era absolutamente inhumano y sólo, si se gestionaba en el contexto de una muerte propia, se humanizaba por la aceptación de lo abierto que nos separa del mundo animal.

«Me vino la enfermedad», «me dan dolores», substituye hoy a cualquier relación genealógica entre biografía y síntomas que supere el indiferenciado estrés. Cualquier relación del sujeto con el hacer su enfermedad (hizo un ictus) dicen los internistas) está excluida, aunque sea tan evidente como en el texto que comentaremos, donde Manuela de Madre recuerda su vocación de bailarina frustrada transformada en dolor fibromiálgico.

Muchas de las escaladas medicamentosas que se producen en las Unidades del Dolor y terminan en bombas de morfina son el producto de olvidar esa Algiodicea y sustituirla por una relación literal y técnica con el dolor: cuando el paciente afirma que su dolor no baja de una escala que lo mide entre 0 y 10 se da un analgésico más potente. Aceptar nuestra incapacidad para cuantificar el dolor situándolo en un contexto hermenéutico para su interpretación permitiría al sujeto reapropiarse de su sufrimiento. Confundir sufrimiento –una situación global que afecta a la totalidad de la persona– con dolor –circunscrito y

²⁰ T. S. Eliot cuando escribió sobre los «hombres huecos» («los devotos de la máquina»), tratando de limpiar el dialecto de la tribu escuchó al pájaro decir a los niños ocultos en la fronda: «Idos, idos, nos dijo: el ser humano no puede soportar demasiada realidad».

²¹ En la *Pasión del poder*, Anagrama, 2008. El autor presenta de forma provocativa su tesis sobre nuestra carencia real de dignidad o derechos y la necesidad de defender su existencia como irrealidades necesarias.

²² Peter Sloterdijk, *El desprecio de las masas*, Pretextos, Valencia, 2002.

difícil de empalabrar por su violencia— es comprensible en la falsa conciencia del paciente, pero injustificable en su terapeuta que precisamente debería traducir ese falso dolor como metáfora de una biografía desgraciada.

Parece que somos incapaces de oír ¡ay!, sin confundir por falta de discernimiento sus significados. El dolor es siempre un lenguaje privado y de ahí la necesidad de incluirlo en la historia vital del doliente. Recordar cómo la madre con su simple presencia limitaba el dolor infantil, o cómo el padre contaba un relato heroico donde incluirlo, permite que el terapeuta se reapropie de esos papeles salutíferos. Medicalizar exhibiendo un falso poder analgésico conduce a una escalada simétrica de quejas de dolores improbables y tratamientos excesivos, ante la que debemos recordar cómo la vieja cirugía contra la histeria terminaba siendo la venganza del médico contra la insumisión de la paciente a curarse. Incluso en cuidados paliativos siempre tengo la impresión de que la esterilidad del esfuerzo analgésico y su iatrogenia podría ser evitada con una habitación individual, una relación dialógica entre el médico y el paciente y un medio acogedor donde un personal cuidador con praxis simpática se pusiese en la piel de la persona sufriendo que anticipa su muerte. Frente a la actitud altiva del médico que trata de apagar el dolor con una farmacología cada vez más agresiva o de un personal que banaliza con bromas el drama, conviene situar el dolor en su contexto personalizado, tratando de colaborar con la familia en la contención del miedo a una situación aterradora, rompe el círculo vicioso de la búsqueda del analgésico perfecto.

Aparentando Saber: Tras la DSM-III

La práctica psiquiátrica anterior a la DSM-III era una especialidad modesta, un pensamiento débil que se reconocía como artesanal, condicionado tanto por las llamadas psiquiatrias nacionales (nadie aceptaba el término *Bouffée Delirante* fuera de Francia), como por la elección de una escuela teórica que admitía a las demás.

Era una práctica que por ello no aspiraba a un saber totalizador y aceptaba la no objetividad de sus diagnósticos y tratamientos: como en el resto de las artesanías cada maestrillo tenía su librito y ninguno aspiraba a la universalidad impositiva de sus esquemas. Naturalmente ello suponía reconocer lo precientífico de dichas prácticas y la necesidad de acoger los diagnósticos psiquiátricos sin intentar igualarlos a nivel clínico o legal con los dictámenes médicos basados en la objetividad de la anatomía patológica o el laboratorio.

La vocación psiquiátrica constituía por ello una práctica de riesgo en el sentido de P. Bordieu²³. Frente al ingeniero o el cirujano que aseguraba su capital cultural en una profesión segura, el psicoanalista como el bailarín de ballet, arriesgaba una tremenda inversión de tiempo y dinero para un fin incierto al que cualquier accidente en la formación o la evolución de su actividad podía arruinar. La pretensión de la APA de lograr una clasificación científica de los trastornos psiquiátricos, una descripción ateórica, empírica y basada en la evidencia siempre me recuerda al Milagro de la Traducción de la Biblia por los Setenta en el siglo III antes de Cristo²⁴. Cuenta la tradición que setenta traductores judío-griegos fueron reunidos en la Alejandría del gran faro y la gran biblioteca, por Ptolomeo II Filadelfo para traducir el Antiguo Testamento. Separados y aislados en celdas, coincidieron en un texto idéntico incluso en el orden de las palabras. Esa traducción de los 70 fue interpretada siempre como un milagro: sólo el Espíritu Santo podría lograr que la palabra revelada en Arameo coincidiera con la palabra traducida al griego como si del desarrollo de una fórmula matemática se tratase.

Desde luego la forja de las categorías centrales de la DSM-III²⁵ no se desarrolló en el interior de ninguna celda sino en el fragor de batallas gremiales donde se votó la existencia o inexistencia de neurosis, perversiones y trastornos límite de personalidad con la lógica maquiavélica de cualquier institución político-administrativa para llegar a consensos ajenos a la ciencia. La motivación real de sus creadores fue de orden gremial: restablecer el prestigio psiquiátrico en el mundo médico y judicial donde estaba realmente bajo mínimos tras las demoledoras críticas de los años setenta. La homogenización de diagnósticos y la facilidad de acceso a la categoría de Trastorno posibilitó una re-medicalización de las prácticas psiquiátricas que en coalición con los biopoderes de la administración no ha parado de crear casos. Legitimar como diagnóstico y prácticas de tratamiento de consenso por parte de los patrones de la DSM-III algo tan absurdo como neurolépticos más terapia dialéctico-conductual más budismo zen para el Trastorno Límite es algo tan real como irracional que ejemplifica ese parto de los montes llamado DSM-III.

²³ El gusto por la psicoterapia ha sido analizado por este autor como un rasgo específico de clases medias en ascenso similar al gusto por el arte puro. Especialmente en *Cosas Dichas*, Gedisa, 1999.

²⁴ Justo Navarro, *El Experimento de Holmes*, Mercurio, 2008.

²⁵ *The Selling of DSM* de Skirk y Kutchins, Nueva York, 1992. Se trata de un texto sociológico sobre los múltiples movimientos micropolíticos con los que se llegó al consenso contra las neurosis o en favor del Trastorno límite.

Superficialidad frente a atención a lo profundo fue la nueva consigna post DSM-III. Frente a la pretensión de la APA de establecer diagnósticos «empíricos y ateóricos», Freud ya había comparado los mecanismos de somatización con una traducción. A veces los acontecimientos vitales, los dramas biográficos, son tan dolorosos que su memoria resulta imposible y la representación mnésica es anulada. El afecto reprimido crea un campo no consciente que atrae todo acontecimiento no memorable. La somatización o el síntoma emergen cuando la vivencia a través de la palabra se obtura porque genera ese dolor de recordar lo invivible. El dolor o el síntoma se construye por ello como sustituto o metáfora: la traducción corporal o ansiosa de un conflicto del que la persona solo sabe huir.

Lucha de Versiones: derrota ilustrada y triunfo del relato histórico

La aceptación de las quejas subjetivas sin dudar de su literalidad y la pereza para cualquier esfuerzo por dotarlas de significado biográfico, consiente la actual epidemia psiquiátrica. Cualquier malestar que no cabe en otra categoría médico-social es etiquetado como trastorno psiquiátrico y dotado de unas siglas que le dan venia de acceso al tratamiento. El diagnóstico psiquiátrico constituye así una especie de diploma al revés que capacita para vivir protegido de conflictos, litigar en pos de una pensión o tener disculpa penal. El chismorreo periodístico es experto en explicaciones psicopatológicas del encuernamiento y pequeños dramas con que comercia. Todo juicio penal tiene una parte de sesión clínica oficiada por psiquiatras que discuten cuánto de loco y cuánto de malvado padece cada acusado.

Aceptar el dolor como algo primario que hace referencia a una experiencia interior y puede ser clasificado por su descripción subjetiva, conduce a una tautología llamada Fibromialgia. Si me duele el músculo y por eso padezco fibromialgia, y padezco fibromialgia porque me duele, estamos en un discurso donde la etiqueta que certifica la realidad de la enfermedad construye una neoversión de la Histeria. Depresión es otro de los nombres postmodernos de lo mismo que ya circula en el lenguaje cotidiano: «estoy distímico» refiere ese disgusto con la realidad y esa huida del mundo hacia la fantasía neurótica que antaño caracterizaba el Bovarismo.

Un texto freudiano sobre los beneficios sociales que la práctica psicoanalítica puede tener en cuanto ilustración sobre el significado-finalidad de los síntomas neuróticos muestra hoy tanto su verdad como su anacronismo. «El éxito que la terapia puede tener en el individuo (al hacerle sospechar sobre la literalidad de sus síntomas G. R.) habrá de obtenerlo igualmente en la colectividad. Los enfermos no podrán ya exteriorizar sus

diversas neurosis –su exagerada ternura angustiada destinada a encubrir el odio; su agorafobia, que delata su ambición defraudada, sus actos obsesivos como medidas de seguridad contra sus propósitos perversos– en cuanto sepan que todos los demás familiares o extraños a los cuales quieren ocultar sus procesos anímicos, conocen perfectamente el sentido literal de sus síntomas y advierten que sus fenómenos patológicos pueden ser interpretados en el acto por todos. Pero el efecto no se limitaría a este ocultamiento de los síntomas pues la razón de ocultarlos quita toda razón de ser a la enfermedad. La comunicación del secreto ha atacado la ecuación etiológica de la cual surgen las neurosis; ha hecho ilusoria la ventaja de la enfermedad y el resultado final no puede ser más que la desaparición de la enfermedad».

En un periódico local se transcribe el discurso de una veterana fibromiálgica ante la Liga Reumatológica Asturiana: «Hace 10 años, cuando me diagnosticaron fibromialgia, me dijeron que tenía una enfermedad psicológica me dijo E.C. El testimonio de E.C. coincide con el de muchos otros enfermos reumáticos que han visto en muchas ocasiones cómo esta enfermedad crónica no recibía la solidaridad, el respeto y la justicia requeridos». Tras un truculento relato sobre las desgracias ocasionadas por su trastorno, la paciente concluye que gracias a la asociación de las 2.050 personas que en Asturias militan, se ha logrado que su enfermedad «sea reconocida laboral y asistencialmente». La escucha de estas quejas tiene un especial eco en Cataluña y el mismo periódico subraya cómo *la Caixa* ha subvencionado para estas enfermas, tanto un tratamiento de fisioterapia a domicilio como la asistencia a un moderno centro de Talasoterapia.

El libro de Manuela de Madre, *Vitalidad Crónica*²⁶ constituyó un importante aporte discursivo para la construcción del lobby fibromiálgico. El texto marca muy ingenuamente la importancia del etiquetado médico como momento primordial en la construcción de la falsa identidad fibromiálgica. Si hasta que es diagnosticada como tal, la Sra. de Madre oscila entre el miedo a padecer una enfermedad desmielinizante y una alteración psíquica, una palabra pronunciada en la consulta médica cambia su vida. Frente a la legión de clínicos que honestamente le dicen a Manuela de Madre que según su ciencia, basada en visualizar su medio interno, no padece ningún trastorno, su actitud es la desconfianza o la descalificación. No es que ella no tenga una enfermedad –sus dolores y cansancios lo prueban– sino que los médicos son incom-

²⁶ Manuela de Madre, *Vitalidad Crónica. Convivir con la Fibromialgia*, Barcelona, Planeta, 2000.

petentes para detectarla. De ahí su alegría y su declaración de amor a la palabra fibromialgia cuando un médico le confirma la autorización para relatar su autobiografía en formato médico. Si alguien duda de la fuerza preformativa de las palabras o de cómo se hacen cosas con el diagnóstico, con la cita y las consecuencias de ese etiquetado espero que le convencerá. Fibromialgia es un término que dota a de Madre de un Capital Autonarrativo que la hace pasar del sufrimiento íntimo a la lista de best seller:

«Al oír la palabra mágica, habría saltado al otro lado de la mesa, habría abrazado a ese médico, le habría besado. ¡Cuánto le quise! La palabra en cuestión era fibromialgia. El doctor Miquel Vilardell me acababa de informar de que los síntomas que le había descrito, los resultados de las pruebas y análisis, el descarte de otras enfermedades daban como resultado concreto que era la fibromialgia. Por fin tenía la seguridad de que no me lo había inventado, no me había vuelto majareta, ni estaba desquiciada, no era la menopausia, ni los nervios. Había una palabra que se correspondía con una enfermedad reconocida por la OMS en 1993 y que está registrada con la referencia M729,0. La alegría me desbordaba, no eran invenciones más. Dicho así, a bote pronto, tal vez cueste entender que una persona salga de la consulta del médico dando saltos de alegría cuando le acaban de diagnosticar una enfermedad crónica. Sin embargo yo sentí alivio. No había cura para el dolor, ni se desvanecía la fatiga pero sí terminaba con la incertidumbre. De repente quedaba atrás un puñado de años yendo de un especialista a otro sin que ninguno fuese capaz de concretar qué me pasaba. Los análisis salían bien. «Usted no tiene nada. Los análisis son de libro. El diagnóstico supuso para mí el principal punto de inflexión de esta enfermedad. A partir de ahí pude renovar las ilusiones».

Los logros de ese inaugural discurso victimista obtuvieron un éxito espectacular cuando, mediante una serie de protestas públicas, las asociaciones de fibromialgia logran del Parlamento Catalán, presidido por la propia Manuela de Madre, casi una docena de unidades hospitalarias especializadas en tratar fibromiálgicas, donde especialistas en el síndrome –verdaderos Falsos Amigos– tratarán con analgésicos y cócteles farmacológicos cada vez más agresivos, unos dolores que lejos de encuadrarse en el cuerpo debieron ser interpretados como dolores del alma.

De ahí que la batalla por la ilustración de lo histérico parece haberse decidido a nivel público contra la profecía freudiana y hoy seguimos escuchando cómo las señoras siguen diciendo que van a coger flores cuando van a mear. «Suponed que un grupo de señoras y caballeros de la buena sociedad han planeado una excursión campestre. Las señoras han convenido entre sí que cuando alguna se vea precisada a satisfacer una necesidad natu-

ral dirá que va a coger flores. Pero uno de los caballeros sorprende el secreto y en el programa impreso que ha acordado repartir a los excursionistas incluye el siguiente aviso «Cuando una señora precise permanecer sola unos instantes podrá avisarlo a los demás diciendo que va a coger flores. Naturalmente ninguna excursionista empleará la florida metáfora. Un número grande de pacientes situados ante conflictos cuya solución se les hacía demasiado difícil se han refugiado en la enfermedad ¿Qué habrán de hacer estos hombres cuando las indiscretas revelaciones del psicoanálisis les impidan la fuga? Tendrán que conducirse honradamente, reconocer, afrontar el conflicto y combatir o renunciar cuando la tolerancia de la sociedad a consecuencia de la ilustración psicoanalítica les prestara su apoyo».

Contra esa ilustración discurre hoy la escucha médica de quejas y dolores difusos, presa tanto de su incapacidad para romper las paradojas del ateoricismo, como de la megalomaniaca pretensión de tratar todos los malestares con prácticas basadas en la evidencia.

Mis enfermos me engañan

La prehistoria del psicoanálisis tiene su acta de nacimiento en la confesión de Freud a Fliess²⁷ que funda su programa de investigación. «Mis enfermas me engañan: ya no puedo aceptar como real la descripción de sus traumas». Ese es el «gran secreto» del epistolario freudiano de 1897 que convierte a un investigador empírico, que basado en la «evidence» (en las pruebas que sus pacientes le suministran) había articulado una clasificación que separaba las neurosis según la precocidad del trauma o a la pasividad-actividad de la víctima.

El valor intelectual de Freud para desechar un largo esfuerzo y unas hipótesis plausibles para abrir un programa de investigación incierto, pero capaz a la larga de interpretar la mentira como deseo de que la falsa escena traumática hubiese tenido lugar, crea el psicoanálisis. La interpretación de la fantasía del trauma sexual como deseo edipal, y la capacidad para actualizarla en la transferencia es sin duda fruto del genio freudiano. Pero quiero creer que también de su rebeldía ante la percepción de los horrores del tratamiento que sufrían las pacientes que eran tratadas de sus parálisis y anestias en un plano real. A pesar de la reserva freudiana sobre su intimidad y su habilidad para encubrir los acontecimientos para construir sus sueños, el conocido como «la inyección de Irma» es interpretado por algunos biógrafos freudianos como construido con el material proporcionado por una de las

²⁷ S. Freud, *Cartas a Wilhelm Fliess*, en los *Orígenes del psicoanálisis*, T. III, OC.

iatrogénicas intervenciones quirúrgicas de Fliess que termina con la muerte atroz de una paciente histérica. Renunciar a la amistad y ayuda económica de Fliess para ser más amigo de la verdad, lleva a Freud al compromiso con una hermenéutica de la sospecha que busca la realidad del deseo escondido tras la literalidad del teatro histérico. Restablecer la historia familiar real frente al beato relato oficial de la familia y reelaborar los vericuetos del deseo que subyace tras el síntoma es lo que convierte a Freud en un ilustrado.

Jaspers y los fenomenólogos en general siempre sintieron que la posibilidad del engaño en la comunicación médico-enfermo limitaba el rigor y las posibilidades de la psicopatología. Depurar el lenguaje y el oído fenomenológico para que la tristeza tuviese una polisemia ligada a la tectónica de los sentimientos y clasificarla en endógena, reactiva o espiritual, suponía romper con la caracterización de la depresión por el simple «estoy triste» del paciente. Obligar al psicopatólogo a separar una pseudo-alucinación por su exterioridad o corporalidad de la alucinación, era una estrategia de crear un lenguaje bien hecho. Afirmar que los síntomas psicóticos son monstruos psicológicos, figuras que como el delirio, no se pueden clasificar como anomalías del pensamiento condujo a la psicopatología lejos del lenguaje común por el que hoy transcurre. Separar las Reacciones Vivenciales de la Patología Endógena en función de los cortes de sentido en el relato biográfico con incomprensibles saltos de conductas, sólo explicable desde la irrupción de lo biológico, afirmaba la especificidad de lo tratable por el médico del campo de la desgracia común o el sufrimiento ocasionado por la maldad psicopática. Ambas herencias ilustradas –la freudiana y la jasperiana– han sido dilapidadas por una práctica psiquiátrica que acoge y reproduce en sus historias, con bobalicona credulidad, el discurso literal de pacientes que obviamente no viven ni sienten como dicen.

Buscando ventaja

La primera clave interpretativa que Freud propone para encontrar lo común, el sentido de las metáforas y autoengaños del discurso neurótico, consiste en admitir una ventaja con el síntoma que, a pesar del sufrimiento que ocasiona, equilibra el conflicto biográfico y evita un mal mayor. Algunos de esos equilibrios son tan sorprendentes como el delirio que mantiene la autoestima de Don Quijote y le hace caer en depresión mortal cuando se cura²⁸. Otros tan cercanos al heteroengaño y tan efectivos que el médico debe aceptar la situación y no tratar, dice Freud, de descubrir, de hacer brillar la

²⁸ Castilla del Pino ha desarrollado ese tema bajo el epígrafe del «Delirio Necesario» aplicándole a varias obras literarias, especialmente al Quijote.

verdad aunque se hunda el mundo. Los clínicos alemanes más honrados practicarán ese arte del falso diagnóstico –histérico, en vez de epiléptico– para que sus pacientes no cayesen en la alguna de las categorías de vidas sin valor previstas en las leyes eugenésicas.

Respecto a ese dilema diario de descubrir ventajas tras las quejas, Freud escribe: «el interés del yo en el nacimiento y la persistencia de la neurosis no es privativo de los trastornos traumáticos, sino común a las neurosis. Ya he de advertiros que el yo coadyuva a la persistencia del síntoma, pues hay en éste algo que ofrece satisfacción a sus tendencias represoras. Además la solución del conflicto por medio de la formación de síntomas es la más cómoda y mejor adaptada al principio del placer, pues ahorra al yo una penosa y considerable labor interna. Hay casos en que incluso se ve obligado a convenir en que la neurosis constituye la solución más inofensiva y desde el punto de vista más ventajosa de un conflicto, pronunciándose a favor de aquella misma enfermedad que ha sido llamado combatir hay en el mundo otras miserias y otros sufrimientos quizás más reales que la enfermedad neurótica».

En otros textos, precisa Freud algunas de esas situaciones. «Un honrado obrero que se gana la vida con su trabajo queda invalidado a consecuencia de un accidente profesional. Imposibilitado ya para trabajar, ve asegurada en parte su existencia por la pequeña renta que le pasa su patrono a cuyo servicio se hallaba cuando se produjo el accidente y aprende además a utilizar su desgracia para mendigar. Resulta pues que su actual vida miserable reposa sobre el mismo hecho que puso fin a su honrado pasar anterior. Si le curáis su enfermedad sin devolverle los medios de subsistencia su vida será imposible».

En la babel psiquiátrica hay una legión de síndromes en los que la búsqueda de ventaja consiste en lograr salir mediante bajas o jubilaciones de situaciones imposibles. Sujetos incapaces de enfrentar sufrimientos laborales o romper relaciones familiares patológicas debido a su pusilanimidad, encuentran en la medicalización un equilibrio ventajoso. La mayoría de síntomas de angustia-depresión no son síndromes secundarios al estrés como dicen los manuales, sino que la ansiedad y la tristeza están incluidas en la situación de maltrato o malvivir cotidiano. Conseguir «cambiarla» sin otro esfuerzo que el patetismo de exhibir las quejas a la caridad médica es lo que logra la magia de las palabras *distimia* o *angustia*. Del mismo modo que no se puede ver nada de la Universidad de Oxford cuando se han visto todos sus colegios e instituciones, no se puede ver nada de ansiedad-depresión distinto de la situación en que se produce²⁹.

²⁹ Gilbert Ryle, en *El Concepto de lo Mental*, Paidós, 2000, es el autor canónico de esa indistinción entre el sentimiento y la situación que, a mi juicio, ha sido mal interpretado por el monopolio conductista de sus hallazgos.

También la cronificación de estos estados reactivos depresivo-ansiosos, suele ser una consecuencia del etiquetado que obliga al enfermo a representar un papel similar al antiguo sinistrósico que se autolesionaba para escapar a un trabajo atroz. Todos los etólogos nos ilustran cómo el autoengaño es la mejor estrategia para no mostrar los marcadores del engaño. Si el sufrimiento se exhibe en la consulta, al tiempo que se afirma la propia ineficiencia para salir de la situación, la etiqueta de enfermo y la consiguiente condición de escuchado y a la larga pensionado, resultan el mejor equilibrio, si se carece del valor para intentar un cambio real de situación. El relato de Manuela de Madre sobre su enfermedad fibromiálgica ilustra de nuevo el proceso de ventaja sintomática, al tiempo que detalla cómo la enfermedad ciega el proceso de reapropiación del deseo que cualquier lector percibe. Su fracaso en el éxito político de agotarse trabajando como alcaldesa, es una situación que enferma por no cumplir ninguno de sus deseos infantiles de gloriarse en el baile. El texto resulta conmovedor. «Yo soñaba con ser bailarina, con las zapatillas y el tutú y no sé de dónde me venía tal pasión. En casa no había tele, en el colegio se hacían representaciones teatrales pero nada de ballet; ¿dónde había visto yo ballet alguna vez? Tal vez por la mañana ya caminaba de puntillas. Bailaba por casa pero era consciente que no podía pedir que me apuntaran a una academia. No había dinero para esas cosas y me quedé soñando con las zapatillas de raso. De mayor cuando me lo pude permitir ya era tarde para empezar. Ha quedado en un sueño porque ni siquiera he pensado en comprarme unas zapatillas aunque solo fuera para mirarlas y acariciarlas. Ay, ay qué diría un psiquiatra de todo esto».

Por desgracia para ella, de Madre no encontró ese terapeuta que lograse relacionar la muerte de esa vocación de flotar en la música, con su trabajo actual sugiriéndole que la ventaja en sus dolores y cansancios era en el fondo una auto mutilación, sino que convergió con un reumatólogo que le dio un nombre para el dolor y la fatiga que la acompañan como pseudo-identidad que obtura el acceso a la historia real de su drama. La ventaja con el síntoma y su relación con la quiebra de las fantasías infantiles tiene habitualmente un significado más complicado al cumplir varias funciones complementarias que Freud de nuevo describe. «En los casos ordinarios la neurosis procura unos dobles o triples tipos de ventaja. Tomemos un ejemplo frecuente: una mujer a la que su marido maltrata y explota sin consideración alguna se refugiará en la neurosis cuando a ello coadyuve su constitución, cuando sea demasiado cobarde u honrada para mantener un secreto comercio con otro hombre, cuando no sea bastante fuerte para desafiar los prejuicios sociales, cuando no sea capaz de rehacer su vida. La neurosis constituirá para esta mujer un arma defensiva y hasta un ins-

trumento de venganza. De su matrimonio no le está permitido lamentarse y de su enfermedad sí. Ha encontrado en el médico un poderoso aliado que obliga a su marido que en circunstancias normales no tenía hacia ella consideración alguna, a respetarla, a hacer gastos considerables y a permitirle ausentarse de su casa escapando de la tiranía conyugal por unas horas».

Un texto de V. Claudín, expresivamente titulado «Me llamo Marta y soy fibromiálgica», explicita de nuevo cómo esta etiqueta pseudoidentitaria proporciona un guión vital que permite a una persona escribir un autoretrato construido no desde su vida real sino desde un universo compartido vía Internet con otras colegas. «A todas las fibromiálgicas nos pasa que tenemos problemas de trabajo, de pareja, de relaciones sociales» es el estribillo que homogeniza los conflictos y dramas que fluyen por la vida real tanto de Marta y su pareja como de los otros miembros de la red.

De nuevo, la escritura hace aflorar lo no consciente, cuando V. Claudín reprocha a Marta unas conductas en las que el texto freudiano podía haber descubierto el misterio de lo que titula «retazos de un conflicto inédito para una pareja que se ha visto afectada por una enfermedad misteriosa», escribiendo: «Tengo la sensación de que la fibro le ha afectado tanto que ya no ocupo en sus sentimientos el mismo lugar que ocupaba antes, es una mujer que me ha dado la espalda, que no se acuerda de mí cuando se cartea con sus amigas del foro fibromiálgico, que no me considera cuando hay gente delante. Por mucho que a mí me siga exigiendo las mismas atenciones y no valore la entrega a pesar de mis obligaciones. Para mí solo se trata de que Marta ya no es la misma»³⁰.

Algo de ese precio que hay que pagar por las ventajas neuróticas lo conocía Freud cuando, a pesar de sus textos tolerantes con el equilibrio neurótico que comentamos, termina su texto enfatizando cómo esa ventaja constituye una catástrofe vital próxima al masoquismo. «Un árabe montado en su camello pasa por un abrupto sendero tallado en una abrupta montaña. En una revuelta del camino se halla de repente un león dispuesto a saltar sobre él, la montaña a un lado y el abismo a otro cierran toda esperanza para el árabe de escapar a su destino. El camello más inteligente que él encuentra el medio de burlar al león arrojándose con su jinete al abismo. Del mismo género es la ayuda que el síntoma presta al individuo privándole de luchar heroicamente contra su destino».

³⁰ Víctor Claudín, *Me llamo Marta y soy Fibromiálgica*, Madrid, La esfera de los libros, 2005.

La cura tipo freudiana: ¿hay cura sin pago?

Las rígidas normas de «la cura tipo», que Freud propone en sus *Artículos Técnicos*³¹ son estrategias de conductas que bloquean las ventajas con los síntomas que buscan sus clientes. Fijar un horario que el paciente debe pagar acuda o no a las sesiones. Afirmar como única obligación del clínico la interpretación y no la cura. No prometer un tiempo de tratamiento para la conclusión o afirmar lo interminable del análisis. Guardar una distancia afectiva que aparenta indiferencia que evite puestas en acto transferenciales, son otras tantas maneras de contener y contestar el sistema de ventajas neurótico. Pero seguro que ninguno de esos rigores técnicos ha sido tan criticado y discutido como la insistencia freudiana en la necesidad de cobrar las sesiones de terapia incluso a pobres o a colegas. Quizás el escándalo ante esa franca exigencia del pago por la escucha, procede del descubrimiento de una evidencia que se redescubre durante la cura analítica y que tiene que ver con el hipócrita ocultamiento del dinero como motor de la conducta humana. El intercambio de tiempo por dinero rompe con la idea infantil de la benevolencia universal: de pequeños creemos que el panadero hace pan por vocación o el zapatero repara calzado por benevolencia. Ya de mayores descubrimos el horror económico que obliga a cambiar vida por dinero. Ese tiempo que en la fiesta o en la infancia fluye sin medir o contar, se condensa en horarios, en tiempo de calendario, en días negros y rojos que se deben vender como tiempo de trabajo por dinero, descubre durante el análisis que anticipan futuro y muerte.

La enseñanza del pago durante la cura tipo es que ninguna relación, por idílica que parezca puede escapar a la relación dineraria y que incluso la interpretación más certera y escandalosa del psicoanálisis –que el apego al dinero tiene que ver con la retención de heces o que el dinero es mierda congelada y desodorizada– sólo puede ser eficaz si se descubre pagando en una sesión que evite la fantasía del psicoanalista desinteresado. Entre la escasa clientela freudiana, el Hombre de los Lobos³² constituye la única excepción que Freud hizo a esta norma del análisis mercenario. Dada la ruina del paciente por los avatares de la Historia durante su cura, Freud no sólo lo trató gratuitamente sino que organizó colectas en su favor. Es un tópico en la historia del psicoanálisis que esa gratuidad y ese recibir dinero de Freud tuvo unos efectos nefastos tanto para su vida moral como para impedir su cura.

³¹ S. Freud, *Obras Completas*, T. II.

³² *El hombre de los lobos por el hombre de los lobos* es un texto de Nueva Visión que recoge la autobiografía de Sergio, los comentarios de Muriel Gardiner y el segundo psicoanálisis de Ruth Mack Brunswick.

En las múltiples biografías posteriores al análisis freudiano, Sergio es descrito como alguien que ya mentía sobre su situación financiera para seguir percibiendo la colecta freudiana a pesar de haber recuperado algunos bienes, cuando previamente había sido descrito en el artículo freudiano como un individuo veraz y de total confianza moral. En el enfrentamiento de sus desgracias también parece poco dotado para el juicio moral cuando contesta los gestos suicidas de su esposa con el «¿Por qué si tú no eres judía?».

A nivel social esa misma ecuación freudiana respecto al peligro de la ayuda indiscriminada al necesitado, articula los miles de artículos sobre el Dilema del Gorrón y los peligros de catástrofe etológica (si prospera la crianza del que pone huevos en nido ajeno) y moral que el aprovechado origina al estado del bienestar. Las especies confiadas y tolerantes con los gorriones tienden a desaparecer. Por analogía desde Olsen se especula sobre el futuro de Estados que toleran el crecimiento de poblaciones que viven del trabajo ajeno sin la aparición de un grupo de ciudadanos y estructuras desconfiadas que los combata. Me temo que nuestro sistema público de asistencia mental fomenta el número creciente de enfermos profesionales de la pequeña patología que obtienen múltiples ventajas aparte de cobrar por su enfermedad. El centro de salud mental al tiempo que recoge sin filtros las falsas necesidades del síntoma trivial, las iguala con las necesidades reales de los pacientes graves. Esa falta de filtro y equidad subtrae tiempo de rehabilitación a los pacientes mentales defectuales y lo invierte en los grupos que mejor publicitan y reivindican sus necesidades: anorexias, trastornos de personalidad, somatizaciones. Atención al síntoma y escucha que sin el freno del pago o tiempo de tratamiento ¿quién es tan despiadado para discutir la asistencia de por vida a quien amenaza suicidio?, cronifican a una multitud por otro lado imposible de atender, dada su ilimitada voracidad para malgastar tiempo terapéutico.

La incapacidad de la entrevista psiquiátrica o la psicometría clínica para detectar al simulador ha sido convincentemente probada por Ramón Arce en el ámbito jurídico-pericial y sus trabajos sobre las diferencias en la Memoria de lo Percibido como técnica para descubrir la simulación son útiles más allá del foro. En la clínica diaria generalistas y psiquiatras hacemos pericias sobre la capacidad laboral de nuestros pacientes redactando numerosos veredictos sobre la Incapacidad Laboral Transitoria o la Invalidez. Somos jueces reales de ese campo que levanta la obligación de trabajar con sentencias (bajas laborales) refrendadas o rechazadas por los Servicios de Inspección Médica y Magistratura de Trabajo. Es una tarea ingrata que se hace sin plena conciencia del clínico que disfraza su función como burocracia o ta-

reas menores de su práctica. Tomar conciencia tanto del importante papel que tenemos cada vez que facilitamos esos diplomas de incapacidad, como de que cientos de pacientes que estructuran toda su actuación en función de ese veredicto –hasta el punto de dejar de acudir a la consulta cuando son pensionados–, podría hacer a los psiquiatras menos cándidos y iatrogénicos.

El engaño de Jaspers: la obligación de defraudar las demandas populares

Mariana Weber describe la vida buena en Heidelberg antes de que la Gran Guerra destruyese aquel mundo. Su bella casa fue entonces el centro del mundo académico europeo. Una casa siempre llena de visitantes eruditos y de émulos en busca de guía espiritual por el Titán (así de solemne nombra Mariana a su esposo). Los domingos, el día en que formalmente «se recibe, Jaspers y su esposa Gertrud nunca faltan y aprovechan –con temor y temblor– las largas veladas donde el genio «agasaja con filosofía de la ciencia y moral calvinista mientras su esposa lo hace con jamón y borgoña»³³. Los Jaspers son descritos por Mariana Weber como una pareja intimidada y reverencial ante el empaque y erudición de su torre de marfil, «pero encantadores en su sencillez». La amistad y las visitas a la casa de la pareja se mantienen durante toda la vida de Weber, quien en una de sus últimas cartas desde Múnich, recomienda a su esposa combatir su soledad y sobreesfuerzo en criar a sus sobrinos adoptados tras el suicidio de Lili Weber, con el apoyo de la fiel pareja.

Las biografías de Jaspers valoran como central para su carrera académica el apoyo que supuso para un joven profesor la admisión en el aristocrático salón donde se repartían las cátedras de media Europa, cuando había sido recibido de uñas por los celos gremiales del departamento de filosofía contra un psiquiatra advenedizo. Malquerencia contra el psiquiatra provinciano casado con una judía, que culminaría con su expulsión de la universidad durante el terror nazi y que determinó al matrimonio a «tener a mano» el cianuro por si el ejército americano no llegaba a tiempo de evitar su deportación a un campo de trabajo. Las relaciones Heidegger con Jaspers y su testimonio incriminatorio ante el tribunal de desnazificación se entienden mal si no se percibe la repulsión jasperiana ante la traición de la aparente amistad filosófica del maestro que le había abierto hacia las categorías existenciales de decisión y libre

³³ Éstas y las siguientes son citas de la biografía de Max Weber de Marianne Weber, publicada por el FCE en 1995.

responsabilidad. El «olvido» de ese apoyo mutuo por parte de Hieddeguer en cuanto trepó al rectorado y su falta de decencia por no protegerle del horror, llevó a Jaspers tanto a escribir su espléndido trabajo sobre la necesidad de individualizar la culpa alemana³⁴, como al abandono de esa tierra y esa universidad donde anidó los huevos de la serpiente.

Jaspers, como bien nacido, es agradecido con Weber, y en la monografía que le dedicó³⁵ llega a comparar su genio e influencia con los grandes del siglo, Nietzsche o Darwin, defendiendo su memoria contra los biógrafos³⁶ que lo acercaron al nazismo. La aceptación de lo Fragmentario como esencia del conocimiento humano, del Nihilismo de la ciencia por su inanidad para dar sentido a la vida, y del Decisionismo ético-político, le parecen a Jaspers una hazaña intelectual y moral comparable a la de Sócrates. Aportes científicos que junto al mandato central weberiano de *Incumplir y Defraudar* las demandas de guía vital de la multitud que busca amos en sus líderes, le son extraordinariamente útiles a Jaspers para orientarse en el campo psiquiátrico y no convertirse en un «diletante» o un «Maestro que enseñe a vivir»³⁷. Afirmar que el sabio no debe ser guía moral, ni ejemplo vital, ni maestro de estética, ni puede enseñar nada sobre la totalidad o el sentido de la vida, constituye un arma crítica fundamental de Jaspers contra la colonización de la vida por las tecnocracias medico-psicológicas que entonces se inician con esas pretensiones. El rasgo radical del científico o el político honesto que Weber señala frente al *Profeta o el Diletante* es el nítido reconocimiento del límite de su saber: nadie puede enseñar a vivir, todos somos expertos en juicios morales si usamos de la prudencia; el buen gusto estético no se aprende en la escuela y la biografía es un juego de decisiones inciertas y libres.

Autoengañarse sobre el carácter politeísta de la sociedad moderna buscando una teoría que totalice el saber sobre ella y vivir buscando guía o maestro, negarse a la autolimitación de elegir un *daimon* al que dedicarse a sabiendas de su parcialidad intelectual para dar sentido a la vida, es para Jaspers deslizarse por un camino de servidumbre. Esas son las razones de su crítica radical a las escuelas de psicología profunda: sustituyen la libertad existencial por la determinación inconsciente de lo voluntario y suministran una teoría que suplanta explicación por elección. Las

³⁴ K. Jaspers, *El problema de la culpa*, Paidós, 1998.

³⁵ K. Jaspers, *On Max Weber*, NY, Paragon House, 1969.

³⁶ W. Mommsen, *Max Weber and German Politic*, Chicago Press, 1985.

³⁷ Jaspers aplica todo el aparato crítico weberiano en sus textos contra la medicalización en una serie de lúcidos artículos recogidos en *La práctica médica en la era tecnológica*, Gedisa.

dos conferencias de Weber sobre la vocación de la ciencia y la política no han dejado de ser la referencia más citada en sociología o política desde su enunciación en Múnich. Que no hay vidas logradas por la ciencia debido a que el progreso ininterrumpido impide un conocimiento del todo y que ningún moderno, a diferencia de Noé, puede morir «saciado de días y saberes» es una amarga verdad que debería ser recordada a los visitantes de nuestras consultas que piden que les enseñemos a vivir.

Que lo cierto y verdadero, lo bello y lo bueno no coinciden en absoluto, ni en la teoría ni en las personas, es algo que la modernidad no ha dejado de confirmar: el filósofo del siglo fue un nazi repugnante al que debemos seguir leyendo como maestro de pensamiento, y la prosa de Céline nos deslumbra en su belleza aunque su autor sea un despreciable colaboracionista. Ese límite y esa vacuidad del esfuerzo intelectual es lo que perpetúa la tendencia melancólica que asalta al científico cuando percibe lo intrascendente de su oficio. La enfermedad de Weber, el desfallecimiento periódico de sus tareas intelectuales alternante con su productividad, más que un proceso bipolar traduce a mi juicio esa visión trágica del esfuerzo titánico y al fin baldío por el trabajo científico que monopoliza el tiempo de vida sin darle sentido. Algo de eso reconoce la Premio Nobel de medicina, Rita Levi, cuando hace balance biográfico de más de ochenta años de una de las vidas más logradas que podamos imaginar con los versos de Yeats: *El intelecto del hombre ha de elegir / Entre la perfección de la vida y la de la obra / Y si elige ésta, debe renunciar / A la morada celestial, rabioso y a oscuras / Y al final ¿Qué queda? / Con fortuna o sin ella, la labor dejó su huella / Aquella vieja perplejidad, su bolsillo vacío / O la vanidad del día, remordimiento de noche.*

Jaspers fue el depositario de una patografía sobre la grave enfermedad mental que afectó a Weber. Consideró ese escrito uno de los principales textos psicopatológicos para entender la relación entre la enfermedad mental, la genialidad y el trabajo científico que se perdió cuando Mariana los destruyó por miedo a que cayesen en manos de gobierno nazi. Jaspers también trató con profesionalidad y ejemplar paciencia a Lukács y proveyó de certificados de incapacidad médica, para librarlos del alistamiento, a otros miembros del círculo íntimo de los Weber. La devoción de Jaspers por Weber no cesa hasta la revelación, por parte de Hannah Arendt, de que Weber le había mentido reiteradamente sobre su impotencia sexual, ocultándole su doble vida amorosa. Mientras se mantenía asexual con su esposa, mantuvo de forma continuada relaciones sexuales con la joven pianista Mina Torber, y de forma esporádica con Else Jaffe.

La desilusión de Jaspers con un personaje al que había incensado con frases como «con Weber nace un nuevo tipo de hombre: aquél que pone la verdad por encima de todo», supuso para él la confirmación de su des-

confianza en las posibilidades de la psicopatología como ciencia. Nunca volvió a escribir una línea sobre el tema. De sus escritos psicopatológicos le quedó, en su docencia filosófica, la perseverancia en la idea de la necesidad de una escisión entre un Yo que pertenece al reino de la materia y un Yo que pertenece al orden de la voluntad y la libertad. Retomar ese criterio y aplicarlo al análisis existencial de la conducta, nos debería llevar a separar lo tratable desde el campo médico –la gran patología que destruye el núcleo interno de decisiones– de lo intratable profesionalmente por pertenecer al sujeto moral dotado de libertad en su conducta.

El conflicto irresoluble: o me das la baja o te rajo

Recientemente, el autor de este artículo tuvo un juicio contra un paciente que acudió al Centro de Salud Mental, con un volante urgente y una demanda muy concreta: «O me das la baja o te rajo». En la sentencia el usuario fue condenado a año y medio de prisión, por una agresión que comenzó con el diálogo transcrito, a pesar del intento de eximirlo de su culpa apoyado en un diagnóstico de poli patología –Trastorno de Personalidad Limite, Alcohólico, Depresión Ansiosa– sostenidos durante el juicio oral por dos psiquiatras de la defensa. Como no creo que esa situación sea un hecho aislado que afecta a mi intimidad, sino que forma parte de un continuo de chantajes y violencia, que comprende desde el drama –hace unos años en Asturias se produjo el homicidio por una cuchillada del Dr. Jimeno a manos del padre de un paciente que le solicitaba un certificado para «sacar una paga para su hijo»– hasta la comedia –el histérico con pequeñas amenazas implícitas en las quejas tipo «no puedo trabajar y voy a hacer algo gordo»– quiero dedicarle la reflexión final de este escrito.

En ambas agresiones, el conflicto básico no es ninguna crisis psicótica ni hay motivación subjetiva a la violencia personal, sino el logro por medios brutales de esa ventaja de la que venimos hablando. En teoría el conflicto sobre la indicación de baja o invalidez por causa psíquica parece sencillo de resolver dadas las virtudes salutíferas atribuidas al trabajo desde la psiquiatría. En los manicomios existían talleres de terapia ocupacional y laborterapia porque se suponía que el trabajo constituye una especie de prótesis conductual que ordena el curso del pensamiento y da autoestima, mientras la desocupación constituye una fuente de defecto cognitivo, abulia y depresión. Pese a ello, el paciente psicótico en la comunidad, rara vez puede mantenerse en las relaciones de trabajo real y como es sabido en su mayoría lleva una vida de jubilado precoz protegido en «el dulce *far niente*» de la familia complementado en

el mejor de los casos por actividades recreativo-artesanales. ¿Hay un continuo entre ese no poder trabajar del psicótico con la queja neurótica sobre la astenia, la irritabilidad o el dolor funcional que les lleva a reclamar como veíamos en la fibromialgia la condición legal de inválido? ¿Es el trabajo un lugar que con sus rutinas y sus vínculos sociales aporta salud mental o por el contrario un lugar de maltrato, estrés laboral o simple fatiga que todo el mundo procura eludir en cuanto puede?

El análisis de la crisis industrial asturiana –como he tratado de argumentar en otros lugares– afirma rotundamente la segunda tendencia. El grito reivindicativo que sonaba por debajo de las protestas obreras asturianas durante la crisis era, sin duda, el «Jubílanos, jubílanos». Cuando logradas esas prejubilaciones, Asturias se desertizó industrialmente, muy pocas voces anticiparon el desastre que ello significaba para el futuro de su población juvenil. Personas con edades entre 40-50 años adquirieron una nueva identidad de Rentistas que de repente se convirtió en el estatus apetecido por cualquier trabajador que buscaba enfermedades reales o ficticias con las que lograr esa condición idealizada. Incluso los psiquiatras que trabajan con adolescentes comentan esa trans-valorización del tiempo de trabajo considerado como un *Hipermobbing* Generalizado (la pregunta ya no es si sufre *mobbing* sino si hay trabajo sin vivencia de daño y maltrato). Ese ideal de Rentismo Generalizado junto el ascenso de la Picaresca o el Cinismo como ideología dominante (nadie es censurado socialmente por conseguir bajas o pensiones simulando enfermedad) parece lejano a nuestra práctica diaria y necesitado a lo sumo de un análisis sociológico. Por el contrario variadas formas de Rentismo se convirtieron en una de las fuentes centrales de frecuentación médica y petición de consulta en psiquiatría durante el último decenio.

La cuestión de los informes laborales y las bajas es una de las funciones que más tiempo ocupan a los psiquiatras envenenando sus relaciones tanto con los médicos de familia como con la inspección médica. Ya comentamos, líneas arriba, el malestar que esa función judicial sobre lo laboral produce –«somos terapeutas»– y la habitual elusión con la que se intenta actuar. Pero la ley obliga a contestar la sencilla pregunta de inspección médica sobre cuánto tiempo debería estar de baja un «paciente» que ya lleva tres meses sin trabajar por un trastorno por ansiedad o un dolor no filiado, y eso descubre la atribución de poderes de adivinación de pensamiento para descubrir mentirosos. La invalidez transitoria o permanente por causas psíquicas carece de objetividad y remite como criterio de cronicidad a que el paciente persista declarando «me siento igual que al principio del tratamiento». Cuando esa declaración discursiva es confirmada por el psiquiatra –basta unas líneas en un informe– logrando la etiqueta de enfermo mental se cronifica una biografía en actitud de queja

permanente que amarga la vida familiar, sobrecarga los servicios de salud y contribuye a la malaria moral del Gorrón. Mantener los criterios desmedicalizadores no consiste solo en interpretar las bases biográficas de los malestares sino que debe incluir rechazar la baja por causas psíquicas menores obligando al paciente a trabajar porque eso es bueno para su salud mental y justo para su vida moral. Frente a ello el usuario suele argumentar que él conoce mejor que el psiquiatra sus necesidades y lo penoso de su trabajo que transforma turnicidad (relación laboral ciertamente penosa contra la que luchar colectivamente) en estrés que progresa a depresión.

Evitar ese choque de versiones y la violencia real que comporta, consentir la ventaja sin parecer tonto, suele lograrse evitando pronunciarse en los informes psiquiátricos sobre la indicación de la baja laboral. O lo que es lo mismo, devolviéndole el muerto al médico de familia que a su vez cuando la baja se alarga semestres, delega en la inspección médica que a su vez solicita nuevos informes psiquiátricos con lo que se cierra el año que el Gorrón aprovecha como tiempo de baja. Más allá de la ventaja, la simulación es algo que todo el mundo sabe que se produce cotidianamente y que nadie pone por escrito a pesar de que sencillas analíticas prueban cómo en enfermos depresivos que mantienen tratamientos de años con IRS no aparecen metabolitos de los mismos en la sangre mientras afirman en la consulta su malestar múltiple. Mantener un cierto compromiso con la verdad puede conducir, como el caso de mi choque con el usuario arriba descrito, a tener no sólo alguna pequeña deformidad en la mano, sino a molestos juicios donde uno se lleva la sorpresa de contemplar a los portadores del saber –todo un catedrático de psiquiatría acompañado por otro psiquiatra de la red– actuando como peritos de la defensa disculpando a mi agresor con la atenuación de su delito por dudosos diagnósticos cuando afortunadamente cualquier lego –el fiscal o el juez en este caso– perciben la intencionalidad y simulación. Consentir con esa credulidad que reprime la sospecha de ventaja tras el cansancio, el dolor o la depresión, produce un malestar en los clínicos que la postmodernidad califica de «queme profesional» pero que a mi juicio traduce más la mala conciencia por la complacencia y el cansancio por hacerse el tonto.

De ahí que más que pensar en una enfermedad profesional creo que esa fatiga laboral del psiquiatra se describe mejor como pérdida de las virtudes previas a cualquier ejercicio de un trabajo vocacional: el compromiso con la verdad y el valor para afirmarla. La condición de paciente exige los datos definitorios de sinceridad en su discurso y voluntad de cura. Quien los viola, mintiendo o incumpliendo los tratamientos, debería ser excluido de la relación médica y durante un tiempo del sistema

sanitario. Mi agresor fue dado de alta por decisión de todos los trabajadores del CSM donde trabajo, y no fue admitido en ningún otro centro de la ciudad. Esa exclusión quizás roce lo ilegal, pero su ejemplaridad hace que merezca la pena correr el riesgo. Trabajar a diario con un lenguaje lleno de eufemismos, que ocultan las mentiras o disculpan el mal, hace muy sombrío el futuro de una práctica médica que debería estar basada en las viejas virtudes vocacionales. Premiando al ventajista se fomenta su crecimiento arriesgándose a la larga a hacer realidad el pronóstico de Dawkins³⁸: la sociedad que no detecta y elimina gorriones, desaparece debido al crecimiento geométrico del número de ventajistas que deja inservible para él y para todos los bienes comunes.

³⁸ Richard Dawkins desarrolla la hipótesis de las consecuencias sociales del gorrón en sus dos obras magnas *El relojero ciego* y *el Gen egoísta*.

ISBN: 978-84-95287-45-8



9 788495 287458



A. E. N. ESTUDIOS / 41

INGRESOS MENTALES COMPLETOS

A. E. N. / ESTUDIOS

4