

José Carlos Fuertes Rocañín

# ¿Qué me pasa, doctor?

Cómo distinguir un trastorno pasajero  
de un problema de salud mental



 DEBOLSILLO

**¿Qué me pasa, doctor?**  
**José Carlos Fuertes Rocañín**

**DEBOLSILLO**

[www.megustaleer.com](http://www.megustaleer.com)

# 1

## Estos son mis propósitos

No, por favor, no tenga miedo y no saque consecuencias precipitadas, pues aunque voy a hablar de psiquiatría, de enfermedades mentales y de trastornos del comportamiento, le doy mi palabra de que lo voy a hacer de forma clara, práctica, y espero que también amena, aunque no por ello menos rigurosa; no en balde, «el rigor científico, no tiene por qué ser rigor mortis».

Este manual tiene como finalidad fundamental aproximarle a un mundo realmente fascinante y complejo: LA MENTE HUMANA. Mejor dicho, a la mente humana y a sus trastornos. Y es que la enfermedad mental, a pesar de los importantes avances científicos y la intensa labor de divulgación que se está haciendo durante todo este tiempo, sigue siendo incomprendida y todavía en el siglo XXI, cuando, por ejemplo, queremos insultar a alguien, lo llamamos neurótico, sin darnos cuenta de que los neuróticos son unos enfermos que sufren y padecen intensamente; hablamos de «depresión» y la confundimos con la tristeza que los seres humanos sufrimos de forma tan natural como la alegría; tenemos un miedo injustificado a los psicofármacos, y en cambio hacemos un uso indiscriminado y peligroso de otros muchos medicamentos que son con frecuencia más peligrosos pero sin tan mala prensa; le decimos a una anoréxica que «tiene que poner de su parte» para curarse, sin darnos cuenta de que ello es imposible ya que su enfermedad le distorsiona por completo su imagen corporal y no es capaz de ver la realidad de forma objetiva; consideramos las drogodependencias un «vicio», y no una enfermedad que hace perder la libertad del sujeto y acaba con su vida y con la de su familia. En fin, como es obvio, el desconocimiento, la ignorancia y a veces la arrogancia envuelven y rodean gran parte de todo lo referente a las enfermedades psíquicas.

Para paliar algunos de estos equívocos y poner luz en este apasionante y complicado mundo de los trastornos psíquicos hemos escrito este manual, todo él diseñado para que las alteraciones o desequilibrios mentales dejen de estar rodeados de tabúes y mitos. Como se dice coloquialmente, se ha ido «al grano», huyendo de

tecnicismos innecesarios, de complicadas teorías causales o de sofisticadas explicaciones fisiopatológicas. Se trata, en definitiva, de poner luz y no sombras; de aclarar conceptos y no de crear más dudas de las que ya tenemos. Para eso están otro tipo de libros de psiquiatría más sesudos, más técnicos, más complejos y dirigidos por supuesto a otro público: el de los expertos en salud mental.

Hemos pasado revista a temas tan importantes y de gran relevancia psiquiátrica como son los trastornos de la personalidad o de la forma de ser, la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias tóxicas o las psicosis. Pero también hemos incidido sobre otros que, sin ser estrictamente psiquiátricos, hacen sufrir o, cuando menos, preocupan a muchas personas, como son las relaciones con los hijos, los problemas legales del enfermo mental, o la autoestima y la necesidad del autoconocimiento.

Como médico psiquiatra me sentiré contento y mi objetivo se habrá cumplido si soy capaz de transmitirle lo fundamental de nuestra especialidad. Pero mi satisfacción, como médico y como persona, será mucho mayor si, cuando concluya la lectura de este libro, he conseguido llevar también a su ánimo lo importante que es conocer el sufrimiento y la soledad que padecen los enfermos mentales y sus familias, ya que solo a través del conocimiento es posible la solución de los problemas y conseguir que los enfermos psiquiátricos sean tratados con respeto y cariño, en lugar de ser enfermos ignorados, cuando no maltratados, por una sociedad que los teme, los rechaza, los oculta o simplemente los repudia y niega su existencia.

Como siempre, la última palabra la tiene el lector. Espero que el «diagnóstico» sea favorable y el tratamiento sea recomendar la lectura de esta obra a sus amigos y conocidos.

## 2

### **La psiquiatría: ¿Una especialidad como otra cualquiera?**

Cuando empecé mi formación como médico interno residente (los ahora conocidos como MIR), hace ya casi veinte años, sabía que me adentraba en un camino difícil, peculiar y en cierta manera diferente del resto de las especialidades médicas. Ser psiquiatra era ser médico, pero un «médico especial». Hoy, pasado el tiempo, me siento satisfecho de haberlo hecho, aunque a veces confieso que he sentido sobre mis espaldas una carga pesada de soportar, cierta soledad y hasta una desagradable incompreensión cuando algunas veces te llaman despectiva y jocosamente «loquero», sin darse cuenta de lo efímera y sutil que es la línea que separa la locura de la supuesta normalidad, y lo fácil que resulta traspasarla.

La psiquiatría «debería» ser una especialidad más, pero en la realidad no lo es, o al menos no del todo, ya que sigue habiendo muchas reticencias que surgen desde frentes diversos. Los primeros problemas, curiosa y paradójicamente, nacen del propio enfermo, para quien ir al psiquiatra y empezar un tratamiento no tiene el mismo significado que acudir a la consulta de otro profesional de la medicina. También encontramos reticencias por parte de nuestros propios compañeros médicos, tanto sobre la esencia de nuestra especialidad como sobre las posibilidades de actuación que tenemos para abordar y tratar la enfermedad mental. Por último, los problemas fluyen de la sociedad en su conjunto, representada a través de los medios de comunicación de masas, que ha construido un arquetipo de la enfermedad mental mitad basado en la violencia y mitad en el esperpento, que para nada se ajusta a la realidad.

Con frecuencia nuestros pacientes, cuando acuden voluntariamente a la consulta, lo hacen a escondidas y, en cierta manera, avergonzados, como si hubieran cometido un delito o estuvieran haciendo algo incorrecto. Otros llegan forzados por la familia debido a una serie de comportamientos extraños que viene observando todo el mundo menos el propio enfermo; es fácil comprender que con un paciente a quien «traen» y

que no «viene» la relación sea complicada y sus reticencias importantes y difíciles de vencer.

En ocasiones nos llegan también personas muy desorientadas y sin saber a ciencia cierta si han hecho bien pidiendo una consulta, si deberían ir a un psicólogo o si podremos ayudarlas, dado que su problema es más un conflicto humano, biográfico o personal que una enfermedad.

Como puede ver, todo esto justifica en parte que la psiquiatría sea una especialidad «peculiar» para los pacientes y también para los médicos. El paciente psiquiátrico «se siente diferente» y la sociedad lo considera así al verlo unas veces peligroso, otras insoportable, y siempre mucho más complejo y difícil de tratar que otro tipo de enfermos a los que sí acepta, comprende y compadece.

El enfermo «de los nervios» es un paciente «maltratado», no tanto con mala intención, como por una profunda ignorancia. Las cosas de la cabeza siempre han tenido una consideración especial, por eso es necesario que los tabúes den paso a la información, que la ciencia se imponga sobre la creencia y que la evidencia científica sea la que marque el camino a seguir en lugar de hacerlo la elucubración mental, la superstición o el curanderismo. ¿Por qué a estas alturas de la historia tenemos que justificar y explicar que el enfermo mental es un enfermo más? Las causas son variadas y complejas. Algunas ya las hemos visto, otras, si no se aburre y continúa en mi compañía, se las comentaré a continuación.

En primer lugar está la creencia popular y extendidísima de que existen enfermedades «físicas» y otras «psicológicas». Es decir, que dentro de nuestro cráneo no habría células, sino «otra cosa» que unos llaman alma, otros psique, otros espíritu, otros carácter y otros energía; en fin, cada uno le ha puesto y le pone el nombre que le ha parecido más adecuado, pero siempre se ha situado fuera del plano biológico y, en consecuencia, se le ha dado una consideración especial y casi siempre religiosa, moral, sobrenatural, mágica, etc.

Tenemos que dejar claro que las enfermedades mentales son, en esencia, enfermedades del cerebro, eso sí, con síntomas peculiares que alteran las funciones de comprender, de querer, de actuar libremente, de percibir la realidad, pero no son otra cosa que trastornos de una serie de células complejas, no muy bien conocidas todavía, de cuyo funcionamiento solo dominamos una parte muy pequeña y que llamamos neuronas.

Otro aspecto a considerar que explica las diferencias de trato social y también sanitario que tienen la enfermedades mentales es el que se deriva de la forma de

manifestarse de algunas de ellas, como ocurre sobre todo con las que llamamos «psicosis», trastornos estos en los que el enfermo presenta graves alteraciones de conducta, derivados de sus ideas delirantes o de las alucinaciones que sufre, llegando incluso a la agresividad o violencia contra sí mismo o contra terceras personas. Todo ello ha contribuido a que sean enfermos incómodos, temidos y rechazados.

Un aspecto importante que nos ayuda a comprender las diferencias entre las enfermedades psíquicas y el resto estriba en la dificultad para objetivar las causas que las producen, siendo este un factor que genera desconcierto no solo a los profanos en la materia sino también, y sobre todo, entre los propios médicos, quienes ven el enorme avance que existe en otras áreas de la medicina y la humildad de nuestras clasificaciones y exploraciones diagnósticas.

Por último, las enfermedades mentales han sido históricamente «un cajón de sastre» enorme donde ha cabido de todo y, lo que es peor, han sido utilizadas por determinados grupos de presión como una forma de control de la sociedad y también como un arma política, lo que ha llevado a que la psiquiatría sufra cierto desprestigio, cuando no desprecio, por parte de la ciencia oficial.

Afortunadamente los tiempos han cambiado y la investigación rigurosa y científica ha entrado de lleno en nuestra especialidad, poniendo orden en el caos que reinaba. A pesar de las múltiples incógnitas que todavía entrañan la evolución y expresión de algunos procesos psiquiátricos, los vientos que soplan son cada vez más favorables. Seguidamente hemos resumido las características sociológicas más destacadas de los trastornos psiquiátricos.

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

- No conciencia de enfermedad (es decir, el enfermo no sabe o no acepta que es o está enfermo). No siempre ocurre, pero cuando acontece:
  - Es un síntoma grave
  - Es característico de las psicosis (vulgarmente «locuras»)
  - Provoca muchos conflictos en la relación con los demás
  - Implica graves problemas de manejo y tratamiento
- Dificultad, y a veces imposibilidad, de objetivación y diagnóstico:
  - Los psiquiatras diagnosticamos preguntando y observando la conducta de las personas
  - Las exploraciones y pruebas complementarias son escasas, y tienen una fiabilidad y sensibilidad muy variable
- Mala imagen social y prejuicios:

- Se piensa que los enfermos mentales son peligrosos, vagos o degenerados
- También se cree que la enfermedad mental no se cura, recae o se cronifica
- Desconocimiento con frecuencia de sus causas:
  - Se piensa en causas morales, vicios, drogas, perversiones, etc.
  - Se cree que la única causa es social (estrés)
- Muchas generan problemas sociales y legales:
  - Se requiere internamiento no voluntario con intervención judicial
  - Algunos pacientes precisan ingresos de larga estancia con el coste social y económico que ello conlleva
  - Con cierta frecuencia generan alarma social.



### 3

## No hay enfermedades sino enfermos

Como hemos visto, hay razones y factores diversos que explican, pero no justifican, la mala consideración histórica y social que han tenido la enfermedad y los enfermos mentales. Esas consideraciones, que pueden ser ciertas en algunos casos pero que nunca lo son de forma general, conllevan que la sociedad haya estigmatizado y discriminado a los enfermos mentales, a sus familias, a los psiquiatras y la psiquiatría.

Sin embargo, gracias a los avances de la investigación médica, cada vez más rigurosa y científica, se ha conseguido no solo clasificar los trastornos psíquicos, sino también conocer muchas de sus causas, sus síntomas y sus soluciones. A continuación vamos a resumir en una tabla los tipos de alteraciones psiquiátricas que existen hoy en día. Para ello hemos seguido uno de los sistemas más importantes y más aceptados por los psiquiatras de todo el mundo; concretamente nos estamos refiriendo a la clasificación llamada DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana.

La clasificación americana habla fundamentalmente de «trastornos», a los que define literalmente como «patrones psicológicos o conductuales clínicamente significativos, que aparecen en un individuo y que se presentan asociados de forma típica con síntomas perturbadores, un deterioro en una o más áreas principales de actividad o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte».

Los trastornos psiquiátricos quedan incluidos en los siguientes epígrafes, que a su vez se subdividen en otros apartados donde se matizan los aspectos clínicos y evolutivos más significativos de cada trastorno.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV:

- Trastornos de inicio en la niñez y adolescencia
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos mentales debidos a enfermedades somáticas

- Trastornos relacionados con sustancias
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatomorfos (expresión somática de la ansiedad)
- Trastornos facticios\*
- Trastornos disociativos
- Trastornos sexuales
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos del sueño
- Trastornos en el control de los impulsos
- Trastornos adaptativos
- Trastornos de la personalidad
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

Otro sistema de clasificación y de catalogación de los trastornos mentales es el que ha llevado a cabo la Organización Mundial de la Salud y denominado con las siglas CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10.<sup>a</sup> revisión). Esta también se decanta por el uso del término trastorno, ya que es el más universalmente aceptado y además evita las connotaciones negativas que tiene el de enfermedad mental. Las categorías de la CIE-10 quedan clasificadas de la siguiente manera:

- F. 00-09: Trastornos mentales orgánicos
- F. 10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicótropas
- F. 20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
- F. 30-39: Trastornos del humor
- F. 40-49: Trastornos neuróticos y somatomorfos
- F. 50-59: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos
- F. 60-69: Trastornos de la personalidad
- F. 70-79: Retraso mental
- F. 80-89: Trastornos del desarrollo psicológico
- F. 90-98: Trastornos de las emociones y comportamiento de inicio en la infancia y adolescencia.

Como vemos, existen muchos tipos o variantes de enfermedad mental, lo que conlleva que su diagnóstico por parte de los médicos no psiquiatras a veces no sea correcto y sean incluidos como alteraciones somáticas y enfocados y abordados de forma errónea. Quizá convenga recordar a continuación algunos datos sobre la frecuencia de los trastornos psiquiátricos que hemos sintetizado y que hacen

referencia a la población general. Antes de exponerlos hay que remarcar el primero de todos ellos: entre un 20 y un 30% de la población general padece algún trastorno psiquiátrico, distribuyéndose de la siguiente manera:

- Un 20% padece TRASTORNOS AFECTIVOS:
  - Depresión mayor . . . . . 17% mujeres  
07% varones
  - Distimia (depresión crónica) . . . . . 3-6%
  - Manía (euforia patológica) . . . . . 1,6%
  
- Un 25% padece TRASTORNOS DE ANSIEDAD:
  - Fobia social . . . . . 13%
  - Trastorno de pánico . . . . . 3,5%
  - Trastorno de ansiedad generalizada . . . . . 5,1%
  
- Un 26% padece TRASTORNOS RELACIONADOS CON ABUSOS DE SUSTANCIAS TÓXICAS:
  - Abuso del alcohol . . . . . 09%
  - Dependencia del alcohol . . . . . 12%
  
- De un 10 a un 20% padece TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
  
- Un 1% son ESQUIZOFRENIAS

Conviene aclarar que con frecuencia una misma persona padece dos o más patologías, por ejemplo, abuso del alcohol y depresión, lo cual supone una especial gravedad y mayores sufrimientos. Por otra parte, es cierto que en los países avanzados hay cada día más sensibilidad hacia estos problemas, hay más recursos sanitarios y se demanda más atención para ellos. No solo es que se tolere menos el sufrimiento, sino que además las demandas sociales y sanitarias son cada vez más amplias y se buscan mayores niveles de salud y bienestar.

En función de los datos que hemos presentado podemos afirmar que la frecuencia de la enfermedad mental es muy elevada y que existe un importante número de personas que sufren, como se dice coloquialmente, «de los nervios».

Pero cuidado, una cosa es que objetivamente se pueda hablar de un aumento global del número de enfermos psíquicos —hecho este que resulta evidente dada la mejor precisión diagnóstica que actualmente se lleva a cabo— y otra muy distinta que el aumento de trastornos mentales se deba a cierta «psiquiatrización» de la vida buscando etiquetas diagnósticas más o menos rimbombantes para todos los

comportamientos humanos desviados. Ya se sabe que «de médicos, poetas y locos todos tenemos un poco», pero no por eso debemos ir al psiquiatra.

Qué duda cabe que ahora se diagnostican más y mejor los padecimientos psíquicos, no solo porque se han desterrado ciertas reticencias y tabúes sociales, sino también porque la investigación médica nos ha permitido conocer con más precisión el funcionamiento del sistema nervioso central, existiendo en la actualidad pruebas diagnósticas y exploraciones complementarias que consiguen captar imágenes no solo anatómicas y estáticas (TAC), sino también dinámicas del funcionamiento del cerebro (TEP y SPECT). Pero ello no debe inducirnos al error de querer etiquetar todos los comportamientos humanos y pretender buscar en la enfermedad mental una explicación para cualquier tipo de conducta que se aparte de la norma.

## 4

### **«Doctor, yo pastillas no quiero»: ¿Fármacos, psicoterapias o charloterapia?**

Esta es sin lugar a dudas la frase que con más frecuencia oímos de nuestros pacientes, y que es justo la contraria que suelen decir al resto de nuestros colegas cuando acuden a una consulta médica. La gente no quiere tomar pastillas para tratar sus dolencias mentales, pero les encanta tomarlas para «las otras enfermedades». Curioso, pero así son las cosas. ¿Cuál es la razón o razones que explican estas actitudes tan diferentes? ¿Por qué se rechaza tan frontalmente un tratamiento psicofarmacológico, y en cambio no ponemos inconveniente para tomar medicamentos como los antihipertensivos, analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos o cualquier otra pócima que nos prescribe nuestro galeno?

Los psicofármacos tienen mala fama, y ya sabe aquel refrán que dice «cría buena fama y échate a dormir»; pues algo parecido les ocurre a estos medicamentos solo que al revés. Como son sustancias asociadas a la «locura», su fama no puede ser peor y, claro, el resultado no es otro que la desconfianza y las dudas con respecto a su eficacia. Además son considerados drogas peligrosas, sustancias adictivas o medicamentos con enormes e indeseables efectos secundarios; en fin, una «joyita, lo que se dice una joyita». Pero lo peor no es que la mayoría de esas imputaciones sean absolutamente falsas, que lo son, lo más doloroso es que gracias a esas actitudes ignorantes muchas personas sufren y padecen cuando podrían evitarlo por negarse irracionalmente a tomar «esas drogas».

No se trata de hacer una apología de los tranquilizantes, antidepresivos o de cualquier otro medicamento que empleamos en psiquiatría; ni es necesario ni sería este el lugar apropiado. Solo deseamos ser justos y dar a cada cual lo que le corresponde. Es obvio que los medicamentos que utilizamos en psiquiatría tienen sus indicaciones, sus efectos secundarios, interacciones y problemas, como cualquier otro fármaco, pero no más; incluso podemos afirmar que muchos menos que otras

sustancias que pasan por ser más inocuas y que luego nos dan sorpresas muy desagradables.

La mejor forma de desterrar tabúes y mitos es la información, por lo tanto permítame que le presente las sustancias que con más frecuencia le van a prescribir si va a la consulta de un psiquiatra. Vamos a hacer un recorrido panorámico y superficial; si después le quedan dudas, consulte a su médico. No cometa el grave error de acudir a internet o a otros métodos similares de autoinformación; además de peligrosos para su salud, son ineficaces.

El primer grupo de psicofármacos que más utilizamos en nuestra especialidad son los *tranquilizantes*, bueno, en nuestra especialidad y se puede afirmar que también en otras muchas, ya que su uso se ha extendido, quizá excesivamente. Los tranquilizantes que hoy empleamos son en su mayor parte derivados de las benzodiazepinas, y seguro que casi todo el mundo conoce uno muy famoso: el Valium. Nombre comercial del diazepam, de este han ido saliendo «hijos», «nietos», «sobrinos»; en fin, toda una gran familia que ha servido para mejorar la calidad de vida de muchas personas.

Las benzodiazepinas son sustancias que reducen la ansiedad, nos relajan, disminuyen la angustia, nos hacen dormir e incluso pueden evitar convulsiones y también disminuir los vómitos. Como vemos, son unos medicamentos muy útiles y polivalentes, lo curioso es que solo se los conoce por su «capacidad adictiva»; es decir, porque son drogas que nos «enganchan» y luego ya no las podemos dejar. Eso es falso, absoluta y radicalmente falso si lo exponemos así.

No debemos negar, si queremos ser rigurosos, que los tranquilizantes pueden generar adicción, siempre que se tomen de forma indiscriminada, sin indicación ni control médico y para problemas alejados por completo de los que son sus acciones fundamentales. Por ejemplo, si utilizo un tranquilizante para relajarme por un mal día que he tenido en la oficina, o tras una discusión con mi pareja, o para controlar mi agresividad cuando está más que justificada, estoy haciendo un uso incorrecto y más pronto que tarde pagaré las consecuencias.

Los tranquilizantes, al igual que el resto de los psicofármacos, hay que utilizarlos con medida y precisión, nunca como sustitutivo del deporte que todos debemos hacer, de la conversación que nos gustaría tener con un amigo de confianza, del relax que supone una relación sexual, o para conseguir dormir como un lirón tras una activa jornada cargada de tensiones. Los ansiolíticos o tranquilizantes se deben utilizar para controlar y disminuir la ansiedad patológica; es decir, aquella que aparece sin ningún

motivo o razón. También cuando existe cierta causa pero la respuesta ansiosa es claramente desproporcionada.

Todos tenemos ansiedad; es necesaria su existencia ya que motiva y nos pone en acción. Solo cuando la ansiedad sea desproporcionada y nos bloquee e inhiba será el momento de tratarla. Es decir, únicamente cuando sea una enfermedad y no una reacción o respuesta proporcional y activadora deberá recibir el adecuado y oportuno tratamiento.

Otro tipo de medicamentos que también utilizamos mucho los psiquiatras son los *antidepresivos*, el más conocido quizá sea el Prozac, cuyo nombre químico es fluoxetina. Estos fármacos son muy útiles para combatir la depresión; fíjese bien que he dicho depresión, no tristeza. Y es que muchas veces se confunde lo uno con lo otro y, obviamente, no son lo mismo. Una cosa es que el paciente con depresión esté triste, y otra muy diferente que siempre que estemos tristes tengamos una depresión. En el apartado correspondiente lo aclararemos con más precisión, pero vaya por delante que la tristeza es una reacción normal, como lo es la alegría, y solo cuando se convierta en una enfermedad será adecuado recurrir a los fármacos.

Los antidepresivos que tenemos hoy son sustancias seguras, eficaces, sin apenas efectos secundarios y muy útiles no solo para tratar la depresión, sino también como «fármacos antiestrés», reguladores de la impulsividad patológica, antiobsesivos, antiansiedad, en fin. Como vemos, sus indicaciones son muy variadas, y solo el médico los debe prescribir. A continuación les presento una tabla que muestra los antidepresivos más utilizados.

<b>Fármacos de primera elección (por su eficacia y seguridad)</b>	ISRS Fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram Escitalopram
<b>Fármacos de segunda elección (por su mayor potencia y más efectos secundarios)</b>	Venlafaxina Mirtazapina Reboxetina
<b>Tratamiento exclusivo por especialista</b>	Tricíclicos Litio Terapia electroconvulsiva

Hemos dejado para el final los llamados *antipsicóticos* y los *estabilizadores del ánimo*, ya que son sustancias cuya frecuencia de uso es menor y además solo se emplean para enfermedades muy concretas como las psicosis y los denominados

ahora «trastornos bipolares», que antes se conocían como «psicosis maniaco-depresivas». Si quiere conocerlas mejor lo remitimos al capítulo relativo a las psicosis, donde se habla de ellas en profundidad, no sin antes incidir en que a estas sustancias también se las llama tranquilizantes mayores, lo que nos da idea de cuál será su efecto fundamental. Además de conseguir relajar a la persona, también van a neutralizar las ideas delirantes y por lo tanto a normalizar el contenido del pensamiento. Por lo que respecta a los *eutimizantes*, el más conocido y clásico es el litio. Este es un metal que tiene la capacidad de regular el ánimo y evitar los altibajos que en algunos trastornos se producen. Es muy eficaz, pero también puede ser peligroso si se ingiere en gran cantidad, por lo que precisa controles analíticos para evitar la intoxicación.

Pero no nos desviemos del objetivo fundamental de este capítulo, que son los psicofármacos en oposición a las psicoterapias. Absurdo y frecuente error, ya que lo correcto sería plantearlo de esta forma: psicofármacos y psicoterapia. Esto es, «lo cortés no quita lo valiente», ya que en unos casos será prioritario el uso de los medicamentos y en otros estarán más indicados los tratamientos psicológicos; si bien la mayoría de las veces lo más adecuado será la combinación de ambos.

Todo el mundo sabe que hay muchos tipos de pastillas para los nervios, y si no lo sabía se lo acabamos de descubrir. Sin embargo, casi nadie sabe que también hay muchos tipos de psicoterapias. A nadie le gustaría que le dieran unas pastillas equivocadas, pero parece ser que a nadie le importa, aparentemente, que le hagan un tipo de psicoterapia no indicada para su padecimiento. Vamos a reflexionar sobre este interesante y desconocido aspecto del tratamiento psiquiátrico.

La gente cree que la psicoterapia es ese conjunto de normas y consejos que los expertos les damos para enseñarles a «vivir». No les preocupa qué tipo de psicoterapia les hagamos, ni para qué vale, ni cómo se hace, ni cuándo empezar y cuándo finalizar, no, nada de eso importa; si acaso les preocupa cuánto les va a costar, si se trata de una consulta privada. Y es lógico: no saben qué es la psicoterapia.

«Pobres gentes ignorantes, no saben qué es la psicoterapia», eso piensan para sus adentros algunos o muchos de los supuestos expertos en tan sesudas y enigmáticas técnicas. Y uno, en su simpleza, se pregunta: ¿no será más bien que si la gente no lo sabe es porque no sabemos explicárselo? Mucho me temo que esta versión es bastante más cierta que la anterior: la ignorancia está en nosotros, en que quizá somos farragosos, oscuros, mágicos, misteriosos y pedantes.



Claro que también puede ocurrir que interese que la gente siga en su ignorancia, no en vano hay muchos «intereses» en ciernes. Unas veces es el dinero, otras la sensación de dominio sobre el enfermo, otras la propia inseguridad del terapeuta, otras la falta de formación, de capacitación o de profesionalidad. Muchos intereses, tal vez por eso las psicoterapias siguen dominadas por círculos, escuelas, sociedades o líderes carismáticos.

Con mucha frecuencia, cuando viene un enfermo a nuestra consulta y nos cuenta que ya ha estado en tratamiento con anterioridad, le preguntamos quién y cómo lo ha tratado. La mayor parte de las veces recuerda mal el nombre del médico, fatal el nombre de las pastillas, no tiene ni idea de cómo se llama su enfermedad, etc. Pero si lo trata un psicoterapeuta, sí suele saber su nombre, aunque no tiene ni idea del tipo de psicoterapia que ha hecho; es más, ni siquiera sabe que hay una «técnica» porque nadie le ha advertido que se lo trataba con esta o aquella modalidad de psicoterapia. Y por supuesto, no sabe si habría otras alternativas, ni tampoco si esa es la técnica más indicada para su problema. Es como si creyese que solo hay un tipo de pastillas para tratar todas las enfermedades.

En gran parte, esto sucede por nuestra culpa, por nuestra poca capacidad didáctica y por nuestra escasa formación e información en psicoterapias. Habría que añadir que también es culpa de esa pseudocultura social de la salud, que confunde lo bueno con lo inocuo, lo eficaz con lo natural, lo seguro con lo suave. Poco bien hacemos a las psicoterapias si las equiparamos a esas magias y misticismos, a tantas mentiras y fraudes como hoy en día asedian los aledaños de la salud. Es una falta de respeto a todos los investigadores de la mente humana que han ideado y desarrollado técnicas veraces y eficaces. Es una injusticia para el trabajo, la reflexión, el estudio sereno y templado de tantos psicoterapeutas, y, sobre todo, es un desafuero contra la mayor de las potencias humanas: la palabra. La palabra es la más eficaz y respetable de todas las fuerzas de que dispone el hombre, tan beneficiosa como peligrosa, dependiendo de cómo se utilice.

En resumen, las psicoterapias son técnicas que usan la palabra para curar. Se basan en hablar y escuchar, en guiar y aprender. Hay muchas y muy buenas, un enorme cesto lleno de psicoterapias posibles. Es como un baúl mágico sin fondo, en el que todo cabe. Lo abres y no dejan de salir autores y nombres, técnicas y escuelas, libros y más libros, y eso es bueno. Mucho escrito y mucho por escribir. Una enorme riqueza, pero también un enorme desorden. Por eso mismo hemos planteado este capítulo. Y la cosa es bien sencilla: si usted o su familiar padece un trastorno psíquico

y le aconsejan que haga psicoterapia, primero infórmese, pregunte a su médico de cabecera, o a su psiquiatra o psicólogo de zona. Déjese aconsejar por los que saben y están limpios de intereses y libres de condicionamientos. Las psicoterapias son posibles, y además son útiles y eficaces cuando están correctamente indicadas y practicadas. Lo contrario no es psicoterapia, es «charloterapia».

## 5

# Las psicosis o la enfermedad mental con mayúsculas

Ya decíamos al principio de este libro que resulta difícil establecer la frontera entre lo que es normal y aquello que no lo es, y más hablando de comportamientos humanos donde la mayoría no tiene un perfil exacto. ¿Qué es normal? ¿Quién es más normal? ¿Quién no tiene todos los días algún rasgo de anormalidad? Por eso la pregunta más inquietante que se puede hacer a un psiquiatra es esa que nos hacemos tantas veces: ¿QUÉ ES LA LOCURA? Todos tenemos claro que la locura (si es que se puede hablar así, en general, de una locura) es, si no la peor, una de las peores desgracias que pueden afectar a cualquier ser humano. El tema es tan apasionante como complejo, pero vamos a evitar las divagaciones y entremos en materia sin más dilación.

«Locura» es el término popular, y también peyorativo, que han venido recibiendo algunas de las enfermedades psiquiátricas, fundamentalmente las que conocemos en terminología médica como *psicosis*; es decir, enfermedades mentales caracterizadas por la pérdida del juicio correcto de la realidad, existencia de ideas delirantes, alucinaciones, cambios afectivos muy acusados, así como alteraciones en las relaciones interpersonales y en el comportamiento.

Los psicóticos son enfermos que tienen una serie de ideas falsas, con alguna frecuencia también completamente absurdas, pero firmemente ancladas en su psiquismo e irrefutables por medio de cualquier razonamiento lógico. Por ejemplo, ser perseguido, tener poderes especiales, ser un enviado de otro planeta o ser descendiente de Dios. Estas ideas se llaman delirantes, que significa literalmente «salidas del surco»; son muy intensas y dominan toda la conducta del enfermo, y además son irrefutables. En función de ellas se puede agredir, gritar, aislarse, llorar, ayunar, insultar, incluso, en algunos casos, los menos afortunadamente, se puede llegar hasta matar o morir para obedecerlas, sobre todo cuando van acompañadas de alucinaciones.

Las alucinaciones se definen como percepciones sin nada que percibir. La persona

alucinada percibe sonidos, palabras, visiones, olores, roces, etc. sin que exista nada que los cause. Las alucinaciones psicóticas suelen ser voces o comentarios que el enfermo oye en su interior, o provenientes del exterior, que le hablan o le comentan alguna cosa referente a él, o que le dan órdenes, o lo insultan, y que en todo caso le provocan siempre una gran desazón.

Además de las ideas delirantes y de las alucinaciones, las psicosis se caracterizan también por que los pacientes no tienen conciencia de enfermedad. Esto es, no saben o no creen que estén enfermos; como mucho pueden aceptar sentirse algo raros, pero nunca enfermos. Por tanto no buscan ayuda médica, y cuando se les insiste en que acudan al psiquiatra se irritan, encolerizan y a veces proyectan su agresividad en el entorno, y creen ser objeto de persecuciones o perjuicios por parte de la familia, los compañeros o de fuerzas misteriosas o inexplicables.

Dentro de las psicosis hay diferentes tipos o variedades. La más conocida, y también la más grave de todas ellas, es sin lugar a dudas la *esquizofrenia*, con frecuencia considerada como el paradigma de la enfermedad mental por antonomasia.

Se trata de una enfermedad relativamente frecuente (el 1% de la población la padece), de inicio juvenil, de carácter grave, de evolución habitualmente crónica y deteriorante, que tiene unos síntomas muy específicos que indican el diagnóstico, y que requiere tratamiento con fármacos antipsicóticos, así como terapias de psicoeducación y rehabilitadoras, durante plazos muy largos de tiempo, cuando no de por vida. La esquizofrenia es una enfermedad grave que altera la vida personal y también el entorno familiar.

SÍNTOMAS DIANA DE LA ESQUIZOFRENIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del pensamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disgregación e incoherencia</li> <li>– Ideas delirantes</li> </ul> </li> <li>• Trastornos de la percepción <ul style="list-style-type: none"> <li>– Alucinaciones (auditivas)</li> </ul> </li> <li>• Afectividad embotada e inapropiada</li> <li>• Falta de motivación</li> <li>• Aislamiento social y conducta extravagante</li> <li>• Trastornos psicomotores <ul style="list-style-type: none"> <li>– Desde el estupor hasta la agitación</li> </ul> </li> <li>• Ocasionalmente, no conciencia de enfermedad</li> </ul>

Además de la esquizofrenia existen *otras formas de psicosis*. A continuación hemos expuesto, siguiendo los criterios de clasificación internacional DSM-IV, los tipos o variedades de trastornos psicóticos más importantes:

- Esquizofrenias
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno psicótico breve
- Trastorno delirante
- Trastorno psicótico compartido
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

Todas estas formas de psicosis tienen diferente importancia y repercusión sanitaria y social, en función de su frecuencia y la intensidad de los síntomas; no obstante, conviene conocerlos, siquiera superficialmente. Por lo que respecta al *trastorno esquizofreniforme*, es una enfermedad muy similar a la esquizofrenia, siendo casi siempre un diagnóstico provisional, ya que tiene los mismos síntomas que aquella pero no han durado los *seis meses* que las clasificaciones actuales exigen como mínimo para determinar dicho diagnóstico. Pasado ese tiempo, si persisten los síntomas, los psiquiatras diagnosticamos directamente esquizofrenia.

En el *trastorno esquizoafectivo*, como su nombre indica, el paciente tiene

sintomatología esquizofrénica (ideas delirantes, alucinaciones...) y también de tipo afectivo; es decir, de tipo depresivo (tristeza y apatía) o maníaco (euforia y expansividad).

El *trastorno psicótico breve* es un trastorno sintomáticamente también parecido a la esquizofrenia pero cuya duración *no llega al mes* y en el que debe existir un factor estresante intenso que desencadene el cuadro clínico. El pronóstico de esta alteración es generalmente mucho más favorable que las formas previas.

El *trastorno delirante* es lo que clásicamente se ha llamado paranoia. Queda definido por la existencia de ideas delirantes que, en oposición a las de la esquizofrenia, son estructuradas, comprensibles y no extrañas. Es algo más frecuente en el género femenino, su comienzo es tardío (40-50 años) y tiene una gran tendencia a la cronificación.

Por lo que respecta al *trastorno psicótico compartido*, es una alteración caracterizada por la existencia de un sistema delirante que se produce por la relación con otro sujeto que también está enfermo. En cierta manera se podría hablar de un «contagio» de la enfermedad. El paranoico va a proyectar sus ideas delirantes sobre un sujeto generalmente inmaduro y lábil emocionalmente que es quien sufre también el trastorno.

Por último conviene recordar que el *consumo de sustancias*, tales como ciertos estimulantes (anfetaminas y cocaína) y sobre todo los alucinógenos (LSD), con frecuencia puede dar lugar a cuadros psicóticos, cuya evolución depende en gran medida del tiempo de consumo, la personalidad previa, la dosis de la sustancia, etc. También determinadas enfermedades médicas pueden expresarse sintomáticamente a través de ideas delirantes y/o alucinaciones acusadas.

El diagnóstico de todas las psicosis es clínico; es decir, hay que entrevistarse con el enfermo y saber captar a través de los síntomas la enfermedad que lo aqueja. También es conveniente realizar una analítica rutinaria e incluso a veces otras exploraciones más sofisticadas, pero no como método diagnóstico, sino como una forma de descartar la existencia de otro tipo de alteraciones o anomalías que puedan prestarse a confusión (procesos tumorales, alteraciones metabólicas, cuadros infecciosos, etc.).

Por lo que respecta al tratamiento, es en esencia de dos tipos: *farmacológico* y *psicológico*. El tratamiento farmacológico es el fundamental, surge en la década de los años cincuenta y es la clorpromacina (Largactil), el primero de todos los que en

adelante constituirán el grupo de los llamados *neurolépticos*, *antipsicóticos* o *tranquilizantes mayores*.

Desde esa fecha hasta el presente el panorama del paciente psicótico ha experimentado un profundo cambio. Así, de ser enfermos condenados al aislamiento tras los muros de los hospitales psiquiátricos o manicomios de forma casi permanente, pasan, gracias a los fármacos antipsicóticos, a poder hacer una vida «casi normal», integrados en sus familias, e incluso realizando en algunos casos una actividad laboral limitada pero muy terapéutica. Los antipsicóticos son medicamentos realmente eficaces, con efectos secundarios que nadie puede negar, pero capaces de proporcionar al paciente afecto de una psicosis una mejoría clara de sus síntomas tanto positivos (ideas delirantes y alucinaciones) como negativos (embotamiento afectivo y autismo).

En el momento actual las líneas de investigación están abiertas, y casi a diario aparecen nuevas sustancias más selectivas (con menos efectos secundarios) y con un poder antipsicótico mayor. De los clásicos Largactil (clorpromacina) y haloperidol, se ha pasado a los modernos antipsicóticos, llamados «atípicos», como son el Risperdal (risperidona), Zyprexa (olanzapina), Seroquel (quetiapina), Zeldox (ziprasidona), Abilify (aripiprazol). Estos fármacos tienen menos efectos secundarios e interacciones y ejercen una acción mayor sobre los síntomas más deteriorantes (negativos), lo que los hace preferibles para el manejo actual de las psicosis.

El panorama es realmente optimista. Pero no por ello se debe bajar la guardia ya que, a pesar de los avances farmacológicos, las psicosis siguen siendo enfermedades graves e incluso a veces peligrosas, tanto para el enfermo, al que va minando desde un punto de vista global de su personalidad (es lo que los psiquiatras llamamos situación defectual), como para su entorno, ya que pueden originar conductas absurdas que emanan de las ideas delirantes y de las alucinaciones que el paciente siente y percibe como reales aunque evidentemente no lo sean.

Por lo que respecta a los efectos secundarios de los antipsicóticos, aunque son medicamentos seguros y de relativamente fácil manejo, conllevan una serie de complicaciones que conviene conocer. También es importante matizar que los efectos secundarios no son iguales para todos los antipsicóticos ya que depende mucho del mecanismo de acción que tengan. No obstante, en líneas generales se puede afirmar que las complicaciones más importantes y frecuentes tras su administración son las siguientes:

- Sedación
- Síntomas extrapiramidales (temblor, rigidez, inquietud)
- Sequedad de boca, visión borrosa, alteraciones en la micción
- Aumento de peso
- Hipotensión
- Trastornos de la menstruación (amenorrea)
- Alteraciones hematológicas (descenso de los leucocitos)
- Discinesia tardía (alteración del movimiento)
- Síndrome maligno (reacción a los antipsicóticos; muy raro, pero muy grave si aparece).

En resumen, los efectos secundarios dependen mucho del tipo de fármaco que se utilice, de la dosis y del período de ingesta. El efecto secundario más frecuente es la presencia de cuadros llamados «extrapiramidales», similares a la enfermedad de Parkinson. Este tipo de situación se controla con medicamentos como el biperideno, cuyo nombre comercial es el de Akinetón. Los antipsicóticos atípicos (los más modernos) son en líneas generales mejor tolerados por el paciente, lo que origina un mejor nivel de cumplimiento y al final una mayor eficacia sobre la enfermedad.

A pesar de todos sus efectos secundarios, los antipsicóticos o neurolépticos son medicamentos insustituibles en el tratamiento de las psicosis, y pueden ser de utilidad también en otras situaciones muy variadas como episodios de agitación, trastornos conductuales de la demencia, en el delirium (situaciones de desorientación témporo-espacial y alteraciones del nivel de conciencia), en la manía, etc.

<b>ANTIPSIKÓTIKOS MÁŠ UTILIZADOS</b>		
<b>FÁRMACOS (Nombre comercial)</b>	<b>DOSIS FASE AGUDA (mg/día)</b>	<b>DOSIS MANTENIMIENTO (mg/día)</b>
<b>HALOPERIDOL (Haloperidol)</b>	<b>2 a 50</b>	<b>1 a 10</b>
<b>RISPERIDONA (Risperdal)</b>	<b>6 a 12</b>	<b>3 a 6</b>
<b>OLANZAPINA (Zyprexa)</b>	<b>10 a 30</b>	<b>10 a 15</b>



## 6

### **Hablemos de drogas.**

#### **«Las duras», «las blandas» y «las otras»**

El problema de las drogodependencias es uno de los más graves, complicados y antiguos que tiene planteado la sociedad moderna, problema que, evidentemente, no es solo sanitario sino que implica también a otras parcelas como la sociología, la política, la economía e incluso el derecho.

De una forma muy general, denominamos «drogas» a todas aquellas sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de modificar una o más funciones de este. Si queremos matizar, podemos definir como droga cualquier sustancia, natural o artificial, que actúa sobre el cerebro, siendo capaz de modificar nuestras emociones, nuestros pensamientos y en definitiva toda nuestra conducta.

Según los más recientes informes que proporciona el Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías, se está produciendo un aumento del consumo de los derivados del cannabis y de la cocaína, sobre todo, sustancias que vienen avaladas por una errónea fama de inocuidad y cuyas secuelas ya las estamos sufriendo. Parece observarse un descenso muy significativo del consumo de los derivados opiáceos (heroína, especialmente en su forma inyectada, debido a los problemas infecciosos relacionados con el sida) y una estabilización por lo que respecta a las drogas de síntesis y los alucinógenos.

Las drogas van a causar auténticos estragos solo en aquellas personas que tienen cierta vulnerabilidad (predisposición). Ahora bien, cualquier persona corre un gran peligro al probarlas. Los médicos no podemos predecir quién se verá más afectado, y es demasiado arriesgado andar probando. Todavía queda mucho por investigar en este terreno y es temerario despreciar los riesgos. Lo mejor es no jugar con un tema tan delicado. Recordemos el clásico refrán: «Los experimentos se hacen con gaseosa».

Entre los factores de personalidad que más facilitan la adicción destacan la inmadurez psicológica, la inseguridad, la inestabilidad emocional, la introversión y la timidez. También facilita el consumo abusivo de drogas la existencia de algunas

enfermedades psíquicas como la ansiedad, la depresión, las psicosis y los trastornos de la impulsividad. Todas las organizaciones nacionales y supranacionales, incluida la Organización Mundial de la Salud, coinciden en considerar a los drogodependientes como enfermos, tanto por lo que respecta a sus derechos como a sus deberes. También es cierto que son enfermos peculiares, con ciertos matices que a veces cuesta comprender, sobre todo para los que nunca han tenido ni personal ni familiarmente relación alguna con la drogadicción.

Los toxicómanos son un tipo de pacientes muy problemáticos de manejar, incómodos para todos, manipuladores con la familia, agresivos con la sociedad, incluso con los médicos y sanitarios que queremos ayudarlos. Pero hay que tener las ideas claras y no andar con ambigüedades. El toxicómano es ante todo un enfermo necesitado de ayuda y comprensión que ha perdido su libertad ante una sustancia o, como veremos más adelante, ante un comportamiento.

Todas las drogas actúan sobre el sistema nervioso central, fundamentalmente sobre el encéfalo. Según su forma de actuación se distinguen tres grandes tipos de sustancias. Las primeras son las llamadas *estimulantes*, entre las que se encuentran desde la cafeína y la nicotina hasta la cocaína y las anfetaminas. Todas ellas, como su propio nombre indica, provocan un aumento de la actividad general, disminuyen la necesidad de dormir y crean un estado de ánimo exaltado y eufórico a veces con pérdida incluso del contacto con la realidad. Los estimulantes son todos ellos sustancias que con frecuencia generan graves alteraciones psiquiátricas.

Hay un segundo grupo de sustancias que llamamos *depresoras*, cuyo prototipo sería la morfina (y su derivado la heroína o diacetil morfina). Su acción básica es la de inhibir el funcionamiento general de nuestro sistema nervioso dando lugar a un estado de apatía, postración, somnolencia y «pasotismo» muy intenso. También producen con mucha rapidez dependencia, calculándose que esta se produce aproximadamente tras unos veinte días de consumo. El alcohol es una sustancia que se incluye en este apartado.

Por último tendríamos las llamadas sustancias *psicodélicas*. Quizá la más conocida de todas ellas es el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), aunque también existen otras naturales como la mezcalina y la psilocibina. Sus efectos son, asimismo, muy problemáticos porque producen directamente síntomas psicóticos (alucinaciones, despersonalización, trastornos de la conducta, etc.) e incluso a veces auténticas psicosis.

Por lo que respecta a los trastornos psicopatológicos que pueden producir las

drogas, la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) distingue entre los trastornos *por consumo* de drogas y los *inducidos* por las mismas. A continuación se resumen todos estos aspectos.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS (Asociación Americana de Psiquiatría)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastornos por consumo de sustancias<ul style="list-style-type: none"><li>– Dependencia</li><li>– Abuso</li></ul></li><li>• Trastornos inducidos por sustancias<ul style="list-style-type: none"><li>– Intoxicación</li><li>– Abstinencia</li></ul></li></ul>

#### DEPENDENCIA DE DROGAS

Se entiende como tal un patrón de consumo de sustancias caracterizado por la existencia de tolerancia, es decir, necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, y períodos de abstinencia en los que aparecen una serie de síntomas cuando se priva bruscamente al consumidor de su droga. Además existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. También se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la droga (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias, fumar un pitillo tras otro), o en la recuperación de los efectos de la sustancia. Además hay una reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.

#### ABUSO DE DROGAS

Se considera abuso de drogas un consumo inadecuado que produce un incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela o trabajo relacionadas con la

sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa, etc.). También es criterio de abuso el consumo en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (como conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia), o bien el consumo a pesar de problemas legales o sociales repetidos o recurrentes (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia), problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (como discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

## INTOXICACIÓN POR DROGAS

Es la presencia de un síndrome reversible y específico producido por la ingestión reciente de una droga. En la intoxicación hay cambios psicológicos o comportamentales significativos debidos al efecto que la sustancia ingerida tiene sobre el sistema nervioso central (como irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social). Dichos síntomas se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

## ABSTINENCIA DE DROGAS

Se denomina de esta forma a la presencia de una serie de síntomas debidos al cese o reducción de un consumo prolongado y en grandes cantidades de una droga. Todo ello origina un malestar significativo y un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Dentro de las drogas, como hemos visto, hay muchas variedades. Vamos a analizar los efectos que producen las que se usan más frecuentemente. En primer lugar tenemos los *opiáceos*, un tipo de drogas que proceden originariamente de la planta del opio (*Papaver somniferum*, amapola blanca o adormidera). Entre los opiáceos más conocidos está la morfina, de la que a su vez se extrae la tan popular y devastadora heroína (diacetylmorfina).

Todos ellos poseen potentes efectos analgésicos y tranquilizantes. La heroína, creada en los años treinta por los laboratorios Bayer en un intento de disminuir la toxicidad de la morfina, y conocida en el argot de los usuarios como «caballo», es un

polvo, generalmente de color blanco, que suele ser utilizada por medio de inyección en la vena, aunque el temor, sobre todo al contagio del sida, ha provocado que su consumo se realice cada vez con más frecuencia fumándola («fumar un chino»). Sus efectos duran entre 6 y 12 horas (depende de la dosis), y consisten especialmente en una sensación de placidez y relajación muy intensos. Asimismo produce un marcado empobrecimiento emocional, alteraciones en la concentración, la atención y la memoria, estreñimiento y contracción pupilar. La dependencia se produce a los 20-30 días de su consumo regular, dando lugar cuando falta la dosis diaria a un síndrome de abstinencia importante («mono» en el argot del consumidor), cuyos síntomas más llamativos son: temblores, sudoración, lagrimeo, dolores abdominales, diarreas y sobre todo una gran ansiedad, lo que con frecuencia los lleva a transgredir la ley para obtener su dosis de la forma que sea.

No es inusual que los heroínómanos presenten lo que se denomina «sobredosis», situación que se produce al ingerir más cantidad de droga de la que están acostumbrados y que es generalmente debido a las modificaciones en la adulteración de la sustancia. Es un cuadro clínico muy grave que puede llegar a ser mortal al producir una intensa depresión respiratoria.

Otra droga muy consumida, quizá hoy la que más, es la cocaína, sustancia que se extrae de una planta muy abundante en las altiplanicies andinas de Perú, Ecuador y Colombia, conocida como *Erythroxylum coca*. Normalmente se toma aspirándola por vía nasal («esnifar una raya» en el argot del consumidor), ya que por vía oral se destruye. También se toma en la actualidad por vía intravenosa, a veces mezclada con la heroína (llamándose entonces en el argot «mezcla» o «speed-ball»).

La cocaína es el más poderoso estimulante que se conoce, teniendo además efectos anestésicos locales y vasoconstrictores; estos últimos son los responsables de algunos infartos de miocardio, accidentes vasculares cerebrales y necrosis del cartílago nasal que aparecen en personas muy jóvenes y consumidores habituales de la sustancia. Cuando el clorhidrato de cocaína se trata con bicarbonato sódico y se calienta se obtiene el «crack», variedad muy utilizada por sus efectos rápidos e intensos. El crack es una forma de ingestión de cocaína muy peligrosa, pues debido a su gran pureza ha causado muchas muertes y alteraciones mentales irreversibles.

Los efectos estimulantes aparecen normalmente a los 20-30 minutos de la ingestión, a veces antes, adquiriendo su máxima intensidad a la hora; no obstante, todo ello es muy variable y depende una vez más de la dosis, grado de pureza, y tolerancia al consumo. La cocaína quita el sueño, la sensación de fatiga y el

cansancio. También disminuye el apetito, produce euforia y sensación de bienestar y prepotencia. Por último, hay que recordar que produce agresividad, violencia, irritabilidad, pérdida de memoria, trastornos mentales graves (psicosis) e incluso la muerte por infarto de miocardio.

Las anfetaminas, conocidas en el argot como «speed», vocablo inglés que significa velocidad, son derivados de la fenilisopropilamina y junto con la cocaína forman el grupo de las drogas *estimulantes*. Aumentan la vigilancia y también producen euforia y sensación de lucidez. Crean adicción con cierta rapidez, sobre todo cuando se administran por vía intravenosa, y con frecuencia producen alteraciones psiquiátricas importantes (psicosis, trastornos de pánico y depresiones). Las anfetaminas han sido unas sustancias muy empleadas para quitar el apetito y también para poder soportar la fatiga del estudio. Otro de sus usos ha sido en el deporte, para disminuir la sensación de cansancio, y en los conflictos bélicos, para conseguir una mayor agresividad de los contendientes. Su peligrosidad es muy alta, en especial por la mala información que ha habido respecto a su potencial adictivo.

Llega ahora el turno del cannabis, más conocido como «porro». Esta sustancia, que se obtiene de la planta *Cannabis sativa*, tiene efectos alucinógenos y, por tanto, es capaz de distorsionar la realidad, aspecto este ignorado por la mayoría de los consumidores. El cannabis (porro, marihuana, hachís, etc.) se toma generalmente fumado y mezclado con tabaco. Sus efectos empiezan a notarse a los 15-30 minutos, aunque ello una vez más depende en gran medida del sistema empleada para su elaboración, no siendo lo mismo el hachís (resina prensada de cannabis, de mayor pureza) que la marihuana (hojas de la planta con menor concentración en 9-deltatetrahidrocannabinol).

Los efectos más importantes del cannabis son la producción de un estado de euforia y de desinhibición muy parecida a la que tiene lugar en la embriaguez por alcohol. Uno de los aspectos más preocupantes y también más desconocido del porro es su capacidad de producir psicosis (enfermedad mental severa), sobre todo cuando se toma mezclado con alcohol u otras drogas. No olvidemos que forma parte del grupo de las drogas *alucinógenas* y que por tanto puede llegar a producir severos cuadros psicóticos.

«Trips» (viaje en inglés) es la forma vulgar y de argot con la que los consumidores denominan a las dosis de LSD, otro alucinógeno. Estos se consumen solo por vía oral y, como su propio nombre indica, producen como síntoma más destacado alucinaciones, sobre todo visuales y cromáticas, aunque también pueden ser de otro

tipo (auditivas, cutáneas, olfativas, etc.). La intoxicación aguda es lo que se denomina en el argot «viaje». Una característica importante de los alucinógenos es la de provocar reacciones de pánico y reaparición de las alucinaciones sin que se haya vuelto a consumir la sustancia (es lo que se denomina «flash back»), aspecto este muy peligroso y capaz de producir situaciones dramáticas como accidentes de tráfico, laborales, etc.

Por último llega el momento de analizar las llamadas *drogas de síntesis* (o de diseño), sustancias estimulantes derivadas de las anfetaminas, que pueden ser elaboradas en sencillos laboratorios y por personas sin grandes conocimientos químicos. Así, tenemos el popular «éxtasis» (metileno-dioximetil-anfetamina), cuyo primer decomiso en Europa se produjo en la isla de Ibiza. También pertenecen a este grupo la no menos famosa «píldora del amor» (metileno-dioxi-anfetamina) y la conocida «Eva» (metileno-dioxi-etil-anfetamina). Los principales problemas sociosanitarios que están originando estas drogas son por un lado su errónea fama de sustancias poco peligrosas, y por otro la dificultad para perseguirlas, ya que la más mínima modificación de sus moléculas deja en la indefinición legal a la sustancia y en la impunidad al traficante. La mayor parte de las drogas de diseño se toman por vía oral y sus efectos son estimulantes y alucinógenos. En los últimos años se han descrito varios casos de muerte derivados directa o indirectamente del consumo de drogas de síntesis.

Solemos demonizar a las drogas ilegales y hay que decir cuanto antes y con claridad que el hecho de que una droga sea legal o que no lo sea no la hace más o menos perjudicial para la salud. Las *drogas legales* como el alcohol y el tabaco matan cada día a muchas más personas que las *drogas ilegales*. Solamente el tabaco es capaz de acabar con la vida de 53.000 españoles cada año. Y la implicación del alcohol, otra droga legal, en accidentes de tráfico, homicidios, asesinatos, malos tratos o accidentes laborales está suficientemente demostrada.

Si nos centramos en el tema del alcohol, los datos que se manejan en España así lo confirman, ya que el 80% de la población consume alcohol, haciéndolo de forma habitual el 67%. Según estudios fiables se estima que el 8% de la población general presenta una dependencia alcohólica y que el consumo abusivo de alcohol es el responsable del 20% de las urgencias psiquiátricas, del 35% de los accidentes laborales y del 50% de los accidentes de circulación. El Estado gasta de forma directa unos 390 millones de euros en los problemas relacionados con el alcohol.

Sin lugar a dudas el alcohol es una droga en el sentido popular del término y

además puede llegar a ser muy dañina. Otra cosa distinta es que su consumo en nuestra sociedad esté ampliamente permitido e incluso hasta estimulado por una publicidad engañosa. El alcohol, aunque es básicamente una sustancia depresora, posee, según la dosis, efectos euforizantes, analgésicos, ansiolíticos y hasta calóricos. Es, por lo tanto, una droga muy «eficaz», y por eso es tan utilizada (en casi todas las culturas se conoce) y desde hace tanto tiempo (prácticamente desde el inicio de la humanidad).

La Organización Mundial de la Salud insiste en que hay que moderar mucho la ingestión de alcohol, pues, a pesar de toda la publicidad sobre sus supuestas propiedades «curativas» que incitan a su consumo, es peligrosa y capaz de crear dependencia tanto psíquica como física. Es una sustancia de las llamadas lipófilas, lo que explica su gran afinidad por tejidos ricos en grasa como el cerebro. Una vez que se absorbe a nivel del aparato digestivo, va a transformarse en una serie de sustancias menos tóxicas, pero todo ello con el consiguiente desgaste hepático.

El alcohol no solo perjudica al hígado, sino que también altera otros órganos como el estómago (gastritis), el páncreas (pancreatitis), el corazón (infartos) y por supuesto el cerebro (demencia). Si se bebe en gran cantidad y durante un tiempo prolongado, las consecuencias son irreparables. Además, gran parte de la peligrosidad del alcohol deriva de los tópicos que existen respecto a él y que conviene eliminar. Así, por ejemplo, muchas personas creen que es un alimento, o que puede ser un estimulante sexual, o que puede servirnos para calentarnos en una noche fría, o que previene de enfermedades cardíacas. Falso, el alcohol es un tóxico que solo ingerido en dosis muy pequeñas puede ser tolerable, pero nunca recomendable, y menos desde el punto de vista sanitario.

Básicamente tenemos dos clases de bebidas: las fermentadas (que proceden de un fruto o grano) como son el vino, la cerveza, la sidra, etc., y las destiladas, que se obtienen al destilar una bebida fermentada, eliminando a través del calor parte del agua que contienen. En este segundo grupo están el whisky, el ron, la ginebra, el aguardiente, etc. Las bebidas destiladas obviamente tienen más alcohol que las fermentadas y son por tanto más peligrosas y más dañinas para nuestra salud.

Otro aspecto importante y por el que se diferencian unas bebidas de otras es el llamado *grado alcohólico*. ¿Qué es el grado alcohólico? No es otra cosa que el porcentaje de alcohol puro que contiene una bebida para un volumen determinado de dicha bebida.



CERVEZAS	3 a 7 grados
SIDRAS	3 a 6 grados
VINOS	8 a 13 grados
LICORES Y AGUARDIENTES	30 a 70 grados

Decir que un vino tiene 10° significa que en un litro de ese vino hay un 10% de alcohol puro o, lo que es lo mismo, 100 cc de alcohol puro (recordemos que la Organización Mundial de la Salud no aconseja en ningún caso beber más de 75 cc de alcohol al día).

También es importante señalar que no todos los enfermos por el abuso de alcohol beben de la misma manera. Hay personas que son alcohólicas y que sin embargo no prueban el alcohol durante la semana, pero llega el fin de semana y beben sin parar hasta emborracharse. Es lo que se llama «alcoholismo de fin de semana» o modelo anglosajón, cada vez por desgracia más frecuente en nuestro medio, sobre todo entre gente joven. Hay otros que consumen regularmente grandes cantidades, aunque no se emborrachan ya que «aguantan mucho», pero lo que obviamente ignoran es que, aunque no haya síntomas de intoxicación etílica, el alcohol les produce un daño importante y pueden llegar a ser también alcohólicos.

Otros alcohólicos pasan largos períodos sin beber, semanas o incluso meses, pero un día empiezan a hacerlo y no son capaces de controlar sus ingestas. Son los llamados «bebedores compulsivos». Detrás de este tipo de consumo de alcohol existen con mucha frecuencia enfermedades mentales como la ansiedad, la depresión o el trastorno de la personalidad. Por último estaría el que bebe desde que se levanta por la mañana ya que sufre temblor, sudoración y malestar intenso, y necesita la ingesta de alcohol para poder desarrollar una mínima actividad. Esta es, evidentemente, la forma más grave de alcoholismo y la que más deterioro social y personal conlleva.

En resumen, el consumo abusivo de alcohol puede originar dos tipos de trastornos. En primer lugar nos encontramos con una problemática social muy importante ya que detrás de muchos accidentes de tráfico (casi el 50%), de malos tratos al cónyuge y a los hijos (aproximadamente el 85%), del absentismo laboral (2-3 veces más frecuente en los alcohólicos), de actividades delictivas (más del 30%) se encuentra un consumo abusivo y patológico de alcohol.

Pero no quedan ahí las cosas, pues el alcohol es también el responsable del 25% de las hospitalizaciones en servicios de medicina interna, del 15% de las urgencias

generales y del 20% de las consultas psiquiátricas. Las bebidas alcohólicas a dosis iguales dañan más a la mujer, ya que esta tiene una mayor facilidad para su absorción debido a un metabolismo diferente y también a la mayor cantidad de panículo adiposo, que permite su fijación y facilita la absorción.

Para acabar el apartado vamos a detenernos en el tratamiento de las drogodependencias. Lo primero es conseguir que el drogodependiente acepte que lo es, ya que muchos de ellos niegan serlo, y no es infrecuente oír frases como: «Yo no estoy enganchado», «yo sé bien lo que me hago», «cuando quiera lo dejo», «si solo consumo los fines de semana», «yo no soy un yonqui de esos que se pinchan y andan tirados por la calle»... Estas frases traducen sin duda el gran desconocimiento que existe sobre las drogodependencias.

El drogadicto no cree serlo hasta que empieza a ver que no puede controlar la droga y que las consecuencias adversas de todo tipo empiezan a ganar un terreno muchas veces irrecuperable. La familia del drogadicto con frecuencia es la última que se entera del problema, y todo ello obviamente complica la situación y las posibles soluciones de la misma. Es preciso aceptar que un problema existe para poder buscar soluciones. Una vez que ha quedado clara la existencia del problema, el siguiente paso es iniciar un tratamiento adecuado.

Las desintoxicaciones son todos aquellos procesos encaminados a que un paciente drogodependiente llegue a poder prescindir de la sustancia adictiva en un período de tiempo más o menos breve. Hemos de aclarar que desintoxicar no significa, ni mucho menos, deshabituación o rehabilitación; esto es otro problema. Supone el primer recorrido que una persona dependiente de sustancias realiza en el largo camino de su estabilización y recuperación. Conseguir pasar la desintoxicación no es, como a veces se piensa, la meta final, «el triunfo sobre la droga». Precisamente es tan solo el principio de todo el proceso de deshabituación, rehabilitación y resocialización del drogodependiente.

Existen, básicamente, dos criterios para llevar la desintoxicación a cabo: 1.º que el síndrome de abstinencia se experimente lo menos posible y 2.º que el síndrome de abstinencia se sufra total o parcialmente con propósitos aversivos.

Los tratamientos, por tanto, se dividen en: *farmacológicos*, que abordan al drogodependiente, como a cualquier enfermo que se siente mal, mitigando la sintomatología del cuadro de abstinencia; *naturalistas* o *no farmacológicos*, que son contrarios a la farmacopea (a veces también a los médicos) y proponen pasar el

«mono» con tisanas, compañía, oraciones, etc.; por último están las terapias *comportamentales*, como son las técnicas coercitivas y aversivas.

Aunque ninguna desintoxicación acarrea peligro para la vida del paciente (a no ser que se encuentre en condiciones físicas muy precarias, o en estadios terminales de sida, por ejemplo), los tratamientos médicos son, lógicamente, los más recomendables para mitigar de forma eficaz los síntomas agudos de la privación de la sustancia de la que se depende. Así lo demuestra la mayor retención en ellos de estos pacientes, el mejor abordaje terapéutico posterior, y la mayor confianza y seguridad hacia el médico y los terapeutas, condición esta imprescindible para establecer la necesaria relación durante el proceso terapéutico.

Según el lugar en el que realicemos la desintoxicación, esta puede ser:

- *Ambulatoria*: es el lugar más aconsejable para realizarla, por regla general, ya que implica unos adecuados recursos internos del paciente, un apoyo familiar suficiente, unas condiciones sociales adecuadas, y una salud física y mental mínimamente conservadas. El paciente no rompe con su entorno, sino que se trabaja en medio de él
- *Hospitalaria*: se procede a ella en aquellos casos en los que existe una patología de fondo, o bien cuando las condiciones sociales del entorno del paciente no auguran un buen pronóstico si la desintoxicación se realiza de forma ambulatoria. También sucede así cuando se van a utilizar técnicas sofisticadas de desintoxicación que requieren atención médica y de enfermería constante (desintoxicaciones ultracortas, curas de sueño...) *En comunidad terapéutica*: es útil para aquellos pacientes para los que es aconsejable salir una temporada del entorno familiar y social en el que se desenvuelven, y que además poseen una buena capacidad para la convivencia y para el sometimiento a las normas básicas de la comunidad a la que van a ir.

En cualquier caso los tratamientos deben ser individualizados, ya que un paciente puede necesitar un programa y una medicación diferentes a otro que consuma el mismo tipo de droga. La idiosincrasia del enfermo, el proceso adictivo, el entorno donde él se mueve, su familia, su forma de reaccionar, su patología de fondo..., todo ello puede hacer preferible uno u otro abordaje.

Además, el síndrome de abstinencia no es el mismo para todos los consumidores de la misma sustancia. La personalidad del paciente, el tiempo que lleva consumiendo la droga y las secuelas que le haya dejado, la dosis habitual de la sustancia, su tolerancia al estrés y otros muchos factores son fundamentales a la hora de elegir un tipo u otro de tratamiento. También es importante considerar el significado que el

«mono» tiene para el paciente. Si lo ha pasado mal otras veces, sea por haber sido medicado deficientemente o por haberlo hecho con un método naturalista o coercitivo, la ansiedad anticipatoria, que puede traducirse en una intensa angustia, va a perjudicar el nuevo tratamiento. También aparece desánimo y falta de ilusión hacia el profesional médico y su equipo en aquellos pacientes que llevan varios intentos de dejar la droga y han recaído repetidamente.

Como hemos visto, existe un número importante de sustancias capaces de generar una dependencia y en consecuencia de limitar o anular la libertad de aquel que las consume. Pero también se puede producir dependencia y adicción a determinadas conductas. Entre las más conocidas están la adicción al juego; la adicción al sexo, en la que existe una «cosificación» del otro y el adicto percibe al compañero sexual más como un objeto o cosa a la que manipular que como a una persona con sentimientos y emociones; la adicción a la compra, una de las más frecuentes y también sobre la que más publicaciones se han escrito en los últimos tiempos; la adicción a internet, a los videojuegos, a los deportes de riesgo... En fin, muchas y variadas son las llamadas *adicciones comportamentales* o *adicciones sin sustancia*. ¿Cuáles son los criterios que los médicos empleamos más para etiquetar y considerar las llamadas adicciones sin droga?

Lo primero que debemos aceptar, aunque nos pese, es que es propio de la naturaleza humana el «ser dependiente»; es más, el ser humano es el más dependiente de los animales. Las dependencias pueden ser de tres tipos: de cosas (por ejemplo, de objetos de colección); de otros seres humanos o animales, y de las propias costumbres, hábitos o manías. Estas últimas son las más frecuentes, puesto que el ser humano es un animal de costumbres y lo que más ama son las suyas propias, hasta el punto de que es capaz de convertirlas en verdaderos «hábitos», a pesar de los inconvenientes que puedan acarrearle. Es posible que las dependencias de los demás también motiven conductas morbosas. Solo así se comprende la intensa dependencia «emocional» que ata a ciertas madres y a sus hijos, a los miembros de ciertas familias, o a la esposa maltratada con su maltratador.

Las dependencias de las cosas también son conductas muy extendidas. El ser humano se siente mejor si posee ciertas cosas, si las incorpora a su vida y persona, asumiendo que «poseer» es sinónimo de sentirse seguro. Así pues, no es extraño que nos hagamos dependientes y adictos a nuestras cosas (libros, regalos, ropas, discos, coches... o lo que sea). Solo de ese modo se entiende que la especie humana sea la

más coleccionista de todas las existentes, que colecciona de todo, incluyendo trastos viejos, objetos inservibles o basura (silogomanía).

Según los expertos, las adicciones comportamentales se producen por una pérdida de la capacidad de autocontrol, lo que conlleva comportamientos «imprudentes», es decir, que llegan a ser inapropiados o peligrosos, cuando se practican con más asiduidad de lo debido, o se les dedica más energía o dinero de lo apropiado. Como puede comprenderse, las posibilidades de adicciones sin drogas son casi infinitas; sin embargo, solo algunas se han considerado como verdaderos trastornos o «enfermedades».

En primer lugar están las *adicciones a alimentos o sustancias*. Por ejemplo, hay personas «enganchadas» a los dulces, a los lácteos, al chocolate o a los frutos secos, lo cual se ha achacado a sus efectos químicos, ya que tienen propiedades antidepresivas, tranquilizantes o favorecedoras del sueño, o bien a una forma de «quitarse los nervios» visitando la nevera. También existe la necesidad incontrolada de ingerir cualquier tipo de sustancias no alimenticias, que pueden incluso suponer un riesgo para la salud. Por ejemplo, papel, ropa, pintura, hojas, cal, metales, heces (coprofagia), orina (urofagia), tierra, arena (geofagia) o hielo.

Igualmente existen *adicciones a algunas conductas*, como por ejemplo, al sexo. En este caso, una relación agradable y apetecible como es la sexual se convierte en una necesidad imperiosa de practicarla con «quien sea y como sea», lo que tiende a repetirse de forma mecánica a pesar de resultar poco o nada satisfactoria. Los afectados se ven esclavizados por este tipo de comportamiento a pesar de los riesgos que conlleva. Cuando el período de abstinencia sexual se prolonga por alguna razón, se produce irritabilidad, ansiedad, náuseas, insomnio, temblores, cefaleas, inquietud..., que ceden tras la administración de una nueva «dosis» de sexo. Es más frecuente en los varones, y la personalidad de los afectados suele estar alterada, predominando los rasgos impulsivos con deficiente autocontrol, la inseguridad y el sentimiento de vacío existencial. El deterioro y los peligros que origina este tipo de comportamiento son graves y afectan al terreno familiar, social o laboral.

Otra adicción frecuente es al trabajo. Las personas afectadas se dedican «en cuerpo y alma» a él, y lo perciben como una necesidad vital a costa de reducir o eliminar la vida familiar, social o personal. No suele existir conciencia de enfermedad, y el adicto justifica esta dedicación excesiva con múltiples argumentos (convencimiento de ser absolutamente imprescindible para el correcto funcionamiento de la empresa, miedo a quedarse en el paro o a ser mal considerado). La relación que manifiesta con

los compañeros, y fundamentalmente con los subalternos, se vuelve tiránica, autoritaria y agresiva, con una actitud siempre malhumorada. Cuando se encuentra fuera del trabajo (fines de semana o festivos) sufre un verdadero «síndrome de abstinencia», con irritabilidad, sentimientos de vacío, aburrimiento, ansiedad, percepción ralentizada del tiempo, insomnio, y su campo mental está invadido continuamente por preocupaciones repetitivas sobre temas laborales.

La compra compulsiva también es bien conocida, y consiste en una necesidad irresistible de adquirir de forma repetida objetos innecesarios, incluso de elevado precio, lo que puede producir en muchos casos un deterioro económico importante. La fase preparatoria en este caso consiste en la visualización de escaparates o listas de productos en los supermercados hasta que se ejecuta la fase propia de la compra, asociada a una gran sensación de placer. Posteriormente, sin embargo, es común la aparición de autorreproches y un sentimiento de descontrol de los impulsos. Es bastante más frecuente en el sexo femenino, y como factores influyentes se han descrito, aparte de una personalidad alterada con rasgos de impulsividad e inmadurez, la presencia constante en la sociedad actual de valores que incitan al consumo. En la mayor parte de los casos los objetos adquiridos mediante compra patológica son destinados para regalar, coleccionar o tirar a la basura, precisamente por su carácter caprichoso momentáneo o innecesario. El tipo de adquisiciones puede variar de unos individuos a otros, y fundamentalmente según el sexo: en las mujeres son frecuentes los relacionados con la moda o el atuendo, la cosmética, las joyas o los productos de droguería, mientras que los varones se inclinan más por los productos de imagen y sonido, informática, accesorios de automóvil o prendas concretas de vestir.

Otra de estas adicciones es la relativa a la televisión, que consiste en una necesidad imperiosa de verla, con una pérdida de libertad interior para autocontrolarse. Los más susceptibles son los niños y adolescentes (por la insana costumbre de «entretener» al niño mientras los padres realizan otras actividades), y dentro de los adultos, las amas de casa y los inactivos laboralmente (jubilados y parados). En la edad infantil, la interferencia en el medio escolar es notable, con disminución de los rendimientos en parte por la escasa dedicación al estudio y en parte por la actitud de pasividad y el descenso de la concentración. En los adultos esta adicción puede influir en el rendimiento laboral, así como en las relaciones sociales por la tendencia al aislamiento y a la incomunicación. Por otra parte, poco a poco se desarrolla un estado de apatía y pasividad que anula la capacidad de una correcta crítica. Las pequeñas

contrariedades o frustraciones pueden poner al teleadicto fuera de sí y originar una reacción agresiva o antisocial.

Otro problema son los videojuegos, aunque hay controversias a la hora de considerar la potencialidad de los videojuegos de crear adicción. Como toda actividad agradable puede desencadenar una forma de empleo excesiva o abusiva, con síndromes de abstinencia cuando no es posible jugar, con rabietas, reacciones de agresividad e interferencia sociofamiliar y en los rendimientos escolares. Es más frecuente en niños que pasan gran parte de tiempo solos o con unos rasgos de personalidad anómalos.

Hay muchas otras adicciones «electrónicas» como a la radio, el teléfono, los móviles o internet. Últimamente se está dando mucha importancia a la influencia de este instrumento de comunicación sobre nuestras vidas por lo que supone de mejora en las actividades profesionales, comunicación, formación, etc., pero se sabe que puede llegar a originar adicción. El uso abusivo y adictivo de internet es semejante a las otras adicciones descritas. Existe un impulso irrefrenable a conectarse a la red, con sensación de placer y bienestar mientras se usa, acompañada de aislamiento del entorno y estado de conciencia alterada, y de abstinencia cuando por alguna razón no puede utilizarse. Las posibilidades de interferencia en las relaciones familiares, sociales, laborales y económicas pueden ser graves.

Por último, ¿se puede hacer algo para resolver estas adicciones? Pues sí, el tratamiento y la prevención son posibles, y pasan por la identificación del problema, la consideración del mismo como una enfermedad y no como un vicio, y la remisión de los casos a los dispositivos especializados en su manejo y tratamiento. Los métodos empleados deben incluir medidas tanto psicológicas como farmacológicas, y cambios o adaptaciones sociales.

## **¿Ser o estar nervioso?: Ansiedad, pánico y fobias**

Todos conocemos a personas que viven una existencia infeliz. Que se preocupan por todos y por todo. Que están en un constante sobresalto, anticipándose al futuro y viendo siempre el lado negro de la vida. Lo curioso, y también lo doloroso, es que cuando uno habla con ellos siempre dicen lo mismo: «Lo siento, pero es superior a mis fuerzas. He nacido así, y así moriré». Pues bien, que el temperamento influye en la salud está fuera de toda duda. Pero que se considere el «mal genio» como un auténtico riesgo es cuando menos una noticia llamativa. Los datos son concluyentes. Tras analizar a 14.000 sujetos, los que tendían a enfadarse con más facilidad presentaban un mayor riesgo de infarto cerebral, aunque no tuvieran otro tipo de factores. Por otro lado, tampoco es nueva la relación entre personalidad agresiva e infarto de miocardio. En síntesis, determinados tipos de «formas de ser» son factores que influyen en alteraciones tan importantes como el ictus cerebral o los problemas coronarios. Pero ¿se puede cambiar el temperamento? ¿Es posible modificar el carácter? ¿Qué podemos hacer con esas personas que tienen el «arte de amargarse» la vida?

Ser o, si lo prefieren, tener una personalidad ansiosa con un umbral bajo para responder ante el estrés es un problema más biológico que educacional y ambiental. Ser ansioso es diferente a estar ansioso. Todos podemos presentar en un momento determinado de nuestra vida una reacción de ansiedad. Es más, seguro que casi todos hemos tenido alguna respuesta de este tipo, que es absolutamente normal cuando la intensidad del estímulo es muy elevada (accidentes, catástrofes, situaciones emocionalmente muy impactantes, etc.) y supera nuestros mecanismos de adaptación. Pero hay personas que ante mínimos contratiempos, e incluso sin ningún tipo de adversidad, ponen en marcha *inapropiadamente* sus mecanismos de alarma. Y así se inicia en ese momento una cascada de reacciones neurobioquímicas que las conducen



a un estado de ansiedad que se puede exteriorizar de maneras muy diversas. ¿Por qué se produce la ansiedad? En el cuadro siguiente se lo resumimos:

<b>SITUACIÓN ESTRESANTE FRENTE A CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN (genética y aprendida)</b>
<b>Aparece <i>ansiedad patológica</i> cuando:</b> 1. El estrés es exagerado y agota la capacidad de adaptación 2. La reacción es exagerada o inadecuada 3. Se dan ambas

Estas personas cuyo sistema de alarma está mal regulado son las que se complican y amargan innecesaria e involuntariamente la vida, aunque no quieren hacerlo ni desean sufrir. Casi siempre comprenden lo exagerado de su reacción y suelen ser conscientes de lo desproporcionado de su respuesta. Pero ese es precisamente su drama: no lo pueden evitar y, a veces, tampoco controlar. Son lo que la literatura clásica llama neurótico y que, por lo impreciso del término y además por las connotaciones negativas que poseía, ha sido sustituido por la expresión *trastornos de ansiedad*. Fijese en los datos que exponemos a continuación:

- El 14% de la población general sufre ansiedad
- El 25% de los pacientes que acuden a un médico de atención primaria sufre ansiedad patológica
- Solo el 25% de los pacientes que consultan llega al psiquiatra
- Recibe tratamiento el 6% del total.

Los neuróticos, concepto como decimos abandonado en gran medida por la psiquiatría moderna pero muy gráfico y útil a los efectos de estas páginas, son individuos que viven con unos niveles de ansiedad muy elevados y que la expresan a través de ideas obsesivas, de síntomas somáticos, de miedos, de alteración de determinadas funciones corporales, etc. Según los síntomas que presenten se han descrito diversos tipos de trastornos neuróticos.

El primer tipo de trastorno de ansiedad son las *fobias* o miedos patológicos, que se caracterizan por la aparición de estados de ansiedad desproporcionados ante la presencia de determinados estímulos, objetos o situaciones. Todo ello produce en la persona que lo sufre un creciente temor y una serie de *conductas de evitación* tanto

del objeto como de la situación. No todos los estímulos son capaces de provocar una fobia sino solo aquellos que suponen un riesgo real, potencial o imaginario para la vida, la integridad o el equilibrio de la persona. En resumen, las fobias son miedos desproporcionados y el que los padece reconoce su exageración y su irracionalidad, pero no puede evitarlo. Las más frecuentes son a ciertos animales (ratones, arañas), a los espacios muy cerrados (claustrofobia), a exponerse en público (fobia social), a la sangre, a volar en avión, a los sitios altos, a objetos cortantes, a las tormentas, a la oscuridad, a tener enfermedades (cáncer, sida, etc.).

Hay un tipo de fobia especial cuya denominación técnica es la de *agorafobia* y que consiste en padecer malestar intenso en aquellas situaciones o lugares de los cuales puede ser difícil o embarazoso salir, o bien en los que no existe forma de obtener ayuda en el caso de sufrir un ataque de pánico. Esta fobia es muy incapacitante, afecta tres veces más a la mujer que al varón y su frecuencia oscila en torno al 3% de la población.

Otro trastorno de ansiedad es el *trastorno obsesivo-compulsivo*, enfermedad muy invalidante y relativamente frecuente (2-3% de la población general adulta; ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades psiquiátricas, detrás de la depresión, las fobias y las toxicomanías). El paciente que padece un trastorno obsesivo-compulsivo es una persona que sufre ideas y pensamientos repetitivos, desagradables, no deseados y que generan un elevado nivel de ansiedad e incomodidad que el enfermo intenta neutralizar por medio de una serie de actos rituales que llamamos *compulsiones*. Los pensamientos obsesivos más frecuentes giran en torno a ideas sobre la muerte, contagio de enfermedades y cálculo matemático. Por lo que respecta a los rituales o compulsiones, los más comunes son lavarse las manos, limpieza de la casa, comprobaciones diversas. La enfermedad obsesiva sigue siendo un gran reto para la medicina, no solo por su gran frecuencia sino también por la intensa invalidez y limitación que es capaz de producir.

Las obsesiones y las compulsiones son descritas en la literatura psiquiátrica, y ya en el siglo XIX se llamaron «locura de la duda», puesto que eso es lo esencial de esta enfermedad: dudas persistentes, incoercibles, inevitables. Es parecido a cuando decimos vulgarmente «estoy obsesionado con una idea y no me la puedo quitar de la cabeza», solo que mucho más grave. Las dudas obsesivas son definidas como ideas, pensamientos o convicciones inevitables e impuestas —es decir, no deseadas y que no se pueden suprimir con la mera voluntad— que aparecen y reaparecen repetitivamente, y que provocan un intenso malestar e interfieren gravemente en la

vida del sujeto. Dicho malestar, como ya hemos comentado, intenta ser «neutralizado» con una serie de conductas ritualizadas y rígidas que llamamos compulsiones. El trastorno suele empezar en la adolescencia o en la juventud, aunque también hay niños que lo presentan. Su comienzo es insidioso y progresivo, y lo puede padecer a lo largo de la vida un 2,5% de la población general.

A pesar de que hay teorías muy diversas que intentan explicar desde diferentes puntos de vista las causas de este tipo de alteración, hoy predominan las teorías biológicas en las que se carga el acento sobre alteraciones anatómicas y funcionales de los lóbulos órbito-frontales, del caudado y del córtex cingulado. También hay muchos estudios que relacionan los trastornos obsesivos con alteraciones del sistema serotoninérgico así como con ciertos neuropéptidos como la vasopresina, somatostatina y oxitocina. En resumen, se debe insistir en que el trastorno obsesivo es una entidad clínica que provoca un intenso malestar y una gran angustia en la persona que lo sufre, e incluso puede ser tan intenso que impida al enfermo llevar una vida normal; es quizá la única indicación que existe en psiquiatría para realizar una intervención quirúrgica cerebral. Hoy se dispone de tratamientos que han demostrado su eficacia en este tipo de enfermedad, como los antiobsesivos ISRS, que son el tratamiento de primera elección, e incluyen la clomipramina, fluvoxamina, fluoxetina, sertralina y paroxetina. Además es preciso hacer otras terapias psicológicas, como métodos cognitivos y de control de la conducta, y en ocasiones es necesario combinar varios fármacos con terapias más complejas, ya que hay casos muy resistentes, por lo que a veces se requiere la psicocirugía.

La *histeria* como tal ha desaparecido casi por completo de las clasificaciones de enfermedades mentales que hoy manejamos. No obstante, aunque el nombre ha desaparecido, no así su concepto. En el momento actual se denominan *trastornos disociativos* y *trastornos por conversión*. Clásicamente se diferenciaban dos tipos de histeria: la *histeria de conversión*, en la que el paciente perdía una función corporal sin causa orgánica que lo explicara (vista, motilidad, audición, sensibilidad, etc.), y la *histeria disociativa*, en la que el enfermo, o bien tenía una personalidad múltiple alternándose dichas «formas de ser» a lo largo del tiempo (Dr. Jeckil y Mister Hyde), o sufría episodios de amnesia, fugas, etc., en los que realizaba actos sin que fuera consciente de ellos. Tanto en un caso como en el otro, el paciente ni simulaba ni mentía; según la teoría psicoanalítica, obtenía una ganancia secundaria (afecto, atención, liberación de traumas) y expresaba de esta forma un conflicto inconsciente. Hoy, aunque sigue habiendo histéricos, es cierto que no presentan los síntomas con la

misma claridad, ni con la aparatosidad como Freud los describe cuando narra el cuadro clínico. No obstante, en la práctica se pueden seguir observando cuadros de dolores, afonías, alteraciones en la marcha, parálisis, cegueras, sorderas, temblores e incluso crisis convulsivas sin una causa que los explique y que podrían entrar plenamente en el campo de la histeria.

La *hipocondría* es un tipo de trastorno de ansiedad que se caracteriza por una preocupación o miedo a sufrir una enfermedad grave sin que se pueda objetivar ninguna alteración orgánica que justifique las molestias que relata el paciente. El hipocondríaco es un enfermo difícil, que sufre intensamente (no como el histérico, quien paradójicamente relata sus graves síntomas con una notable indiferencia). El hipocondríaco es un enfermo complicado que crea gran ansiedad en su entorno familiar y enormes dificultades al médico que lo trata. Su convencimiento de estar enfermo puede llegar a ser muy firme, y recurre a múltiples consultas y exploraciones, de las que, obviamente, sale con las mismas dudas con las que entró. La frecuencia de este tipo de trastorno, antes llamado neurosis hipocondríaca, es del 4-9% de los pacientes psiquiátricos.

El *trastorno por estrés postraumático* es un tipo de trastorno de ansiedad que se produce cuando una persona ha estado sometida a una experiencia sumamente angustiante (trauma), que supera la capacidad de adaptación de cualquier persona y que supone una amenaza para la propia vida o para la integridad física. Como ejemplos se pueden poner los atentados terroristas, los secuestros, los campos de concentración o, sin ir más lejos, las agresiones sexuales, violaciones y maltratos que con excesiva frecuencia se ven en los medios. Una vez que ha pasado el suceso, el sujeto vuelve a reexperimentarlo a través de sueños y pesadillas, o con sentimientos súbitos de que el acontecimiento en cuestión le estuviese sucediendo de nuevo. Todo ello da lugar a ansiedad intensa, insomnio, trastornos somáticos diversos, etc. El tratamiento de este tipo de alteración se hace con antidepresivos (ISRS) y con psicoterapia, sobre todo de tipo cognitivo.

El *trastorno de pánico* o *trastorno de angustia* es una enfermedad que produce unos síntomas tan alarmantes que con frecuencia acaba en los servicios de urgencias. El paciente (con más frecuencia mujer) presenta una crisis de ansiedad que aparece de forma abrupta y que provoca un miedo intenso con sensación de muerte o de pérdida de la razón.

Entre los síntomas más llamativos se encuentran los siguientes: dificultad para respirar, palpitaciones, mareo, temblor, sudoración, hormigueos, dolores precordiales,

molestias digestivas y miedo intenso a morir o a perder el control. La situación que se produce es tan incómoda que obliga al paciente a acudir a los servicios de urgencias, donde tras someterlo a las correspondientes exploraciones le dicen que «no tiene nada» y que son «solo nervios». Esto genera gran ansiedad y desconfianza al enfermo, ya que los síntomas son tan evidentes y llamativos que acaba pensando que se han equivocado. Y en cierta manera así es. Decirle a un paciente con un trastorno de pánico que no tiene nada no solo es inconveniente sino que también es falso. No sufre ninguna patología cardíaca, ni respiratoria, ni corre peligro su vida como él cree, ni va a volverse loco. Pero sí tiene una enfermedad, una enfermedad en la que existen alteraciones en los neurotransmisores y en los receptores neuronales, que son, en definitiva, los responsables de los síntomas que sufre.

El tratamiento de urgencia del trastorno de angustia es, en esencia, de dos tipos. Por un lado, farmacológicamente se debe tratar con un ansiolítico (alprazolam sublingual). También son muy útiles los antidepresivos ISRS (paroxetina, sertralina y citalopram). En segundo lugar, han demostrado gran utilidad las terapias cognitivas, que precisan de un tiempo más prolongado para que surtan efectos; pero su eficacia está claramente acreditada en múltiples trabajos de investigación.

La *dismorfofobia* es la preocupación por algún defecto físico, normalmente imaginario; otras veces existe, pero la preocupación del sujeto es claramente excesiva. Con frecuencia el enfermo tiende a ocultarlo utilizando gafas, sombreros, barbas, etc. Y, según evoluciona el proceso, tiene clara tendencia al aislamiento social, hospitalizaciones repetidas, intervenciones quirúrgicas, e incluso al suicidio. En muchas ocasiones se asocia a depresión, trastornos obsesivos y fobia social. Su tratamiento requiere combinaciones de antidepresivos, neurolépticos y psicoterapia.

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	
• T. DE ANGUSTIA	1,5 - 3,5%
• FOBIA ESPECÍFICA	10%
• FOBIA SOCIAL	3 - 10%
• T. OBSESIVO-COMPULSIVO	2,5%
• T. DE ANSIEDAD	5%
• T. DE SOMATIZACIÓN	0,2 - 2%
• T. POR DOLOR	10 - 15%
• HIPOCONDRIA	4 - 9%
• T. DISOCIATIVOS	No hay datos
• T. FACTICIOS	"

En resumen, los problemas que hemos visto en este capítulo afectan de manera muy seria a la calidad de vida del ciudadano. Este debe ser consciente de que la psiquiatría puede prestarle una ayuda inestimable. Primero reconociendo el problema como tal, identificándolo, hablándolo; y después, porque en manos del especialista se pueden encontrar recursos para combatirlo. En el momento actual tenemos remedios muy eficaces. A título informativo, hemos resumido en la tabla siguiente los tratamientos más empleados.

## TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS

### FARMACOLÓGICO

#### Ansiolíticos

Vida media larga: Diacepam, ketazolam,  
cloracepato dipotásico

Vida media larga: Alprazolam, bromacepam

Vida media corta: Loracepam, bentacepam

#### Antidepresivos

ISRS (Paroxetina, sertralina, citalopram)

IRSN (Venlafaxina)

### PSICOLÓGICO

Terapias dinámicas

Terapias cognitivas

Terapias conductuales

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Antidepresivos → Paroxetina (20 a 40 mg/día,) citalopram  
(20 a 40 mg/día)

Benzodiacepinas de alta potencia → Alprazolam (3-6 mg)  
y clonacepam (2 a 6 mg)

## 8

### **Trastornos de la personalidad o la llamada «gente insoportable»**

Si se nos permite, y con un reduccionismo no muy científico pero sí didáctico y práctico, la llamada «forma de ser» o «personalidad» estaría constituida por dos parámetros. El primero sería el temperamento o actitud básica que nos diferencia de los demás seres y que es transmitido por la herencia; al igual que se posee un color determinado del iris, una estatura, una tendencia a la calvicie, unos rasgos faciales, frutos todos ellos de la transmisión genética, se tendrían también una serie de *rasgos de personalidad* heredados de nuestros progenitores.

Sobre esa «materia prima» o base genética, el entorno, el ambiente, la educación, las amistades, los fracasos y aciertos, en suma, todo lo que nos rodea, iría modificando y canalizando en un sentido u otro los rasgos genéticos, apareciendo de esta manera el segundo de los parámetros que llamamos *carácter*. Sin que podamos hablar de un «determinismo» biológico absoluto, sí somos de la opinión de que la personalidad viene decididamente impresa en el material genético. El entorno potencia o inhibe determinados rasgos, pero no los crea.

En consecuencia, los llamados actualmente trastornos de la personalidad, antes psicopatías, son alteraciones de la forma de vivir, de ser y de relacionarse con el entorno y con uno mismo, alteraciones por el momento difícilmente abordables y modificables, lo que no nos debe llevar en modo alguno a un nihilismo terapéutico, pero tampoco a un optimismo desmesurado, fomentado a veces más por intereses comerciales, cuando no por la ignorancia y el desconocimiento sobre el tema.

Las clasificaciones modernas agrupan los trastornos de la personalidad en tres apartados que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos *paranoide, esquizoide y esquizotípico*. El grupo B incluye los trastornos *antisocial, límite, narcisista e histriónico*. Por último, el grupo C incluye los trastornos *por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo*.

Hay que señalar que este sistema de agrupamiento, si bien es útil a efectos de



investigación o docencia, tiene importantes limitaciones y no ha sido validado de forma consistente. Además, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo rasgos de varios trastornos de la personalidad en lugar de tipos puros. A continuación describimos las características más importantes de los diferentes trastornos de la forma de ser.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS T. DE LA PERSONALIDAD	
PARANOIDE	Susplicacia
ESQUIZOIDE	Introversión
ESQUIZOTÍPICO	Incoherencia
ANTISOCIAL	Oposición a las normas
LÍMITE	Inestabilidad
NARCISISTA	Vanidad
HISTRIÓNICO	Teatralidad
POR EVITACIÓN	Temor
DEPENDIENTES	Inseguridad
OBSESIVO	Perfeccionismo

#### LOS PARANOIDES

Son ante todo individuos intensamente *desconfiados* y *susplicaces*. Si algo define y caracteriza este trastorno es la interpretación maliciosa de todo lo que los rodea. Con excesiva frecuencia ven mal donde no lo hay y sacan de su contexto todo y le atribuyen un significado hostil. Son personas rencorosas e incapaces de olvidar los insultos u ofensas de los que creen haber sido objeto. Con frecuencia reaccionan de forma irascible y colérica cuando se sienten atacados y difícilmente darán su «brazo a torcer» en una discusión, por banal e intrascendente que sea el tema que se esté debatiendo. Son muy celosos, lo que da pie a problemas en sus relaciones sentimentales. No es raro encontrar a los paranoides formando parte de grupos «fanáticos» y «sectarios» fuertemente cohesionados junto a otros sujetos que comparten sus mismos sistemas de creencias y valores.

#### LOS ESQUIZOIDES

El esquizoide es el paradigma de la *introversión* y del *aislamiento*. Son sujetos introvertidos y retraídos. Son solitarios empedernidos que disfrutan con su soledad y ostracismo. Se sienten muy cómodos cuando se encuentran alejados del contacto de los demás y reclusos en su particular y peculiar mundo interno. El esquizoide «pasa» de los otros, le importan poco o nada las opiniones ajenas y le resulta indiferente la imagen que pueda dar ante el resto de sus congéneres. Su afectividad es fría, distante, con pocos gestos y expresiones faciales. Ni se encolerizan ni tampoco se alegran. Sus relaciones sentimentales son escasas y cuando estas tienen lugar duran muy poco debido a las enormes dificultades que tienen para transmitir y recibir afecto. Reaccionan con pasividad ante las circunstancias adversas vitales; parece como si no fueran con ellos, como si no les afectaran, como si estuvieran en «otra historia». Suelen trabajar de la misma forma en la que viven, en soledad, y sus actividades profesionales giran con cierta frecuencia en torno a la informática (muchos de los adictos a internet tienen una personalidad esquizoide), a las ciencias exactas (fundamentalmente las matemáticas) y a las bellas artes como la pintura, la escritura, la poesía o la escultura.

#### LOS ESQUIZOTÍPICOS

Nos hallamos ante un trastorno de la forma de ser muy grave e incapacitante, ya que estos sujetos presentan conductas muy estrafalarias y cercanas a los trastornos psicóticos; es más, muchos profesionales los consideran como la antesala de la esquizofrenia.

#### LOS ANTISOCIALES O PSICÓPATAS

Estamos ante un tipo de sujeto realmente complejo y cuyo manejo es extremadamente difícil. Es lo que antes se llamaban psicopatías y que ahora denominamos trastorno antisocial de la personalidad. Son individuos conflictivos y con frecuencia peligrosos, ya que su desequilibrio psicológico los lleva a enfrentarse permanentemente con las normas sociales. Desde la más tierna infancia se muestran rebeldes, con conductas ilegales, marginales y presididas por la violencia y la impulsividad. Suelen ser inteligentes y consiguen con cierta facilidad que otros trabajen e, incluso, cometan delitos en su beneficio. No aceptan las normas, ni aprenden de sus errores, ni es

posible hacerles modificar sus comportamientos mediante medidas coercitivas y mucho menos a través de la reflexión.

Su afectividad es fría, distante, aunque pueden disimularlo y llegar a ser unos excelentes seductores cuando les sea provechoso o necesario para los fines que se han propuesto. En ese momento se convierten camaleónicamente en unos seres «encantadores». Cuando hayan conseguido lo que desean volverán a las andadas; es decir, a su frialdad y egoísmo. La comunicación con este tipo de individuos no solo es muy difícil, sino que puede llegar a ser imposible debido a su falta de resonancia y empatía. Tienen una absoluta incapacidad para introyectar las normas; no obstante, como suelen ser sujetos astutos, podemos aspirar a establecer ciertos «pactos» con ellos y de esta forma llegar a un entente cordial de no agresión.

#### EL TRASTORNO LÍMITE

Este trastorno de la personalidad se caracteriza por la inestabilidad emocional. La padecen sujetos que de niños han sido etiquetados con frecuencia de hiperactivos y que de mayores han evolucionado hacia este tipo de trastorno. Un día están llenos de angustia y de dudas, y al siguiente toman una decisión de forma impulsiva y muchas veces llena de riesgos. Su ánimo oscila de la tristeza profunda a la alegría inmotivada, y no es raro que abusen de sustancias y que realicen conductas autodestructivas. Esta forma de ser, aunque se atenúa algo con el paso de los años, es siempre muy problemática y genera con frecuencia conflictos en su entorno más inmediato.

#### LOS NARCISISTAS

Los narcisistas son sujetos «enamorados» de sí mismos. Son prepotentes, altivos, arrogantes, y se creen realmente merecedores de las alabanzas y admiración ajenas. Los narcisistas exageran sus logros y sus éxitos tanto como devalúan y menosprecian los de los demás. No soporta que nadie esté por encima de él ni tolera las críticas. Se creen superiores, diferentes; en suma, el ombligo del mundo. Su prepotencia, junto con la falta de sensibilidad hacia los deseos de los otros, los lleva a explotar al prójimo descaradamente. Son auténticos «trepas» que no dudarán en subir a costa de los esfuerzos y sufrimientos de sus semejantes. Suelen reaccionar con envidia ante los logros ajenos, ya que ellos creen ser los únicos merecedores de éxitos y privilegios, y

cuando ven algún «enemigo» que pueda hacerles sombra tienden a «eliminarlo» de la forma más rápida posible. Como compañeros son impresentables; como jefes, espantosos; como clientes, insoportables, y como subordinados, difíciles.

## LOS HISTRIÓNICOS

Los histriónicos son personas que tienen una necesidad permanente, intensa y acentuada de *llamar siempre la atención*; es decir, necesitan desmesuradamente y enfermizamente ser «el centro» de todo y en todo. Otro rasgo característico de su personalidad es la provocación, que llevan a efecto tanto con el atuendo como por las formas, los gestos, el lenguaje o los silencios. Buscan provocar, necesitan provocar y seducir, y generalmente lo consiguen, aunque pasado el tiempo nos agobian y generan un intenso rechazo. Suelen vestir de una forma llamativa e invierten gran cantidad de tiempo y de dinero en arreglarse y en estar a la última. Su lenguaje es pretencioso y exagerado, aunque casi siempre carente de rigor y con frecuencia vacío. Sus sentimientos son superficiales y cambiantes, por lo que las relaciones afectivas y sexuales son frívolas y endebles, ya que intentan controlar a su compañero al mismo tiempo que dependen anormalmente de él. La superficialidad y tendencia al cambio la manifiestan en otras esferas de su vida, como la laboral, al buscar de forma constante la novedad y la excitación, no siendo capaces de soportar la rutina y el aburrimiento. Empiezan proyectos con gran ilusión y entusiasmo, desvaneciéndose estos con la misma rapidez y energía con la que comenzaron. Son muy sugestionables y un excelente caldo de cultivo para entrar a formar parte de grupos sectarios y radicales, donde ingresan ávidos de llamar la atención con sus «problemas» o simplemente por su necesidad de estimación y afecto ajeno.

## LOS TRASTORNOS POR EVITACIÓN

Lo más significativo de esta afección es el temor y el miedo a todo y a todos. Quienes los padecen son sujetos temerosos, no hablan por no faltar y se pasan la vida «evitando» cualquier situación que les resulte incómoda. No suelen crear problemas en su entorno salvo los que se derivan de su inhibición y de su aislamiento. Con frecuencia andan en solitario, pero no porque no les guste la compañía como ocurría con el esquizoide, sino porque no se atreven a pedirla. Son sujetos que sufren y que

con frecuencia somatizan; es decir, expresan a través de síntomas físicos sus angustias y malestares psíquicos.

#### EL TRASTORNO POR DEPENDENCIA

Lo que define y caracteriza esta alteración de la personalidad es la necesidad enfermiza de que los demás tomen las decisiones que debería tomar el propio sujeto. La sumisión hacia los otros llega, en este caso, a unas cotas extremas y malsanas. Se sienten tan inseguros e incapaces solos que soportan cualquier cosa antes que mostrar su desaprobación o su disconformidad por miedo a perder a la persona de la que dependen; por miedo, en definitiva, a perder a su valedor. Estos individuos adolecen de una mínima confianza en sí mismos y necesitan el apoyo de los demás para empezar cualquier tipo de actividad, por intrascendente que esta pueda ser. En el plano amoroso, si la relación se trunca, enseguida buscan otra que les proporcione el cuidado y apoyo que creen enfermizamente necesitar. Esa creencia ilógica, irracional y absurda de necesidad de protección los lleva a «aferrarse a un hierro ardiendo» y empezar muchas veces unas relaciones condenadas al fracaso de antemano. Son pesimistas, inseguros de sí mismos, con una autoestima deficiente. Buscan ser aceptados y queridos por los demás y solo así se sienten más o menos felices y seguros. En el trabajo rechazan cualquier tipo de ascenso que signifique mayores responsabilidades y en consecuencia mayor capacidad de decisión.

#### EL TRASTORNO OBSESIVO

Ha llegado el momento de presentarle a «don Perfecto». Bueno, perdón, al *trastorno obsesivo de la personalidad*, alteración de la forma de ser esta que se caracteriza por una preocupación excesiva e irracional por el orden, el perfeccionismo y el autocontrol. Las personas que poseen esta peculiar y patológica forma de ser son rígidas y carentes de espontaneidad. Siempre están preocupadas por las reglas, por los detalles triviales, por la puntualidad, por las formalidades. En definitiva, por todo lo accesorio en detrimento muchas veces de lo fundamental.

Los obsesivos suelen ser muy cuidadosos, mejor dicho, escrupulosos, siendo capaces de repetir hasta la saciedad un trabajo para conseguir la perfección.

Obviamente, estas actitudes les hacen perder mucho tiempo, llegando a fracasar en su empeño precisamente por su afán y necesidad de perfección.

El obsesivo u obsesiva suele ser «adicto al trabajo», e invierte gran cantidad de su tiempo en rendir y conseguir sus objetivos laborales y profesionales. Las vacaciones y el descanso son vividos con frecuencia como una pérdida de tiempo, generándoles cierto malestar, cuando no una auténtica enfermedad. Es más, si realizan algún deporte u otro tipo de actividad recreativa, como están siempre pendientes de hacerlo «perfectamente», acaban angustiándose y percibiendo la actividad lúdica también como algo estresante.

Pero esta rigidez que estamos comentando se manifiesta no solo en lo laboral, sino también en lo personal. Su moral es estricta y su ética extremadamente rigurosa, y sus valores son inflexibles. Son rígidos con las conductas de los demás pero también, y sobre todo, con las suyas propias.

Con relativa frecuencia son personas avaras, tacañas, que controlan los gastos e ingresos con una minuciosidad agobiante. Lo anotan todo, llevan cuentas de todo, lo guardan todo. En ese afán morboso y enfermizo por guardar las cosas llegan a tener auténticos museos de ropa, utensilios rotos, revistas, o cualquier otro objeto. Su máxima sería: «Nunca sabe uno cuando va a necesitar alguna cosa».

Su tendencia por el orden y la perfección les impide saber delegar. Ellos han de hacerlo todo personalmente. No se fían de los demás, ni de su eficacia ni tampoco de su capacidad. Solo ellos lo hacen bien, «a la perfección», por lo que acaban cargándose de trabajo y cerrando de esta forma el círculo vicioso.

A menudo los individuos obsesivos tienen una vida afectiva y sentimental muy peculiar, o mejor dicho triste. Intentan siempre mantener las formas y guardar la seriedad en todo lo que hacen, incluso en la expresividad emocional. Su tendencia a la represión y a la moderación es permanente y constante. Por ejemplo, en el amor difícilmente pierden los papeles y casi nunca se comportan de forma espontánea. Raramente son tiernos, sensibles, despreocupados. Siempre «mantienen el tipo» a costa de perder espontaneidad. Por ello la convivencia en pareja es con frecuencia excesivamente sosa y aburrida.

¿QUÉ PODEMOS HACER CON TODOS ELLOS?

Las posibilidades terapéuticas en los trastornos de la personalidad son, en general, bastante limitadas; no obstante, existen. La condición fundamental para cambiar

aquellos aspectos de nuestra personalidad que nos disgustan e incomodan es ser conscientes de su existencia y de lo irracionales y absurdos que pueden ser nuestros comportamientos haciéndonos sufrir de forma innecesaria. Ese sería el primer paso: darse cuenta de la propia situación. Como dice Goleman, el autor de uno de los libros más vendidos en los últimos tiempos, *Inteligencia emocional*: «El primer paso necesario para despertar es darnos cuenta de la forma en la que estamos dormidos».

Para modificar los rasgos anómalos de nuestra personalidad hay que invertir tiempo y constancia, pero el proyecto bien merece la pena. Es un grave error pensar que como tengo una forma de ser determinada estoy condenado para siempre a repetir los mismos errores. Si nos lo proponemos con suficiente intensidad podremos conseguirlo. «Querer es poder», dice el refrán popular, y no le falta razón. Una persona puede ser más o menos introvertida, o desconfiada, o sugestionable, o insegura, o... lo que sea. Esa es su personalidad; mejor dicho, esos son algunos de los rasgos de la personalidad que constituyen lo que hemos llamado *temperamento*. Pero también existe otra parcela de nuestra forma de ser que podemos modificar con relativa facilidad y que hemos denominado *carácter*. La personalidad, en suma, se configura a partir de la interrelación que se produce entre el temperamento, es decir, entre lo biológico-genético-hereditario, y el carácter, esto es, lo aprendido del entorno o ambiente que ha rodeado al sujeto. Si trabajamos duro y nos adiestramos convenientemente, incluso si aprendemos algunos «trucos», podemos ir modificando determinados rasgos y sustituyéndolos por otros que sean más saludables. Todo depende de nosotros, del interés que pongamos y de la necesidad real que tengamos de hacerlo.

Obviamente, este no es el lugar ni el momento apropiados para aprenderlo, pero sí para despertar el estímulo de intentarlo. Nosotros lo vemos con frecuencia en nuestras consultas y podemos afirmar que quienes se lo plantean de forma seria, invierten tiempo y esfuerzo en ello, y se dejan guiar por las personas apropiadas, lo consiguen. Obviamente, para cambiar en profundidad no basta con tener el propósito; hace falta poner en práctica técnicas de psicoterapia complejas, utilizadas por profesionales competentes y no por meros consejeros tan llenos de buena intención como de inutilidad. También es verdad que para limar esos pequeños «defectillos», esas rarezas menores, esas formas de ser que a veces nos incordian, basta con mirarte al espejo cada día mientras te afeitas, o cada noche mientras te quitas el maquillaje y te aplicas una crema hidratante, y proponértelo con interés y tenacidad.

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS:**

- Terapias de modificación de la conducta
- Terapias cognitivas
- Terapias psicoanalíticas

**TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS:**

- Neurolépticos (risperidona)
- Anticomociales (lamotrigina)
- Ansiolíticos (clonacepam)
- Antidepresivos (paroxetina)
- Litio

**TRATAMIENTOS COACTIVOS:**

- Internamientos (Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil)



## 9

### **Tristeza, «depres» y depresión, ¡menudo lío!**

La depresión es una enfermedad que forma parte de un grupo de alteraciones denominadas trastornos afectivos, y constituye quizá el grueso más importante de enfermos que acuden a buscar ayuda psiquiátrica. Según estudios fiables, se estima que el 50% de las consultas a los psiquiatras las hacen personas que están deprimidas. La Organización Mundial de la Salud estima que existirían en el mundo unos 300 millones de enfermos deprimidos (5% de la población mundial). Asimismo, y según el Comité para la Prevención y Tratamiento de la Depresión (PTD), en España más de dos millones de personas sufrirían esta enfermedad.

Antes de seguir adelante conviene distinguir con claridad lo que es una depresión y lo que es la tristeza que todas las personas en alguna ocasión sufrimos ante determinados acontecimientos. Para ello he creído conveniente resumirlo en la siguiente tabla:

<b>Depresión</b>	<b>Tristeza</b>
No hay motivo aparente	Hay una causa que la provoca
Con frecuencia dolores y molestias	No hay otros síntomas
Mejora con antidepresivos	Mejora con la compañía y el diálogo
Guarda ritmos estacionales	Aparece en cualquier época
Empeora por las mañanas	Fluctúa según la causa que la provoca
Intensa dificultad para concentrarse	No hay problemas de concentración

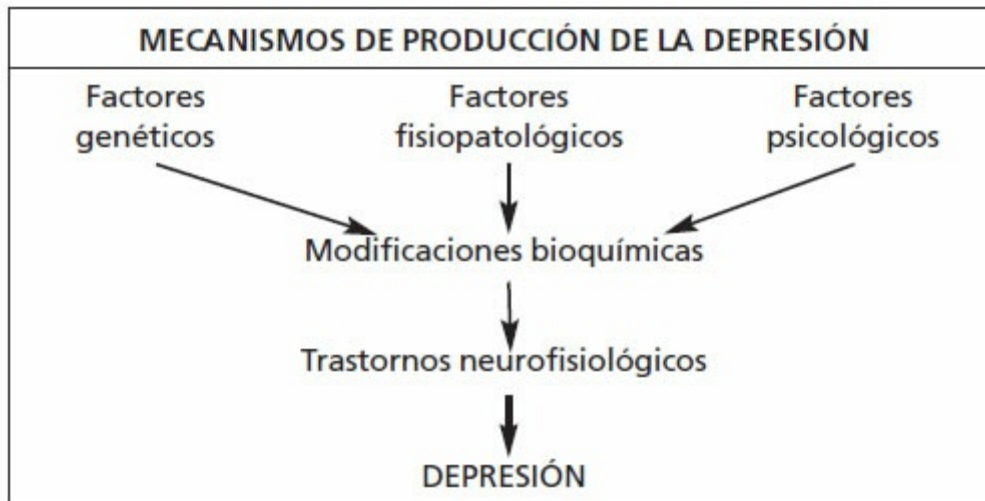
La depresión afecta más a las mujeres que a los hombres y es independiente del estrato socioeconómico, aunque un tipo de depresión, la que llamamos distimia o depresión crónica, es más frecuente en las clases desfavorecidas. Sí tiene en cambio

cierta influencia el medio urbano, siendo más frecuente en este que en el rural. También la padecen más las personas divorciadas y solteras que las que están casadas.

Las líneas de investigación actuales señalan que la enfermedad depresiva es, fundamentalmente, un *trastorno bioquímico* en el que están implicadas una serie de sustancias que denominamos *neurotransmisores*. Entre las múltiples sustancias que existen en nuestro sistema nervioso central, las que parecen estar relacionadas de forma más directa con la aparición de la depresión serían dos. Por un lado estarían *las catecolaminas*, concretamente la dopamina y la noradrenalina, y por otro lado, *las indolaminas*, a cuyo grupo pertenece la ya hoy famosa serotonina.

La modificación en los niveles de estos neurotransmisores, junto con alteraciones (bloqueo y pérdida de sensibilidad) en los receptores que poseen las neuronas, sería parte de la explicación que la biología y la medicina actual nos ofrecen para entender por qué una persona se deprime. Según el tipo de neurotransmisor que se encuentre alterado, se puede instaurar un tipo de tratamiento sustitutivo. Pero el problema no es tan sencillo, ya que además de estas alteraciones bioquímicas, que son la base del tratamiento farmacológico, en su génesis se imbrican también otra serie de factores que complican la evolución y la resolución de la enfermedad.

En síntesis, las depresiones tienen un origen multifactorial, e interactúan diversos factores o causas sobre una personalidad vulnerable o predispuesta. Aunque todas las personas podemos tener en un momento determinado de nuestra vida una depresión, lo frecuente es que este tipo de enfermedades aparezcan sobre una forma de ser o personalidad concreta. Son más vulnerables las personalidades *ciclotímicas*, es decir, individuos cuya forma de ser está caracterizada por frecuentes oscilaciones del ánimo, pasando de la alegría a la tristeza de una forma muy rápida e inmotivada, y los llamados *melancólicos*, esto es, sujetos cuya manera de vivir está caracterizada por el orden, la responsabilidad excesiva, los escrúpulos, la autoexigencia, la rigidez, el afán por el trabajo, la dependencia hacia los demás, la inflexibilidad y el pesimismo.



(Tomado de PTD España.)

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta en el origen de las depresiones son los factores genéticos. En este sentido es frecuente observar cómo en la familia de un paciente con depresión suele haber antecedentes de depresiones en sus familiares cercanos (padres, abuelos, tíos o hermanos).

Pero además de los factores genéticos que acabamos de comentar, también tienen una marcada importancia en la génesis y evolución de la depresión ciertos factores psicológicos y sociales. Así, situaciones como el agotamiento, la frustración crónica, el estrés, la pérdida de valores, la marginación, el fracaso laboral, las rupturas sentimentales y afectivas, la separación brusca del medio familiar, el fallecimiento de seres queridos, etc. son solo algunas de las circunstancias vitales que pueden facilitar la aparición de cuadros depresivos.

BAREMO DE FACTORES ESTRESANTES (Holmes y Rahe)	
• Muerte del cónyuge .....	100
• Divorcio .....	73
• Separación .....	65
• Prisión .....	63
• Muerte de un pariente cercano ....	63
• Matrimonio .....	50
• Jubilación .....	45
• Embarazo .....	44
• Muerte de un amigo íntimo .....	37
• Hipoteca .....	31
• Despedida de la casa de un hijo ....	29
• Cambio de casa .....	20
• Cambios en los hábitos de dormir ...	16
• Vacaciones .....	13
• Navidad .....	12

Por último, en la depresión habría que tener en cuenta también otros parámetros que pueden actuar como elementos precipitantes. Así, ciertos tratamientos farmacológicos prolongados (corticoides, anticonceptivos, antihipertensivos), estados carenciales con déficits vitamínicos, infecciones y por supuesto los procesos cancerosos o las alteraciones metabólicas graves y no compensadas son factores que por sí solos pueden generar una depresión.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN MAYOR	
<b>POBLACIÓN GENERAL:</b>	
Prevalencia-vida	→ 4% (varones) → 8% (mujeres)
Prevalencia puntual	→ 4%
Riesgo de morbilidad vital	→ 15-25%
Incidencia anual	→ 1-3 por mil
<b>POBLACIÓN SANITARIA:</b>	
Medicina general	→ 15-20% de las consultas
Psiquiatría	→ 50% de las consultas

No todas las formas o variantes de la depresión tienen la misma frecuencia, por eso es necesario analizar los datos con más detenimiento. Por ejemplo, la llamada

depresión estacional, variante de la depresión cuyos síntomas aumentan en invierno y mejoran durante el verano, tiene una prevalencia que oscila entre un 4% y un 7%. La depresión infanto-juvenil (14-18 años) tiene una morbilidad muy alta y oscila, según estudios norteamericanos, en torno al 33%. En nuestro país algunos trabajos han encontrado una prevalencia de depresión entre los 8 y los 11 años del 2%. Todo parece apuntar a que la depresión aumenta sensiblemente en la adolescencia y además los episodios son recurrentes. Por lo que respecta a los ancianos, estos tienen una frecuencia de depresión que oscila alrededor del 8%, presentando las mujeres una frecuencia doble a la que tienen los varones.

En cuanto al trastorno bipolar, es decir, cuando se alternan en el tiempo episodios de euforia con otros de tristeza, la prevalencia-vida (posibilidad de que se manifieste a lo largo de la vida de una persona) es de un 1,2%, mientras que la prevalencia puntual (número de casos en un momento dado) oscila entre el 0,1 y el 0,5%. Por último y por lo que hace referencia a la distimia, o depresión crónica, tiene una prevalencia-vida en torno al 2-4%, teniendo presente que el 80% de los enfermos que presentan esta variante de depresión van a desarrollar una depresión mayor.

<b>LA DEPRESIÓN EN CIFRAS</b>
<b>El 25% de la población padece al menos una vez en su vida depresión</b>
<b>En España hay más de 2 millones de depresivos</b>
<b>El 90,5% de las depresiones son primarias y el 10% secundarias</b>
<b>La depresión afecta el doble a la mujer que al hombre</b>
<b>Los varones casados tienen menos depresiones</b>
<b>El 50% de los pacientes que van al psiquiatra padecen depresión</b>
<b>El 80% de los depresivos no reciben tratamiento</b>
<b>Las depresiones se asocian con más frecuencia a otras enfermedades mentales</b>
<b>El 20-30% de las depresiones no responden a los tratamientos</b>
<b>La incidencia más alta de depresión en la mujer se sitúa entre los 30-35 años</b>
<b>La proporción de depresión en el varón aumenta con la edad</b>
<b>El 10-20% de las personas que van al médico de cabecera tienen depresión</b>

(Adaptado de Chinchilla, 1997.)

Nadie pone en duda que una persona normal, sin antecedentes depresivos previos y con una personalidad estable, pueda llegar a «entristecerse» si su vida se complica



con la muerte de un familiar muy querido, problemas económicos, conflictos sentimentales o cualquier otra circunstancia. Ahora bien, una cosa sería estar triste porque existen una serie de razones que justifican y explican esta tristeza, y otra muy distinta es estar profunda y amargamente triste sin ninguna explicación ni motivo.

Cuando las cosas no andan bien y hay problemas y contratiempos, cuando la vida nos enseña sus afilados colmillos, es «normal» que la persona reaccione con abatimiento y tristeza. Pero otra cosa distinta es la tristeza, el malestar, la desesperanza e incluso las alteraciones somáticas que abaten al enfermo deprimido sin justificación ni explicación, bueno, mejor dicho, con explicación si tenemos en cuenta la alteración de su sistema nervioso y de las sustancias químicas que en él se encuentran y de las que ya hemos hablado.

En los momentos actuales la clasificación de la depresión se ha complicado sensiblemente, existiendo una serie de cuadros clínicos diversos que hemos resumido en la tabla siguiente:

CLASIFICACIÓN DE LAS DEPRESIONES
DEPRESIÓN MAYOR (Episodio único o recidivante)
TRASTORNO DISTÍMICO (Depresión crónica )
TRASTORNO BIPOLAR (Tipo I y II)
DEPRESIÓN SECUNDARIA A ENFERMEDAD MÉDICA
DEPRESIÓN SECUNDARIA A CONSUMO DE TÓXICOS
TRASTORNO ADAPTATIVO CON ÁNIMO DEPRIMIDO

La *depresión mayor* sería aquella caracterizada por un estado de desilusión generalizada e intensa dificultad para sentir placer; apatía y cansancio desde las primeras horas del día; empeoramiento matutino y mejoría vespertina, así como la presencia de dolores diversos y cambiantes; pérdida de apetito y trastornos del ritmo del sueño (sobre todo despertar precoz). Este tipo de depresión suele reactivarse en primavera u otoño.

Síntomas diana de la depresión mayor:

- Incapacidad para disfrutar de las cosas
- Disminución de la tolerancia al dolor
- Mayor vulnerabilidad al estrés

- Trastorno de los ritmos vitales (sueño, apetito y sexualidad).

El *trastorno distímico* se llama también depresión crónica, ya que como mínimo dura dos años. Sus mejorías y empeoramientos suelen depender de los acontecimientos vitales y de la interpretación que se haga de ellos. Su prevalencia es del 3%, y la frecuencia en la mujer es el doble que en el varón. Presenta los mismos síntomas que la depresión mayor pero en menor intensidad; el tratamiento es con ISRS y ansiolíticos.

El *trastorno bipolar* es una enfermedad en la que se alternan episodios o fases de euforia e hiperactividad excesiva (manía) con otras de inhibición y tristeza (depresión). La padece el 1% de la población y no hay diferencias en cuanto al sexo. Hay que descartar siempre las intoxicaciones por drogas y algunas enfermedades neurológicas. El tratamiento es con: neurolépticos (risperidona, olanzapina), ansiolíticos (clonacepam), litio (Plenur) o antiepilépticos (lamotrigina) y antidepresivos (ISRS o ISRS).

Además existirían también otro tipo de depresiones. Así, podría hablarse de *depresiones recurrentes*, que son aquellas en las que se presentan episodios repetidos de depresión; *depresiones persistentes* o depresiones en las que el paciente no llega a mejorar por completo, presentando en mayor o menor intensidad sintomatología depresiva; *depresión con síntomas psicóticos*, cierto tipo de depresión grave en la que existirían ideas delirantes (falsas e irrefutables por medio de razonamientos lógicos), casi siempre de tipo negativo (ruina, culpabilidad, etc.).

Según la intensidad de los síntomas, las depresiones se pueden clasificar en leves, moderadas o graves; según el momento de inicio, en infanto-juveniles, de la edad adulta e involutivas (aparecen en la tercera edad); según la respuesta al tratamiento, en fase depresiva simple, refractaria y resistente; según la sintomatología predominante, en agitadas, inhibidas o enmascaradas; según el curso clínico, en monopolares o bipolares, etc.

La depresión es una enfermedad muy variopinta y puede presentarse de formas muy diversas, lo cual, obviamente, puede generar cierta confusión y errores en su apreciación. Las enfermedades con las que habrá que plantearse el diagnóstico diferencial son, entre otras, las siguientes:

- Ansiedad
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Hipocondría

- Demencia.

## DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

En primer lugar hay que tener presente que es posible que en la depresión aparezcan síntomas ansiosos, lo que puede equivocar de entrada el diagnóstico y hacernos creer que estamos ante un trastorno de ansiedad, cuando lo que hay es una depresión. Para evitar la confusión será fundamental conocer los síntomas que diferencian cada una de estas entidades. También es importante tener en cuenta que la ansiedad, sobre todo cuando no recibe ningún tipo de tratamiento, puede evolucionar hacia la depresión. No es infrecuente ver en la práctica cómo lo que empezó siendo un trastorno de ansiedad con unos síntomas muy claros acaba siendo una depresión en toda regla. Por último, se ha visto a través de estudios experimentales que la comorbilidad, es decir, la presentación de ambas entidades juntas, es elevada, por lo que también el diagnóstico por este motivo puede complicarse.

## DEPRESIÓN Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Las diferencias entre la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo suelen ser la mayoría de las veces bastante claras y evidentes. No obstante, en ocasiones, quizá haya cierta dificultad para separar ambas entidades ya que en la depresión pueden existir también pensamientos reiterativos similares a los que tiene el obsesivo (casi siempre son ideas de culpa o de ruina personal y familiar), y a su vez el obsesivo puede presentar síntomas depresivos que compliquen el diagnóstico. Quizá sea útil recordar que el trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por que el enfermo tiene una serie de ideas obsesivas; es decir, ideas y pensamientos persistentes, absurdos, que el propio paciente reconoce como tal pero no puede evitarlos. Dichas ideas se acompañan de comportamientos repetitivos (compulsiones) en un intento estéril para neutralizarlas o eliminarlas. En la tabla siguiente se resumen las diferencias más importantes entre estas dos enfermedades.



Depresión	Trastorno obsesivo
Variación de los síntomas a lo largo del día y de las estaciones del año	Los síntomas no varían
Antecedentes de episodios depresivos previos personales y familiares	Rasgos neuróticos de personalidad
Suicidio del 10 al 15% de los casos	Suicidio poco frecuente
Inicio en la vida adulta y evolución en fases o episodios	Inicio en la infancia o juventud y evolución crónica

### DEPRESIÓN E HIPOCONDRIA

Precisamente uno de los síntomas de la depresión mayor son las ideas delirantes de tipo hipocondríaco; es decir, el convencimiento enfermizo e irrefutable por medio de razonamientos lógicos de tener una enfermedad. Las diferencias entre el depresivo y el enfermo hipocondríaco suelen ser bastante claras, ya que en este último el convencimiento de tener una o varias enfermedades es el síntoma fundamental, mientras que en la depresión son la desesperanza, la tristeza y la inhibición general los síntomas capitales.

### DEPRESIÓN Y DEMENCIA

Aunque la demencia y la depresión son dos entidades muy distintas, en algunos casos pueden presentar síntomas que se prestan a confusión, sobre todo al comienzo de la demencia y también en la depresión que aparece en personas mayores, ya que en estas es frecuente que la depresión curse con síntomas cognitivos, esto es, síntomas tales como la pérdida de concentración, de atención y de memoria, que como todos sabemos son muy frecuentes en la demencia. Vamos a resumir en otra tabla las diferencias más significativas entre estas dos enfermedades.

<b>Depresión</b>	<b>Demencia</b>
Comienzo preciso y evolución rápida	Comienzo insidioso y evolución lenta
Antecedentes de depresión	Sin antecedentes de depresión. Sí puede haberlos de demencia (Alzheimer)
Sentimiento de enfermedad	Sin sentimiento de enfermedad
Síntomas afectivos y ansiosos. No oculta los síntomas, incluso los exagera	Oscilaciones del ánimo y disimulación de los fallos y errores
Sin alteraciones en las pruebas psicológicas para medir deterioro	Alteraciones en las pruebas psicológicas para medir deterioro
Raramente anomalías en el TAC	Frecuentemente anomalías en el TAC

Como puede observar, la depresión es una enfermedad realmente compleja y que en ocasiones se presenta de maneras muy diversas y se presta a confusión con otro tipo de alteraciones psiquiátricas e incluso también somáticas. Además de las formas clínicas de depresión ya comentadas, existen otras variantes que conviene conocer. Siendo conscientes de que este es un manual de divulgación, vamos a resumir de forma muy esquemática aquellas variedades clínicas que, o por su frecuencia, o por lo peculiar de los síntomas o de su evolución, creemos puede resultarle interesante conocer.

<b>Depresión breve recurrente</b>	Son episodios repetidos de depresión con síntomas graves, que duran muy poco tiempo (2-3 días) y que remiten por completo
<b>Depresión enmascarada</b>	Depresión que se manifiesta sobre todo con síntomas somáticos (dolores, vértigos, alteraciones digestivas, etc.) o con trastornos de conducta (agresividad, etc.)
<b>Depresión estacional</b>	Depresiones que aparecen en otoño e invierno y que desaparecen en el resto del año. Se caracterizan por irritabilidad, aumento del apetito (sobre todo de azúcares) y del sueño

En cuanto al tratamiento farmacológico de la depresión, conviene tener en cuenta los siguientes puntos esenciales:

- ISRS: Eficacia, seguridad, comodidad en la posología
- Tricíclicos: Muy eficaces. Muchos efectos secundarios. Dosificación compleja
- Esperar hasta que pase el período de latencia (45 días)
- Si no responde, cambiar de tipo de antidepresivo
- Mantenerlos un tiempo prolongado (a veces indefinidamente)
- Combinar con ansiolíticos si hace falta
- La retirada, al igual que la instauración, ha de hacerse de forma gradual.

Tratamiento farmacológico:

1. Tricíclicos (clomipramina, amitriptilina)
2. Tetracíclicos (minaserina, maprotilina)
3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram)
4. Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (venlafaxina)
5. Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (reboxetina)
6. Antagonista de receptores serotoninérgicos y agonista facilitador de los adrenérgicos (mirtazapina).

## 10

### **Estoy perdiendo memoria.**

#### **¿No será Alzheimer?**

¿Qué relación tiene un pequeño olvido con el comienzo de una demencia? ¿Es normal tener fallos de memoria de vez en cuando? ¿La dificultad para nombrar los objetos, los olvidos imperdonables o los errores de percepción forman parte de un envejecimiento normal o son por el contrario síntomas de alarma? ¿Cómo se puede ayudar a la familia para que acepte esa cruda y triste realidad? ¿Quién cuida al cuidador? Estas y otras muchas interrogantes habrán asaltado su mente en más de una ocasión. Vamos a intentar despejar algunas de las incógnitas.

La demencia es un síndrome caracterizado por la pérdida progresiva de memoria y de otras funciones psíquicas que provocan en el paciente un deterioro intelectual y de la personalidad en su conjunto. De una forma más técnica, la Organización Mundial de la Salud define la demencia en estos términos: «Es una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, que se caracteriza por la existencia de múltiples déficits de las funciones corticales superiores. La conciencia permanece clara, acompañándose no obstante de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación».

Las demencias son un problema sanitario y social de gran envergadura y se calcula que su prevalencia global o número de personas enfermas oscila entre el 5 y el 10% de la población. Asimismo, el 15% de las personas mayores de 65 años presenta este problema, cifra que sube al 30% cuando la población de referencia tiene más de 80 años. Según estudios recientes, las demencias generan unas 900.000 consultas anuales, de las cuales el 83% se hace en atención primaria.

Las causas capaces de originar una demencia son muchas y variadas, y las recogemos a continuación. No obstante, las que mayor interés pueden tener por su frecuencia serían la enfermedad de Alzheimer (constituye el 60% de los casos de demencia), la demencia vascular, (20% de las demencias) y las provocadas por medicamentos y sustancias (10% de las demencias).

Dentro de los factores causales de demencia se calcula que el 10% son reversibles, aunque solo el 3% lo serían totalmente. Dentro de estas demencias que podemos considerar de relativo buen pronóstico estarían fundamentalmente las de tipo tóxico, las metabólicas, las tumorales y las debidas a carencias nutricionales.

#### CAUSAS MÁS IMPORTANTES DE DEMENCIA

- DEGENERATIVAS

Enfermedades de Alzheimer, enfermedades de Pick, enfermedades de Parkinson, enfermedades de Huntington, etc.

- VASCULARES

Multiinfarto, vasculitis

- MECÁNICAS

Hidrocefalias

- INFECCIOSAS

Sida, encefalitis, meningitis, sífilis, enfermedad de Creutzfeld-Jakob

- TUMORALES

Tumores primarios. Metástasis

- CARENCIALES

Déficit de vitamina B<sub>12</sub> y de ácido fólico, pelagra

- TOXICOMETABÓLICAS

Alcohol, cocaína, opioides, metales, alteraciones tiroideas, hipoglucemia

- TRAUMÁTICAS

Hematoma subdural, demencia postraumática.

Hay una serie de signos y de síntomas que nos sugieren con cierta facilidad el diagnóstico de demencia. No obstante, muchas personas acuden angustiadas a nuestras consultas porque en los últimos tiempos han perdido memoria y les han dicho que eso puede ser Alzheimer. Y aunque es cierto que uno de los síntomas principales de cualquier demencia es la pérdida de memoria, no es el único. Hay otros datos tan importantes o más para diagnosticar demencia. Además hay que tener presente que «esos olvidos» que ciertas personas refieren suelen ser con frecuencia

síntomas más de tipo depresivo-ansioso o propios del envejecimiento que de trastornos cognitivos derivados de una demencia. Vamos a darle algunas pistas para su identificación.

La demencia suele empezar con un deterioro progresivo e insidioso de la memoria, olvidando sobre todo los acontecimientos recientes y recordando en cambio lo que pasó hace muchos años. A este síntoma, que cada vez se hace más intenso, se le añaden otros. Así, aparecen cambios en la forma de ser y desestructuración de la personalidad (exagerándose algunos de los rasgos que ya tenían), pérdida de los hábitos de limpieza y aseo, trastornos del sueño (no duermen por la noche y en cambio dan frecuentes «cabezadas» durante el día), desorientación (llegando en los casos avanzados a no saber dónde están), dejadez, agresividad, desinhibición, e incluso ideas delirantes de perjuicio, de ruina o de cualquier otra índole. También puede aparecer otro tipo de alteraciones como dificultades para andar y moverse, para reconocer objetos y nombrarlos, temblores, alteraciones del tono muscular, etc.

Es preciso insistir en que estos son los síntomas de una demencia establecida; en sus inicios, los síntomas no son tan claros. El deterioro se produce progresiva e insidiosamente (salvo en las demencias vasculares), y pueden pasar desapercibidas con cierta facilidad. Solo un examen meticuloso, tanto clínico como neuropsicológico, nos permitirá hacer un diagnóstico precoz e iniciar un tratamiento que, aunque por desgracia no es todo lo eficaz que nos gustaría, sí puede, en muchos casos, detener el avance de una enfermedad realmente grave.

#### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEMENCIA (DSM-IV)

- Pérdida de memoria
- Deterioro de las funciones corticales (dificultad para el reconocimiento de los objetos que lo rodean y para nombrarlos)
- Deterioro gradual y progresivo del juicio crítico
- Cambios en la personalidad
- Deterioro gradual y progresivo del pensamiento
- Conciencia de normalidad.

El diagnóstico de la demencia se realiza fundamentalmente mediante el interrogatorio médico, aunque existen también una serie de exploraciones complementarias que nos pueden ayudar mucho. El examen para descubrir una demencia debe empezar siempre por la historia clínica y la exploración

psicopatológica. En este tipo de alteraciones tiene gran importancia la información objetiva de familiares y demás personas que convivan con el enfermo, ya que nos puede aportar datos sobre sus fallos de memoria, trastornos de conducta, «manías», etc. El segundo paso es realizar una exploración neurológica, intentando descartar las múltiples causas de alteraciones psicofisiológicas que cursan con sintomatología de este tipo. Por último es preciso poner en marcha una serie de exploraciones complementarias, entre las que destacamos las siguientes:

- TAC CEREBRAL (no proporciona alteraciones específicas)
- RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (no refleja alteraciones específicas)
- ESCALAS DE DETERIORO (muy fiables, pueden cuantificar el *deterioro*)

Las enfermedades con las que más frecuentemente hay que hacer un diagnóstico diferencial son: *envejecimiento normal*, *depresión* y *delirium (síndrome confusional)*. Por lo que respecta al deterioro o *envejecimiento* que en todas las personas se produce como consecuencia del paso de los años, este se distingue de la demencia por que las pérdidas de memoria no son en principio importantes y además la persona tiene una clara conciencia de ellas. El estudio psicométrico mediante las baterías de test de las que hoy disponemos nos permite diferenciar, en la mayor parte de los casos y con relativa facilidad, una demencia de un envejecimiento fisiológico y natural.

Por lo que hace referencia a la *depresión*, esta puede, sobre todo en personas mayores, confundirse con el comienzo de una demencia. No obstante, es preciso resaltar que en la depresión el paciente es consciente del trastorno, su comienzo suele estar bien definido, el ánimo está triste y mejora notablemente con la medicación antidepresiva, aspectos todos ellos que no se producen si se trata de una demencia.

Por último, el llamado actualmente *delirium*, situación relativamente frecuente en los ancianos, se caracteriza por la existencia de una disminución del nivel de conciencia y de la atención, desorientación, somnolencia diurna e insomnio por la noche, e incluso por la presencia de alucinaciones. Es una situación que, a diferencia de la demencia, comienza bruscamente, los síntomas cambian en cuestión de horas, el pensamiento está muy desorganizado y se alternan momentos de agitación con otros de tranquilidad, así como momentos de lucidez con otros de obnubilación. No obstante, no es infrecuente que sobre una demencia aparezca un delirium, complicándose entonces notablemente el diagnóstico diferencial.

Por lo que respecta al tratamiento, no existe por el momento ninguna sustancia que pueda curar una demencia, si por curar entendemos restablecer por el completo el

deterioro producido. Pero existe cierta posibilidad de detener parcialmente el avance de la enfermedad y, sobre todo, de mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.

En primer lugar es preciso separar las demencias degenerativas tipo Alzheimer de otras que se producen por problemas vasculares, traumatismos, intoxicaciones, etc., ya que en estas últimas con frecuencia se puede llevar a cabo un tratamiento con resultados más que aceptables. En cuanto a la enfermedad de Alzheimer, se están utilizando en el momento actual una serie de medicamentos que actúan sobre la acetilcolina y que parecen mejorar la función cognitiva del paciente. Entre estos se encuentra el donepezilo (Aricept), la rivastigmina (Exelon, Prometax) y las más recientes y con un mecanismo de acción más complejo como la galantamina (Reminyl) y la memantina (Ebixa).

También pueden ser de utilidad los llamados calcioantagonistas (Nifedipino), que mejoran la nutrición cerebral y protegen las terminaciones nerviosas. Otros fármacos que se emplean en las demencias son los neurolépticos y los antidepresivos. Los neurolépticos están indicados en los trastornos de conducta que con tanta frecuencia se asocian a las demencias. Dichos trastornos pueden alcanzar a veces tal intensidad que su tratamiento es un objetivo prioritario. En el momento actual existen diversas moléculas capaces de mejorar la agresividad, la irritabilidad, los trastornos del sueño, las ideas delirantes y, en definitiva, la conducta global del sujeto, estando especialmente indicada la risperidona. Lo que en nuestra opinión no es correcto, a pesar de ser una de las prácticas más extendida, es la prescripción de Valium y sus derivados. Estos, aunque son sustancias que facilitan e inducen el sueño y reducen la agresividad, también disminuyen la atención y la concentración, e incrementan las pérdidas de memoria. Además, los tranquilizantes benzodiazepínicos pueden generar en enfermos de edad avanzada cuadros confusionales de cierta importancia.

En cuanto a los antidepresivos, su utilización debe estar condicionada a la existencia de cuadros depresivos que acompañan con mucha frecuencia a las demencias. Dentro de los antidepresivos tienen especial indicación los ISRS (citalopram, paroxetina y sertralina).

En resumen, tan importante como el empleo de todos estos medicamentos es informar a la familia de cómo son este tipo de enfermedades y de la evolución que probablemente seguirán. Hay que hacerles ver que va a ser una «carrera de fondo» y no «de velocidad», que tendrán que armarse de paciencia y aceptar con resignación y madurez las fluctuaciones que este tipo de enfermedades presenta. Asimismo, es muy



conveniente estimular al enfermo con actividades programadas y adecuadas al nivel de deterioro que tenga. Hay que mantenerlo en actividad y fomentar su independencia por pequeña que sea.

## 11

### **Las llamadas «perversiones sexuales» o cuando la sexualidad se convierte en sufrimiento**

El amor quizá no sea una enfermedad, pero el enamoramiento está a veces muy cerca de serlo, o al menos de generar cierto desequilibrio psicológico, ya que es una manera deformada de percibir la realidad. Cuando se está enamorado no se ve al otro como realmente es sino como nosotros creemos que es, atribuyéndole cualidades que o no tiene o que, si realmente las tiene, no son como nosotros las vemos. Estar enamorado es una emoción pasajera que dará paso, en el mejor de los casos, al amor, y en el peor, al desamor. En otras palabras: la emoción (enamoramiento) da paso al sentimiento (amor), y es entonces cuando se percibe la realidad de una manera más objetiva y no deformada.

Muy cerca del amor están los celos, que son como la sal a la comida. Un poquito le da un sabor muy agradable, pero si abusamos de ella podemos llegar a estropear el succulento manjar que habíamos preparado. Lo mismo ocurre con los celos. «Quien no cela no ama», dice la sabiduría popular, y no le falta razón. Los celos, mejor dicho, un grado de celos moderado confiere cierto aliciente a una relación. Es más, con frecuencia son inevitables, ya que el enamoramiento entre dos seres humanos es excluyente y no permite la existencia de otras personas. Ahora bien, cuando los celos son desmesurados u obsesivos forman parte de una patología psiquiátrica, que puede no solo causar sufrimiento, sino incluso llegar a ocasionar un problema grave de convivencia. El celoso patológico es un ser inseguro, inmaduro y débil, que desconfía sobre todo de sí mismo y de su capacidad de atracción. El enfermo de celos es una persona agresiva, impulsiva y con acusados sentimientos de inferioridad. Es, en definitiva, un enfermo que sufre inútilmente y que también hace sufrir.

Al ser humano le atrae lo desconocido, le provoca una cierta fascinación; pero esto no es lo mejor para la convivencia. Muchas personas empiezan una relación

sentimental con otras que son muy diferentes a como ellos son. Quizá son esas diferencias lo que gusta, atrae, seduce y apetece más. Pero conforme pasa el tiempo y cuando nuestros gustos, aficiones, creencias, sentimientos y opiniones son muy dispares, la fascinación y el atractivo desaparecen dando paso a la crisis y a la ruptura. No se trata de buscar un compañero «igual» a nosotros; no sería bueno, ni tampoco posible, pues todos somos diferentes. Pero tampoco es saludable dejarse «arrastrar» por esas diferencias, pensando que luego será fácil la convivencia. En resumen, no creemos que exista ninguna consigna mágica para conseguir unas relaciones sentimentales felices, pero de lo que sí estamos seguros es de que la convivencia entre dos personas adultas debe estar presidida fundamentalmente por la tolerancia y por el respeto. Tolerancia hacia los gustos, criterios, opiniones, aficiones y maneras de ver la vida de nuestro compañero o compañera. Y respeto, profundo y sincero respeto, a su forma de ser y a sus creencias.

Dejando a un lado los aspectos psicológicos, vamos a entrar en un aspecto más práctico y fisiológico sobre la conducta sexual. El ciclo sexual en los seres humanos tiene básicamente cuatro fases o estadios: *de deseo*, *de excitación*, *de orgasmo* y *de relajación*. Las alteraciones en cualquiera de estas fases dan lugar a las llamadas *disfunciones sexuales*. Las más importantes por su frecuencia son las siguientes:

#### DISFUNCIÓN ERÉCTIL (IMPOTENCIA)

Trastorno en la erección que imposibilita que el pene alcance la tumescencia necesaria para poder realizar el coito. Aunque puede deberse a causas orgánicas (diabetes, problemas vasculares, consumo de medicamentos o sustancias tóxicas), lo más frecuente es que su origen sea de tipo psicológico (ansiedad anticipatoria, inmadurez psicológica, miedo al fracaso, etc.).

#### EYACULACIÓN PRECOZ

La eyaculación precoz es una disfunción sexual que padece casi el 30% de los hombres. En estos la eyaculación se produce o bien antes de la penetración vaginal, o en todo caso inmediatamente después de efectuarla. Los sujetos que padecen eyaculación precoz lo viven siempre con marcada insatisfacción y ansiedad, llegando

a desarrollar con frecuencia conductas de evitación sexual (rechazan tener contactos sexuales) y, lo que es peor, también trastornos en la erección (impotencia).

#### ANORGASMIA FEMENINA (FRIGIDEZ)

Afecta al 16% de las mujeres y se incrementa con la edad. Es la disfunción más frecuente en el sexo femenino. Hay que distinguir la anorgasmia coital, en la que al producirse la penetración no se alcanza el orgasmo, de la anorgasmia completa o clitoridea, en la que tampoco se consigue el orgasmo con la masturbación. Los factores etiológicos más importantes son de tipo psíquico.

#### DISPAREUNIA Y VAGINISMO

Afectan a un 8% de las mujeres, siendo más frecuente el vaginismo (contractura involuntaria de la musculatura vaginal) que la dispareunia (dolor en las relaciones sexuales). Los factores etiológicos son sobre todo de tipo educacional y también por procesos infecciosos (micosis).

Otro tipo de alteraciones en la conducta sexual son aquellas que se producen en la elección del objeto sexual, prefiriendo el sujeto de forma excluyente y repetitiva una serie de prácticas o comportamientos sexuales estereotipados. Son las denominadas *parafilias*, que antaño se llamaban con un tono ciertamente moralizante «perversiones o aberraciones sexuales». Estas alteraciones en la conducta sexual se caracterizan por los siguientes síntomas:

- Participación de objetos no humanos
- Prácticas que comportan sufrimiento o humillación propia o del compañero
- Participación de niños o adultos que no consienten.

Este tipo de trastornos sexuales produce con frecuencia problemas legales, ya que al estar implicadas terceras personas de forma involuntaria entran con frecuencia en los llamados delitos contra la libertad e indemnidad sexual (abusos sexuales, agresión sexual, exhibicionismo, etc.).

Por último, también pueden aparecer alteraciones en la llamada *identidad sexual*, dando lugar a una desarmonía entre el sexo biológico y el psicológico, que es lo que se conoce como transexualismo. Esta entidad requiere un tratamiento médico y a veces quirúrgico para modificar los caracteres sexuales secundarios que el transexual tiene.

El tratamiento de las alteraciones sexuales irá preferentemente dirigido a descartar la existencia de cuadros somáticos o procesos físicos, así como a proporcionar una información lo más aséptica posible sobre las bases fisiológicas del comportamiento sexual.

En muchos casos será necesario realizar una psicoterapia, siendo las llamadas cognitivo-conductuales las que mejores resultados proporcionan.

Ahora disponemos también de fármacos muy efectivos como el sildenafil (Viagra), vardenafil (Levitra) para la impotencia, así como el uso de paroxetina en dosis bajas para la eyaculación precoz.

## 12

### **La anorexia y la bulimia nerviosas**

La anorexia nerviosa es uno de los problemas psiquiátricos cuya incidencia, o número de casos nuevos por año, más ha aumentado; además, es la única enfermedad mental que puede matar a la persona que la sufre. La presión social y de la publicidad por conseguir una silueta esbelta ha ido creando en algunas adolescentes la idea de que un cuerpo rellenito es una especie de castigo. Los estudios efectuados sobre la enfermedad demuestran que las anoréxicas tienen una alteración en la percepción de su propio cuerpo, llegando a constatarse un error de hasta un 60% en la idea de la anchura de la cara. Sin embargo, en cuanto a la talla la percepción es bastante correcta.

Aunque no es una enfermedad exclusivamente femenina, la proporción es mucho mayor en la mujer. Puede afirmarse que por cada diez mujeres que enferman lo hace un solo chico. La explicación es compleja y probablemente incompleta. Hay quien sostiene que se debe a que la maduración sexual de la mujer es mucho más brusca y abrupta. También hay quien postula que la sociedad es mucho más permisiva con los varones, especialmente en los países más desarrollados. Los especialistas hablan de que las enfermas de anorexia responden a una personalidad muy característica: inseguras, indecisas, con baja autoestima y con escasas habilidades en las relaciones interpersonales. Para algunos, la anorexia sería la consecuencia de problemas psicológicos previos; sería la manifestación, en forma de enfermedad mental, de problemas de adaptación.

La anorexia y la bulimia son dos enfermedades que se conocen desde hace centenares de años, pero hasta hace unas pocas décadas apenas constituían un problema sanitario relevante. En la actualidad son una verdadera «epidemia», con graves repercusiones personales, familiares y sociales. El problema esencial de la anorexia es la pérdida grave de peso, hasta llegar a límites peligrosos para la vida.

Esto se produce porque las personas que la padecen, casi siempre adolescentes o mujeres jóvenes, sufren un rechazo intenso a mantener el peso corporal en niveles

normales. Las afectadas presentan un miedo desproporcionado a engordar, y como consecuencia de ello padecen verdaderas distorsiones de la percepción del propio cuerpo, de tal manera que se ven gordas, a pesar de estar delgadas o muy delgadas. Junto a este síntoma capital hay otros como la pérdida de la menstruación, las alteraciones graves del metabolismo, etc. que conllevan un riesgo vital importante. Las afectadas restringen severamente la ingesta de alimentos, o a veces comen compulsivamente pero se provocan vómitos para evitar engordar o utilizan laxantes, diuréticos y todo tipo de maniobras absurdas para conseguir su objetivo. La anorexia puede ser a su vez de los siguientes tipos:

1. *Tipo restrictivo*: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
2. *Tipo compulsivo/purgativo*: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La bulimia, por el contrario, es un trastorno de la conducta alimentaria que conlleva la pérdida del control ante la ingesta, lo que lleva a las pacientes a darse verdaderos atracones de gran cantidad de alimentos en muy poco tiempo. A la vez se acompaña de una sensación de no poder parar de comer; como consecuencia de ello sufren sentimientos de culpa que intentan compensar provocándose el vómito para no ganar peso, a pesar de lo cual las afectadas suelen ganar bastantes kilos, lo que a su vez les crea preocupaciones excesivas por su imagen, y las conduce a intentos de restringir la ingesta, y a nuevas pérdidas de control con nuevos atracones, entrando en un círculo imparable de «atracones-vómitos» del que les resulta imposible salir.

Dentro de la bulimia tenemos las siguientes variantes:

1. *Tipo purgativo*: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas.
2. *Tipo no purgativo*: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

En la actualidad, ambos trastornos constituyen uno de los problemas sanitarios de mayor importancia social. Sin embargo hay bastante acuerdo en los medios científicos en considerarlos más como un problema público, como una alarma social,

que como un grave problema de salud, ya que la incidencia y prevalencia dependen en gran medida del nivel de sensibilidad social y sanitaria hacia la cuestión, y en cierto modo son «enfermedades de moda». Tal vez por eso hay una gran sensibilidad ciudadana por el problema, dado que los casos detectados y tratados son muchos, y las repercusiones familiares y personales son graves y de larga duración.

Para entender bien qué son y qué implica esta aparente «epidemia» de anorexias y bulimias, y para realizar una correcta atención sanitaria, podemos orientar la cuestión de diversas maneras. Primero, como un problema de moda, en cuyo caso los sociólogos, políticos y administradores sanitarios deben tener responsabilidades y debemos pedirles cuentas. También podemos orientarlo como un problema psicopatológico, en cuyo caso es la asistencia psiquiátrica la que debe plantear soluciones. Igualmente, podríamos plantearlo como un desorden nutricional, en cuyo caso son los dietólogos y nutricionistas los que deben plantarle cara en primer lugar.

En todo caso, debemos tener bien claro que estas enfermedades no son una simple «moda», y mucho menos son simples consecuencias de las «modas» y modos estéticos imperantes, de la delgadez que imponen los modistos y publicistas, o las televisiones y las top-models. Es erróneo creer que la culpa de todo la tiene la tele, y que la solución es prohibir las tallas pequeñas. Lo tienen claro, pues así lo único que se conseguirá es no entender nada, perpetuar el problema y no dar en la diana de las soluciones.

Nuestra opinión es que estamos ante graves trastornos de autocontrol, que se reflejan en la conducta alimentaria como podrían reflejarse en muchas otras, y que detrás de ellos siempre se ocultan problemas de personalidad, conflictos familiares, problemas educacionales, alteraciones biológicas cerebrales, factores hereditarios y, también —pero no solo— problemas sociales y culturales. Por lo tanto, parece claro que las soluciones no hay que buscarlas en la televisión o en los políticos.

Se trata de enfermedades de la conducta, y como tales el eje de la atención debe ser la asistencia psiquiátrica, constituida por psiquiatras, psicólogos, enfermeras y otro personal sanitario, que lógicamente deben colaborar con nutricionistas y dietólogos, así como con trabajadores sociales, etc. En resumen, la realidad es esta y no cabe achacarle toda la culpa a los patrones estéticos y quedarnos todos con la conciencia muy tranquila, pero con el problema sin resolver. Desde luego las afectadas y sus familias saben bien que con cambiar de ropa no se resuelve la anorexia ni la bulimia; es mucho más eficaz modificar la autoestima.



## 13

### **Cuando el juego deja de ser un juego: La ludopatía**

Esta es la mejor muestra de cómo una conducta humana puede pasar de ser una costumbre apacible y liberadora a una enfermedad coercitiva: el juego patológico o ludopatía. El juego empieza a ser un problema cuando el individuo pierde su libertad frente a él y cuando aparecen síntomas de abstinencia; es decir, irritabilidad, inquietud, desazón y malestar general si el adicto no puede jugar. El jugador patológico, el adicto, en definitiva el enfermo por el juego, padece un impulso incontrolado, una «necesidad» de jugar. Casi ninguno reconoce su pérdida de control. Todos refieren que saben cuándo hay que parar, que ellos son los que dominan la situación. En pocas palabras, que controlan, aunque la experiencia nos demuestra que eso es absolutamente falso.

El jugador patológico suele ser un sujeto con rasgos anómalos de personalidad que giran en torno a la baja autoestima y a una dificultad para controlar sus impulsos. Por lo que respecta a la mujer, esta suele iniciarse en el juego alrededor de los 45 años, jugando sobre todo al bingo, a las máquinas tragaperras y a la lotería por este orden. El mayor porcentaje de enfermos por el juego se recluta entre los trabajadores autónomos y las amas de casa.

A pesar de precederle una larga historia, así como una destacada presencia en los ámbitos sociales y literarios, el reconocimiento del juego patológico como una enfermedad merecedora de diagnóstico y tratamiento es relativamente reciente. Las descripciones literarias o cinematográficas siempre han resaltado la relación entre juego y rasgos de personalidad, o también entre aquel y ciertos condicionamientos familiares aprendidos. Su relación con rasgos como la atracción por el riesgo y la aventura o su conexión con los valores monetarios imperantes en la sociedad de consumo han sido las vertientes más acentuadas. Igualmente, las consecuencias deletéreas para los/las practicantes y las personas cercanas es otro de los aspectos más típicos y mejor conocidos de esta grave y frecuente «costumbre-hábito-enfermedad».

En las últimas décadas se han establecido criterios concretos para distinguir entre jugadores por afición o diversión y jugadores patológicos. Oficialmente se ha reconocido ya como categoría clínica independiente. A pesar de ello, las dificultades que siguen existiendo en cuanto a su reconocimiento, diagnóstico y tratamiento son obvias, debido más a factores de índole social que puramente médico. Los psiquiatras disponemos de criterios de diagnóstico válidos, fiables y fáciles de aplicar, pero muy pocas personas afectadas entienden o aceptan que su conducta de juego sea una «enfermedad». Incluso a muchos familiares les sigue costando reconocer que los afectados sufren esa patología. Además, la sociedad sigue manteniendo una actitud ambivalente, cuando no hipócrita, reconociendo los riesgos del juego, denunciando sus consecuencias, pero promocionándolo y practicándolo cada vez con más intensidad.

La cadena típica de actitudes familiares y personales pasa por la negación, la incompreensión, el rechazo, el desprecio o el aislamiento de los afectados. Pocas veces acaba en la consideración del problema como algo patológico, y menos aún como un problema psiquiátrico. Sin embargo, en el momento actual los criterios clínicos permiten alcanzar una elevada precisión en el diagnóstico y establecer un algoritmo válido para la diferenciación entre juego «normal» y otros desórdenes del mismo tipo. Son los llamados trastornos del control de los impulsos.

Una gran proporción de la población practica juegos de azar con potencialidad «adictógena» (60-80%), pero solo una parte de ellos sufre problemas del «control del impulso a jugar». Es decir, las tasas de sujetos «enfermos» son muy oscilantes, y se observa una tendencia a incrementarse. Se ha pasado de un 0,2% a un 6% de la población general. En España se han barajado tasas oscilantes entre el 3 y el 12%, lo que supone que al menos habría entre un millón y un millón y medio de personas que sufren esta enfermedad.

Por otra parte, es posible establecer relaciones entre riesgo de llegar a sufrir juego patológico y determinados condicionantes de índole personal, familiar y social, como la facilidad o permisividad del juego, la educación consumista, la práctica del juego como diversión familiar, y ciertos rasgos de personalidad predisponentes. Por eso, con frecuencia es posible reconocer el problema desde edades tempranas (cada vez más en la adolescencia); se suele presentar asociado a otros desórdenes de conducta (consumo de alcohol o drogas, depresión, etc.) o bien se suma a otros factores de riesgo psicosocial, como ocurre en determinados grupos étnicos, en ambientes

próximos a la delictividad, etc. Debe llamar la atención y son indicios de la existencia de una adicción al juego patológico lo siguiente:

- Creciente preocupación por el juego
- Aumento de la frecuencia de juego
- Juego en solitario
- Ganancias inesperadas
- Disminución de la percepción del riesgo
- Aislamiento de la familia o de los amigos
- Rechazo de los comentarios sobre su conducta patológica.

Si además concurren otros aspectos, tales como la aparición de comportamientos depresivos, o de conductas autodestructivas, entonces es que la actitud de juego patológico ya está plenamente instaurada. En efecto, numerosos estudios han establecido una elevada y preocupante concurrencia del juego patológico con depresión, ansiedad, abuso de sustancias y riesgo de suicidio. Incluso últimamente se están apreciando relaciones entre juego y otras conductas encuadrables en el grupo de las que hemos llamado «adicciones comportamentales» o «no químicas». Por otra parte, se pueden establecer patrones diferenciales entre las conductas de juego de las mujeres y de los hombres. En ellas se aprecia una relación notable con consumo excesivo, ingesta alimenticia exagerada y conductas sexuales compulsivas.

La evolución del trastorno es típica y existe una clara relación entre el aumento de la conducta de juego y la pérdida del control por parte del afectado. En este sentido, los expertos han establecido tres fases características, con fines descriptivos: una primera *fase de ganancias*, que suele suceder a una ganancia importante, inesperada o buscada, la cual, además de beneficio económico, sirve como compensación de problemas personales o relacionales. A esta primera etapa le sigue indefectiblemente otra *fase de pérdidas*, durante la que se insiste en la práctica del juego como intento de recuperación de las pérdidas. Poco a poco se llega al juego en soledad, a las mentiras, a las pérdidas cuantiosas y se producen los desajustes laborales, familiares y sociales. La consecuencia obvia de lo anterior es la llamada *fase de desesperación*, en la que se observan cambios drásticos muy negativos en la conducta, como acentuación de otros hábitos morbosos (alcohol, etc.), deterioro grave de las relaciones personales y del trabajo o búsqueda desesperada o delictiva de dinero, y de ello se derivan las lógicas complicaciones legales, las que con frecuencia son la antesala de intentos de suicidio o incluso de suicidios consumados, muchas veces inesperados e incomprensibles.

Se han desarrollado diversos modelos teóricos para explicar por qué se llega a ser jugador, y por qué el jugador sigue jugando a pesar de los problemas que le ocasiona su conducta. Al respecto, las teorías se han basado en modelos complejos, que van desde los condicionantes biológicos cerebrales (las conocidas alteraciones de la serotonina) hasta los modelos psicodinámicos, las teorías cognitivas y de condicionamiento operante de la conducta, etc.

Sin embargo, para los menos iniciados, la concatenación más frecuente y sencilla de entender es que se dé el paso de jugador social a jugador excesivo pero controlado, y que después, coincidiendo con algún tipo de acontecimiento vital estresante o necesidad de dinero, se llegue a jugador patológico. Por lo que respecta a la relación entre el juego patológico y el modo de ser, es sabido que ciertos rasgos de la personalidad actúan como factores predisponentes. Por ejemplo, la tendencia a la impulsividad, la necesidad de búsqueda de sensaciones intensas, la extroversión y la predisposición a la depresión.

También se han identificado diversas alteraciones biológicas cerebrales que pueden relacionarse con la predisposición a la pérdida de control ante el juego. Es decir, se acepta que hay ciertas alteraciones neuroquímicas que se relacionan o explican los rasgos de la personalidad, los que a su vez preceden o predisponen al gusto por el juego y también a la mayor probabilidad de que se llegue a una pérdida del control si se juega. En particular se cree que las alteraciones de la serotonina cerebral serían la base de la impulsividad y de la pérdida del control.

Hoy sabemos que la ludopatía es una enfermedad muy frecuente y muy grave, pero también sabemos que puede detectarse y tratarse con éxito. En el momento actual el tratamiento debe incluir tanto un plan terapéutico del propio juego patológico como de los trastornos asociados; en definitiva, un abordaje amplio y comprensivo de los determinantes sociales del juego y de las consecuencias laborales y familiares que ha conllevado.

Los recursos mejor conocidos y con mayor probabilidad de éxito incluyen los «grupos de autoayuda», que permiten un abordaje individual y familiar, así como las actividades de rehabilitación social y laboral. También es preceptivo practicar una psicoterapia individual y, sin duda, hay que aplicar también farmacoterapia. Disponemos de sustancias que han mostrado su utilidad para aumentar la resistencia al impulso de juego. Obviamente, no basta con tomarse una píldora y esperar que lo resuelva todo; pero tampoco hay por qué privar a los afectados de fármacos que

mejoran la tristeza, que aumentan la confianza en uno mismo y que ayudan a mejorar los «frenos» para que la voluntad funcione de forma más efectiva.

## 14

### **Estrés, *mobbing*, *burnout*: ¿De qué estamos hablando?**

El estrés se puede definir como un proceso de relación entre el sujeto y el entorno, y se produce cuando dicha relación se percibe como amenazante y desbordante de los propios recursos y pone en peligro el bienestar o la salud personal. En síntesis podemos afirmar que el estrés no es algo que nos viene de afuera, y contra lo que no podemos hacer nada. El nivel de estrés depende en gran parte de nosotros mismos, de nuestra actitud, y sobre todo de nuestra interpretación de la realidad. También es muy importante tener en cuenta que podemos aprender a controlarlo y modularlo.

Muchas son las causas capaces de generar y producir estrés. A continuación vamos a reflexionar sobre aquellas que consideramos más importantes:

- El exceso de trabajo
- Trabajo a ritmo elevado
- El aburrimiento y la monotonía
- No saber el trabajo que hay que realizar
- Trabajo a turnos
- Falta de preparación
- Roles diversos
- Sobrecarga tecnológica
- Jefes incompetentes
- Pugna por el poder.

Cuando el estrés traspasa determinados límites puede dar lugar a síntomas muy variados que van desde alteraciones fundamentalmente somáticas hasta cuadros psiquiátricos más o menos graves. Entre los más importantes tenemos: dolores diversos de localización cambiante y rebeldes a los tratamientos convencionales; insuficiencia coronaria que puede originar cuadros isquémicos severos si se asocian a otros factores de riesgo como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.; hipertensión; disminución de las inmunoglobulinas y en

consecuencia de la capacidad defensiva; alteraciones dermatológicas tales como dermatitis, psoriasis, dermopatías, etc.; disminución de la atención y la memoria; enlentecimiento de las funciones psíquicas superiores; bloqueos, inseguridad, problemas de rendimiento; trastornos de ansiedad en sus diferentes variedades, con predominio de trastornos de pánico y de los trastornos obsesivos; trastornos del estado de ánimo, sobre todo cuadros depresivos de diferente intensidad, siendo los más frecuentes los llamados trastornos distímicos; conductas de riesgo que van desde la conducción temeraria hasta el abuso de sustancias como alcohol o ansiolíticos, pasando por la práctica de ciertos deportes de riesgo como el llamado *puenting*; absentismo laboral, es decir, bajas laborales más o menos prolongadas y generalmente etiquetadas con diagnósticos somáticos o presencia en el lugar de trabajo pero sin realizar una función activa.

El *burnout* es un concepto introducido en la clínica en la década de los años setenta por el psicólogo Freudenberger y ampliado conceptualmente por C. Maslach en la década de los años ochenta. Dicha entidad clínica, cuya individualidad semiológica algunos todavía hoy cuestionan, se puede considerar como un tipo o variante del estrés laboral que aparece en colectivos concretos y que presenta una serie de síntomas y cursos evolutivos específicos que vamos a describir a continuación. El *burnout* aparece en profesiones vocacionales donde hay una alta implicación entre el sujeto que presta el trabajo y el sujeto receptor del mismo. El segundo aspecto fundamental del *burnout* es que para que se haga este diagnóstico entre ambos sujetos se debe establecer una relación de ayuda o servicio. En consecuencia con todo lo anterior, los profesionales más proclives serían, entre otros: sanitarios, docentes, policías, funcionarios, trabajadores sociales.

Tres son los síntomas distintivos que presentan estos profesionales a los que coloquialmente denominamos como «quemados». Estos síntomas son: el agotamiento emocional, la despersonalización y el fracaso en sus expectativas y logros personales. Vamos a exponer las características de cada uno de ellos.

**AGOTAMIENTO EMOCIONAL:** Este primer síntoma se caracteriza por una pérdida de energía y vitalidad. La persona presenta una fatiga física que va aumentando progresivamente. Poco a poco también percibe un agotamiento psíquico con severas dificultades para concentrarse, retener conceptos, pensar con agilidad, etc. En este primer estadio lo que le pasa a la persona tiene muchas semejanzas con la depresión, pero será el paso a las otras fases lo que aclarará el diagnóstico.

**DESPERSONALIZACIÓN:** Este segundo síntoma puede prestarse a confusión con otro

síntoma de corte psicótico con el que no tiene nada que ver. El concepto de despersonalización del *burnout* se puede definir como una actitud negativa hacia los beneficiarios del trabajo, apareciendo un distanciamiento emocional progresivo así como una intensa irritabilidad y rechazo hacia aquellos sujetos que son el objeto fundamental de nuestro trabajo.

**BAJA REALIZACIÓN PERSONAL:** Este tercer y último síntoma del *burnout* debe entenderse como los sentimientos de incapacidad y también de frustración que el profesional quemado llega a tener viendo imposible conseguir sus logros o expectativas. Su autoestima disminuye notablemente y cierra de esta forma un ciclo que acaba con una mayor ineficiencia laboral y que se puede resumir con la siguiente frase: «Total, si haga lo que haga va a dar igual».

Por último tenemos el *mobbing*, que se puede definir como «el continuo y deliberado maltrato que recibe un trabajador por parte de los jefes o de los otros trabajadores para conseguir su destrucción psicológica y obtener su salida de la organización». Desde el punto de vista psicopatológico, la víctima actúa como un protector del resto de los trabajadores. Los sujetos amedrentados se convierten en dóciles seguidores del agresor para de esta forma asegurar su supervivencia en el trabajo. Si algo caracteriza y diferencia al *mobbing* de los enfrentamientos que en todo trabajo se pueden producir es que las acciones son deliberadamente hostiles y se llevan a cabo de forma encadenada y continuada. El objetivo es la destrucción y salida de la organización de la víctima, y cuenta con la permisividad o, cuando menos, la pasividad del resto de los trabajadores.

El *mobbing* se puede traducir por acoso, hostigamiento e incluso algunos llegan a hacerlo equiparable o sinónimo de psicoterrorismo laboral. Llámese como se llame, lo característico es que el sujeto se convierte en blanco o diana del grupo laboral al que pertenece, siendo sometido por este, o por alguno de sus miembros, a una persecución que le va a generar trastornos físicos y/o psíquicos. H. Leymann (1996) definió y sistematizó su diagnóstico de acuerdo con los siguientes criterios: «Una persona o un grupo de personas que ejercen una violencia psíquica extrema, de forma sistemática y recurrente (al menos una vez por semana y durante más de seis meses) sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir sus vías de comunicación y su reputación, o bien perturbar su actividad laboral, con el objetivo de que abandone su puesto de trabajo».

El profesor Ignacio Piñuel (2000) considera que el *mobbing* tiene como finalidad intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir emocional e



intelectualmente a la víctima, con vistas a «eliminarla de la organización o bien a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir del hostigador». Desde el punto de vista epidemiológico merece la pena destacar los siguientes datos: Leymann, en los primeros estudios metodológicamente rigurosos que se hacen al respecto, calcula que el *mobbing* lo sufre el 3,5% de la población laboral. Aunque otros posteriores estudios barajan cifras diferentes y en general mayores.

La OIT (Organización Internacional del Trabajo) en el año 1998 estimaba esta práctica en un 5%, aumentado en 1999 a un 7%. Por otro lado, estudios realizados en nuestro medio, concretamente en la Universidad de Alcalá de Henares, calculan que el *mobbing* se produce en un 11,4% de los trabajadores (barómetro Cisneros, mayo de 2001, UAH).

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo estima que el porcentaje de *mobbing* es del 9%, y el Proyecto de Opinión de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades para la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales, aunque no da porcentajes, sí estima que es una situación más padecida por las mujeres, aspecto este en el que coincide el Dictamen del Comité Económico y Social Francés (2001), que considera a las mujeres de más de 40 años las más afectadas.

Abundando en estos datos, M. F. Hirigoyen calcula que el *mobbing* lo sufre el 70% de las mujeres a lo largo de su carrera laboral, sobre todo las pertenecientes a las minorías raciales. Por último, el profesor Piñuel, uno de los mayores expertos en este tema de nuestro país, constata cifras parecidas en este caso con un ligero predominio de hombres.

## ¡Ayúdenme, es una urgencia psiquiátrica!

Las urgencias psiquiátricas son situaciones relativamente frecuentes que constituyen el 5% de las urgencias generales. Pero además de frecuentes, son también un tipo de urgencia que genera desconcierto y elevadas dosis de ansiedad al personal médico que debe atenderlas. Se define como urgencia psiquiátrica «aquella situación originada por un estado psicopatológico de causa diversa que coloca al enfermo en una situación comprometida en cuanto a su propia vida (suicidio), en cuanto a la vida de los demás (agresiones u homicidio) o en cuanto a su pronóstico funcional de adaptación a su medio familiar, social o laboral».

Lo prioritario cuando nos encontramos ante una urgencia psiquiátrica será determinar si existe *riesgo vital* para el paciente o para terceras personas, tarea difícil sobre todo cuando el enfermo está muy agitado o con trastornos en el curso y en el contenido del pensamiento (ideas delirantes, incoherencia y disgregación) que dificulten el contacto y la exploración psicopatológica. Otro aspecto importante siempre a tener en cuenta en este tipo de actuaciones es descartar la existencia de un trastorno somático que pueda expresarse a través de síntomas psíquicos. No es raro ver, por ejemplo, cómo una alteración iónica, un problema vascular, metabólico, infeccioso o tumoral se expresan clínicamente con síntomas psiquiátricos muy llamativos, pudiendo todo ello generar confusión y, como consecuencia, un incorrecto abordaje terapéutico. Veamos las situaciones que más frecuentemente son causa de intervención urgente.

### AGITACIÓN PSICOMOTORA

No solo es la urgencia psiquiátrica más frecuente, sino también la más llamativa y la que requiere una intervención más decidida. Puede estar originada por factores muy dispares que van desde un problema existencial en un sujeto inmaduro hasta un brote

psicótico, pasando por una alteración metabólica, un cuadro histérico o una intoxicación por sustancias diversas. Antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento conviene distinguir si estamos ante una agitación psicomotora o si se trata de otro síndrome que requiere un abordaje diferente. El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con las siguientes entidades:

- Inquietud psicomotora
- Excitación psicomotora
- Agitación psicomotora
- Violencia.

En los casos de *inquietud psicomotora* el paciente es consciente en todo momento de su comportamiento y capaz de controlar sus reacciones. Lo que existe es una actividad motórica exaltada pero con un buen nivel de conciencia. En estas situaciones podemos controlar al enfermo generalmente hablándole de forma sosegada y permitiendo y facilitando que nos cuente cuál es el motivo que origina este estado. No suele ser necesaria la intervención farmacológica y si lo es se soluciona el problema con ansiolíticos a dosis bajas.

Cuando se trata de un cuadro de *excitación* el paciente presenta un comportamiento motor muy exaltado y existen ya serias dificultades para controlar voluntariamente su comportamiento; no obstante, aunque con esfuerzo, es todavía posible el control volitivo. En estos casos será suficiente con proceder a cierto aislamiento del enfermo para evitar los estímulos externos y a un uso moderado de ansiolíticos por vía oral. En este sentido son aconsejables los de mayor poder ansiolítico y con una vida media corta en dosis repetidas, como loracepam 5 a 15 mg/día (Idalprem) o alprazolam 2 a 8 mg/día (Trankimazin). Si debemos recurrir a la vía intramuscular, que no aporta de entrada ninguna ventaja salvo su uso ante la imposibilidad de que el paciente quiera o pueda ingerir la medicación, es de elección el cloracepato dipotásico/100 a 200 mg (Tranxilium).

Cuando se trata de un cuadro de *agitación psicomotora* el paciente no tiene ningún control volitivo por lo que hace referencia a su actividad motora. Los movimientos son muy intensos, en cierto sentido automáticos, pudiendo llegar a realizar acciones con acusada violencia contra las personas y las cosas. La pauta terapéutica fundamental en este tipo de urgencia es en primer lugar la contención física del paciente. Para ello habrá que aproximarse con las medidas de autoprotección necesarias y proceder a su reducción. No existe ninguna táctica especial, y según la

etiología, el sexo, el nivel de agitación, etc. habrá que emplear mayor o menor contundencia. Una vez reducido habrá que proceder a la sedación a través de la vía intramuscular, no por su mayor eficacia sino tan solo porque la oral es imposible de utilizar. Al mismo tiempo conviene tratar de identificar la etiología, no solo para pautar un tratamiento concreto sino incluso para orientar la evacuación o traslado del enfermo.

La sedación puede realizarse bien con ansiolíticos como el cloracepato dipotásico a dosis de 200 a 400 mg o con neurolépticos como haloperidol, clorpromacina, levopromazina, zuclopentixol, en dosis variables según el tipo de producto disponible, la intensidad y circunstancias del cuadro. Cuando estemos ante una situación de *violencia*, es decir, conductas elaboradas y premeditadas destinadas a causar un daño, será prioritaria la intervención de las fuerzas del orden y solo a posteriori la evaluación por el servicio de psiquiatría para descartar un posible trastorno psicótico (trastorno delirante persistente) u otra entidad clínica de corte similar. Los pasos a seguir los esquematizamos a continuación:

- Actuar de prisa, pero no con prisas
- Poca osadía (autoprotección)
- Realizar siempre una historia clínica por breve que sea
- Recabar la mayor cantidad de información objetiva posible
- Inquietud: Hablar y tranquilizar al paciente
- Excitación: Sedar (benzodiazepinas) y vigilar
- Agitación: Contención mecánica y sedación intensa (neurolépticos)
- Violencia: Intervención policial
- Forma de utilización: Dosis bajas y repetidas.

## CONDUCTA SUICIDA

El suicidio se puede definir como aquella conducta, en principio voluntaria, por la que el ser humano decide poner fin a su vida. Dentro de los comportamientos suicidas hay que distinguir los siguientes aspectos:

- Ideación suicida*: Existe un pensamiento negativo con respecto a continuar viviendo, pero ni se ha elaborado un plan autodestructivo, ni existe una determinación autolítica clara, sino tan solo una idea vaga y general de que sería «mejor desaparecer»
- Intento autolítico*: La determinación autolítica no es generalmente muy firme y lo que el sujeto pretende en muchos casos es más lanzar una llamada de atención

o una petición de ayuda que conseguir realmente poner fin a su vida. No obstante se han producido maniobras autodestructivas y dañinas, que en ningún caso es prudente minusvalorar

- c) *Suicidio frustrado*: La determinación de provocarse la muerte es firme y la decisión de suicidarse ya se ha tomado y se ha intentado, pero un acto o situación ajena a la voluntad del suicida lo ha impedido
- d) *Equivalentes suicidas*: Conductas repetitivas de elevado riesgo por medio de las cuales el sujeto busca, en principio «inconscientemente», la muerte
- e) *Suicidio consumado*: Es aquel que se ha producido y ha originado la muerte de la persona. En este caso es preceptiva la intervención judicial y la práctica de la autopsia por el médico forense.

El suicidio frustrado es la urgencia psiquiátrica más grave, ya que puede acabar con la vida del enfermo. Debe quedar claro que es inevitable aunque en cierta manera pueda ser previsible. La tasa de suicidios en España se sitúa en torno a los 10 suicidios por 100.000 habitantes, lo que nos da una cifra global aproximada de unos 4.000 suicidios anuales, siendo la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 25 años.

Los países con tasas más elevadas de suicidio son Hungría, Finlandia, Suiza, Islandia y Austria, mientras que los que tienen tasas más bajas son Grecia, Italia y España.

El intento o tentativa de suicidio, cuya tasa oscila entre las 50-90 tentativas por 100.000 habitantes, es más frecuente en la mujer, mientras que el suicidio consumado se observa más en el varón, en una proporción de tres a uno. Por lo que respecta al estado civil, el riesgo aumenta de menor a mayor por este orden: casados, solteros, viudos, divorciados/separados. También resulta significativo observar cómo tienen mayor riesgo aquellos que lo han intentado con anterioridad, los que lo «advierten» y los pacientes psiquiátricos en general (sobre todo depresivos, drogodependientes y esquizofrénicos). A continuación se exponen algunos datos donde se resumen con claridad los aspectos epidemiológicos más destacados de esta dura y triste realidad humana.

- Se suicidan unas 1.000 personas cada día en el mundo
- La tasa de suicidio en España es de 10 por 100.000 habitantes/año
- Por cada suicidio consumado existen 10 intentos
- 2/3 de los suicidios se producen por depresiones
- Se suicidan 3 veces más los varones; lo intentan 3 veces más las mujeres
- Es la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15-25 años
- Hay muchos más suicidios en los países nórdicos que en los mediterráneos

- Su frecuencia aumenta en alcohólicos, toxicómanos y en los trastornos de la personalidad
- Se suicidan más los solteros, los viudos, los que viven en grandes ciudades y los que pertenecen a clases sociales altas
- La mitad de los suicidas estaban tomando tratamiento psicofarmacológico
- El riesgo de suicidio es mayor en aquellos que lo han intentado y en los que tienen antecedentes familiares de suicidio
- La tasa de intentos de suicidio oscila entre 50-90 por 100.000 habitantes/año
- El 10% de los que han intentado suicidarse llevan a cabo una nueva tentativa a la semana siguiente, el 20% unos meses más tarde y otro 20% años más tarde
- El 40% de los intentos de suicidio consultaron previamente con el médico para obtener tratamiento
- Los métodos más usados en nuestro país son por este orden: ingestión de tóxicos, precipitación, arma de fuego, arma blanca, ahorcamiento, atropello, sumersión
- Se da más en la raza blanca que en la negra, y más en los protestantes y judíos que en los católicos
- El paro aumenta el riesgo
- Hablar sobre ello con el paciente no aumenta el riesgo; hacerlo de forma general, en medios de comunicación, sí
- La mejora de la sintomatología depresiva no disminuye el riesgo de suicidio.

Los factores más importantes para predecir el riesgo son los siguientes:

1. Existencia de tentativas previas
2. Fallecimiento reciente de un familiar próximo
3. Existencia de alcoholismo y toxicomanías
4. Desempleo y/o graves dificultades económicas
5. Segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 25 años
6. Tienen más riesgo los que viven solos, no practican ninguna religión y tienen una enfermedad física grave.

La pauta de actuación ante un intento de suicidio consiste en primer lugar en evaluar el riesgo y la determinación real de llevarlo a efecto y, ante la duda, consultar siempre con un psiquiatra. Para evaluar el riesgo es fundamental hablar con el paciente sobre sus ideas autolíticas, dándole a entender que estamos dispuestos a ayudarlo, que comprendemos en cierta manera lo que le pasa y que no nos vamos a asustar. Hablar sobre el suicidio con la persona no aumenta el riesgo, sino que lo disminuye. Posteriormente habrá que iniciar una sedación para disminuir la ansiedad y la angustia que siempre existe a pesar de la imagen que a veces el paciente pueda presentar de calma, sosiego e incluso de relax.

Ante todo pensamiento o idea suicida (por muy manipulativa y teatral que nos

pueda parecer) es básico no minusvalorar el riesgo. Nunca como en este caso es preferible «pecar por exceso» que no tenerlo que lamentar ante una mesa de autopsias.

#### ATAQUE DE PÁNICO

El ataque de pánico o trastorno de angustia es una situación que comporta un enorme malestar y sufrimiento para la persona, lo que la lleva a acudir con frecuencia a los servicios de urgencia. La sensación de muerte inminente, de pérdida de control o de locura suele ser el relato más frecuente que los pacientes nos hacen de este tipo de trastorno. Junto a ello, síntomas como palpitaciones, opresión precordial, disnea, temblor, inestabilidad y mareo, parestesias, alteraciones digestivas, etc. son la expresión clínica de una urgencia psiquiátrica muy frecuente y cuya etiología está en una alteración neurobioquímica del sistema adrenérgico. El tratamiento consiste en el uso de benzodiazepinas, en este caso es de elección el uso de alprazolam por vía sublingual, empezando con 1 mg y repitiendo la dosis hasta que los síntomas cesen. En un segundo tiempo el tratamiento se llevará a cabo con antidepresivos ISRS (paroxetina 20-40 mg/día).

#### BROTE PSICÓTICO

Un brote psicótico es la fase aguda de una psicosis en la que existe una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. En líneas generales y siempre que estemos ante síntomas psicóticos, el tratamiento de elección será con neurolépticos tipo risperidona (Risperdal), olanzapina (Zyprexa), quetiapina (Seroquel) ziprasidona (Zeldox). La urgencia en las psicosis se deriva de la existencia de cuadros de agitación que surgen de sus ideas delirantes de persecución o perjuicio, debiendo actuar según las pautas dadas en dicho epígrafe. No obstante, es aconsejable siempre tener en cuenta lo siguiente:

- El psicótico vive en un mundo diferente al del resto de las personas, y la realidad es interpretada de una forma muy peculiar, diferente, atribuyendo el enfermo, a hechos banales y cotidianos, significados extraños y amenazadores
- Frecuentemente presentan embotamiento y trastornos afectivos asociados; es decir, la afectividad de este tipo de pacientes es fría, distante y lejana

- Identificarse con ellos, esto es, ser empáticos y ponernos en su lugar, es realmente complicado cuando no imposible. Su aislamiento afectivo es a veces tan intenso que no hay forma de establecer ningún vínculo, salvo el estrictamente terapéutico
- Lo más adecuado para comunicarnos con un enfermo psicótico es tener siempre presente que es precisamente eso, un enfermo grave, pero no una persona retrasada intelectualmente. Por tanto, en modo alguno sería correcto seguir esa vieja y tópica afirmación de «darle siempre la razón»
- En la comunicación con el psicótico, sobre todo si se trata de una esquizofrenia paranoide, habrá que cuidar con esmero la comunicación no verbal, ya que cualquier gesto, silencio, cambios en el tono de la voz, etc. que nosotros hagamos puede ser interpretado «delirantemente» por el enfermo, atribuyéndole un significado peculiar y muchas veces alejado por completo de la realidad
- Otro aspecto importante es evitar a toda costa menospreciar sus ideas delirantes. Por muy extravagantes y anómalas que nos parezcan merecen una reflexión. Habrá que contraargumentar con lógica e intentar desmontarlas
- Es muy importante que el enfermo se sienta en todo momento atendido y escuchado. Además, esta es la mejor forma de anticiparnos a una descompensación de los síntomas y a un agravamiento de la enfermedad.

## INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS

Es imposible dar pautas generales ya que la actuación de urgencia dependerá del tipo de sustancia ingerida, dosis, sexo, hábito o costumbre, mezclas que se hayan podido hacer, etc. Salvo en los casos de ingestión de derivados opioides (morfina y heroína) y ansiolíticos (diacepam), para los que existen sustancias antagónicas específicas y capaces de neutralizar sus efectos, como son la naltrexona y el flumazenil, en el resto de los casos nos encontramos con pautas de actuación muy diversas que se adoptaran en función de la sintomatología.

En general podemos afirmar que el uso de ansiolíticos y neurolépticos estará indicado en aquellos cuadros de hiperactividad y exaltación del ánimo. Si se trata de una intoxicación etílica, las pautas recomendadas son las siguientes:

### • Intoxicación etílica

SI ES LEVE:

- Esperar

SI ES GRAVE:

- Forzar la diuresis
- Naloxona, 1-2 ampollas en embolada



- Flumazenil, 1 ampolla IV
- Intoxicación patológica
  - Cloracepato, 50 a 200 mg
- Delirium tremens
  - Tiamina y ácido fólico
  - Clometiazol, diacepam o tiapride
  - Hidratación (balance hidroelectrolítico)
  - Ingreso en UVI.

## 16

### La enfermedad mental ante la ley

Si la psiquiatría se puede definir de forma genérica como la especialidad médica que se ocupa del diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad mental, la *psiquiatría legal* o *forense* sería una subespecialidad de la psiquiatría general, que tiene por objeto, como reza la clásica definición de Wheygandt, «aclarar aquellos casos en los que una persona, por el especial estado de su salud mental, necesita también una consideración especial ante la ley».

Aunque popularmente la enfermedad mental y el delito han estado siempre unidos, ello se ha debido más al sensacionalismo informativo que a una realidad fundamentada en datos científicos. En muchas ocasiones son los profesionales de los medios de comunicación los que estigmatizan enfermedades, generalizando comportamientos de enfermos que no deben de serlo. Se puede afirmar con datos fiables que el enfermo mental no es, en líneas generales, más peligroso o violento que otro tipo de enfermos. Pero esta afirmación general puede tener sus excepciones, que básicamente son dos: los psicóticos sin tratamiento y los adictos a sustancias cuando están intoxicados o en pleno síndrome de abstinencia.

La legislación actual regula una serie de situaciones que eximen de responsabilidad en materia penal y que determinan la incapacitación judicial en el ámbito civil. Asimismo, nuestro ordenamiento jurídico regula la forma en la que se ha de proceder para llevar a cabo un internamiento psiquiátrico en contra de la voluntad del enfermo. En este sentido, y para proceder a ingresar involuntariamente a una persona que está enferma mentalmente, es preciso contar con una autorización judicial previa, salvo que *razones de urgencia clínica* hagan necesario adoptar dicha medida. No obstante, la misma ley sigue diciendo que hay un plazo de 24 horas como máximo para que el médico notifique al juzgado el ingreso no voluntario, siendo el juez quien decidirá si es correcto o no el internamiento que se ha producido. Todo ello queda expuesto en el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Quede claro, por tanto, que el médico es el competente, si la urgencia lo aconseja,

para ingresar a un enfermo aunque sea en contra de su voluntad, debiendo, eso sí, en un plazo no superior a un día, informar de ese ingreso al juzgado para que este lo autorice y quede legalizado. Si no se hace de esta manera se puede estar cometiendo un delito de detención ilegal cuyas consecuencias, lógicamente, pueden ser muy graves.

Por lo que respecta a la aplicación de *eximentes* o *atenuantes* de responsabilidad criminal por padecer una enfermedad o trastorno mental, hay que saber que nuestro Código Penal, en sus Artículos 20 y 21, recoge cuáles son las situaciones que impiden que una persona vaya a la cárcel aun cuando haya cometido una infracción penal y que sea ingresado en cambio en un hospital psiquiátrico o sometido a un tratamiento ambulatorio. Entre ellas están algunas alteraciones y anomalías psíquicas, el llamado trastorno mental transitorio, el arrebato, la obcecación y el miedo insuperable. También son circunstancias que modifican la imputabilidad, y por lo tanto la responsabilidad, actuar en un estado de intoxicación plena o bajo un síndrome de abstinencia muy grave. Asimismo, padecer una adicción severa es causa de atenuación de responsabilidad.

No obstante, y a pesar de lo expuesto en las líneas precedentes, para que se aplique una modificación de la responsabilidad criminal (disminuir una pena o eximir por completo de su cumplimiento) a causa de la existencia de una enfermedad mental, dicha enfermedad ha de ser muy grave, persistente y sobre todo tiene que impedir que la persona que la sufre *comprenda* el alcance de sus actos y limite gravemente su *libertad de actuación*. Además, la enfermedad tiene que guardar relación con la actividad delictiva que se le ha imputado. La experiencia nos confirma que es difícil que los jueces y magistrados acepten la eximente de trastorno mental. De todos modos, no cabe duda que puede ser aceptada si ha quedado firmemente acreditada durante la instrucción y posteriormente en la vista oral la existencia de una enfermedad mental y que esta haya impedido a la persona comprender la ilicitud de su conducta o la de actuar conforme a dicha comprensión.

Por último, cabe recordar que la incapacitación por razones psiquiátricas es un proceso judicial que requiere una serie de elementos. En primer lugar se define como capacidad «la aptitud que tiene la persona para ser titular de derechos y obligaciones». La capacidad jurídica la tienen todos los seres humanos por el mero hecho de serlo, aunque puede verse restringida o limitada la llamada capacidad de obrar (aptitud para realizar actos con eficacia jurídica) en virtud de sentencia judicial y según lo establecido en las leyes (Artículo 199 del Código Civil). El mismo texto

legal añade que son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma (Artículo 200 del Código Civil). Las causas de índole biológica que pueden ser tributarias de incapacitación serían:

- La edad (18 años)
- La prodigalidad (conducta desordenada por la que se pone en peligro el patrimonio de forma injustificada)
- Enfermedades físicas o psíquicas (siempre que sean permanentes en el tiempo e impidan el autogobierno).

La Ley de Enjuiciamiento Civil en su capítulo segundo Artículos 756 y siguientes determina cómo se ha de llevar a efecto el proceso de incapacidad. En síntesis, dicha ley señala que el juez competente para llevar a cabo la incapacitación es el juez de Primera Instancia del lugar en el que reside la persona.

La incapacitación puede ser promovida por este orden y por las siguientes personas:

- El cónyuge o el que se encuentre en una situación de hecho asimilable
- Ascendientes, descendientes y hermanos
- El Ministerio Fiscal
- Cualquier persona que lo conozca puede informar al fiscal
- Las autoridades y funcionarios públicos *están obligados* a ello
- En el caso de menores de edad, solo pueden iniciarla los que tengan la patria potestad o tutela
- La declaración de prodigalidad solo la puede solicitar el cónyuge, ascendientes o descendientes que perciban alimentos del presunto pródigo o se encuentren en situación de reclamárselos, o sus representantes legales o el fiscal.

Por lo que respecta al procedimiento, los pasos son, en resumen, los siguientes:

- El presunto incapaz puede comparecer con su representante legal; si no lo hace será el fiscal quien actuará como defensor, siempre que no haya sido este mismo el promotor del proceso
- El tribunal debe oír a los parientes y al incapaz, examinando a este por sí mismo, no pudiendo decidir sin un dictamen pericial médico previo
- La sentencia que declara la incapacidad determinará la extensión y límites de esta, el régimen de tutela y la necesidad o no de internamiento. En la misma sentencia se podrá nombrar el tutor, aunque se puede hacer en una sentencia diferente
- La incapacitación es reversible si sobrevienen nuevas circunstancias, debiendo en

- todo caso siempre practicarse las pruebas periciales correspondientes
- El tribunal puede adoptar medidas cautelares y el Ministerio Fiscal también puede solicitarlas; dichas medidas se adoptarán previa audiencia de las personas afectadas.

En el caso de ser el fiscal el iniciador del proceso de incapacitación de oficio, el juez, garante de la tutela del paciente y de sus derechos y libertades, debe nombrar un llamado «defensor judicial», que de otra manera habría sido el propio Ministerio Fiscal. Habitualmente suele ser nombrado un abogado quien representa entonces los intereses del paciente.

## **Educación en los valores: la mejor forma de prevención en salud mental**

Aunque los problemas de comunicación y relación en el medio familiar no serían en sentido estricto un problema sanitario, sí merece la pena prestarles atención, ya que con alguna frecuencia pueden llegar a crear no solo conflictos en las relaciones interpersonales, sino incluso auténticas alteraciones psicológicas y psiquiátricas. Y más en este mundo de hoy, donde parece que la distancia generacional es mayor que nunca. Las modas y los modos juveniles dividen de manera brusca, y los grupos quieren identificarse no ya solo a través de una forma de vestir, sino por una forma de actuar, de entender el ocio y hasta por sus gustos musicales. ¿Cuál sería la receta a prescribir en este tipo de asuntos?

En los temas de educación no hay ningún método mágico ni que sea eficaz al cien por cien, pero ante la pregunta sí se puede, aunque sea una osadía, dar algún consejo. En principio, la educación saludable es una mezcla de grandes dosis de cariño, de saber ser consecuente en nuestra relación con los hijos y de no abandonar la tarea de corregir cuando hace falta. El cariño es una pieza fundamental en la educación de los hijos; pero ha de ser un cariño medido; un cariño que nos permita corregir cuando sea preciso y premiar cuando el comportamiento lo aconseje; un cariño que no nos impida ser objetivos a la hora de ver lo bueno o lo mejorable que ellos tienen.

El otro pilar fundamental de la educación es el ejemplo. O lo que es lo mismo, siendo consecuentes y actuando con arreglo a lo que predicamos. La mejor manera de conseguir un crecimiento armónico y equilibrado es precisamente esa: transmitir con nuestra actitud lo que queremos conseguir de ellos. Y un tema polémico e interesante: el castigo. El castigo no solo es conveniente, sino incluso necesario para conseguir un equilibrio psicológico y una buena salud mental. Ahora bien, hay que matizar algunas cosas.

El castigo debe ser, además de inmediato, proporcional al hecho cometido. No es bueno posponerlo, ya que entonces pierde parte de su eficacia. Además, el castigo

nunca debe servir para descargar la agresividad de la persona que lo impone, sino para corregir una actitud o un comportamiento incorrecto. El ser humano se mueve a través de alicientes, estímulos o refuerzos tanto positivos como negativos.

Un castigo correctamente aplicado y proporcional a la transgresión que se ha cometido es una buena forma de conseguir una modificación de la conducta. Reflexión especial merecen los castigos físicos. El castigo físico nunca es recomendable, ya que habitualmente solo sirve para que alivie su agresividad la persona que castiga, pero no para modificar un comportamiento. La violencia solo engendra violencia. Ahora bien, pese a que no somos partidarios de la fuerza como forma de corrección, tenemos que reconocer que un cachete a tiempo puede evitar muchos problemas en el futuro. Un niño que hace una rabieta muy intensa y con gran componente psicomotor (rigidez de extremidades, llanto, aumento de la frecuencia respiratoria, etc.) y con el que es imposible establecer cualquier tipo de diálogo, merece un cachete que rompa esa actitud. Sería algo parecido a lo que hacemos los psiquiatras cuando a una persona presa de un ataque agudo de ansiedad le damos una bofetada para conseguir que reaccione y que salga de esa situación. Son siempre situaciones límite y nunca, ni en el caso del niño, ni tampoco en el del enfermo que hemos comentado, deben ser empleados de forma rutinaria. En resumen, el castigo físico nunca es saludable; solo excepcionalmente puede ser un mal menor para evitar otro mayor.

Otro aspecto importante relacionado con la educación es todo lo referente a la hiperprotección que muchos padres ejercen sobre sus hijos. Una cosa es educar, cuidar y apoyar a un hijo, y otra muy distinta es protegerlo en exceso y agobiarlo con una gran cantidad de cuidados y de mimos. Lo primero es conveniente para que madure de forma adecuada. Lo segundo es garantizar su fracaso como ser independiente y fomentar una inmadurez psicológica que probablemente lo acompañe durante toda su vida.

Es necesario sufrir. Sí, habrá que repetirlo: sufrir. El sufrimiento curte y hace madurar. Nos hace avanzar en nuestro proyecto vital. Solo aquellas cosas que suponen esfuerzo y lucha son valoradas en su justa medida. Tendemos a despreciar o minusvalorar aquello que nos regalan o conseguimos sin sacrificio alguno. Claro está, cuando hablamos de que es bueno y saludable sufrir nos referimos a un sufrimiento moderado, adecuado y proporcional a la edad que tiene la persona. En cambio, si un niño, una niña, un muchacho o una jovencita pasan por situaciones de gran estrés y tensión, es muy probable que deje en ellos una huella irreparable. Porque todo ese

sufrimiento quizá llegue a crear un trauma psicológico e incluso una enfermedad mental.

Muchos padres piensan que la vida es lo suficientemente dura para que también en el hogar haya que actuar con severidad; basándose en ello adoptan actitudes de excesiva permisividad y tolerancia. Permítannos un ejemplo: si un boxeador no se prepara adecuadamente antes de salir al ring, si no se entrena concienzudamente, si no sufre con su manager, incluso si no recibe algunos golpes, es seguro que cuando salga a combatir de verdad con su rival, al primer encontronazo vaya al suelo y pierda su pelea. Algo parecido ocurre en materia de educación. Es necesario estar entrenados y preparados para recibir los golpes de la vida. Es bueno haber sido curtido para que cuando las cosas no sean como desearíamos podamos tener recursos que nos permitan salir airosos. ¿Y dónde mejor que en la familia para recibir ese entrenamiento? ¿Con quién mejor que con los padres que nos quieren hasta el infinito para aprender a soportar el dolor? Obviamente actuar así es más complicado y difícil que hacerlo de una manera tolerante, permitiendo todo tipo de caprichos y dejando hacer al niño lo que él quiera, como quiera y cuando quiera.

En resumen, ante los hijos hay que dar siempre una imagen de unidad, de homogeneidad, de estar de acuerdo. No deben ver ninguna fisura por la que puedan entrar. Obviamente nos estamos refiriendo a cosas fundamentales, claves, básicas para el desarrollo del muchacho o muchacha. Muchas veces lo que oculta una conducta excesivamente tolerante son sentimientos de culpabilidad del padre que la adopta. Cuando estamos muchas horas fuera de casa, cuando no nos preocupamos de la educación de nuestros hijos, cuando damos prioridad absoluta al trabajo, cuando no nos importan sus «pequeños» problemas, es muy fácil intentar compensarlo con regalos, con un exceso de permisividad o de tolerancia. Eso es un error. Ellos, los niños y adolescentes, lo captan con rapidez. Y además de ser negativo para su maduración, puede ser nocivo para su salud mental.



## ¿Más Platón y menos Prozac?

Lou Marinoff, como sabrá, es un filósofo norteamericano que ha tenido gran éxito con un libro titulado *Más Platón y menos Prozac*. Podríamos traducir ese título como: más pensar y hablar (más filosofía) y menos remedios químicos para hacer frente a los problemas y adversidades de la vida. En síntesis, este libro recoge el pensamiento de una parte de la población que sostiene que nuestra sociedad está medicalizada; es decir, que para todo se recurre a la ayuda médica o, cuando menos, a la del medicamento. ¿Es realmente así? ¿Está usted de acuerdo con esta afirmación?

Aunque pueda parecerle extraño, la verdad es que como psiquiatras no tenemos nada que objetar al planteamiento del filósofo. En líneas generales nos parecen muy acertadas sus palabras. Eso sí, habría que indicar algunos matices. Es obvio que ante los problemas y las crisis vitales la reflexión filosófica, el apoyo de un amigo y hasta la charla distendida con un compañero pueden suponer un alivio. La filosofía, entendida como la entiende Marinoff, es decir, como filosofía práctica, es muy útil para entender la vida y para adquirir resignación y tolerancia ante los contratiempos y dificultades cotidianas. Al fin y al cabo ese y no otro es el principio y el fin del «amor por la sabiduría»: ayudar a los seres humanos necesitados. Si regresamos a Sócrates, si releemos a Platón, si consideramos en perspectiva los escritos de Epicuro o Séneca, comprobaremos que todos sus tratados son excelentes «manuales» de psicología, magníficos libros de autoayuda, llenos de reflexiones y consejos para saber vivir, y su lectura puede procurarnos calma, tranquilidad, sosiego, mesura, equilibrio y... «felicidad».

Cuando uno los lee con paciencia se sorprende de lo ingeniosos y expertos que son los «sabios». Ellos «saben» y nos enseñan a conocernos mejor a nosotros mismos, a controlar nuestras emociones e impulsos; en definitiva, a mejorar la mayor dignidad de los seres humanos: la capacidad de gobernarnos a nosotros mismos.

Hablar de un problema que nos agobia, oír una opinión aséptica y autorizada distinta de la nuestra, practicar la introspección ante el espejo para aumentar el

conocimiento personal y la autoestima son, sin lugar a dudas, remedios muy eficaces para sobrevivir en este mundo cargado de competitividad, injusticia y excesivo hedonismo. Hasta ahí de acuerdo. El problema surge, y nuestra discrepancia con el filósofo se acentúa, cuando pretendemos aplicar la filosofía no a los problemas humanos sino a la enfermedad mental. Cuando pretendemos solucionar con palabras un problema biológico y médico como puede ser una depresión, una crisis de pánico o una dependencia al alcohol o a otras sustancias tóxicas. Ahí creemos que la filosofía no basta, e incluso puede ser contraproducente.

Tan absurdo e incorrecto nos parece, por ejemplo, querer solucionar una infidelidad tomando un fármaco como pretender controlar y mejorar una depresión con palabras y reflexiones por muy acertadas, ocurrentes y sabias que puedan ser. Todos estos problemas tienen su punto de arranque en no saber diferenciar una depresión, enfermedad grave donde las haya, de la tristeza, sentimiento humano universal que en ocasiones a todos nos puede afectar. En hacer semejantes la ansiedad lógica y proporcional ante un reto con el que me debo enfrentar, con la angustia desproporcionada, injustificada e inmotivada que aparece en un ataque de pánico. En definitiva, en confundir la enfermedad mental con los conflictos humanos. Eso es, en nuestra opinión, lo que explica toda esta confusión y da pie a afirmaciones como la que hace Marinoff cuando dice *Más Platón y menos Prozac*.

En resumen, no tenga duda, si tiene problemas humanos, dudas metafísicas o crisis existenciales, probablemente un filósofo o una lectura adecuada pueden ayudarle a resolverlas. Pero si está enfermo, es el médico quien puede dar un tratamiento adecuado a su enfermedad. A nadie se le ocurriría tratar una apendicitis con consejos, aunque sean profundos y magistrales; pues con las enfermedades psíquicas tampoco sirven. Para eso están los fármacos, las técnicas psicoterapéuticas específicas, los tratamientos biológicos, procesos bien investigados y verificados tanto en sus beneficios como en sus riesgos.

La enfermedad mental es muy seria y no es justo que el enfermo pueda creer que está en buenas manos cuando acude a sesiones extrañas, métodos casi mágicos que con más espectáculo que ciencia aparecen en las televisiones de manera permanente. Los médicos decimos medio en broma que «la salud es una cosa demasiado seria para dejarla en manos de los médicos». Pues si eso es así, imagine lo que supone dejarla en manos de los falsos sanadores.

## **¿Con quién consultar: con el psiquiatra o con el psicólogo?**

Es una pregunta tan común que la respuesta de la gente no versada parece ir por el camino de lo grave que sea la enfermedad. De esta forma y para problemas menores se va al psicólogo, mientras que para problemas más serios se acude al psiquiatra. Ante una persona que manifiesta un alto grado de timidez, ¿a quién acudir? ¿Es el psicólogo el que cura con la palabra y el psiquiatra el que prescribe fármacos? Muchas veces se cree que los psiquiatras y psicólogos están enfrentados por extraños motivos de formación, de capacitación o de competencia. O que están reñidos por cuestiones científicas irreconciliables o, por decirlo de una forma gráfica, por llevarse cada uno el agua a su molino; es decir, los enfermos a las consultas privadas.

Otro error que con frecuencia se comete es pensar que psiquiatras y psicólogos son una misma cosa, y que hacen lo mismo. O incluso creer que los psiquiatras y los psicólogos son «doctores», en el sentido coloquial del término, esto es, médicos de la mente. Mucha gente cree que ir al psicólogo es mejor, o que está mejor visto, o que es menos arriesgado que ir al psiquiatra. Al psicólogo van las personas sanas que tienen problemas; al psiquiatra, los enfermos mentales graves y los «locos». Craso error. Los psiquiatras y los psicólogos solemos ser espectadores pasivos de esas controversias y errores. La mayor parte de las veces colaboramos y convivimos de forma científicamente amistosa y fructífera. Es verdad que puede haber confusiones, en primer lugar a causa del desconocimiento, pero las controversias y enfrentamientos estériles entre los profesionales son casi siempre fruto de intereses personales o económicos y nada científicos, o de la mala formación recibida. ¿De dónde nacen las controversias y errores? Trataremos de explicarlo de la forma más ecuánime posible, a pesar de que el autor del libro y servidor de usted sea psiquiatra.

El principal motivo de confusión es pensar que el psicólogo es algo así como un médico de la mente para gente normal, mientras que el psiquiatra es un médico para «locos». El viejo estigma de la locura, de la marginación de los enfermos y las

enfermedades mentales, la larga sombra de los manicomios han hecho que con frecuencia se vea al psiquiatra como un médico extraño, raro, un poco «loco», algo parecido a los enfermos que trata. La enfermedad mental, la locura, genera mucho miedo en las personas y en la sociedad, y ese miedo se generaliza, se expande y se asocia a los enfermos mentales, a sus familias y a los médicos que los tratan. Antiguamente, muchas veces los psiquiatras eran simples médicos de cabecera, aficionados a las cosas de la mente, que se formaban con más voluntad que ciencia. Así pues, parece lógico que se equiparase psiquiatría con locura, aunque en realidad el psiquiatra no es más —ni menos— que un médico, un médico que se ha especializado en las enfermedades y los enfermos de la mente.

Los psiquiatras son por lo tanto médicos especialistas que tras seis años de carrera han de pasar por un examen de especialidad (el MIR), y luego cuatro años de formación antes de lograr el título que los capacita para trabajar como tales. Así pues, la formación psiquiátrica es semejante a la de cualquier otra especialidad médica o quirúrgica, y se realiza con los mismos criterios de rigor científico y técnico. Existe incluso una Comisión de la Especialidad que vela por el correcto cumplimiento de los planes formativos, y diversas sociedades científicas nacionales e internacionales que la avalan con sus planes de investigación, docencia y difusión de los conocimientos. En síntesis, en la actualidad ser psiquiatra es ser un médico que ostenta una titulación general y una especialización avalada por criterios y regulaciones técnicas y científicas. Ya no hay «aficionados» a la psiquiatría; hoy no se puede ejercer como psiquiatra sin ser especialista en la materia.

Por otra parte, el psicólogo es una persona que estudia su disciplina en una facultad de psicología, donde tras cinco años de carrera se licencia con una titulación general no especializada. Es decir, el psicólogo no es médico, ni es especialista en psiquiatría. Ahora bien, como ocurre con los médicos, una vez acabada la carrera de psicología, este título los capacita para dedicarse a muchas ramas o especialidades, entre ellas la clínica, que se ocupa del estudio y abordaje de los problemas psíquicos de las personas y de las patologías de los enfermos mentales. No todos los psicólogos tienen formación clínica ni pueden dedicarse al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, pues de hecho hasta hace relativamente poco tiempo no han existido los planes de formación especializada en clínica para los psicólogos.

En la actualidad, los psicólogos, una vez acabados los cinco años de carrera, pueden realizar una formación especializada de tres años de duración, tras superar un examen semejante al de los médicos, el PIR. Esa vía garantiza una formación sólida y

rigurosa, que los capacita para enfrentarse con los problemas psíquicos. Sin embargo, y por desgracia, muy pocos psicólogos alcanzan esa formación, dada la escasa tradición y la limitación de plazas para formarse. A nuestro entender, esa capacitación es absolutamente imprescindible para ejercer la psicología clínica, ya que, de no hacerse así, sería como si cualquier médico no especialista ejerciese la psiquiatría. La psiquiatría es una especialidad, la psicología clínica también, y ambas deberían realizarse con semejantes criterios de exigencia y rigor formativo.

Ahora bien, supongamos que tenemos dos profesionales, el psiquiatra y el psicólogo especializado en clínica. ¿Qué es lo que pueden hacer y hacen cada uno de ellos? ¿A quién debo acudir si tengo una enfermedad o trastorno psíquico? Pues bien, la respuesta es sencilla. ¿A quién acudimos cuando tenemos una gripe o una artrosis?: al médico. Pues si cree que tiene una depresión o una psicosis, a quien tiene que ir es a su médico. Las enfermedades mentales son «enfermedades», no nos cansaremos de repetirlo. Y su médico, el de su equipo de atención primaria, será el que podrá orientarle, el que le enviará a su centro de salud mental si lo estima necesario. Como allí trabajan siempre psiquiatras y psicólogos, ellos serán quienes deberán «repartirse» las tareas clínicas necesarias y precisas para determinar el diagnóstico y el tratamiento de su caso.

Habitualmente, los psicólogos realizan tareas de diagnóstico mediante historias clínicas y tests o pruebas de psicometría, y se ocupan de la psicoterapia cuando es precisa para el tratamiento. Por su parte, los psiquiatras realizan el diagnóstico mediante el uso de la historia clínica y exploraciones o pruebas complementarias, así como los tests o pruebas psicométricas y psicodiagnósticas. Y en cuanto a los tratamientos, los psiquiatras pueden utilizar los psicofármacos, las psicoterapias y todas las terapéuticas médicas habituales. Los psicólogos, sin embargo, no pueden —legalmente— recetar psicofármacos ni ningún tipo de medicamentos.

Visto lo anterior, parece que lo lógico y deseable sería que entre ambos hubiese un alto grado de cooperación en el estudio y tratamiento de los pacientes psíquicos. Sin embargo, por desgracia no siempre es así, quizá por déficit de medios y recursos, por falta de formación, por enfrentamientos personales o por intereses diversos. Muchas veces los psiquiatras asumen el tratamiento de sus pacientes sin solicitar la ayuda de psicólogos; y muchos psicólogos, sobre todo en el ejercicio privado, hacen lo mismo. En el caso de los psiquiatras, el problema no es tan grave. Más serio puede ser que el psicólogo no solicite la colaboración del médico y prive al enfermo de la ayuda farmacológica absolutamente necesaria para restablecer su salud mental. En resumen,

en la actualidad no hay ninguna duda de que los psiquiatras y los psicólogos clínicos son «dos especialistas condenados a entenderse». Ahora bien, a ambos se les debe exigir una formación con criterios científicos y técnicos sólidos, tal como garantiza el sistema español de especialización sanitaria, a través del sistema MIR para los médicos, y del PIR para los psicólogos.

## 20

### Conócete a ti mismo

Se dice que Sócrates hizo suyo el lema del templo de Apolo, «Conócete a ti mismo», como símbolo de la búsqueda del saber, el autocontrol, la libertad y la moralidad. Sócrates, más que un filósofo, era un comunicador, un excelente comunicador. Sócrates debía de conocerse bien a sí mismo, y precisamente en eso radicaba su sabiduría. Él trataba de enseñar a otros a conocerse a sí mismos mediante un método muy inteligente: hacer preguntas. La chispa de la inteligencia es un simple ¿por qué?, la llama un ¿y por qué no?; la curiosidad es la madre de sabiduría.

La filosofía Zen dice «la verdad está en ti», y si no la encuentras es porque no sabes buscarla; aprende de ti mismo y alcanzarás el saber. Así pues, «pregúntate a ti mismo», esa es la clave del autoconocimiento y de la sabiduría. Y ¿qué hay que saber para conocerse a uno mismo? Una gran pregunta. De esas que cuesta unos segundos hacerlas y toda una vida contestarlas.

Posiblemente ninguna persona llegue a conocerse del todo a sí misma, pero lo que sí es evidente es que algunas se conocen a sí mismas mejor que otras. Se trata de individuos que tienen una especie de capacidad innata de introspección, de reflexión y de autoanálisis. Generalmente esto coincide con ser también buenos conocedores de los demás, gentes dotadas de una peculiar perspicacia para introducirse en los secretos ajenos. Vulgarmente se dice de alguien así que «es muy psicólogo» o que «tiene mucha psicología». El argumento es de lo más lógico: si te conoces bien a ti mismo/a, que eres la persona que tienes más cerca, seguramente podrás aplicar lo que aprendas al resto de las personas, pues en el fondo todos somos bastante parecidos y nos movemos por los mismos impulsos, resortes o necesidades. Para conocer a los demás, hay que empezar por conocerse a uno mismo/a. Pero ¿en qué consiste eso de tener mucha psicología? Y en caso de que esa sea una cualidad deseable, ¿es posible aprenderla? ¿Se puede mejorar la capacidad de introspección?

Para conocerse a uno mismo, lo mejor es hacer un psicoanálisis. Al menos eso dicen los psicoanalistas. Claro que también nos advierten de los riesgos de conocerse

demasiado a uno mismo: muchas veces no te gusta lo que descubres. Un psicoanálisis es algo serio, con lo que no se puede jugar. Mucha gente se mete en faena sin tener ninguna noción del asunto, y no consigue más que profundizar en su desconcierto. La técnica psicoanalítica no es un juego, o al menos no debería serlo. Conlleva sus peligros, y los psicoanalistas de verdad, los verdaderamente expertos, lo saben y lo advierten. Así pues, podemos convenir que el psicoanálisis es un buen método para conocerse a uno mismo, tal vez el más sofisticado y profundo, pero no el único. De hecho, en tiempos de Sócrates aún no se había inventado, y él no lo necesitó.

Pero, en fin, los seres humanos ni somos dioses ni psicoanalistas, y no por eso tenemos que renunciar a conocernos a nosotros mismos y a los demás. Hay modos de conocerse razonablemente sin necesidad de hacerse psicoanalista ni ofender a los dioses. Si no quiere pasar por el largo trago de un psicoanálisis en toda regla, también puede usar sustitutos a su medida. Quizá no sea lo mismo, pero es más económico y muy seguro. Por ejemplo, puede escribir un diario. Un diario es una cosa estupenda, que casi todo el mundo desearía escribir pero casi nadie consigue hacerlo. La razón de tal dificultad es que para escribirlo se ha de tener constancia y sinceridad, y ambas son cualidades no demasiado extendidas entre la especie humana. Pero, en fin, alguna forma habrá de sustituirlas.

Supongamos que no tiene constancia. En ese caso, en vez de escribir un diario puede bastar con tomar algunas notas, sentarse cada día unos minutos delante de un papel y garabatear algunas «ideas» sobre lo que le ha sucedido o esperaba que le sucediera y no sucedió, sobre lo que sintió o pensó, etc. Eso puede bastar para arreglarle cada día esos pequeños problemas que lo asedian o lo acongojan, para no dejar pendiente cada día una deuda consigo mismo/a, un remanente en la mochila de su conciencia que poco a poco va cargando hasta que ya no pueda con ella. Luego puede tirar el papel, o tal vez guardarlo para otro día.

La segunda cuestión es la sinceridad. Para que ese sencillo truco funcione y le resulte verdaderamente útil, ha de ser auténticamente sincero consigo mismo, lo cual no es fácil. En efecto, la sinceridad es algo realmente complejo; no es solo decir la verdad, es saber cuál es la verdad y saber expresarla, lo cual equivale a reconocerla y aceptarla. Puede tolerarse no ser del todo sincero, pero si quiere que le sirva para algo lo que garabatee, ha de escribir con fidelidad y lealtad a sí mismo. Así va a descubrir cosas de su propia existencia que incluso no sabía que existían, sus propios enigmas. Escribir acerca de lo que siente, piensa, padece o disfruta es una buena forma de reflexionar. Reflexionar sobre un folio es como mirarse en el espejo, y el espejo es un



honesto, fiel y leal juez, un notario que nunca miente, salvo si usted quiere que mienta.

En resumen, hay muchas personas que nunca se miran, que apenas consiguen verse en el espejo. Eso no sirve; no basta con verse, hay que mirarse y hablarse. Hay que despertarse y preguntarse. El procedimiento es el mismo que el de antes ante el papel: intentar recordar la angustia y las preocupaciones, las felicidades y las satisfacciones, preguntarse por sus causas y motivos, intentar recordar lo que pensamos y sentimos, lo que hicimos o dejamos de hacer, y, en caso necesario, llevar a cabo las correcciones convenientes. El modelo es simple y rápido, seguro y eficaz. Es una práctica muy recomendable, muy sencilla y, sobre todo, muy barata. El truco consiste en practicarla con asiduidad y sin miedo. Una vez al día, o cuantas veces sean necesarias. El espejo y el papel sirven para comunicarse con uno mismo. Es como hablar solos. Hablar con uno mismo sirve para conocerse, y conocerse sirve para ser mejores y más felices. Al menos eso dicen los sabios, aunque a veces cueste creerlo, pues tener tanta conciencia de uno mismo puede resultar fatigoso. Ya lo dijo Ogden Nash: «Solo hay un camino para alcanzar la felicidad: tener la conciencia muy clara, o no tener conciencia en absoluto».

## **¿Qué nos recomiendan los psiquiatras para ser más felices?**

Podemos ser felices. La felicidad existe, lo que pasa es que más que «LA FELICIDAD», así en abstracto y con mayúsculas, lo que existe son «las felicidades», en minúscula y desmenuzadas. Existen momentos de felicidad, ratos de sosiego y belleza, espacios de calma y tranquilidad, sentimientos de seguridad y satisfacción, y con todo ello componemos eso que llamamos «felicidad». La cuestión es reunir muchos de esos momentos y saber aprovecharlos al máximo, tarea difícil pero posible. Nos hemos permitido plantear aquí una serie de reflexiones, recomendaciones o sugerencias extraídas de nuestra consulta y de nuestra propia experiencia personal.

Lo primero que le recomiendo si quiere ser «un poco más feliz», o un «poco menos infeliz», es que se quiera mucho. Es decir, que consiga una buena autoestima o, si lo prefiere, que fomente el amor propio; el de verdad, no el narcisismo estúpido y la vanidad huera. Piense que la caridad bien entendida empieza por uno mismo, dice la sabiduría popular, y nada hay más cierto, creemos nosotros. Hay que quererse mucho, aceptarnos como somos, respetarnos y valorarnos adecuadamente. Quererse es fundamental para tener salud mental y conseguir un aceptable equilibrio psicológico.

La persona que no se quiere ni se valora acaba por «mendigar» el afecto y el aprecio de los demás para compensar lo que no tiene. Busca desesperadamente la valía en una casa más grande, en un cuerpo más esbelto, en un coche más ostentoso o en una posición social y económica con más envidia, sin llegar nunca por este camino a conseguirlo. Quiérase, independientemente de lo que sea o de lo que tenga. Usted es un ser humano irreplicable con sus defectos y sus virtudes. No hay nadie como usted.

Otra sugerencia que nos permitimos hacerle es que sea egoísta, si por egoísmo se entiende buscar la felicidad y la realización personal. Es necesario saber decir no. No se puede siempre agradar a todos y en todo. Es muy conveniente para la salud mental pensar en uno mismo y no estar sujeto a lo que los demás hagan o digan. Ese tipo de

egoísmo es beneficioso y saludable. No se trata de hacer daño a los otros, de despreciar a los que nos rodean; nada más lejos de nuestra intención recomendar este tipo de comportamientos. No sería sano mentalmente ni tampoco nos daría ninguna satisfacción. El objetivo fundamental de nuestra recomendación es que sepamos pensar en nosotros mismos como alguien a quien hay que cuidar con esmero y que es digno de todas las atenciones, y también que sepamos que es utópico, irracional y absurdo pretender agradar a todo el mundo; siempre habrá alguien que no estará de acuerdo con nuestro criterio, y es necesario saber exponer nuestra opinión aunque no guste a los demás.

También es importante aprender a vivir al día. Es decir, saber relativizar todas las situaciones y no dar a las cosas más importancia de la que realmente tienen, que, dicho sea de paso, casi siempre es poca. Hay muchas personas que viven en una constante agonía por lo que ya pasó (sintiéndose culpables) o por lo que va a ocurrir (que aunque no saben muy bien qué es, ya tienen la certeza de que será negativo), y así dejan pasar el presente con más pena que gloria. Es una tremenda equivocación. Hay que vivir cada día como si fuera el último. Sin agobios, pero con decisión. Disfrutar de cada momento que la vida nos depara y sacarle todo el jugo que tanto las situaciones buenas como las no tan buenas tienen siempre.

Por último, aprenda a reírse de sí mismo. Es uno de las mejores medicinas que existen: el humor. Humor con los demás y con uno mismo. Humor ante los problemas, ante las adversidades, ante las complicaciones que la vida nos depara. Claro que hay situaciones en las que es muy difícil, si no imposible, aplicar el humor, pero esas son la excepción que confirma la regla. No olvide que este es un mundo hermoso y hay que esforzarse en ser feliz, en ver la otra cara de la vida.

En resumen, todo lo anterior puede sintetizarse en dos principios. El primero se expresa muy bien con unas palabras del Dalai Lama, quien recomienda para alcanzar paz, sosiego y felicidad que seamos «inteligentemente egoístas». El segundo lo podríamos extraer de una lectura interesada y no religiosa de los Diez Mandamientos. En efecto, tenemos que amar a los otros como a nosotros mismos. No se nos dice que tenemos que amarlos más. Así pues, querámonos a nosotros mismos como a los demás, por lo menos. Ojalá mañana sea un poquito más feliz. Se lo deseo de todo corazón.

## **Preguntas y respuestas rápidas a modo de resumen**

A continuación le he expuesto algunas preguntas y sus correspondientes respuestas en las que se pretende recoger algunos aspectos puntuales sobre salud mental que o no han sido abordados en los capítulos que componen el manual, o bien, por su importancia clínica, merece la pena insistir en ellos y definirlos de forma concisa. Espero que esta relación de conceptos psiquiátricos y de alteraciones le sea de utilidad y le ayude a comprender el enfermar psíquico.

*¿Qué es la abulia?*

Se denomina de esta manera la falta de voluntad para realizar actividades o actos que son deseados por el sujeto. Es muy típica de las depresiones y suele ser uno de los síntomas más refractarios al tratamiento.

*¿Qué es el síndrome de Ganser?*

Es una alteración muy curiosa, no muy frecuente, descrita por un psiquiatra alemán que le dio el nombre en la década de los años treinta y que se caracteriza por una serie de síntomas de naturaleza histérica (pararrespuestas, actitudes pueriles, actos sin sentido, etc.), que intentan «copiar» el concepto popular de la locura

*¿A qué se llama retraso mental?*

El retraso mental, debilidad mental u oligofrenia, es una alteración congénita o muy precozmente adquirida de la capacidad intelectual. Se puede medir a través de los test de inteligencia (Weschler, Raven, etc.). Cuando el cociente intelectual es inferior a 70 se habla de déficit o retraso intelectual, cuando el cociente intelectual es inferior a 50 estamos ante un retraso profundo. Por encima de 120 se considera una inteligencia alta.

*¿Qué es la enuresis?*

Falta de control en la emisión de la orina, sobre todo por la noche. Esta alteración que

padecen muchos niños y adolescentes suele desaparecer espontáneamente. Si perdura en el tiempo, han demostrado cierta utilidad las terapias conductistas y algunos fármacos de tipo hormonal (vasopresina) y los antidepresivos (imipramina en dosis bajas).

#### *¿Qué es la tricotilomanía?*

Es el arrancamiento de pelo de forma persistente y recurrente que acaba produciendo pérdidas perceptibles de cabello. Las zonas más frecuentemente afectadas son la cabeza, las cejas y las pestañas. Las clasificaciones actuales lo incluyen dentro de los trastornos en el control de los impulsos.

#### *¿A qué se llama pedofilia?*

Es un tipo de trastorno sexual, concretamente de parafilia (antes perversión sexual), que consiste en tener fantasías o relaciones sexuales con niños (generalmente prepúberes). Para que se pueda efectuar este diagnóstico la persona ha de tener al menos 16 años y existir una diferencia entre ambos de al menos cinco (criterios DSM-IV).

#### *¿Qué es la amnesia psicógena?*

Es una pérdida de memoria que afecta a información importante para la persona y que se produce como consecuencia de una situación estresante o traumática. Las amnesias psicógenas suelen ser limitadas en el tiempo y afectan a períodos concretos de la biografía. Se incluyen dentro de la histeria disociativa.

#### *¿Cuál es la frecuencia del trastorno de ansiedad en la población general?*

Los trastornos de ansiedad tienen una frecuencia en la población general que oscila en torno al 25%. El trastorno de angustia —un tipo de trastorno de ansiedad específico y muy característico— lo padece aproximadamente el 3,5% de la población.

#### *¿Cómo hay que actuar ante un enfermo mental que no quiere ingresar y realmente lo necesita?*

El internamiento psiquiátrico no voluntario de cualquier persona requiere la autorización judicial, salvo que la urgencia clínica haga necesario adoptar esa medida. No obstante, aunque se haya ingresado a una persona de forma urgente, habrá que notificarlo al juez de guardia en un plazo máximo de 24 horas.

- Ingreso Urgente → Médico → Traslado →  
24 horas para solicitar autorización
- Ingreso no urgente → Juzgado de 1ª Instancia →  
Médico → Traslado e ingreso

*¿Se sigue utilizando la hipnosis para curar enfermedades?*

La psiquiatría oficial prescinde casi por completo en la actualidad de este tipo de tratamiento, que es bastante cuestionable y carece de bases teóricas precisas. La hipnosis se puso muy de moda a principios del siglo XX, sobre todo para tratar cuadros neuróticos de corte histérico. En el momento actual, aunque la hipnoterapia sigue siendo utilizada por algunos profesionales y para problemas muy específicos, ha perdido gran parte de sus aplicaciones.

*¿Qué es ser ciclotímico?*

Se llama ciclotimia a las oscilaciones del estado de ánimo, pasando con cierta rapidez de la alegría a la tristeza, ambas sin motivo. Sería una forma de ser, un rasgo de la personalidad. Cuando las oscilaciones son muy frecuentes e intensas y se alternan la euforia patológica y la depresión se habla de trastorno ciclotímico, entidad esta incluida como una variedad de los trastornos del estado de ánimo o afectivos.

*¿Qué son las estereotipias?*

Se denomina de esta manera a actos o gestos que se repiten de forma involuntaria, siendo bastante características de las esquizofrenias.

*¿Qué se entiende por enajenación mental?*

Es la forma como denominaban los juristas a los trastornos psiquiátricos susceptibles de ser causa de exención o atenuación de responsabilidad criminal. También existe otra figura jurídico-médica, el llamado trastorno mental transitorio, concepto este equiparable a la enajenación pero recortada en el tiempo. Con la reforma del Código Penal de 1995 ambos conceptos han sufrido algunas modificaciones.

*¿Qué es la empatía?*

La empatía es la habilidad para «ponerse en el lugar del otro, sin perder la objetividad». Es una parte muy importante del trabajo de todo profesional de la salud.

Para ayudar al enfermo hay que saber «entender» su sufrimiento y su ansiedad. Solo así se consigue una buena y eficaz relación terapéutica.

*¿Un esquizofrénico puede sacarse el carnet de conducir?*

Haber sido diagnosticado de esquizofrenia es ya de por sí una causa que limita ciertas actividades, entre ellas, la conducción de vehículos. Pero además, el esquizofrénico debe tomar permanentemente una medicación (neurolepticos o antipsicóticos) que provocan una disminución de la atención y de los reflejos, siendo este otro motivo que desaconsejaría la conducción de vehículos y el empleo de cierto tipo de maquinarias. Si se concede el permiso por estar el paciente asintomático, se debe revisar el permiso cada dos años como máximo.

*¿Qué es un trastorno bipolar?*

El trastorno bipolar, antes denominado psicosis maníaco-depresiva, es una alteración afectiva que se caracteriza por oscilaciones patológicas del humor, pasando el enfermo episodios depresivos (tristeza patológica) que se alternan con otros de manía (euforia patológica). Su frecuencia de aparición oscila entre el 0,4 y el 1,6%. Existen dos variedades, el tipo I y el tipo II.

*¿Los transexuales son enfermos?*

Según los sistemas actuales de clasificación empleados por los psiquiatras, así es. Concretamente, la clasificación DSMIV de la Asociación Americana de Psiquiatría lo denomina *trastorno de la identidad sexual* y lo incluye en el epígrafe de trastornos sexuales.

*¿Existe la adicción al sexo?*

Últimamente se han descrito las llamadas «adicciones sin droga» para referirse a la adicción al sexo, al juego, a internet, a la compra compulsiva, etc. Este tipo de alteraciones giran todas ellas en torno a la patología del autocontrol o de la impulsividad. Su mecanismo fisiopatológico sería muy parecido al que se produce con las adicciones químicas.

*¿Cómo se puede ayudar a que una persona sea más madura y estable?*

La madurez psicológica es uno de los aspectos más importantes y más difíciles de obtener. Además, la madurez psicoafectiva es la base de un equilibrio emocional y de

un correcto desarrollo. En la tabla que se expone a continuación se dan algunas reflexiones que quizá puedan ser de utilidad.

- Evite la hiperprotección
- Fomente la autoestima
- Critique el hecho realizado, no a la persona en su conjunto
- Respete las ideas de los demás y sea tolerante; usted no tiene la verdad absoluta
- Sea consecuente, que sus actos no contradigan sus palabras.

*¿Qué hay que hacer ante una persona muy agitada y que no atiende a razones?*

La agitación psicomotora es una de las urgencias psiquiátricas más importantes y quizá también una de las más frecuentes. La pauta que aconsejamos seguir se puede resumir en los siguientes puntos:

1. Intentar obtener información de lo ocurrido
2. Evitar que se acumulen muchas personas
3. No quedarnos solos (poca osadía)
4. Hablar con el paciente lo más cordialmente posible
5. Si el diálogo es imposible: sujeción mecánica y sedación.

*¿Hay algún test rápido y fiable para descartar trastornos psiquiátricos?*

Tests, encuestas, cuestionarios y pruebas psicológicas hay muchas y además son muy útiles. Pero siempre deben ser aplicados por personas competentes y con motivos estrictamente clínicos o de investigación. De las pruebas que existen en la actualidad para efectuar diagnóstico de posibles trastornos psiquiátricos aconsejamos el test de Goldberg (versión Lobo y cols., 1986).

*¿Cuál es la droga ilegal más peligrosa?*

Las drogas ilegales son peligrosas todas ya que generan dependencia, dañan la salud y originan con mucha frecuencia problemas familiares, sociales, económicos y legales. Dentro de las sustancias de mayor consumo es la cocaína la que parece ser más peligrosa, ya que su capacidad adictógena es elevada, con frecuencia induce cuadros psicóticos y exalta la agresividad y la violencia del sujeto que la consume, lo que deriva en problemas legales. Además hay una amplia desinformación sobre sus efectos dañinos.

*¿El café puede ser peligroso para la salud?*

La cafeína que contienen el café, el té, las bebidas de cola, el cacao y muchos



medicamentos antigripales puede llegar a producir cuadros de intoxicación si se ingiere en cantidades elevadas. Los síntomas de la intoxicación por cafeína serían:

- Inquietud, nerviosismo, excitación
- Enrojecimientos
- Insomnio
- Aumento de la diuresis
- Contracciones musculares
- Taquicardia
- Pensamiento acelerado
- Agitación psicomotora.

*¿Qué tipo de trastorno tienen los niños que no pueden parar quietos y que tienen problemas en sus relaciones por ello?*

Lo que antes se llamaba niños eréticos o hiperquinéticos se llama ahora *trastorno por déficit de atención*. Lo padece el 3-5% de los niños en edad escolar, y presenta estos síntomas: hiperactividad, impulsividad y dificultades severas para centrar la atención. Existen tratamientos farmacológicos (derivados anfetamínicos) y psicológicos.

*¿A qué se llama mecanismo de defensa?*

A los procesos psicológicos automáticos que protegen al sujeto de la ansiedad. Entre los más importantes están: la proyección, el desplazamiento, la sublimación y la negación.

*¿Qué diferencia hay entre una alucinación y una ilusión?*

La alucinación es una percepción sin objeto real, mientras que la ilusión es una interpretación errónea de un estímulo real.

*¿Qué es la taquipsiquia?*

Es un trastorno en el curso del pensamiento y podría ser equivalente de aceleración del pensamiento, pasando el enfermo de una idea a otra con una gran rapidez. También se lo denomina «fuga de ideas», y es muy característico de la manía y de ciertas intoxicaciones, sobre todo por estimulantes.

*¿Cuándo debe el médico de atención primaria derivar o remitir un paciente al psiquiatra?*

Remitir un enfermo al psiquiatra es recomendable en los siguientes casos:

- Cuando haya serias dudas diagnósticas
- Siempre que se trate de un trastorno psicótico
- Si hay riesgo de suicidio
- Si el enfermo lo pide insistentemente.

\* Trastornos facticios son alteraciones psíquicas caracterizadas por que el sujeto que los padece se provoca alteraciones tanto somáticas como psíquicas con el objetivo de ser enfermo y recibir las atenciones que a estos se les dispensa.

**José Carlos Fuertes Rocañín** se licenció en medicina y cirugía en la Universidad de Zaragoza en 1980, alcanzando el grado de doctor en 1992 en la Universidad de Valladolid. Es especialista en psiquiatría y ha colaborado como profesor honorífico en la Universidad de Valladolid. Es miembro de varias sociedades científicas, autor y coautor de más de una treintena de libros sobre temas de psiquiatría clínica, estrés laboral, depresión, drogodependencias y otros temas relacionados con la salud mental y con la comunicación en la práctica sanitaria. Ha dirigido múltiples cursos y seminarios relacionados con su especialidad. En la actualidad compagina su consulta privada con la coordinación del Plan Provincial de Drogas y Salud Mental de Burgos y es miembro del consejo asesor del Observatorio Español de Drogas.

Edición en formato digital: septiembre de 2012

© 2007, José Carlos Fuertes Rocañín

© 2007, Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.

Travessera de Gràcia, 47-49. 08021 Barcelona

Diseño de la cubierta: Judith Sendra / Penguin Random House Grupo Editorial

Fotografía de la cubierta: © Getty Images

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley y bajo los apercibimientos legalmente previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, así como el alquiler o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, <http://www.cedro.org>) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-9989-759-2

Conversión a formato digital: Newcomlab, S.L.

[www.megustaleer.com](http://www.megustaleer.com)

## Índice

Cubierta

¿Qué me pasa, doctor?

1. Estos son mis propósitos
2. La psiquiatría: ¿Una especialidad como otra cualquiera?
3. No hay enfermedades sino enfermos
4. «Doctor, yo pastillas no quiero»: ¿Fármacos, psicoterapias o charloterapia?
5. Las psicosis o la enfermedad mental con mayúsculas
6. Hablemos de drogas. «Las duras», «las blandas» y «las otras»
7. ¿Ser o estar nervioso?: Ansiedad, pánico y fobias
8. Trastornos de la personalidad o la llamada «gente insoportable»
9. Tristeza, «depres» y depresión, ¡menudo lío!
10. Estoy perdiendo memoria. ¿No será Alzheimer?
11. Las llamadas «perversiones sexuales» o cuando la sexualidad se convierte en

sufrimiento

12. La anorexia y la bulimia nerviosas
13. Cuando el juego deja de ser un juego: La ludopatía
14. Estrés, mobbing, burnout: ¿De qué estamos hablando?
15. ¡Ayúdenme, es una urgencia psiquiátrica!
16. La enfermedad mental ante la ley
17. Educación en los valores: la mejor forma de prevención en salud mental
18. ¿Más Platón y menos Prozac?
19. ¿Con quién consultar: con el psiquiatra o con el psicólogo?
20. Conócete a ti mismo
21. ¿Qué nos recomiendan los psiquiatras para ser más felices?

Preguntas y respuestas rápidas a modo de resumen

Notas

Biografía

Créditos

# Índice

¿Qué me pasa, doctor?	2
1. Estos son mis propósitos	3
2. La psiquiatría: ¿Una especialidad como otra cualquiera?	5
3. No hay enfermedades sino enfermos	9
4. «Doctor, yo pastillas no quiero»: ¿Fármacos, psicoterapias o charloterapia?	13
5. Las psicosis o la enfermedad mental con mayúsculas	19
6. Hablemos de drogas. «Las duras», «las blandas» y «las otras»	25
7. ¿Ser o estar nervioso?: Ansiedad, pánico y fobias	40
8. Trastornos de la personalidad o la llamada «gente insoportable»	48
9. Tristeza, «depres» y depresión, ¡menudo lío!	57
10. Estoy perdiendo memoria. ¿No será Alzheimer?	68
11. Las llamadas «perversiones sexuales» o cuando la sexualidad se convierte en sufrimiento	74
12. La anorexia y la bulimia nerviosas	78
13. Cuando el juego deja de ser un juego: La ludopatía	81
14. Estrés, mobbing, burnout: ¿De qué estamos hablando?	86
15. ¡Ayúdenme, es una urgencia psiquiátrica!	90
16. La enfermedad mental ante la ley	98
17. Educación en los valores: la mejor forma de prevención en salud mental	102
18. ¿Más Platón y menos Prozac?	105
19. ¿Con quién consultar: con el psiquiatra o con el psicólogo?	107
20. Conócete a ti mismo	111
21. ¿Qué nos recomiendan los psiquiatras para ser más felices?	114
Preguntas y respuestas rápidas a modo de resumen	116
Notas	123
Biografía	124
Créditos	125