





# CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 8, número 2, 2008



## **SALUD MENTAL INFANTIL**

Purificación Rípodas Erro  
(Compiladora)

*Fundada en 2001*

*Consejo de redacción:* Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)  
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo  
*e-mail:* aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

*Ilustración de la cubierta:* *Las hijas de pintor.* Franz Von Matsch. Museo Belvedere de Viena.

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

*Número de ejemplares:* 550

*Depósito legal:* AS – 3.607 – 01

*ISSN:* 1578/9594

*Impresión :* Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

*Periodicidad:* Semestral

**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria** colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

# CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

## SUMARIO

Vol. 8 - Núm. 2 - 2008

---

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	139
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	
<b>Clínica y Promoción de la Salud Mental en la Infancia: Otra integración necesaria</b>	
<i>Jorge L. Tizón</i> .....	143
<b>Abordaje Clínico de los Trastornos de la Alimentación</b>	
<i>José Eduardo Rodríguez Otero. José Luís Rodríguez - Arias Palomo</i> .....	167
<b>TDAH: Reflexiones y desafíos</b>	
<i>Aurelio J. Álvarez Fernández</i> .....	185
<b>Pasos para construir una Base Relacional Segura: En el contexto del Desarrollo y en el Contexto Terapéutico</b>	
<i>Purificación Rípodas Erro; Ana Rodríguez Santamarta</i> .....	195
<b>Escaleras y Torreones Terapéuticos: Directrices y Técnicas Básicas para el Trabajo con niños en Terapia Familiar</b>	
<i>Valentín Escudero; Alberto Abascal y Nuria Varela</i> .....	207
<b>INFORMES</b> .....	231
<b>RESEÑAS</b> .....	235
<b>REUNIONES CIENTÍFICAS</b> .....	239
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	245



## Presentación

Estimados lectores: Me complace presentar los textos relativos a la salud mental de niños y adolescentes que pueden leer en esa revista.

El primero es un completo y estimulante trabajo del Dr. Jorge Luís Tizón sobre prevención y promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia. Interesa a todos los profesionales, a quienes trabajamos en la atención clínica directa y a quienes desempeñan responsabilidades en la planificación de recursos y organización de servicios. En este artículo riguroso y ameno, síntesis de gran extensión de conocimientos, el autor nos ofrece la oportunidad de acercarnos a investigaciones y programas y sus resultados. Con la maestría y la autoridad adquiridas mediante su participación activa durante décadas en la práctica clínica, dirección, formación y coordinación de equipos e investigación. Y con el empeño entusiasta de seguir dedicando su vida a mejorar y promover la salud mental de la población; esperamos seguir contando con su colaboración para supervisar las actuaciones que se desarrollen después de leer este magnífico texto.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son en estos últimos años motivo de atención especial desde distintos ámbitos sanitarios y sociales; su aparición en la niñez suscita alarma y atención. El sugerente artículo de José Eduardo Rodríguez y José Luís Rodríguez-Arias propone un debate riguroso y serio - escrito con gracia- sobre la dimensión del problema y el tratamiento que recibe en el campo de la salud y en el de la información. Su trabajo revisa los abordajes terapéuticos aplicados a estos trastornos y algunas creencias consideradas como verdades absolutas; Abre un abanico de dudas y rescata las certezas verificadas hasta hoy. Su lectura ilumina un terreno clínico que se mueve entre cambios psicosociales.

Las alteraciones conductuales en los niños son una forma de expresión de origen multifactorial que debe ser valorada en cada niño en su contexto. Asistimos a una continua y creciente demanda de consultas de salud mental para niños diagnosticados de TDAH; muchos de ellos tratados con fármacos que crean expectativas mágicas en las familias y excluyen aspectos relacionales y evolutivos del niño. El artículo de Aurelio J. Alvarez revisa las complejidades de este diagnóstico y nos ayuda a la reflexión, abriendo interrogantes sobre las respuestas de causalidad lineal. Extracta estudios de diferentes autores y aporta ideas para el trabajo en red.

Ana Rodríguez Santamarta y yo misma, describimos la aplicación de ideas aceptadas sobre requisitos relacionales del desarrollo, a la práctica de la atención a la salud mental infantil en un centro público. Y cómo organizar la acción profesional para construir una relación de confianza con niños y familias consultantes que facilite la superación de los síntomas, fomente la seguridad en sus propias competencias y la capacidad de colaborar en el proceso evolutivo infantil y familiar.

El Equipo de la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar recoge desde su práctica cotidiana algunas de las técnicas de Terapia familiar mas adecuadas al trabajo con familias con niños, enfatizando la necesidad de adaptar las teorías y las técnicas a los consultantes.

Constituye una guía eficaz para los profesionales más jóvenes y una reactivación para quienes pasada la juventud seguimos atendiendo niños con problemas de salud mental. Su artículo representa un pasamanos de barandilla en el que apoyarnos al acompañar a las familias en momentos del proceso evolutivo de sus hijos, aminorando sus restricciones y enfatizando sus fortalezas.

Manifestamos una muy sincera gratitud a los autores por su esfuerzo, su trabajo y generosidad al compartirlo.

También a otros muchos profesionales que trabajan en el campo de la infancia y que podrán aportar sus experiencias. Deseamos ocurra así en sucesivas publicaciones como expresión de la relevante atención a la salud mental de la población infantil.

*Purificación Rípodas Erro*  
*Oviedo 2008*

Para tu tranquilidad...



... va con él



JANSSEN-CILAG, S.A.  
www.janssen-cilag.es



**Risperdal** **CONSTA**<sup>™</sup>

RISPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN

**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 25 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 37,5 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 50 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 25 mg: Cada vial contiene Risperidona (DOE)... 25 mg. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 37,5 mg: Cada vial contiene Risperidona (DOE)... 37,5 mg. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 50 mg: Cada vial contiene Risperidona (DOE)... 50 mg. Ver excipientes en apartado 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Polvo y disolvente para suspensión inyectable. Vial con polvo. Polvo suelto de color blanco a blanquecino, Jeringa precalorada con el disolvente para la reconstitución. Solución acuosa transparente e incolora. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral. **4.2. Posología y forma de administración.** El tratamiento con RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> deberá iniciarse por un médico con experiencia en el manejo de pacientes esquizofrénicos. Adultos. La dosis recomendada es de 25 mg cada dos semanas por vía intramuscular. Debido a las características farmacocinéticas del RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>, es necesario que durante las tres primeras semanas de tratamiento los pacientes reciban además risperidona vía oral, con el fin de mantener concentraciones terapéuticas del fármaco. El cambio de la formulación oral a RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> debe acompañarse de un seguimiento clínico estrecho de los pacientes, que permita identificar la dosis de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> más apropiada para cada paciente. Incremento de la dosis. No debe incrementarse la dosis de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> hasta que no hayan transcurrido, como mínimo, cuatro semanas desde el ajuste anterior. La dosis puede aumentarse de 25 mg a 37,5 mg o de 37,5 mg a 50 mg. Dado que se trata de una formulación de liberación prolongada, no cabe esperar que el efecto de cada ajuste de dosis se produzca antes de que transcurran 3 semanas de tratamiento. La dosis máxima de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> no debe sobrepasar los 50 mg cada 2 semanas. Ancianos. La dosis recomendada es la misma que en adultos, es decir, 25 mg por vía intramuscular cada dos semanas. Sin embargo, y dado que la experiencia de uso de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> en ancianos es limitada, debe utilizarse con precaución en este grupo de pacientes, no siendo indicado su uso en pacientes diagnosticados de demencia (ver sección 4.3 y 4.4), insuficiencia hepática y renal. La eficacia y seguridad de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática y/o renal, por lo que debe administrarse con precaución por tratarse de una formulación de liberación prolongada. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> sólo deberá administrarse a pacientes con insuficiencia renal o hepática que toleren dosis de risperidona oral de al menos 2 mg al día. En estos pacientes, se recomienda una dosis de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> de 25 mg cada dos semanas que deberá administrarse con precaución. Niños. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> no se ha estudiado en niños y adolescentes menores de 18 años. Forma de administración. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> se debe administrar cada dos semanas mediante inyección intramuscular profunda utilizando el agua de seguridad incluida en el envase. Las inyecciones se deben alternar en ambos glúteos. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> no debe administrarse por vía intravenosa (ver apartado 5.6. Instrucciones de uso y manipulación). **4.3. Contraindicaciones.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> está contraindicado en: - pacientes con hipersensibilidad conocida a risperidona o a cualquiera de los componentes de la especialidad - pacientes con demencia (ver sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo) - pacientes con enfermedad de Parkinson. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> solamente deberá utilizarse en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que estén previamente estabilizados con un antipsicótico por vía oral. Debido a la actividad anti-bloqueante de risperidona, se puede producir hipotensión ortostática especialmente durante el período de inicio de ajuste de la dosis. Se debe evaluar la relación riesgo-beneficio de continuar el tratamiento con RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> si se produce hipotensión ortostática clínicamente relevante. Risperidona se debe utilizar con cuidado en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida (p. ej., insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, trastornos de la conducción, deshidratación, hipovolemia o enfermedad cerebrovascular), incluyendo las enfermedades asociadas a prolongaciones del intervalo QT. Los antagonistas de los receptores de la dopamina pueden inducir disinesia tardía, que se caracteriza por movimientos rítmicos involuntarios, predominantemente de la lengua y/o de la cara. Se ha comunicado que la aparición de síntomas extrapiramidales es un factor de riesgo del desarrollo de disinesia tardía. Dado que el potencial de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> para inducir síntomas extrapiramidales es más bajo que el de los neuroleptícos clásicos, el riesgo de inducir disinesia tardía está también reducido en comparación con estos últimos. Si aparecen signos y síntomas de disinesia tardía, deberá considerarse la necesidad de suspender el tratamiento con todos los fármacos antipsicóticos. En los pacientes tratados con antipsicóticos se puede producir el llamado síndrome neuroleptico maligno, caracterizado por hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad autonómica, alteración de la conciencia y niveles de CKP elevados. Si esto sucede, se deben suspender todos los fármacos antipsicóticos, incluyendo risperidona, y se enviará urgentemente al paciente a un centro hospitalario. Debe recordarse que después de la última administración de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>, se detectan concentraciones plasmáticas de risperidona hasta un mínimo de 6 semanas. En raras ocasiones se han notificado, durante el tratamiento con RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>, casos de hiperglucemia o exacerbación de una diabetes mellitus preexistente. Se recomienda una monitorización clínica adecuada en pacientes diabéticos y en pacientes con factores de riesgo de desarrollo de diabetes mellitus (ver también el apartado 4.8. Reacciones adversas). En pacientes con demencia tratados con RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> oral, se ha observado un aumento del riesgo de episodios sísmicos cerebrales, entre los que se incluyen ataques cerebrovasculares, algunos de ellos de naturaleza mortal. El análisis de seis estudios controlados con placebo realizados en pacientes mayores de 65 años de edad diagnosticados de demencia, muestran una incidencia de acontecimientos adversos cerebrovasculares de 3,3% (33/999) en el grupo tratado con risperidona y de 1,2% (8/699) en el grupo de pacientes que recibieron placebo. Por tanto, risperidona triplica el riesgo de episodios sísmicos cerebrales en esta población (RR=3,0 IC95% 1,3-7,4). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a mortalidad por cualquier causa. Debido a las características farmacocinéticas de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>, su uso está contraindicado en pacientes diagnosticados de demencia (ver sección 4.3. Contraindicaciones). La experiencia de uso de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> en ancianos es hasta el momento limitada, por lo que debe administrarse con cuidado en este grupo de pacientes. Dado que RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia renal o hepática, RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> debe administrarse con precaución en este grupo de pacientes. Como sucede con otros antipsicóticos, risperidona disminuye el umbral convulsivo. Se recomienda tener cuidado si RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> se administra a pacientes con epilepsia. Como sucede con otros antipsicóticos, la administración de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> se asocia a aumento de peso, por lo que debe darse consejo dietético a los pacientes tratados con este fármaco. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se ha evaluado de forma sistemática el riesgo de utilizar risperidona en combinación con otros fármacos. Dado los efectos primarios de risperidona en el SNC, se debe utilizar con cuidado en combinación con otros fármacos de acción central. Risperidona puede antagonizar el efecto de levodopa y otros agonistas de la dopamina. Se ha demostrado que el carbamazepina reduce las concentraciones plasmáticas de la fracción activa de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> (risperidona) y su metabolismo activo 9-hidroxirisperidona). Se pueden observar efectos similares con otros inductores enzimáticos hepáticos como fenitoína, rifampicina y fenobarbital. Al suspender la administración de carbamazepina u otros inductores enzimáticos hepáticos, se debe reevaluar la dosis de risperidona, y si es necesario, reducirla. Fenotiacinas, anti-depresivos tricíclicos y algunos beta-bloqueantes pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de risperidona, pero no las de la fracción antipsicótica activa. La amitriptilina no afecta a la farmacocinética de risperidona o de la fracción antipsicótica activa. La cimetidina y ranitidina aumentan la biodisponibilidad de risperidona, pero sólo ligeramente la fracción antipsicótica activa. Paroxetina, anti-depresivo que inhibe la isoenzima 2D6 del CYP450, aumenta la concentración plasmática de risperidona en un 45% y de la fracción antipsicótica activa en un 65%. Por lo tanto, cuando se inicia o interrumpe un tratamiento concomitante con paroxetina, el médico debe de ajustar la dosis de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>. Ruveloxin comparte la actividad inhibitoria de paroxetina sobre la isoenzima 2D6, por lo que es de esperar que afecte el metabolismo de risperidona de forma similar. Cuando se administra risperidona con otros fármacos con elevación unida a proteínas, no existe desplazamiento clínicamente relevante de ningún fármaco de los protenos plasmáticas. Los alimentos no afectan la absorción de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>. Se debe aconsejar a los pacientes que eviten la ingesta de alcohol. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> no muestra un efecto clínicamente relevante en la farmacocinética del lío o vlogarato. **4.6. Embarazo y lactancia.** Embarazo. No se ha establecido la seguridad de risperidona para su utilización durante el embarazo en humanos. Aunque en animales experimentales risperidona no demostró toxicidad directa en la reproducción, se observaron algunos efectos indirectos mediados por la prolactina y por el Sistema Nervioso Central (SNC). No se registraron efectos teratogénicos de risperidona en ningún estudio. Por lo tanto, sólo se debe utilizar RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> durante el embarazo si sus beneficios superan a los posibles riesgos. Lactancia. En los estudios con animales, risperidona y 9-hidroxirisperidona se excretan en la leche. Se ha demostrado que risperidona y 9-hidroxirisperidona también se excretan en la leche humana. Por lo tanto, deberá evitarse la lactancia durante la administración de risperidona. **4.7. Efectos sobre la capacidad para**

**conducir y utilizar máquinas.** Risperidona puede interferir con las actividades que requieren alerta mental. Por lo tanto, se debe aconsejar a los pacientes que no conduzcan o manejen maquinaria hasta que se conozca su susceptibilidad particular al producto. **4.8. Reacciones adversas.** A continuación se enumeran las reacciones adversas observadas con risperidona, ordenadas por órgano sistema y atendiendo a la siguiente clasificación en función de su frecuencia de aparición: muy frecuente (>1/10); frecuente (>1/100, <1/10); poco frecuente (>1/1.000, <1/100); raro (>1/10.000, <1/1.000); muy raro (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Trastornos hematológicos: Poco frecuentes: disminución ligera del recuento de neutrófilos y/o trombocitos. Muy raros: aumento del recuento leucocitario. Trastornos endocrinos: Poco frecuentes: hipoparatiroidismo (manifestado con síntomas como hipocalcemia no puerperal, amenorrea, disminución de la libido), intoxicación acuosa\* (bien debido a hipoparatiroidismo o bien al síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética (SIADH)). Trastornos metabólicos y de la nutrición: Frecuentes: aumento de peso. Poco frecuentes: pérdida de peso. Muy raros: hiperglucemia o exacerbación de una diabetes mellitus preexistente. Trastornos del sistema nervioso: Frecuentes: depresión, fatiga, síntomas extrapiramidales, agitación\*, ansiedad\*, inquietud\*, episodios sísmicos cerebrales en pacientes con demencia\* (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Poco frecuentes: nerviosismo, trastornos del sueño, apatía, alteración de la concentración, visión anormal, somnolencia\*, mareos\*, alteración de la regulación de la temperatura corporal\*. Raros: disinesia tardía, síndrome neuroleptico maligno y crisis. Trastornos vasculares: Poco frecuentes: hipotensión, hipotensión\* (ortostática) y taquicardia\* (refleja a la hipotensión). Trastornos gastrointestinales: Poco frecuentes: estreñimiento\*, dispepsia\*, náuseas/vómitos\*, dolor abdominal\*. Trastornos hepatobiliares: Muy raros: aumento de los niveles de enzimas hepáticas. Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo: Poco frecuentes: erupción cutánea, prurito, edema periferico, reacción en el punto de la inyección, irritis\*, otros reacciones alérgicas\*, trastornos renales y urinarios: Poco frecuentes: incontinencia urinaria\*. Trastornos sexuales y del sistema reproductivo: Poco frecuentes: función sexual anormal, insuficiencia eyaculatoria, impotencia, priapismo\*, disfunción orgásmica\*. \* Estos efectos adversos han sido notificados con RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> oral. Se desconoce la frecuencia de aparición con RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>.

**4.9. Sobredosificación.** Puesto que es menos probable que se produzca una sobredosificación con la medicación parenteral que con la oral, a continuación se presenta la información correspondiente a la formulación oral. Síntomas. En general, los signos y síntomas comunicados tras la sobredosificación oral son una exageración de los efectos farmacológicos conocidos del fármaco. Consisten en somnolencia y sedación, taquicardia e hipotensión y síntomas extrapiramidales. Se han comunicado casos de sobredosis de hasta 360 mg de risperidona oral. Se han comunicado casos raros de prolongación del QT. En caso de sobredosificación aguda, se debe tener en cuenta la posible implicación de polimedización. Tratamiento: Establecer y mantener libres las vías aéreas y garantizar una oxigenación y ventilación adecuadas. Se debe comenzar inmediatamente la monitorización cardiovascular y hay que realizar un control electrocardiográfico continuo para detectar posibles arritmias. No existe ningún antídoto específico de risperidona. Por lo tanto, se deben adoptar las medidas de soporte apropiadas. La hipotensión y el colapso circulatorio se debe tratar con medidas apropiadas, como la administración de fluidos intravenosos y/o fármacos simpaticomiméticos. En caso de síntomas extrapiramidales graves, se debe administrar tratamiento anticolinérgico. La supervisión médica estrecha y la monitorización se deben mantener hasta que el paciente se recupere. **5. DATOS FARMACOLÓGICOS. 5.1. Lista de excipientes.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> Polímero 7525 DL, INI pol-(ácido-co-glicólico). Fármacos. Polisorbat 20, carmelosilicato 40 mPas, fosfato hidrogenado disódico dihidratado, ácido cítrico anhídrido, cloruro sódico, hidróxido sódico, agua para inyección. **5.2. Incompatibilidades.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> no se puede mezclar o disolver con otros fármacos o fluidos distintos al disolvente proporcionado para su administración. **5.3. Período de validez.** 36 meses a 2-8°C. Después de la reconstitución: Se ha demostrado la estabilidad química y física durante 24 horas a 25°C. Desde un punto de vista microbiológico, el producto se debe usar inmediatamente. Si no se hace, los períodos de almacenamiento reconstituido y las condiciones previas a su utilización son la responsabilidad del usuario y no deben superar los 6 horas a 25°C, a no ser que la reconstitución se haya realizado en condiciones asepticas controladas y validadas. **5.4. Precauciones especiales de conservación.** El envase se debe conservar en el frigorífico (2-8°C) y preservar de la luz. No se debe exponer a temperaturas superiores a 25°C. Si no se dispone de refrigeración, RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> se puede almacenar a temperaturas no superiores a 25°C durante 7 días como máximo antes de su administración. No exponer el producto sin refrigerar a temperaturas superiores a 25°C. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> se acondiciona en un envase con la siguiente configuración: - Un vial que contiene RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>. - Una jeringa precalorada que contiene el disolvente para RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>. - Dos agujas Hypoject<sup>®</sup> 20G 2" IW para la reconstitución. - Una aguja Needle-Pro<sup>®</sup> para inyección intramuscular (agua de seguridad 20G 2" IW con dispositivo de protección). (Sólo con receta\* = producto sanitario para su venta exclusiva con fármacos con receta). **5.6. Instrucciones de uso y manipulación.**

RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> sólo se puede suspender en el disolvente para RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> proporcionado en el envase y se debe administrar con el agua de seguridad Needle-Pro<sup>®</sup> 20G incluidas en el mismo.

1. Sacar el envase de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> del frigorífico y dejar que se adapte a la temperatura ambiente antes de reconstituir. 2. Retirar la capsula de plástico coloreado del vial de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup>. 3. Abrir la jeringa rompiendo el sello de la capsula blanca y quitar esta última junto con el protector de caucho de su interior. 4. Conectar una de las agujas Hypoject<sup>®</sup> con un movimiento suave de rotación en sentido de los agujos del reloj a la conexión lateral de la jeringa. 5. Tirar de la funda de la aguja Hypoject<sup>®</sup>. No girar. 6. Inyectar todo el contenido de la jeringa con el disolvente en el vial. 7. Retirar la jeringa con la aguja Hypoject<sup>®</sup> del vial. 8. Desmontar la aguja Hypoject<sup>®</sup> de la jeringa y deshechar de ella adecuadamente. 9. Antes de agitar el vial, colocar la segunda aguja Hypoject<sup>®</sup> con un movimiento de rotación suave en el sentido de los agujos del reloj, en la conexión lateral de la jeringa. NO QUITAR LA FUNDA DE LA AGUJA TODAVÍA. 10. Agitar energicamente el vial durante 10 segundos como mínimo. La mezcla está completa cuando la suspensión tiene un aspecto uniforme, espeso, y de color lechoso, y todo el polvo se ha dispersado por completo. 11. No guardar el vial después de la reconstitución porque la suspensión se puede depositar. 12. Tomar la jeringa y tirar de la funda de la aguja Hypoject<sup>®</sup>. No girar. 13. Insertar la aguja Hypoject<sup>®</sup> en el vial colocado verticalmente. 14. Aspirar lentamente la suspensión del vial en posición vertical, pero ligeramente inclinado, como se indica en el diagrama para asegurar que se introduce todo el contenido en la jeringa. 15. Retirar la jeringa con la aguja Hypoject<sup>®</sup> del vial. 16. Desmontar la aguja Hypoject<sup>®</sup> de la jeringa y deshechar de ella adecuadamente. Para una adecuada identificación, rasgar la etiqueta del vial por la zona perforada y pegar la parte desprendida en la jeringa. 17. Abrir la bolsa de plástico del Needle-Pro<sup>®</sup> hasta la mitad. Sujetar la funda utilizando la bolsa de plástico abierta. 18. Conectar la conexión lateral del Needle-Pro<sup>®</sup> a la jeringa con un movimiento suave de rotación en el sentido de los agujos del reloj. Fijar la aguja con firmeza sobre el Needle-Pro<sup>®</sup> empujando con un giro en el sentido de los agujos del reloj. 19. Preparar al paciente para la inyección. 20. Será necesario retirar de nuevo la suspensión de RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> antes de su administración, dado que se habrá sedimentado después de la reconstitución. Agitar vigorosamente el tiempo necesario hasta que se consiga la nueva suspensión de las microfibras. 21. Sacar la funda de la aguja. No girar la funda, ya que la aguja podría soltarse del Needle-Pro<sup>®</sup>. 22. Golpear levemente la jeringa para que cualquier burbuja de aire suba hacia la punta. 23. Quitar los bordes del cilindro de la jeringa empujando el émbolo hacia delante con la aguja en posición vertical. Inyectar todo el contenido de la jeringa intramuscularmente en la nalga del paciente. **24. AVISO:** Para evitar un pinchazo con una aguja contaminada: • no desconecte intencionalmente el Needle-Pro<sup>®</sup>. • no intente enderezar la aguja o conectar al Needle-Pro<sup>®</sup> si la aguja está doblada o ha sido dañada. • no manipule erróneamente el dispositivo de protección de la aguja de modo que ésta pueda sobresalir por su funda de protección. 25. Una vez completado el procedimiento, colocar la aguja en su funda utilizando una técnica con una sola mano. Realizar esta maniobra con una mano haciendo una presión SUAVE de la funda contra una superficie plana. Al presionar sobre la funda, la aguja se conecta o ello firmemente. 26. Confirmar visualmente que la aguja está completamente conectada a su funda protectora. 27. Deshechar de forma apropiada inmediatamente. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** JANSSEN-CILAG, S.A. Paseo de Los Doce Estrelos, 5-7, 28042 Madrid, 7. **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 25 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 65.213. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 37,5 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 65.215. RISPERDAL CONSTA<sup>®</sup> 50 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 65.214. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN, DE LA AUTORIZACIÓN.** Primera autorización: 11 de febrero de 2003. **9. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica, aportación reducida. **10. PRESENTACIONES Y P.V.P. (IVA 4).** 25 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 142,66 €. 37,5 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 171,45 €. 50 mg polvo y disolvente para suspensión inyectable: 200,24 €. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Enero 2007.

# Clínica y Promoción de la Salud Mental en la Infancia: Otra Integración Necesaria

## Childhood Clinic and Mental Health Promotion: Another Necessary Integration

Jorge L. Tizón

*Doctor en Medicina, Psiquiatra, Psicólogo, Psicoanalista y Neurólogo.*

*Director del Equipo de Prevención en Salud Mental - EAPPP. Barcelona.*

### RESUMEN

Se realiza un breve recordatorio de algunos de los datos epidemiológicos sobre el impacto concreto de los problemas y trastornos de la salud mental de los niños en nuestras sociedades. *Objetivo: Estimular la participación conjunta de clínicos y planificadores en planes y programas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales desde la infancia.*

Una consecuencia posible de esos datos es la de la importancia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en esas edades.

Se recuerda la eficacia, eficiencia y efectividad de algunos de los programas experimentados en este ámbito y las recomendaciones concretas de los Ministros de Sanidad de la Unión Europea para desarrollar dichos trabajos.

El artículo termina con el recordatorio de algunos programas de prevención en salud mental de la infancia y con una aportación respecto a los diversos tipos de programas en los cuales los clínicos en salud mental infanto-juvenil podrían realizar importantes aportaciones.

**Palabras clave:** *Prevención, Promoción, Salud Mental, Psiquiatría, Infancia, adolescencia.*

### CLÍNICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA: OTRA INTEGRACIÓN NECESARIA

La reciente Conferencia Europea sobre Promoción de la salud mental y prevención

### ABSTRACT

*Paper begins with a brief outline about the epidemiology and social impact of childhood mental disorders and psychosocial problems on childhood, adulthood and societies.*

*Main Objective: To stimulate the shared work among clinicians and planners implementing programmes of mental health promotion and mental disorders prevention from infancy.*

*A direct consequence of those data outlines the importance of mental health promotion and mental disorders prevention from infancy.*

*I remember the efficacy, efficiency and effectiveness of some experimented programmes in that field as well as the European Union Ministers of Health recommendations to develop those tasks.*

*Paper ends with a proposition of concrete programmes and works needing the collaboration of clinical mental health staff to implement it.*

**Keywords:** *Prevention, Promotion, Mental Health, Psychiatry, Childhood, Adolescence.*

de los trastornos mentales (IMHPA), realizada en septiembre del 2007 en Barcelona, bajo los auspicios de la Comisión Europea, el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y otras administraciones españolas, pone nuevamente de relieve la importancia de tales tareas para el trabajo general

en la salud mental. Asimismo, ha servido para recordarnos la necesidad de que los clínicos y dispositivos de salud mental españoles participemos directamente en dicho movimiento y en dicho cambio de perspectiva. Para facilitar ese cambio de perspectiva, me gustaría aportar aquí una serie de datos y reflexiones al respecto:

## 1. LA SITUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: ENFRENTANDO LOS PROBLEMAS PENDIENTES

Como resume la tabla 1 [1-10], en Europa cerca del 80% de los niños y adolescentes gozan de una buena salud, es decir, de un grado suficiente de bienestar, incluyendo su salud mental. Sin embargo, al menos según las tasas halladas en los estudios empíricos, tal vez hipertrofiadas, una quinta parte de nuestros conciudadanos más jóvenes padece trastornos del desarrollo, emocionales o de comportamiento. Al menos uno de cada ocho padece un trastorno mental claro. Eso significa que los problemas de salud mental en estas edades son mucho más frecuentes de lo que se piensa.

Por tanto, cerca de dos millones de jóvenes y niños de la Región Europea de la OMS sufre por trastornos mentales [1-8]. Como decíamos, según los estudios “empíricos”, tal vez hasta uno de cada cuatro niños y jóvenes padezca algún tipo de trastorno emocional, mental o psicopedagógico. Europa tiene una larga tradición de liderazgo en el desarrollo de programas de apoyo a la salud mental de niños y adolescentes, al menos desde las primeras aplicaciones del psicoanálisis, pero hoy en día hay que mejorar las

respuestas a los retos del siglo XXI: inmigración, migraciones masivas, cambios en la estructura familiar, alteraciones en las oportunidades de empleo, situaciones y vivencias de ansiedad y/o catástrofes ampliamente difundida, etc. Se trata de un nuevo marco ecológico para la actuación en estos campos.

Hoy en día está ampliamente reconocido que muchos de los trastornos mentales que se observan en la adultez tienen sus orígenes y raíces en la infancia [1, 2, 9, 10]. La prevalencia de problemas psiquiátricos tales como la depresión y las conductas suicidas ha aumentado en la adolescencia [4, 8, 10]. El 4% de los chicos de 12 a 17 años y el 9% de los mayores de 18 sufren algún tipo de dificultad afectiva que tiende a catalogarse como depresión. Suele considerarse además que hacia el 2020 el diagnóstico de problemas de salud mental en todas las edades habrá aumentado en el 50%<sup>1</sup>.

El uso de alcohol y drogas entre los adolescentes europeos posee numerosas consecuencias, pero sobre todo, el aumento del suicidio, las conductas de riesgo, la violencia, los accidentes de automóvil... Además, no hay que olvidar que la fase premórbida o prodrómica de las psicosis, así como sus elementos precoces, parten de la juventud y la infancia, y que la atención precoz parece mejorar la evolución incluso en estos trastornos tan graves, o incluso impedir la eclosión de los mismos [1-4, 12-14].

Los datos, además, sugieren que la tasa de trastornos psiquiátricos de jóvenes y niños no ha aumentado en las últimas décadas, aunque muchos de los trastornos identificados tienden a cronificarse [1-4, 10].

1. Lo cual, si se me permite la “boutade”, tal vez debiera llevarnos a plantear si es más “eficaz y eficiente” intentar hacer real la propuesta de “otro mundo es posible” que seguir profesionalizando la vida del 25-37’5 por ciento de nuestros conciudadanos menores, si esas cifras catastrofistas fueran ciertas.

**TABLA 1. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ALGUNOS PAÍSES. EDAD - PREVALENCIA**

País	Estudio	Edad	Prevalencia %
Brasil	Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004	7-14	12'7
Canadá (Ontario)	Offord et al., 1987	4-16	18'1
Etiopia	Tadesse et al., 1999	1-15	17'7
Alemania	Weyerer et al., 1988	12-15	20'7
India	Indian Council of Medical Research	1-16	12'8
Japón	Morita et al., 1993	12-15	15'0
España	Gomez-Beneyto et al., 1994	8, 11, 15	21'7
Suiza	Steinhausen et al., 1998	1-15	22'5
USA	United States Department of Health and Human Services, 1999	9-17	21'0

## 2. EL IMPACTO DE ALGUNOS TRASTORNOS CONCRETOS

En APS, las tasas de prevalencia oscilan entre 12 y 19% entre los niños que consultan. Sólo 10-22% de ellos son diagnosticados o reconocidos como tales por los profesionales de APS, lo que significa que la mayoría no son diagnosticados ni tratados. Por añadidura, hay que tener en cuenta que, además de los diagnósticos como “padeciendo un trastorno mental concreto”, otros muchos están sufriendo problemas psicológicos o psicosociales que permanecen aún a un nivel sub-umbral, pero que podrían recibir importantes beneficios si se les pudiese ayudar de forma oportuna, accesible y no medicalizadora.

Los dos trastornos más estudiados y discutidos son los trastornos por estrés posttraumático (TPET) y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAHA) [8-11, 28-29]. En algunas áreas de Europa, el diagnóstico de PTSD es hoy muy frecuente, mientras que el diagnóstico de TDAHA está creciendo de forma exponencial, tanto en los USA y determinadas regiones europeas, como en algunas zonas de España, aunque su

diagnóstico y su posible tratamiento siguen sujetos a importantes discusiones, ya que el diagnóstico puede ser tan sólo sintomático de disfunciones familiares, antes que de psicopatología individual [2, 3, 4], así como reflejar inadecuaciones en el sistema educativo. El resultado es que un niño tratado por TDAHA puede ver duplicados o triplicados sus gastos médicos anuales [28] y que se está dando, también en Europa, un dramático aumento del consumo de metilfenidato y fármacos similares ya desde hace años [29].

Los trastornos de conducta están siendo asimismo estudiados en numerosos lugares y encuadres [4-8, 30-35]. Es uno de los “diagnósticos” más comunes entre jóvenes (si a tal rótulo descriptivo grosero se le puede calificar de “diagnóstico”): en el Reino Unido, se aplica al 7'4% de los jóvenes y al 3'2% de las chicas, aunque hay que tener en cuenta que es mayor en las zonas deprivadas o marginalizadas socialmente, entre las familias monoparentales y los hogares con padres en paro. Se diagnostica hoy cinco veces más que en los años setenta. La importancia de este “diagnóstico” es que, si se trata a estos chicos precocemente, puede evitarse psicopa-

tología grave en la edad adulta y, tal vez, un aumento de la delincuencia, pues esa descripción fenomenológica se halla asociada con delincuencia en los adultos, problemas de pareja, relaciones laborales inestables, paro, salud física alterada y es predictor de fracaso escolar, uso de sustancias y dependencia, trastornos por ansiedad, depresión y suicidio. Entre el 25 y el 40% de los chicos diagnosticados desarrollarán un trastorno disocial de personalidad en la edad adulta.

Los TCA (trastornos de las conductas alimentarias) también han recibido gran atención social en la última década, atención que hoy tal vez está volviendo a unos niveles más acordes con la importancia real del problema, fuera ya de interesadamente dramatizadas situaciones de “alarma social”. Las tasas de anorexia y bulimia son comparables en todos los países occidentales. En cualquier caso, se trata de trastornos con consecuencias vitales, a lo largo de toda la vida: Hay estudios con escolares diagnosticados que muestran que hasta el 21’6% de las niñas y chicas con tal diagnóstico siguen cumpliendo los criterios clínicos para el mismo 10 años después.

La Carta Social Europea garantiza el derecho a los servicios asistenciales fundamentales, por lo que algunos países europeos, y entre ellos el nuestro, ha de realizar una importante inversión, económica y de esfuerzos en este terreno. Dentro de España, la distribución de los equipamientos de atención a la salud mental de la primera o segunda infancia, así como de la adolescencia, varían enormemente según comunidades autónomas, regiones e incluso comarcas. También la preparación y organización de sus componentes, de forma tal que es dudoso que estemos ofreciendo actualmente los servicios garantizados por la Carta Social europea. A pesar de la mayor demanda y fre-

cuantación en salud mental en Catalunya, y a pesar de que existe una red de atención a estos problemas de la infancia, también en nuestro medio seguimos las tasas europeas medias en cuanto a ayudas terapéuticas: Probablemente se hallan en tratamiento sólo el 10-15% de los niños con trastornos. Indicadores que suelen usarse en estos ámbitos <sup>2</sup>: Finlandia y Francia poseen un especialista en psiquiatría infantil por cada 10.000 habitantes menores de 20 años, el Reino Unido, uno por cada 30.000, Serbia y Montenegro uno por cada 50.000 y España y Catalunya... no sabe, no contesta, a pesar del nuevo crecimiento reciente de los estratos jóvenes de su población. Entre otras cosas porque, por no existir, ni siquiera existe la especialidad en Psiquiatría Infantil, por cuestiones de poder político y académico absurdamente no resueltas en los últimos 20 años de democracia parlamentaria. Y no se trata tan sólo de la cuestión de una especialidad o subespecialidad más: tampoco hay programas amplios y difundidos de formación en el campo de la psicología y psiquiatría clínica y del desarrollo de la infancia, ni, en muchos lugares de nuestro territorio, los psiquiatras y médicos de familia reciben adecuada y suficiente formación en entrevista clínica, atención a familias, atención a la infancia.

Hay que tener en cuenta, además, que, como recuerdan las conclusiones finales de la Conferencia Europea de Ministros de Salud del 2005, la presencia en nuestras sociedades de niños y adolescentes “en riesgo”, o con trastornos mentales manifiestos, desestabiliza la sociedad como conjunto. El diagnóstico de abusos sobre los niños, trastornos de conducta u otros trastornos mentales, unido al uso o abuso de alcohol y drogas ilegales, se asocian con violencia, delincuencia y otras conductas antisociales y con la incapacidad de los individuos afecta-

2. Pero que no es forzoso que impliquen mejoras en la salud mental de nuestros pequeños conciudadanos.

dos para desarrollar lazos sociales adecuados para funcionar como ciudadanos de naciones y comunidades.

Las evidencias acerca de los antecedentes infantiles de los trastornos mentales de los adultos y los niños son hoy incontestables [1, 2, 7, 10], y ha sido revisada entre nosotros recientemente [30,31]. Esta perspectiva no puede dejar de tener en cuenta que hoy poseemos datos para entender el papel que las relaciones iniciales perturbadas, unido o no a una vulnerabilidad individual previa, para el desarrollo de los trastornos graves posteriores, incluso del tipo de los trastornos del estado de ánimo, bipolares, psicóticos y otros trastornos.

### **3. LA NECESIDAD DE INVERTIR EN LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

De acuerdo con las conclusiones tanto de la Preconferencia Europea de la OMS sobre “La salud mental de los niños y los adolescentes”, como de la Conferencia Europea de Ministros de Salud sobre Salud Mental (12-15 de enero del 2005), invertir en la salud mental de los niños y adolescentes es la acción más eficiente que se puede realizar ante el continuo aumento de la incidencia (en población general o en los servicios) de los problemas de salud mental en todos los grupos sociales, con las consecuencias personales y sociales que esa situación conlleva [1, 2, 11, 26, 36-38]<sup>3</sup>.

Por tanto, se juzga necesario poner en marcha intervenciones preventivas de los trastornos psicosociales y por uso de sustancias y dependencia en niños y adolescentes. Al mismo tiempo, se precisan importantes

esfuerzos en detección precoz, soslayando errores de concepción de los programas de detección y terapéuticos anteriores. Entre otras cosas, hay que volver a valorar y optimizar los programas psicosociales e inespecíficos que, como en el campo de la sanidad general, si son adecuadamente realizados, poseen siempre beneficios en el campo de la promoción de la salud y la salud mental de las poblaciones. A otro nivel, habría que ayudar terapéuticamente a los niños y adolescentes con problemas psicosociales y trastornos mentales con urgencia, formación y compromiso, usando para ello las aproximaciones que hasta hoy se han mostrado más eficaces, eficientes y accesibles [10-12].

Al respecto, son ya clásicas las revisiones de Cox y Garralda [15], las de Kazdin sobre la prevención en la adolescencia, las de Newton y Peters y McMahon [4, 14, 15, 18, 21, 35, 38] para la primera infancia y la adolescencia, la del PAPPS y la SEMFyC [39-41] entre nosotros, la monumental compilación de Meissels y Shonkoff para las intervenciones en la primera infancia [18], aún de gran utilidad, los programas preventivos para la infancia realizados desde servicios concretos españoles [19, 40-42]) y, ante todo, la recopilación de Programas de Promoción de la Salud Mental de la Primera Infancia recogidos en la publicación de la European Commission “Mental Health Promotion for Children up to 6 Years”, en la cual “Mental Health Europe” ha recogido hasta 11 Programas Preventivos españoles orientados a dicha edad [19].

Es decir, que las últimas décadas han aparecido numerosos informes, estudios, orientaciones políticas e iniciativas que proporcionan ya una guía acerca de por dónde orientar los futu-

3. Tendremos que preguntar pues a nuestras autoridades sanitarias y económicas por qué tan magra porción de los presupuestos en salud mental se está dedicando a este ámbito preventivo. ¿Tal vez porque hay presiones insoslayables para que se empleen en ámbitos más “recomendados” por los aledaños del poder?

**Tabla 2. Justificación de los Programas Preventivos: RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS PRENATALES Y EN LA INFANCIA cuando están bien diseñados**

	<b>A corto plazo</b>	<b>A largo plazo</b>
<b>EN LOS NIÑOS</b>	<p>Mejoras en la salud física.</p> <p>Mejoras en la nutrición.</p> <p>Disminuyen los "niños de bajo peso".</p> <p>Menos accidentes y urgencias.</p> <p>Se reduce la incidencia de los abusos sobre los niños.</p>	<p>Menos agresivos.</p> <p>Mayor capacidad de concentración, menor distraibilidad.</p> <p>Disminuyen las evoluciones hacia la delincuencia.</p> <p>Mejores actitudes con respecto al colegio.</p> <p>Mejor funcionamiento social</p> <p>Tasas de actitudes prosociales mayores.</p>
<b>EN LOS PADRES</b>	<p>Mejora la red social de contención y soporte.</p> <p>Mayor confianza y seguridad.</p> <p>Mejoran las funciones y capacidades parentales.</p> <p>Mejoran las interacciones padres-niños.</p> <p>Relaciones maritales más estables.</p> <p>Menos casos de abuso de los niños.</p> <p>Se alarga el intervalo entre embarazos.</p> <p>Uso más apropiado de los servicios comunitarios profesionalizados.</p>	<p>Las madres realizan o prolongan sus estudios más frecuentemente.</p> <p>Aumenta el número de madres que completan la escolarización.</p> <p>Tasas de desempleo en la familia menores.</p>

(Derivada de Grant 1991 y tomada de Tizón [23,30])

ros pasos. Un resumen de sus resultados principales aparece en la **tabla 2**. Si tenemos en cuenta esas recomendaciones, y si las mismas no son meras “declaraciones huecas de deseos”, tal vez deberíamos pensarnos por qué no se están dedicando fondos, esfuerzos y programas a esos temas preventivos, comenzando por la investigación en promoción primaria y secundaria de los trastornos mentales con una

perspectiva psicosocial, comunitaria, con la perspectiva que en salud general produjo los más grandes avances sanitarios conseguidos en los últimos siglos<sup>4</sup> ¿Algún lector conoce el porcentaje de las FISS dedicadas a prevención de base psicológica y psicosocial en la infancia y la adolescencia, a pesar de esas altisonantes declaraciones de nuestros máximos dirigentes sanitarios?

4. Que fueron conseguidos, no lo olvidemos, con medidas generales e “inespecíficas”, tales como el alcantarillado, el tratamiento sanitario de las aguas residuales y los abastecimientos, la mejora en la alimentación, las vacunaciones masivas... Toda una serie de medidas socio-sanitarias que, ni de lejos, se ven cercanas aún hoy en los ámbitos de la salud mental.

#### 4. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN ESTAS EDADES.

Y, sin embargo, de acuerdo con la Conferencia de Ministros de Salud Europeos de la OMS y las conclusiones de la Pre-Conferencia de la misma, la prevención ha de ser un elemento clave en la provisión de servicios de salud para niños y adolescentes. Es evidente hoy que la realización de programas preventivos adecuados en este ámbito, supone a un tiempo un ahorro económico y social, y proporciona beneficios en términos de salud y bienestar tanto para los niños y las familias como para la comunidad [10, 21, 38-51]. Además, existen numerosos estudios acerca de la eficacia, eficiencia y accesibilidad de numerosos programas de prevención y promoción de la salud mental en estas edades [10, 18, 19, 21, 22, 32-35...]. Aunque son investigaciones que difícilmente pueden ponerse en marcha en nuestros medios, ya que las escasas actividades preventivas realizadas normalmente están descoordinadas, descapitalizadas, infravaloradas, infradifundidas, infrapublicadas... ¡Como para que encima se puedan organizar estudios de su eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad, oportunidad, etc., por otra parte ya demostradas en otros medios! [39-41]. Y sin posibilidad reales de recurso o protesta, pues las principales instituciones que reparten los fondos de investigación en nuestro país siguen acogiéndose celosamente al anticientífico método de elegir los miembros de los tribunales de forma no especificada y transparente, y no publicar las listas de los mismos.

**La tabla 3** muestra un esquema que suele ser común en el planteamiento de los programas de promoción y prevención en estas edades (como tal, la tabla 3 es una síntesis de aproximaciones de diversos trabajos, tanto de la OMS como europeos y autóctonos).

A menudo, los problemas de los niños y los jóvenes (abusos, trastornos de conducta, problemas legales...) reciben gran atención de los medios de comunicación, en especial cuando se ponen en relación con problemas de la educación o de la justicia. En ello compartimos cierta responsabilidad los profesionales, junto con los medios de "comunicación" y los políticos, al no haber sabido colocar en su lugar la importancia que los problemas de la salud mental juegan en estas situaciones y el esfuerzo correlativo (de organización y económico) que merecen: como recuerda la conferencia de ministros europeos, a pesar de las exigencias económicas que estos problemas plantean, y más en países en vías de desarrollo, si no se atienden con suficiente interés y medios, esas sociedades "serán golpeadas" por las consecuencias en la edad adulta de los trastornos mentales infantiles y de la adolescencia no tratados. Las Guías sobre Política Asistencial producidas por la conferencia de ministros de salud europeos, la propia OMS o la Unión Europea de Especialistas Médicos llaman la atención sobre la necesidad de poner en marcha servicios de alta calidad en este campo [1, 2, 10, 11, 36, 37].

La Comisión Europea ha programado incluso un modelo cronológico para realizar esfuerzos formativos en este campo y para la puesta en marcha de los programas más efectivos y estudiados, recogidos en numerosas publicaciones, tanto de la OMS como de la propia Comisión Europea o de Mental Health Europe [19]. La lectura atenta de las recomendaciones siguientes marca orientaciones claras, apostando por una organización de la prevención de los trastornos mentales desde la infancia sobre la base de políticas de salud mental comunitarias, de fundamento psicosocial, con hincapié en la formación y la especialización en las edades infantiles y en la psicología del desarrollo, así como en la calidad de sus servicios y su

<b>Tabla 3. Factores de riesgo y protectores seleccionados PARA LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES.</b>		
<b>Dominio</b>	<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores protectores</b>
<b>BIOLÓGICO</b>	Exposición a tóxicos durante el embarazo (tabaco, alcohol...). Vulnerabilidad genética o familiar al trastorno psiquiátrico. Traumatismos craneo-encefálicos Hipoxia u otras complicaciones perinatales HIV+ Malnutrición Otras enfermedades	Desarrollo físico apropiado a la edad Buena salud física
<b>PSICOLÓGICO</b>	Trastornos de aprendizaje. Rasgos de personalidad desadaptativos. Abusos o negligencia sexuales, físicos o emocionales Temperamento difícil.	Habilidad para aprender de la experiencia. Buena autoestima. Capacidad de para resolver problemas. Habilidades sociales. Buen funcionamiento intelectual. Familia cohesionada y afectivamente involucrada con el niño.
<b>SOCIAL</b> <b>A) FAMILIA</b>	Cuidados inconsistentes Conflictos familiares Disciplina familiar pobre Cuidados familiares pobres Muerte de un miembro de la familia	Vinculación familiar Oportunidades para una integración positiva en la familia Apoyos para integrarse en la familia
<b>B) ESCUELA</b>	Fallo académico Fallos de la escuela para proporcionar un medio adecuado para la asistencia y el aprendizaje Educación inadecuada o inapropiada.	Oportunidades para insertarse en al vida escolar Refuerzo positivos del rendimiento académico Identificación con las necesidades escolares o educacionales.
<b>C) COMUNIDAD</b>	Falta de "eficacia comunitaria" Desorganización de la comunidad Discriminación y marginalización Exposición a la violencia Falta de la percepción de "un lugar en el mundo" Transiciones sociales (p.ej. urbanización)	Capacidad de vinculación con al comunidad Oportunidades para un ocio constructivo Experiencias culturales positivas Modelos para roles positivos Apoyos para la integración comunitaria Conexiones con las organizaciones comunitarias, incluidas las religiosas...

(Derivada de OMS-WHO, 2005 y Tizón 2001, 2004)

funcionamiento en red con el resto de los servicios comunitarios, detrayendo fondos, si es necesario, de otros aspectos asistenciales a favor de los preventivos. Por eso incluyo aquí un resumen y una traducción personal de tales recomendaciones, que no están hechas por un clínico comunitarista... sino por los expertos y ministros de la UE sobre el tema.

Si su desarrollo en nuestro país va a seguir las vías habituales hasta ahora, con escasísimos recursos reales dedicados por cada autonomía sanitaria a estos temas, y con los pocos conseguidos para los mismos pudiendo desaparecer de la noche a la mañana o ser derivados hacia “más urgentes” medidas<sup>5</sup>, hemos de imaginar el futuro de tan álgidas recomendaciones. Incluyo pues aquí un extracto de las mismas, para que el lector y el crítico bienpensante puedan usarlas en la exigencia de fondos para la investigación, la formación y la organización de programas y servicios en tal sentido.

## **5. UNA BREVE RECOPIACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES Y SU PROTECCIÓN DE LA CONFERENCIA DE MINISTROS DE SALUD EUROPEOS (2005)**

### **5.1. “Recomendaciones generales**

*1. Hay que conceder una importante prioridad a la salud mental de los niños, jóvenes y adolescentes y proporcionar los fondos y recursos adecuados para las necesidades existentes en cada país. Apoyar la salud mental de estos grupos es una inversión estratégica que crea importantes beneficios para los individuos, las sociedades y los sistemas de salud. Hasta ahora, el desarrollo de programas de salud para la infancia en Europa no refleja la importancia estratégica*

*de esta dimensión, y la atención y los fondos dedicados al tema, no se corresponden con los dedicados a los adultos o a los mayores.*

*2. Habrá que asegurar que los Planes de Salud de cada territorio europeo incluyan planes sobre la Salud Mental de los niños y adolescentes como una de sus prioridades. Esos Planes de Acción han de cubrir tanto la promoción de la salud mental como la prevención de los trastornos mentales, así como la provisión de servicios de salud mental de alta calidad. Estos servicios deben ser diseñados en estrecha colaboración entre los variados departamentos administrativos adecuados, y, en particular, los Ministerios o Departamentos de Salud, Enseñanza y Servicios Sociales.*

*La evidencia señala que las acciones de protección de niños y adolescentes son más eficaces y efectivas cuando se hallan integradas en un esquema de salud pública general y estratégico junto con la salud mental, incluyendo a los niños y adolescentes como uno de sus elementos. Hoy en día esta intención está lejos de ser una realidad. Las estrategias de salud mental deben basarse en datos epidemiológicos y en el análisis de la situación y necesidades de niños y adolescentes. Deben tomar en consideración la sostenibilidad de las acciones y su posibilidad de difundirse en todas las regiones y comarcas de una comunidad.*

*3. Las líneas políticas y la provisión de fondos deben llenar la brecha existente entre las necesidades de la comunidad, la gestión política y la puesta en marcha de programas. Hay que eliminar las barreras que impiden una amplia integración de los programas efectivos y eficientes y desarrollarlos como prácticas habituales de la comunidad. Las prácticas y programas eficientes y eficaces deben extenderse en otros países Europeos.*

4. Los países en transición, con sus situaciones particulares, tales como la falta de recursos económicos o los efectos de la guerra y la violencia, deben recibir un apoyo en sus esfuerzos para redireccionar las inversiones de forma que puedan tener en cuenta las aproximaciones actualizadas de cuidados globalizadores de la salud de los niños y adolescentes.

Hoy ya no resultan apropiados los modelos institucionales para el cuidado de niños y adolescentes: engendran exclusión social y no son adecuados. Los fondos deben orientarse directamente hacia iniciativas comunitarias de probada eficacia y eficiencia.

5. Los gobiernos deben desarrollar sus conocimientos básicos en promoción y prevención de la salud mental tomando como punto de partida el conocimiento desarrollado en otros países europeos.

6. Las organizaciones internacionales, tales como la Unión europea o la Región Europea de la OMS, deben apoyar el intercambio de conocimientos y promover la cooperación entre los clínicos, los gobiernos y los investigadores con el fin de promover el desarrollo de respuestas adecuadas a los desafíos con los cuales nos hallamos enfrentados, resumidos en los apartados anteriores.

## 5.2. Servicios de Salud Mental para niños y adolescentes

7. El desarrollo de los servicios debe ser regido por perspectivas políticas. Hay que establecer y promover una política de salud mental y crear iniciativas para el desarrollo de servicios para niños y adolescentes. El módulo de la OMS de Políticas de Salud Mental para niños y adolescentes proporciona una guía para el desarrollo de líneas políticas a nivel nacional y a otros niveles del

gobierno. La legislación en salud mental debe incorporar los der echos internacionales de los niños y adolescentes.

Debe darse una relación de paridad de fondos en relación con servicios comparables de salud: por ejemplo, con los servicios pediátricos generales y/o con los servicios de salud mental de adultos.

## 8. Estructura de los servicios

La salud mental de los niños y adolescentes debe constituir un área específica de entrenamiento y experiencia en todos los países europeos, a pesar de los diferentes niveles de los sistemas de salud y las diferentes tradiciones científicas y de recursos.

La psiquiatría y psicología de la infancia deben ser una especialidad entre otras especialidades clínicas. Cada país debería poseer al menos una cátedra o instituto formativo para esas disciplinas con un programa de formación e investigación. En caso de no ser así, se debería facilitar el acceso a esa formación y entrenamiento.

Los profesionales de la salud mental (psicólogos psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales) deberían recibir un entrenamiento especial dirigido a adquirir conocimientos y herramientas adecuadas en este campo.

Los servicios de salud mental de niños y adolescentes deberían desarrollarse y operar en estrecha colaboración con la familia, la escuela, los centros de día, las comunidades de vecinos y asociaciones vecinales, la familia extensa, los amigos y redes profanas, etc.

Los servicios de Salud Mental para niños y adolescentes deberían proporcionar tanto atención primaria como cuidados especiali-

zados. Si permanecen aislados, separados de los demás ser vicios de salud para niños y adolescentes, resultan insuficientes e ineficientes.

Cada sistema de salud debe tender a realizar un diseño propio de sus servicios y establecer sus normativas de personal. Las soluciones para la atención a la salud son difíciles de copiar entre un país y otro, pero existen una serie de lecciones básicas que deben ser recogidas de las experiencias de los demás. El Atlas de Salud Mental de los niños y adolescentes que actualmente está desarrollando la OMS, así como otras bases de datos internacionales pueden servir como fuentes de información.

#### 9. Calidad de los servicios

La colaboración de diferentes especialistas de la Unión Europea y de la Región Europea de la OMS ayudará a asegurar la necesaria calidad de los estándares en los diferentes países.

Las intervenciones deben basarse en las pruebas fiables disponibles y deberían incluir un apartado de evaluación; los hallazgos de investigación deberían usarse en la clínica antes de ampliarlos y difundirlos. Si el modelo de intervención se prueba eficaz y eficiente, debería ser promovido y extendido a partir de entonces.

La investigación que incluya factores psicosociales y familiares debe ser apoyada con los fondos adecuados para disminuir carencias en el corpus de evidencias para el trabajo en salud mental.

La calidad de los servicios especializados debe mejorarse estableciendo una especialidad de niños y adolescentes y proporcionando formación a un número adecuado de especialistas.

Las profesiones relacionadas estrechamente con la salud mental (otras especialidades médicas, especialmente medicina de cabecera o de familia, enfermería de APS, escuelas, cuidados de la maternidad...) deberían seguir una formación adecuada en salud mental de los niños y adolescentes para asegurar la calidad de los servicios que proporcionan.

Existe la necesidad de consensuar un formulario ampliamente aceptado para el uso de los psicofármacos en niños y adolescentes.

#### Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

10. La salud mental de los niños y adolescentes requiere una aproximación comunitaria de la promoción de la salud mental y la prevención de sus trastornos que incorpore aproximaciones intersectoriales e interdisciplinarias, así como varios agentes relevantes.

Hay que involucrar activamente a los propios jóvenes y sus padres. Salud, educación, medio ambiente, servicios sociales y justicia son departamentos que deben comprometerse con las prácticas de promoción y preventivas. La participación de los profesionales debe incluir al personal de salud de nivel primario, secundario y terciario, los profesionales de la educación, los servicios sociales y bienestar social, los deportes y muchos otros.

11. Habrá que promover los encuadres protectores de la salud, incluyendo en este epígrafe las familias, el hogar, los abuelos, la familia ampliada, las clínicas maternas, las guarderías, los niveles escolares y preescolares así como los cuidados de día y los servicios comunitarios y de ocio.

Los gobiernos deben ofrecer programas de apoyo a los padres y educativos que comiencen ya en el embarazo. Debe apoyarse

a las embarazadas para que suspendan el uso de sustancias adictivas. Las líneas gubernamentales deberían incluir políticas de apoyo a aproximaciones escolares holísticas e integrativas que combinen la promoción de la salud mental basada en pruebas con las intervenciones preventivas para niños y adolescentes de riesgo. La red de “Escuelas que promueven la Salud” de los países europeos de la OMS proporciona un marco para su puesta en marcha y evidencia los beneficios de una aproximación encuadrada de cara a una salud mental exitosa.

12. Hay que adoptar una aproximación orientada a las habilidades sociales para los niños en todos los grupos de edad, comenzando durante el embarazo y la primera infancia. Los grupos vulnerables de todas las edades, incluyendo los niños y adolescentes inmigrantes, requieren una atención especial.

Entre los factores de protección que contienen a niños y adolescentes y su desarrollo sano, se hallan los siguientes: resiliencia, “self-reliance”, competencias emocionales y competencias sociales. Todas ellas facilitan unas relaciones humanas adecuadas, que son un factor protector fundamental. La promoción de las capacidades verbales, una precondition para un desarrollo social y cognitivo sano, es también importante, especialmente entre las poblaciones en riesgo (p. ej., emigrantes).

13. Los problemas de estigmatización y discriminación en los temas de salud mental deben atenderse mediante acciones preventivas con niños y adolescentes.

La promoción de la salud mental ha de incluir y dar oportunidades para la prevención de los problemas de estigmatización, discriminación y exclusión social de los niños y adolescentes con problemas de Salud Mental

que se hallen desescolarizados o marginados.

14. Hay que construir políticas que se basen en las evidencias adquiridas en las evaluaciones sistemáticas de intervenciones a nivel regional, nacional y transnacional.

Las líneas políticas han de hacer un uso mayor de las aproximaciones probadas, que ya existen en Europa, en el ámbito de la promoción de la salud mental y la prevención de sus trastornos en niños y adolescentes. Debería apoyarse su desarrollo y difusión. Al mismo tiempo, hay que promover y alentar la realización de experiencias piloto innovadoras.

15. Hay que reforzar los vínculos entre investigación y práctica en promoción y prevención en Salud Mental. Hay que apoyar decididamente el que los profesionales puedan comprometerse en la formación continuada en este campo

Habría que promover la integración en las intervenciones de las nuevas evidencias; por ejemplo, acerca de los factores de riesgo sociales, la imaginación cerebral o la teoría del apego. Las instituciones clínicas y de investigación deberían trabajar mancomunadamente en la evaluación de las nuevas líneas.

### **Alcohol, drogas y adolescentes**

16. Todos los países europeos deberían hacer un esfuerzo para poner en marcha las declaraciones, decisiones, recomendaciones y guías ya existentes al respecto.

17. Las organizaciones involucradas en los programas de alcohol y drogas, salud y salud mental de la UE deben mejorar su coordinación a nivel nacional e internacional, así como su colaboración con sus redes respectivas.

18. Las organizaciones internacionales (incluyendo la OMS y la UE) deberían participar activamente en promover las políticas sobre sustancias adictivas dirigidas a la población como un todo (p.ej., impuestos, políticas de impuestos, precios y mercados).

19. Hay que introducir a nivel local, nacional e internacional la obligación de determinar el impacto sobre la salud, la salud mental, el bienestar y la calidad de vida de todas las acciones políticas o administrativas.

20. Las intervenciones educativas deben hacerse a largo plazo, sostenibles y promoverlas en combinación con otras políticas efectivas. Hay que proporcionar recursos adecuados para ese fin.

21. Hay que dedicar una atención especial a las funciones y capacidades familiares: hay que alentar a las familias a asumir un papel educativo más amplio sobre los jóvenes.

22. Hay que desarrollar servicios de acogida para jóvenes en medios de acogida comunitarios, en especial para los jóvenes vulnerables o en riesgo.

23. La publicidad directa e indirecta del alcohol debe restringirse adoptando regulaciones que limiten la publicidad directa en horas infantiles y restrinjan la esponsorización de acontecimientos deportivos por parte de la industria del alcohol, en especial en los deportes con gran asistencia de jóvenes.

24. En la medida de lo posible, hay que involucrar a los jóvenes en estas políticas y en la toma de decisiones”.

## 6. Algunos ejemplos

La conferencia de Ministros Europeos de Salud proporciona una serie de ejemplos sobre programas de promoción de la salud

mental de niños y adolescentes y o de prevención de sus trastornos que pueden servir como base para la reflexión y la implementación de programas en cada uno de los países de la UE, entre los que, al parecer, está España [1, 2]. Esa casuística de programas se hallará ampliada en numerosos documentos y, entre otros, en el promovido en 1999 por *Mental Health Europe*. En varios de los programas de promoción de esa organización y en sus fichas metodológicas se ha hecho un resumen y una serie de propuestas para el avance en este campo por parte de las instituciones europeas, las cuales incluyendo una serie de programas españoles [1, 2, 10, 19, 42].

En concreto, la conferencia de ministros europea pone como ejemplos el sistema móvil de provisión de servicios y revisión de centros puesto en marcha en Marburg (Alemania), el Programa “Familia Eficaz” finlandés ([www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)), programas para abusos físicos o sexuales de niños y adolescentes, tales como el Teléfono Azurro, el programa de terapia grupal de Timisoara (Rumania), los programas para TGD de Noruega, los programas de “Stakeholder”, el programa *Autism Europe* de formación y ayuda familiar ([www.autismeurope.org](http://www.autismeurope.org)), el Programa *Partnership for Children*, dirigido directamente a niños de 6 y 7 años con problemas ([www.partnershipforchildren.org.uk](http://www.partnershipforchildren.org.uk)), programas orientados a la formación de profesionales tales como el de la “European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP: [www.action.mi.it/escap/](http://www.action.mi.it/escap/)) y el FOCUS ([www.focusproject.org.uk](http://www.focusproject.org.uk)), así como varios programas propios de las asociaciones profesionales de la especialidad.

## 7. Dos formas de integrar la promoción y prevención de la Salud Mental de la Infancia en nuestro país.

Una clasificación diferente de los principales tipos de programas preventivos realiza

dos o en marcha a nivel internacional es la que proporciona Offord [20], que los divide en *programas definidos por mar cadores* (del niño, de la familia, de su medio...) y *programas universales* (para todos los niños de una determinada población o dispositivo) [22, 1, 2, 11, 41]. Ejemplos actuales de los primeros serían el *Comprehensive Child Development Program*, el *Fast Trak Program*, el *Copping Power Program for Aggressive Children*, el *Adolescent Transitions Program*, el *Montreal Prevention Experiment*, etc. Ejemplos de programas “universales” serían el de *Bright Futures* [15, 21, 22, 38], el *Better Beginnings, Better Futures*, el *Life Skills Training Program* para la prevención del abuso de drogas, los programas *Preparing for Drug (Free) Years*, el programa para el refuerzo familiar en los inicios de la adolescencia de Iowa, el *Programa del Nen Sá* o el *Protocol de Salut Mental del programa del Nen Sá catalanes* [42], etc.

Pero, desde una perspectiva pragmática, hay que tener en cuenta que en varias de las CCAA de nuestro país, a diferencia de muchos países anglosajones y en vías de desarrollo, coexisten una red de salud mental y una red de APS públicas extendidas en el territorio y universales. Por una vez, no estamos “en franca desventaja”. Eso permite dos enfoques diferentes de las actividades preventivas, tal como se argumentaba ya en obras citadas anteriormente [39-42].

A. Un enfoque más “clásicamente preventivo”: A través de programas de promoción concretos y delimitados de promoción y prevención específica o inespecífica en salud mental. Estos programas de promoción de la salud (mental) de la infancia pueden realizarse partiendo de:

1. El nivel comunitario general.
2. A través de los dispositivos asistenciales de la comunidad (o “redes profesionalizadas”).

3. Desde las Universidades.

4. Mediante grupos, equipos u organizaciones ad-hoc.

B. Integrando las actividades preventivas en la atención clínica cotidiana. Es la perspectiva que recoge la línea, modelo o dispositivo sanitario al que he llamado la *atención primaria a la salud mental* [39], realizable mediante la colaboración de nuestros equipamientos de salud mental comunitarios junto con los de atención primaria de salud y de servicios sociales. Y resulta que es precisamente la línea que los ministros europeos defienden en su declaración (lo cual no es de extrañar, porque cumple los requisitos de apoyo en la comunidad, predominio de las intervenciones psicosociales, participación comunitaria, combinación de la clínica y la prevención, preeminencia de los equipos clínicos públicos, pruebas empíricas a su favor, etc... Todo un programa para tener en cuenta).

En cualquier caso, para la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la ayuda a la resolución de los conflictos psicológicos desde los dispositivos sanitarios, hay que determinar previamente los *factores de riesgo* o *vulnerabilidad* sobre los que sea deseado incidir –y, en su caso, los *factores protectores* [24, 39, 13, 52-55]. Según el modelo de los programas preventivos de base *clínica*, tanto sea de salud o de salud (mental), deberían priorizarse aquéllos que menos interfieran o sobrecarguen la actividad cotidiana de los equipos, es decir, aquéllos para los cuales, con un mínimo de eficacia garantizado, la eficiencia, accesibilidad, oportunidad y seguridad sean máximas.

Los Equipos de Pediatría de la Atención Primaria de Salud se hallan en una posición privilegiada para la realización y/o la coordinación y soporte a ese tipo de programas, ya

 **Xeristar® 60mg**  
duloxetina HCl



**NUEVA**  
TRASTORNO DE  
**ANSIEDAD**  
GENERALIZADA  
**INDICACIÓN**

- **Xeristar® 60 mg** es eficaz en el tratamiento de la depresión, los síntomas ansiosos y físicos dolorosos <sup>(1)</sup>
- **Xeristar® 60 mg**, desde el inicio aumenta las tasas de remisión (81.8% al año) <sup>(2)</sup>
- **Xeristar® 60 mg**, presenta un perfil de seguridad y tolerabilidad avalado por estudios realizados en más de 24.000 pacientes. <sup>(3)</sup>

**Xeristar® 60 mg una vez al día,  
acción dual desde el inicio** <sup>(4)</sup>



**APORTACIÓN  
REDUCIDA**

 **Boehringer  
Ingelheim**

**FICHA TÉCNICA REDUCIDA. 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** XERISTAR 30 mg cápsulas duras gastroresistentes. XERISTAR 60 mg cápsulas duras gastroresistentes. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada cápsula contiene 30 mg de duloxetina (como hidrocloreto). Excipientes: Sacarosa 8,6 mg. Cada cápsula contiene 60 mg de duloxetina (como hidrocloreto). Excipientes: Sacarosa 17,2 mg. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Cápsulas duras gastroresistentes. La cápsula de XERISTAR 30 mg tiene un cuerpo de color blanco opaco, impresa con "30 mg" y una tapa de color azul opaco, impresa con un código de identificación numérico "9543". La cápsula de XERISTAR 60 mg tiene un cuerpo de color verde opaco, impresa con "60 mg" y una tapa de color azul opaco, impresa con un código de identificación numérico "9542". **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1. Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de los episodios depresivos mayores. Tratamiento del dolor neuropático periférico diabético en adultos. Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. **4.2. Posología y forma de administración:** Via oral. **Adultos: Episodios depresivos mayores:** La dosis inicial y de mantenimiento recomendada es de 60 mg una vez al día, independientemente de las comidas. En ensayos clínicos se han estudiado, desde una perspectiva de seguridad, dosis superiores a 60 mg/día hasta un máximo de 120 mg/día repetidas en varias dosis al día. Sin embargo, no existe evidencia clínica que sugiera que los pacientes que no responden a la dosis inicial recomendada se beneficien de incrementos en la dosis. Normalmente la respuesta terapéutica se observa a las 2-4 semanas de tratamiento. Después de la consolidación de la respuesta antidepressiva se recomienda continuar con el tratamiento durante varios meses, con el fin de evitar las recaídas. **Trastorno de ansiedad generalizada:** La dosis inicial recomendada en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es de 30 mg una vez al día independientemente de las comidas. La dosis se debe incrementar a 60 mg en pacientes con respuesta insuficiente: ésta es la dosis habitual de mantenimiento en la mayoría de los pacientes. En pacientes con Episodios Depresivos Mayores co-mórbidos, tanto la dosis de inicio como la de mantenimiento es de 60 mg una vez al día (ver la recomendación de la dosis anteriormente indicada). Se ha demostrado que son eficaces dosis de hasta 120 mg al día, siendo evaluadas desde una perspectiva de seguridad en ensayos clínicos. Por lo tanto, puede considerarse un escalado de la dosis de hasta 90 o 120 mg en aquellos pacientes con respuesta insuficiente a dosis de 60 mg. El escalado de la dosis debe basarse en la respuesta clínica y en la tolerabilidad. Después de la consolidación de la respuesta, se recomienda continuar con el tratamiento durante varios meses para evitar recaídas. **Dolor neuropático periférico diabético:** La dosis inicial y de mantenimiento recomendada es de 60 mg una vez al día, con o sin comidas. Se han evaluado en ensayos clínicos, desde una perspectiva de seguridad, dosis superiores a 60 mg una vez al día, hasta un máximo de 120 mg al día administrada en dosis igualmente divididas. La concentración plasmática de duloxetina muestra una gran variabilidad interindividual (ver sección 5.2) de ahí que algunos pacientes que responden de forma insuficiente a la dosis de 60 mg puedan beneficiarse de una dosis mayor. La respuesta al tratamiento debe evaluarse a los 2 meses. En pacientes que presentan una respuesta inicial inadecuada, no es probable que se produzca una respuesta adicional transcurrido dicho período de tiempo. El beneficio terapéutico se debe reevaluar regularmente (al menos cada 3 meses) (ver sección 5.1). **Pacientes de edad avanzada: Episodios depresivos mayores:** No se recomienda realizar ajuste de dosis en pacientes de edad avanzada únicamente por la edad. Sin embargo, al igual que con cualquier otro medicamento, se debe tener precaución al tratar a pacientes de edad avanzada, especialmente con XERISTAR 120 mg al día, para el que existen datos limitados (ver secciones 4.4 y 5.2). **Otras indicaciones:** No se recomienda realizar ajuste en la dosis en pacientes de edad avanzada únicamente por la edad. Sin embargo, se debe tener precaución al tratar a pacientes de edad avanzada (ver sección 5.2). **Niños y adolescentes:** No se ha estudiado la seguridad y eficacia de duloxetina en pacientes de estas edades. Por ello no se recomienda la administración de XERISTAR a niños y adolescentes (ver sección 4.4). **Insuficiencia hepática:** XERISTAR no se debe utilizar en pacientes con enfermedad hepática que produzca insuficiencia hepática (ver secciones 4.3 y 5.2). **Insuficiencia renal:** No es necesario un ajuste posológico en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (aclaramiento de creatinina de 30 a 80 ml/min). Ver sección 4.3 para insuficiencia renal grave. **Interrupción del tratamiento:** Se debe evitar la interrupción brusca del tratamiento. Cuando se interrumpe el tratamiento con XERISTAR la dosis debe ser reducida gradualmente durante un período como mínimo de una a dos semanas con el fin de reducir el riesgo de síntomas de retirada (ver secciones 4.4 y 4.8). Si tras reducir la dosis o la interrupción del tratamiento aparecieran síntomas intolerables, deberá considerarse el reanudar la dosis prescrita anteriormente. Posteriormente el médico podrá continuar disminuyendo la dosis, pero más gradualmente. **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la duloxetina o a algunos de los excipientes. El uso de XERISTAR en combinación con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminooxidasa (IMAOs) está contraindicado (ver sección 4.5). Enfermedad hepática que produzca insuficiencia hepática (ver sección 5.2). XERISTAR no debe utilizarse en combinación con fluvoxamina, ciprofloxacino o enoxacino (inhibidores potenciales de la CYP1A2) dado que la combinación da lugar a concentraciones plasmáticas de duloxetina elevadas (ver sección 4.5). **Insuficiencia renal grave** (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) (ver sección 4.4). El inicio del tratamiento con XERISTAR está contraindicado en pacientes con hipertensión no controlada, ya que esta situación podría exponer a los pacientes a un riesgo potencial de crisis hipertensiva (ver secciones 4.4 y 4.8). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo: Manía y convulsiones:** XERISTAR debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de manía o diagnóstico de trastorno bipolar y/o convulsiones. **Midriasis:** Se han descrito casos de midriasis en asociación con duloxetina, por lo que se debe tener especial cuidado cuando se prescriba XERISTAR a pacientes con presión intraocular elevada, o a pacientes con riesgo de glaucoma agudo de ángulo estrecho. **Tensión arterial y frecuencia cardíaca:** Duloxetina ha sido asociada con un aumento de la tensión arterial e hipertensión clínicamente significativa en algunos pacientes. Esto podría ser debido al efecto noradrenérgico de la duloxetina. Se han notificado casos de crisis hipertensivas con duloxetina, especialmente en pacientes con hipertensión preexistente. Por lo tanto, en pacientes con hipertensión y/o otros trastornos cardíacos conocidos, se recomienda un seguimiento clínico de la presión arterial adecuado, especialmente durante el primer mes del tratamiento. Se debe utilizar Duloxetina con precaución en aquellos pacientes cuya patología de base pueda verse comprometida por un aumento de la frecuencia cardíaca o de la tensión arterial. También se debe tener precaución cuando se utilice duloxetina con otros medicamentos que puedan perjudicar su metabolismo (ver sección 4.5). Para aquellos pacientes que experimenten un aumento sostenido de la tensión arterial durante el tratamiento con duloxetina debe considerarse bien la reducción de la dosis o bien la suspensión gradual del tratamiento (ver sección 4.8). En aquellos pacientes con hipertensión no controlada, no debe iniciarse el tratamiento con duloxetina (ver sección 4.3). **Insuficiencia renal:** En pacientes con insuficiencia renal grave en hemodiálisis (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min) las concentraciones plasmáticas de duloxetina se encuentran incrementadas. Para pacientes con insuficiencia renal grave, ver sección 4.3. Para pacientes con insuficiencia renal leve o moderada ver sección 4.2. **Uso con antidepressivos:** Se debe tener precaución al utilizar XERISTAR en combinación con otros antidepressivos. En especial, no se recomienda la combinación con inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) reversibles selectivos. **Hierba de San Juan (Hypericum perforatum):** Las reacciones adversas pueden ser más frecuentes durante el uso en combinación de XERISTAR con preparaciones fitoterápicas que contengan la hierba de San Juan (Hypericum perforatum). **Suicidio: Episodios depresivos mayores y Trastorno de ansiedad generalizada:** La depresión se asocia con un aumento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (sucesos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produzca una remisión significativa ya que la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, se debe hacer un seguimiento cercano del paciente hasta que se produzca dicha mejoría. La práctica clínica con los tratamientos antidepressivos indica que el riesgo de suicidio podría incrementarse en las primeras fases de la recuperación. Otras enfermedades psiquiátricas para las cuales se prescribe XERISTAR, pueden también estar asociadas con un riesgo incrementado de acontecimientos relacionados con el suicidio. Además, estas enfermedades pueden ser co-mórbidos con un trastorno depresivo mayor. Por lo tanto, se deben tomar las mismas precauciones en pacientes con trastorno depresivo mayor, que con pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Se conoce que los pacientes con historia de sucesos relacionados con suicidio o aquellos que presenten un significativo grado de ideas suicidas antes de iniciar el tratamiento, tienen un mayor riesgo de ideas suicidas o comportamiento suicida y deben recibir una monitorización cuidadosa durante el tratamiento. Un meta-análisis de ensayos clínicos controlados con placebo de medicamentos antidepressivos en enfermedades psiquiátricas, mostró un aumento del riesgo del comportamiento suicida con los antidepressivos comparado con placebo en pacientes menores de 25 años. Se han notificado casos de ideas y comportamientos suicidas durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo (ver sección 4.8). Durante el tratamiento con el medicamento se debe hacer un cuidadoso seguimiento a los pacientes y en particular a aquellos de alto riesgo, especialmente al inicio del tratamiento y tras cambio de dosis. Se debe informar a los pacientes (y cuidadores de los pacientes) sobre la necesidad de hacer un seguimiento de cualquier empeoramiento clínico, aparición de ideas o comportamientos y cambios inusuales del comportamiento y buscar consejo médico inmediatamente si se presentan estos síntomas. **Dolor neuropático periférico diabético:** Al igual que con otros medicamentos de acción farmacológica similar (antidepressivos), se han notificado casos aislados de ideación y comportamiento suicida durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo. Factores de riesgo para los sucesos relacionados con el suicidio en depresión, ver texto anterior. Los médicos deben alentar a sus pacientes a que les comuniquen cualquier pensamiento o sentimiento de angustia en cualquier momento. **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años:** No se han realizado ensayos clínicos con duloxetina en población pediátrica. XERISTAR no debe emplearse para el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. En ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepressivos en general, se han observado con mayor frecuencia comportamientos suicidas (intentos de suicidio y pensamientos suicidas) y hostilidad (predominantemente agresión, comportamientos oposicionistas e ira) en comparación con aquellos tratados con placebo. No obstante, si basándose en la necesidad clínica, se toma la decisión de tratar al paciente, se deberá monitorizar cuidadosamente la aparición de síntomas suicidas. Además no se dispone de datos de seguridad a largo plazo en niños y adolescentes en relación con el crecimiento, la maduración y el desarrollo cognitivo y del comportamiento. **Hemorragia:** Se han notificado casos de anomalidades hemorrágicas, como equimosis, púrpura y hemorragia gastrointestinal con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y con los inhibidores de la recaptación de serotonina/noradrenalina (IRSN). Se recomienda precaución en pacientes en tratamiento con anticoagulantes y/o medicamentos que se sabe que afectan la función plaquetaria y en pacientes con diátesis hemorrágica conocida. **Hiponatremia:** Se ha notificado en raras ocasiones hiponatremia, predominantemente en pacientes de edad avanzada, al administrar XERISTAR. Se debe tener precaución en pacientes con riesgo elevado de hiponatremia como pacientes de edad avanzada, con cirrosis o pacientes que presenten deshidratación o en tratamiento con diuréticos. La hiponatremia puede deberse a un síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH). **Interrupción del tratamiento:** Los síntomas de retirada cuando se interrumpe el tratamiento son frecuentes, especialmente cuando el tratamiento se interrumpe de forma brusca (ver sección 4.8). En los ensayos clínicos, los acontecimientos adversos observados al interrumpir el tratamiento bruscamente tuvieron lugar en aproximadamente un 45% de los pacientes tratados con XERISTAR y un 23% de los pacientes del grupo de placebo. El riesgo de aparición de los síntomas de retirada con los ISRS y los IRSN puede depender de varios factores, incluyendo la duración y dosis del tratamiento y del patrón de reducción de la dosis. Las reacciones adversas más frecuentes se detallan en la sección 4.8. Generalmente estos síntomas son de naturaleza leve a moderada, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves en cuanto a intensidad. Los síntomas de retirada suelen aparecer en los primeros días tras la suspensión del tratamiento, aunque muy rara vez han habido notificaciones de estos síntomas en pacientes que intencionadamente olvidaron tomar una dosis. Generalmente estos síntomas son autolimitados y suelen desaparecer en dos semanas, si bien en algunos pacientes pueden tener una duración más prolongada (2-3 meses o más). Se aconseja por lo tanto que la dosis de duloxetina se disminuya gradualmente a lo largo de un período de como mínimo dos semanas cuando se suspenda el tratamiento, de acuerdo con las necesidades del paciente (ver sección 4.2). **Pacientes de edad avanzada: Episodios depresivos mayores:** Se dispone de datos limitados del uso de XERISTAR 120 mg en pacientes de edad avanzada con episodios depresivos mayores. Por ello, se debe tener precaución al tratar a los pacientes de edad avanzada con la dosis máxima (ver secciones 4.2 y 5.2). **Trastorno de ansiedad generalizada:** Se dispone de datos limitados del uso de XERISTAR en pacientes de edad avanzada con trastorno de ansiedad generalizada. **Acatisia/Inquietud psicomotora:** El uso de duloxetina se ha asociado con el desarrollo de acatisia, caracterizada por una inquietud subjetivamente desagradable o preocupante, y por la necesidad de movimiento, a menudo acompañada por la incapacidad de permanecer sentado o estar quieto. Esto es más probable que se produzca en las primeras semanas de tratamiento. En aquellos pacientes que desarrollan esta sintomatología, el aumento de la dosis puede ser perjudicial. **Medicamentos que contienen duloxetina:** Duloxetina se utiliza bajo diferentes nombres comerciales en varias indicaciones (tratamiento del dolor neuropático diabético, episodios depresivos mayores, trastorno de ansiedad generalizada así como incontinencia urinaria de esfuerzo). Se debe evitar el uso de más de uno de estos productos de forma conjunta. **Hepatitis/Elevación de las enzimas hepáticas:** Se han notificado casos de daño hepático con Duloxetina, incluyendo un aumento grave de las enzimas hepáticas (> 10 veces por encima del límite normal), hepatitis e ictericia (ver sección 4.8). La mayoría de ellos ocurrieron durante los primeros meses de tratamiento. El patrón de daño hepático fue predominantemente hepatocelular. Duloxetina debe emplearse con precaución en pacientes tratados con otros medicamentos que se asocian con daño hepático. **Sacarosa:** Las cápsulas duras gastroresistentes de XERISTAR contienen sacarosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben tomar este medicamento. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción: Medicamentos que actúan**

**en el sistema nervioso central (SNC):** No se ha evaluado sistemáticamente el riesgo de usar duloxetina en combinación con otros medicamentos que actúan a nivel del SNC, a excepción de los mencionados en esta sección. Por lo tanto, se aconseja precaución cuando se use XERISTAR en combinación con otros medicamentos o sustancias de acción central, incluyendo alcohol y medicamentos sedantes (p.ej., benzodiazepinas, morfomiméticos, antipsicóticos, fenobarbital y antihistamínicos sedantes). **Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs):** Debido al riesgo del síndrome serotoninérgico, no se debe utilizar XERISTAR en combinación con inhibidores irreversibles no selectivos de la monoaminooxidasa (IMAOs), o al menos dentro de los 14 días posteriores a la interrupción del tratamiento con un IMAO. Debido a la vida media de duloxetina, deben transcurrir al menos 5 días desde la interrupción del tratamiento con XERISTAR y el inicio del tratamiento con un IMAO (ver sección 4.3). El riesgo del síndrome serotoninérgico con inhibidores selectivos reversibles de la monoaminooxidasa, como moclobemida, es más bajo. No obstante, no se recomienda el uso en combinación de XERISTAR con inhibidores de la MAO reversibles selectivos (ver sección 4.4). **Síndrome serotoninérgico:** En raras ocasiones, se ha notificado síndrome serotoninérgico en pacientes en tratamiento concomitante de ISRS (p.ej., paroxetina, fluoxetina) con medicamentos serotoninérgicos. Se recomienda precaución si se utiliza XERISTAR conjuntamente con antidepressivos serotoninérgicos como ISRS, tricíclicos como clomipramina o amitriptilina, hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*), venlafaxina o triptanos, tramadol, petidina y triptófano. **Efectos de la duloxetina en otros medicamentos:** **Medicamentos metabolizados por CYP1A2:** La farmacocinética de la teofilina, sustrato de CYP1A2, no se vio significativamente afectada por la administración conjunta de duloxetina (60 mg dos veces al día). **Medicamentos metabolizados por CYP2D6:** Duloxetina es un inhibidor moderado de CYP2D6. Cuando se administra duloxetina a una dosis de 60 mg dos veces al día con una dosis única de desipramina, un sustrato del CYP2D6, el área bajo la curva (AUC) de desipramina aumenta tres veces. La administración conjunta de duloxetina (40 mg dos veces al día) aumenta el área bajo la curva (AUC) en el estado de equilibrio de tolterodina (2 mg dos veces al día) en un 71 % pero no afecta la farmacocinética de su metabolito activo 5-hidroxi y no se recomienda un ajuste de dosis. Se recomienda precaución si se administra XERISTAR con medicamentos metabolizados predominantemente por el CYP2D6 (risperidona, antidepressivos tricíclicos como nortriptilina, amitriptilina e imipramina) particularmente si tienen un estrecho índice terapéutico (como flecaína, propafenona y metoprolol). **Anticonceptivos orales y otros esteroides:** Los resultados de los estudios *in vitro* demuestran que la duloxetina no induce la actividad catalítica de CYP3A. No se han realizado estudios específicos de interacciones *in vivo*. **Anticoagulantes y agentes antiplaquetarios:** Se debe tener precaución cuando se combine duloxetina con anticoagulantes orales o agentes antiplaquetarios debido a un riesgo potencial incrementado de sangrado. Se han notificado además, incrementos en los valores de INR cuando se administra duloxetina junto con warfarina. **Efectos de otros medicamentos sobre la duloxetina:** **Anticídicos y antagonistas H2:** La administración conjunta de duloxetina con anticídicos que contengan aluminio y magnesio, o con famotidina no tiene efecto significativo sobre la velocidad y magnitud de la absorción de la duloxetina, tras la administración de una dosis oral de 40 mg. **Inhibidores de CYP1A2:** Puesto que CYP1A2 está implicado en el metabolismo de la duloxetina, el uso concomitante de duloxetina con inhibidores potentes de CYP1A2 es probable que produzca concentraciones mayores de duloxetina. La fluvoxamina (100 mg una vez al día), un potente inhibidor de CYP1A2 disminuyó el aclaramiento plasmático aparente de duloxetina alrededor del 77 % y aumentó en 6 veces el AUC<sub>0-1</sub>. Por ello, no se debe administrar XERISTAR en combinación con inhibidores potentes de CYP1A2 como la fluvoxamina (ver sección 4.3). **Inductores de CYP1A2:** Los análisis farmacocinéticos en la población han mostrado que los fumadores tienen concentraciones plasmáticas de duloxetina casi un 50 % más bajas que los no fumadores. **4.6. Embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No existen datos adecuados del uso de duloxetina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a niveles de exposición sistémica (AUC de duloxetina menores que los niveles máximos de exposición clínica (ver sección 5.3). Se desconoce el riesgo potencial en los humanos. Al igual que con otros medicamentos serotoninérgicos pueden aparecer síntomas de retirada en el neonato si la madre ha tomado duloxetina poco antes del parto. XERISTAR se debe utilizar durante el embarazo solamente si el beneficio potencial supera el riesgo potencial para el feto. Las mujeres deben comunicar a su médico si se quedan embarazadas, o tienen intención de quedarse embarazadas, durante el tratamiento. **Lactancia:** La duloxetina se excreta muy débilmente en la leche materna humana según un estudio realizado en 6 madres en periodo de lactancia, que no dieron el pecho a sus hijos. La dosis diaria estimada para el lactante en mg/kg es aproximadamente de un 0,14% de la dosis consumida por la madre (ver sección 5.2). Puesto que se desconoce la seguridad de duloxetina en niños, no se recomienda el uso de XERISTAR durante la lactancia materna. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. XERISTAR puede estar asociado con la aparición de sedación y mareos. Por consiguiente, se debe indicar a los pacientes que si experimentan sedación o mareos, deben evitar la realización de tareas potencialmente peligrosas, como conducir o utilizar máquinas. **4.8. Reacciones adversas:** A continuación se muestran las reacciones adversas comunicadas por notificaciones espontáneas y durante los ensayos clínicos controlados con placebo en pacientes con depresión, trastorno de ansiedad generalizada, dolor neuropático diabético y fibromialgia (que incluyeron a un total de 6.828 pacientes, 4.199 tratados con duloxetina y 2.629 con placebo). Las reacciones adversas notificadas con más frecuencia en pacientes tratados con XERISTAR fueron: Náusea, cefalea, sequedad de boca, somnolencia y mareos. No obstante, la mayoría de las reacciones adversas más frecuentes fueron de leves a moderadas, normalmente comenzaron al inicio del tratamiento, y la mayoría desaparecieron con la continuación del tratamiento. **Reacciones adversas: Estimación de las frecuencias:** muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/100$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/1.000$ ), raras ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/10.000$ ) y muy raras ( $< 1/10.000$ ), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. **Legenda:** Muy frecuentes (MF) - Frecuentes (F) - Poco frecuentes (PF) - Raras (R) - Muy raras (MR) - Frecuencia no conocida (FD). **Exploraciones complementarias:** (F): Pérdida de peso. (PF): Aumento de peso; Aumento de la creatinofosfoquinasa. (R): Aumento del colesterol plasmático. **Trastornos cardíacos:** (F): Palpitaciones. (PF): Taquicardia; Arritmia supraventricular; principalmente fibrilación auricular. **Trastornos del sistema nervioso:** (MF): Cefalea (14,3%); Somnolencia (10,7%); Mareos (10,2%); (F): Temblores; Parestesia. (PF): Miclonus; Nerviosismo; Alteraciones de la atención; Letargia; Dispesia; Disinesia; Síndrome de las piernas inquietas; Sueño de baja calidad. (R): Convulsiones. (FD): Síndrome serotoninérgico; Síntomas extrapiramidales; Acatisia; Inquietud psicomotora. **Trastornos oculares:** (F): Visión borrosa. (PF): Midriasis; Molestias visuales. (R): Glaucoma. **Trastornos del oído y del laberinto:** (F): Acúfenos. (PF): Vértigo; Dolor de oído. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** (F): Bostezo. (PF): Espasmos laringeos; Epistaxis. **Trastornos gastrointestinales:** (MF): Náuseas (24,3%); Sequedad de boca (12,8%). (F): Estreñimiento; Diarrea; Vómitos; Dispepsia; Flatulencia. (PF): Gastroenteritis; Eructos; Gastritis. (R): Estomatitis; Halitosis; Hematoquecia. (FD): Hemorragia gastrointestinal. **Trastornos renales y urinarios:** (PF): Retención urinaria; Disuria; Vacilación urinaria; Nocturia; Poliuria; Disminución del flujo urinario. (R): Olor normal de la orina. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** (F): Aumento de la sudoración; Erupción. (PF): Sudores nocturnos; Urticaria; Dermatitis de contacto; Sudores fríos; Reacciones de fotosensibilidad; Aumento de la tendencia a que se produzcan hematomas. (FD): Edema angioneurótico; Síndrome de Stevens-Johnson. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** (F): Dolor musculoesquelético; Tensión muscular; Espasmo muscular. (PF): Fasciculaciones musculares. (R): Trismo. **Trastornos endocrinos:** (R): Hipotiroidismo. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** (F): Disminución del apetito. (PF): Hiperglucemia (notificada especialmente en pacientes diabéticos). (R): Deshidratación; Hiponatremia. (FD): SIADH. **Infecciones e infestaciones:** (PF): Laringitis. **Trastornos vasculares:** (F): Rubor. (PF): Aumento de la tensión arterial; Frieald periférica; Hipotensión ortostática<sup>1</sup>; Sincope. (FD): Hipertensión; Crisis hipertensivas. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** (F): Fatiga; Dolor abdominal. (PF): Sensación anómala; Sensación de frío; Sed; Escalofríos; Malestar; Sensación de calor; Trastorno de la marcha. (FD): Dolor torácico. **Trastornos del sistema inmunológico:** (R): Trastorno de hipersensibilidad; Reacción anafiláctica. **Trastornos hepatobiliares:** (PF): Aumento de las enzimas hepáticas (ALT, AST, fosfatasa alcalina); Hepatitis<sup>1</sup>; Daño hepático agudo. (FD): Ictericia; Fallo hepático. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** (F): Disfunción eréctil. (PF): Trastorno de la eyaculación; Eyaculación retardada; Disfunción sexual; Hemorragia ginecológica. (R): Síntomas menopáusicos. **Trastornos psiquiátricos:** (F): Insomnio; Agitación; Disminución de la libido; Ansiedad; Orgasmos anormales; Sueños anormales. (PF): Trastornos del sueño; Bruxismo; Desorientación; Apatía. (R): Manía; Alucinaciones; Agresividad e ira<sup>2</sup>. (FD): Ideación suicida<sup>3</sup>; Comportamiento suicida<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Los casos de convulsiones y casos de acúfenos se notificaron también después de la interrupción del tratamiento. <sup>2</sup>Los casos de hipotensión ortostática y sincope se notificaron particularmente al comienzo del tratamiento. <sup>3</sup>Ver sección 4.4. <sup>4</sup>Los casos de agresividad e ira se han notificado principalmente al principio del tratamiento o después de la interrupción del mismo. <sup>5</sup>Los casos de ideación suicida y comportamiento suicida se notificaron durante el tratamiento con duloxetina o poco después de la interrupción del mismo (ver sección 4.4). La interrupción del tratamiento con duloxetina (particularmente cuando se lleva a cabo de forma brusca) con frecuencia conduce a la aparición de síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia), trastornos del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), fatiga, agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblores, cefalea, irritabilidad, diarrea, hiperhidrosis y vértigo. Generalmente, para los ISRS e IRSN estos acontecimientos son de leve a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Se recomienda por lo tanto que cuando ya no sea necesario continuar el tratamiento con duloxetina, se realice una reducción gradual de la dosis (ver secciones 4.2 y 4.4). En la fase aguda de 12 semanas de tres ensayos clínicos de duloxetina en pacientes con dolor neuropático diabético, se observaron pequeños incrementos, pero estadísticamente significativos, de los niveles de glucemia en ayunas en los pacientes tratados con duloxetina, los valores de HbA1c permanecieron estables tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el grupo tratado con placebo. En la fase de extensión de estos ensayos, de una duración de 52 semanas, se observó un aumento de HbA1c tanto en el grupo tratado con duloxetina como en el incremento medio fue de un 0,3% mayor en el grupo tratado con duloxetina. Se observó también un pequeño incremento de la glucemia en ayunas y del colesterol total en el grupo de pacientes tratados con duloxetina mientras que éstos parámetros analíticos mostraron una ligera disminución en el grupo de terapia habitual. El intervalo QT corregido en función de la frecuencia cardíaca que presentaron los pacientes tratados con duloxetina no difirió del observado en los pacientes tratados con placebo. No se observaron diferencias clínicamente significativas para los intervalos QT, PR, QRS, o QTcB entre los pacientes tratados con duloxetina y los pacientes tratados con placebo. **4.9. Sobredosis:** Se han notificado casos de sobredosis de duloxetina con dosis de 5.400 mg, sola o en combinación con otros medicamentos. Se han notificado algunos casos de sobredosis mortales con duloxetina, principalmente en combinación con otros medicamentos, pero también con duloxetina sola a una dosis de aproximadamente 1.000 mg. Los signos y síntomas de sobredosisificación (con duloxetina sola o en combinación con otros medicamentos) incluyeron somnolencia, coma, síndrome serotoninérgico, convulsiones, vómitos y taquicardia. No se conoce un antídoto específico para duloxetina, pero si aparece el síndrome serotoninérgico, debe considerarse un tratamiento específico (como con ciproheptadina y/o control de la temperatura). Se debe establecer una vía respiratoria. Se recomienda el control de los signos cardíacos y vitales, junto con apropiadas medidas de apoyo y sintomáticas. El lavado gástrico puede estar indicado si se realiza poco después de la ingestión o en pacientes sintomáticos. El carbón activado puede ser útil para limitar la absorción. La duloxetina tiene un gran volumen de distribución, por lo que es poco probable que la diuresis forzada, la hemoperfusión y la exanguinoperfusión sean beneficiosas. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** Ver ficha técnica completa. **6. DATOS FARMACÉUTICOS:** **6.1. Lista de excipientes:** **Contenido de la cápsula:** Hipromelosa. Succinato acetato de hipromelosa. Sacarosa. Esferas de azúcar. Talco. Dióxido de titanio (E171). Citrato de trietilo. **Cubierta de la cápsula:** 30 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171). Índigo carmin (E132). Tinta verde comestible. La tinta verde comestible contiene: Óxido de hierro negro sintético (E172). Óxido de hierro amarillo sintético (E172). Propilenglicol, Shellac. 60 mg: Gelatina. Laurilsulfato de sodio. Dióxido de titanio (E171). Índigo carmin (E132). Óxido de hierro amarillo (E172). Tinta blanca comestible. La tinta blanca comestible contiene: Dióxido de titanio (E171), Propilenglicol, Shellac, Povidona. **6.2. Incompatibilidades:** No procede. **6.3. Período de validez:** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** Conservar en el envase original para protegerlo de la humedad. No conservar a temperatura superior a 30 °C. **6.5. Naturaleza y contenido del envase:** Blisters de policloruro de vinilo (PVC), polietileno (PE) y policloro de trifluoroetileno (PCFTE) sellados con una lámina de aluminio. XERISTAR 30 mg está disponible en envases de 7 y 28 cápsulas. XERISTAR 60 mg está disponible en envases de 28, 56, 84, 98 y 100 (cada envase contiene 5 estuches de 20 cápsulas) y 500 cápsulas (cada envase contiene 25 estuches de 20 cápsulas). Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173 D-55216 Ingelheim am Rhein, Alemania. **8. NÚMERO(S) DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Xeristar 30 mg: EU/1/04/297/001; EU/1/04/297/006. Xeristar 60 mg: EU/1/04/297/002; EU/1/04/297/004; EU/1/04/297/005; EU/1/04/297/007; EU/1/04/297/008. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 17 de diciembre de 2004. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 03/2009. PVP NA Xeristar 30 mg/28 cápsulas 30,99 €, PVP IVA Xeristar 60 mg/28 cápsulas 49,58 €. Con receta médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Especialidad de aportación reducida.

**BIBLIOGRAFÍA:** 1. Dunner DL et al. *Depress Anxiety* 2003;18:53-61. 2. Raskin J et al. *J Clin Psychiatry* 2003;64(10):1237-1244. 3. Gahimer JL et al. *Curr Med Res Opin* 2007;23(1):175-184. 4. Detke MJ et al. *J Clin Psychiatry* 2002;63(4):308-315.

que dichos equipos pueden realizar actividades de promoción y prevención de la salud mental [23, 25, 39, 41, 52, 57]:

(a) Con todo tipo de consultantes (niños y familiares), en el contexto de la actividad clínica cotidiana.

(b) En su relación con los niños aquejados de trastornos mentales.

(c) En la realización de otros programas preventivos o de promoción de la salud y la salud (mental) tales como el del “Niño Sano”, el seguimiento de niños con déficits o trastornos sensoriales o psicomotrices, en el caso de los niños con enfermedades (somáticas) crónicas, en los “niños enfermizos”, etc.

(d) En colaboración con otros tipos de servicios tales como los servicios sociales comunitarios, los equipos psicopedagógicos, los equipos de justicia y bienestar de los niños y sus familias, los equipos de pediatría hospitalarios, los equipos de salud mental infanto-juvenil, etc. En estos casos, no siempre el centro de los programas preventivos ha de ser el propio equipo de salud, pero casi siempre es un colaborador imprescindible para cualquiera de dichos programas, en especial si son de base clínica [25, 52], y, sobre todo, en la primera y segunda infancia..

Teniendo en cuenta esas ideas anteriores, me gustaría desde aquí estimular la dedicación de personal de nuestras redes de salud mental y atención primaria a estos ámbitos, dada la importancia y amplitud de las tareas a realizar. En ese sentido, primero habría que relativizar las dificultades de puesta en marcha de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria desde nuestros dispositivos clínicos. Por un lado, porque esa participación activa es la vía más real para que los clínicos comiencen a comprometerse con los programas preventivos: Comprobando que no son tan abstrusos o complejos como a veces nos los pintan. En segundo lugar, para que la experiencia de los clí-

nicos pueda matizar algunas actitudes en exceso altisonantes y, al tiempo, simplistas, de algunas de las autoridades, “expertos” y programas en este campo, en el sentido de “*All you need is CBT*” [56]. No todo es ni debe ser “terapia cognitivo-conductual”, ni en este campo ni en otros muchos. Y muchos menos, una “psicofarmacologización” abusiva de la infancia y sus problemas.

En esa vía de estimular la creatividad, y no para que sean considerados ejemplares, recordaré algunos de los programas preventivos puestos en marcha en una serie de dispositivos clínicos de salud mental en atención primaria en los que trabajamos en Catalunya desde hace más de 25 años. Por un lado, ese interés por lo preventivo nos llevó a estructurar una serie de problemas de base clínica, de prevención primaria y secundaria, que vienen resumidos en el libro sobre “Protocolos elementales para la atención Primaria a la salud mental” [39], algunos de los cuales tuvimos la ocasión de poder evaluar empíricamente con excelentes resultados (a menudo olvidados). En los demás, tuvimos que conformarnos con apoyarnos en evaluaciones anteriores en otros países. Una segunda muestra es nuestra participación en el Programa de Prevención y Promoción de la Salud Mental del P APPPS y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, hoy ampliamente difundido y conocido [40, 41]. Una tercera muestra es nuestra participación en la creación y desarrollo del protocolo de salud mental del programa del Niño Sano (42, 57), hoy continuada con el desarrollo del Programa Formativo para la Promoción de la Salud Mental de la Infancia desde Pediatría (del Departament de Salut de Catalunya). Una cuarta muestra podría consistir en recordar la puesta en marcha de programas de formación para la pediatría de atención primaria muy especializados y es -

pecíficos, tales como los Seminarios de Observación Terapéutica en la Infancia, en los que venimos trabajando interrumpidamente desde 1991 [39, 57]. Son pequeñas aportaciones de un equipo concreto (la Unidad de Salud Mental de Sant Martí – La Mina, en Barcelona), que estamos intentando desarrollar actualmente en un campo más específico: El de prevención y detección precoz de las psicosis. Para ello intentamos desarrollar e investigar los protocolos de trabajo de nuestro equipo de *Prevención en salud Mental – EAPPP (Equipo de atención precoz a las personas en riesgo de psicosis)* (Tizón, en prensa) y el instrumento de cribado de factores de riesgo en la infancia que hemos llamado LISMEN (*Listado de Ítems de Salud Mental*: [53-55]).

La mejora, ampliación y generalización de esos trabajos, de otros programas españoles, y de muchos otros programas nord-europeos y centro-europeos, más ambiciosos y desarrollados, implica una serie de premisas y cambios organizativos y formativos. Pero no hay

que olvidar que esas necesidades de formación y, en su caso, de reorganización, por costosas que sean, se hallan al servicio de lo que los expertos en general, y los ministros de salud europeos en particular, califican como las “actividades más eficientes para el cuidado de la salud mental de la población”. Aunque es de temer que organizaciones supuestamente públicas, con fondos públicos, tribunales secretos y prioridades ignotas sigan acaparando los fondos de investigación, formación y organización clínica en salud mental, en abierto desacuerdo con esas premisas, y a mayor gloria y beneficio de ¿adivinan ustedes qué organizaciones y orientaciones de la sanidad?. Y una pista clarificadora: ¿Seguirá ocurriendo que los planes concretos de un Ministerio y sus instituciones de provisión de fondos vayan en contra de las declaraciones firmadas por su Ministro.

#### **Anexo.**

Red Europea de Promoción en la Salud Mental: La salud mental de los niños es lo primero.

## BIBLIOGRAFIA

1. **WHO-OMS.** Conclusions from Pre-conference “ *The Mental Health of Children and Adolescents*”, organised by European Commission, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg on 20-21 September 2004 in Luxembourg. Geneva: OMS 2005.
2. **WHO-OMS.** WHO European Ministerial Conference on Mental Health (12-15 th January 2005): “ *Facing the Challenges, Building solutions*”. OMS-WHO: Geneva 2005.
3. **Gomez-Beneyto M et al.** (1994). *Prevalence of mental disorders among children in Valencia*, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:352-357.
4. **Meltzer H et al.** *The mental health of children and adolescents in Britain* . London. Office for National Statistics, 1999.
5. **Patterson GR,** De Baryshe BD, Ramsey E. *A developmental perspective on antisocial behaviour* . *American Psychologist*, 1989,44(2):329–335.
6. **Scott S et al.** (2001). *Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood* . *British Medical Journal*, 323:191-195.
7. **Sourander A et al.** Have there been changes in children’s psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43 (9): 1134–1167.
8. **Steinhausen HC et al.** (1998). *Prevalence of child and adolescent disorders: The Zurich Epidemiological Study* . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 262-271.
9. **Tsuang MT et al.**, eds. (1995). *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York, John Wiley and Sons, Inc.
10. **United States Department of Health and Human Services** (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
11. **WHO-OMS.** *Child and adolescent mental health policies and plans* . World Health Organization, Geneva, 2005.
12. **Olsen KA,** Rosenbaum B. *Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113: 247-272.
13. **Tienari P.,** Wynne LC, Moring J. *The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research*. *Br.J. Psychiatry* 1994,164: 20-26.
14. **Eisenberg L.** (2000). Getting down to cases - making mental health interventions effective. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 511-512.
15. **Garralda, ME** , ed. *Managing children with psychiatric problems* . London: British Medical Journal Publishing Group, 1993.
16. **Jané-Llopis E,** Anderson P. *European action plan on mental health promotion and mental disorder prevention* . Nijmegen: IMHPA, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).
17. **Keating D,** Hertzman C, eds. (1999). *Developmental Health and the Wealth of Nations: Social, Biological and Educational Dynamics*. New York, The Guilford Press.
18. **Meissels SJ & Shonkoff JP** (comps). *Handbook of Early Childhood Intervention* . Cambridge: Press Syndic of the University of Cambridge, 1990.
19. **Mental Health Europe** - European Commission. *Mental Health Promotion for Children up to 6 Years: Directory of Projects in the European Union* . Bruselles: European Commission 2000.

20. **Mircea T** . *Strategies for responding to the needs of adolescents in Romania* . In: Young JG, Ferrari P , eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998: 385–393.
21. **Newton J** . *Preventing Mental Illness in Practice* . London:Routledge, 1992.
22. **Offord DR** (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:686-694.
23. **Tizón JL** . *Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia* . Cuadernos de Gestión 2001; 7 (1): 9-30.
24. **Tizón JL** *Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores* . Formación Médica Continuada (Barcelona) 2005; 12 (4): 70-85.
25. **Tizón JL** . *Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis: clínica e investigación pueden aunarse* . *Revista de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría* 2007 (en prensa, publicación aceptada).
26. **WHO-OMS** . *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report* . Geneva: World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)).
27. **WHO-OMS** . Project Atlas: Database. Geneva, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence, 2004 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
28. **Leibson CL et al** . *Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder* . *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285 (1): 60–66.
29. **Ghodes H** . *Dramatic increase in methylphenidate consumption* . *Current Op Psychiat* 1999,12: 265-268.
30. **Tizón JL** *Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores* . *Formación Médica Continuada* (Barcelona) 2005; 12 (4): 70-85.
31. **Ezpeleta L** . (editora) *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* . Barcelona: Masson 2005.
32. **Knapp M et al** . (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. *Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood* . *British Journal of Psychiatry*, 180:19-23.
33. **Knapp MRJ, Scott S** , Davies J (1999). The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4:457-473.
34. **Levav I et al** . *Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey* . *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 13: 395–401.
35. **Robins LN** . *A 70 year history of conduct disorder: Variations in definition, prevalence, and correlates* . In: Cohen P, ed. *Historical and geographical influences on psychopathology*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999: 37–58.
36. **WHO-OMS** . *Caring for children and adolescents with mental disorders* . Setting WHO directions. Geneva: WHO 2003.
37. **WHO-OMS** . *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence: Geneva 2003.
38. **Peters RD** , McMahon RJ.(Eds). *Preventing Childhood Disorders, Substance Abuse and Delinquency* . London:SAGE; 1996.
39. **Tizón JL, San-José J, Nadal D** . *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. (2 tomos: I. Protocolos para adultos. II. Atención a la Infancia. Técnicas Grupales. Protocolos Preventivos). Barcelona: Herder, 1997, 2000.
40. **Tizón JL** , Buitrago F , Ciurana R (Coordinador), Chocrón L, Fernández C, García-Campayo J, Montón C, Redondo MJ. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud* . El Programa del PAPPs y la SEMFyc, versión 2003. En [www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf](http://www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf) (página del Programa

de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria). Un resumen en *Atención Primaria* 2003; 32 (Supl2): 77-101.

**41. Tizón JL.** *Prevención de los trastornos de salud mental*. En PAPPs y SEMFYC: Curso a distancia de prevención en atención primaria. Módulos 5,6 y 7. Barcelona: SEMFYC, 1997, 1999, 2003.

**42. DGPS-Direcció General de Salut Pública** - Amigó E, Angulo F, Artemán A, Callabed J, Casalé D, Cerdán G, Closa J, Fernández R, García E, Ibáñez M, Prats R, Puig M, Sanglós R, Sasot J, Tizón JL, Toro J, Trías E. *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juveni*. I. Barcelona: Direcció General de Salut Pública - Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya 1999.

**43. Lejarraga H, Krupitzky S, Gimenez E, Diament N, Kelmansky D, T izbaldi F, Cameron N.** *The organisation of a national survey for evaluating child psychomotor development in Argentina*. *Pediatric Perinatal Epidemiol* 1997, 11: 359-373.

**44. Lejarraga H, Menéndez AM, Menzano E, Guerin L, Biancatto S, Pianelli P , Fattore MJ, De Racco P** et al. PRUNAPE: Screening for psychomotor development problems at primary care level. *Arch Argent Pediatr* 2008, 106(2):119-125.

**45. Carter AS,** Briggs-Grown M. ITSEA-BITSEA: *Infant toddler & Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment*. Harcourt Assessment, Yale Guedeney A, Fermanian J. A Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawal Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(5): 559-575.

**46. Guedeney A,** Dumond C, Grasso F, Starkis N. *Comportament de retrait relationel du jeune enfant: du concept a l'outil diagnostique*. *Medicine et Sciences* 2004; 6-7: 1-5.

**47. Matthey S, Guedeney A, Starkis N, Barnett B.** *Assessing the social behavior of infants: Use of the ADBB scale and relationship's to mother's mood*. *Infant Mental Health Journal* 2005; 26 (5): 442-458.

**48. Guedeney A, Grasso F, Starkis N.** *Le séjour en crèche des jeunes enfants: Sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies*. *La Psychiatrie de l'enfant* 2004; 47 (1): 259-312.

**49. Larroque D, N'Guyen TTS, Guedeney A, Marchand L, Burquet A.** *Temperament at 9 months of very preterm infants born at less than 29 week's gestation: The Epipage study*. *Developmental and Behavioural Pediatrics* 2005; 26: 148-55.

**50. Oliver M, Mendez J, Sanchez V, Tomasi A, Yolitta H, Marina K, Correa MJ, Blasco M, Jacobs I, Guedeney A.** *Project for the validation of ADBB scale in an Argentine infant population*. *Infant Mental Health Journal*, 2008;29(3A), No. 322.

**51. Artigue J, Tizón J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Sorribes M, Marzari B, Pérez C, Pareja F.** *Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves*. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente* (Barcelona), 2004; (4): 51-67.

**52. Tizón JL, Parra B, Artigue J, Ferrando J, Catalá L, Sorribes M, Pareja F , Perez C.** *Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido*. *Archivos de Psiquiatría* 2006;69(1): 47-68.

**53. Tizon JL, Artigue J, Parra B, Ferrando J, Català L, Pérez C, Pareja F.** *Risk factors of Psychoses: Is a preventive detection possible?* *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (Supplementum) 2006: 431 (114): 14.

**54. Tizon JL, Artigue J, Parra B, Pérez C, Ferrando J .** *First results of the LISMEP: an approach to the early detection of severe mental disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (Supplementum) 2006: 431 (114): 55.

**55. Tizón JL,** Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, Pareja F , Gomá M, Marzari B. *Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?*. *Clínica y Salud*. 2008; 19 (1): 27-58.

**56. Holmes J,** Neighbour R, Tarrier N, Hinselwood RD, Bolsover N. *All you need is cognitive behaviour therapy?*. *BMJ* 2002; 324: 288-294.

**57. Torregrosa MJ,** De Muga E, Tizón JL. *Técnicas de intervención en situaciones de riesgo de patología mental en la primera infancia*. En J. Callabed (dir.): *El primer año de vida del niño*. Barcelona: Club de Pediatría Social 2001 (pp-67-69).

**Anexo I.****RED EUROPEA DE PROMOCION EN SALUD MENTAL****Promoción en Salud Mental de niños menores de 6 años****RECOMENDACIONES****LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS ES LO PRIMERO**

Los niños tienen el derecho de ser protegidos y ayudados en su desarrollo hacia el bienestar y hacia un estilo de vida mentalmente saludable, incluyendo habilidades para la promoción, sin distinción de raza, religión, género, o discapacidades físicas y psíquicas. La promoción de la salud mental en los primeros años de vida promueve una amplia gama de resultados positivos, incluyendo el incremento de la salud mental, menos riesgo de trastornos mentales y de conducta, mejor calidad de vida y una diversidad de resultados positivos tanto sociales como económicos. La Red Europea de Promoción de la Salud Mental recomienda elevar la conciencia de la importancia de la salud mental de los niños y desarrollar políticas para promover la salud mental y el bienestar de los niños y sus familias mediante:

- Una paternidad acogedora, responsable y sensible que facilite el desarrollo de las relaciones padres-niño.

- Prestando particular atención a los niños vulnerables, tales como:

- niños en riesgo psicosocial o con salud vulnerable (prematuros, discapacitados o niños con enfermedades crónicas, niños con problemas precoces de desarrollo y de conducta);

- niños con un entorno familiar vulnerable (niños víctimas de abusos o negligencias; hijos de familias monoparentales o de padres

- adolescentes; niños adoptados o en acogimiento; familias conflictivas; hijos de padres con trastornos de salud mental o toxicómanos);

- niños en riesgo por sus condiciones socioculturales (refugiados, inmigrantes, padres en paro).

- Apoyando un entorno de seguridad, la amistad entre iguales, una vecindad no violenta y acogedora que promueva y proteja la salud mental en la infancia.

- Desarrollando guarderías y centros de día que enfoquen y promuevan la salud mental en la infancia.

- Facilitando escuelas que proporcionen salud mental promoviendo entornos, currículos y programas adecuados.

- Incrementando el reconocimiento de las necesidades de los niños en los Servicios Comunitarios y de Salud (atención primaria, médicos de familia, hospitales y otros servicios de salud, bibliotecas, campos de deportes, etc.) contemplando la intervención preventiva y precoz, así como el apoyo educativo y social de los niños y las familias.

Desarrollando puestos de trabajo para proporcionar un contexto que promueva la salud mental de los padres y apoye la vida familiar.

- Realizando y monitorizando el cuidado del niño y un marco de protección legal para facilitar y asegurar la promoción de la salud mental y la protección de los niños.

- Para implementar y consolidar estas recomendaciones, es vital proporcionar fondos especiales que apoyen el desarrollo, implementación y mantenimiento de iniciativas efectivas y eficaces económicamente, que promuevan la salud mental y el bienestar de

los niños y las familias en diferentes encuestas, así como apoyar la investigación, la formación, y el desarrollo de líneas de actuación e intercambio de conocimientos.

Estas recomendaciones se han adoptado conjuntamente por Salud Mental Europa y los Coordinadores Nacionales del Proyecto de Promoción de la Salud Mental de niños menores de 6 años en la última reunión del Proyecto, en Bruselas el 27 de noviembre de 1999.

- Adults for Children, Noruega
- Afrée, Francia Aghia Sophia Children's Hospital, Grecia
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, España
- Børne-og Ungdomspsykiatrisk, Dinamarca
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Alemania
- Céméa, Francia
- Department of Health-Health Promotion Unit, Irlanda
- European Centre for Bioethics and Quality of Life, Italia
- Federatie diensten geestelijke gezondheidszorg, Belgica
- Folk Hälsö Institutet, Suecia
- Forum luxembourgeois de L'enfance et de l'adolescence, Luxemburgo
- Health Education Authority, Inglaterra
- Hospital de Donna Estefania-Departamento de Psiquiatría, Portugal
- International Attachment Network, Inglaterra
- Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, Belgica
- Mental Health Europe, Bélgica
- Stakes, Finlandia
- The Clifford Beers Foundation, Inglaterra
- Trimbo's Instituut, Holanda
- University of Nijmegen, Holanda

*Director del Equipo de Prevención en Salud Mental - EAPPP  
(Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb risc de Psicosis)  
C/ Córsega 544, 08025-Barcelona  
Tel 934 360 004 - Fax 934 355 303; eappp.bcn.ics@gencat.cat*

# Abordaje Clínico de los Trastornos de la Alimentación

## Clinical Approach of Eating Disorders

José Eduardo Rodríguez Otero

*Psicólogo Clínico. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

José Luís Rodríguez-Arias Palomo

*Psicólogo Clínico. Hospital Virxe da Xunqueira de Cee (A Coruña).*

### RESUMEN

*Este trabajo se propone contribuir al debate sobre las diferentes medidas clínicas en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) basado en los estudios empíricos disponibles hasta la fecha.*

*Los diferentes estudios considerados se analizan desde el supuesto de que "el problema es la solución" (1). Desde esta perspectiva se ofrecen datos que contribuyen a esclarecer si están justificadas las medidas extraordinarias, los programas preventivos, los recursos suplementarios, las intervenciones multidisciplinarias, los ingresos hospitalarios en "Unidades de Agudos" y las medidas restrictivas de la libertad que conllevan; en definitiva, si hay base empírica en la que apoyar la alarma social producen los TCA y el gasto sanitario que a ellos se destina.*

*Asimismo se revisan las pruebas disponibles para los tratamientos que habitualmente se ofrecen a quienes se diagnostica como TCA. La conclusión es que las intervenciones tanto psicoterapéuticas como farmacológicas están pendientes de recibir un respaldo empírico suficiente. En Anorexia Nerviosa (AN) se pueden ofrecer intervenciones familiares para niños y adolescentes así diagnosticados; en Bulimia Nerviosa (BN) y para el Trastorno por Atracción (TPA) la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) dispone de apoyo empírico y la fluoxetina para la disminución de los atracones a corto plazo. Otras estrategias psicoterapéuticas tienen, en el mejor de los casos, un apoyo empírico provisional. En España no hay*

### ABSTRACT

*This work proposes to contribute to the debate on the different clinical measures in the Eating Disorders based on the empirical available studies up to the date.*

*Different studies considered analyses from the assumption that "the problem is the solution" (Watzlawick, Weakland and Fisch, 1976). From this perspective will provide data that help clarify whether the extraordinary measures are justified, preventive programs, additional resources, the multidisciplinary interventions, income hospital in an acute care unit and measures restricting freedom involving; ultimately, if there is empirical basis on which to support the social alarm produce the Eating Disorders and the sanitary expense that goes to them.*

*Also reviewed the available evidence for treatments that are usually offered to those who are diagnosed as Eating Disorder. The general conclusion is that both psychotherapeutic and pharmacological interventions are still to receive sufficient empirical support. In Anorexia Nervosa (AN) they can offer family interventions for children and teenagers diagnosed, in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder the Cognitive Behavioral Therapy has empirical support and the Fluoxetine for the decrease of the short-term binge eating. Other psychotherapeutics strategies have, at best, an empirical provisional support. In Spain there is no any other psychoactive drug approved by the Spanish Agency of the Medicines and Sanitary Products*

*ningún otro psicofármaco aprobado por la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios.*

*Como conclusión se cuestiona si se está en condiciones de rechazar alguna alternativa terapéutica o de aceptar cualquiera de ellas sin la debida monitorización de sus resultados.*

**Palabras clave.** Conducta alimentaria, psicoterapia, psicoterapia breve, terapia familiar, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa

*In conclusion questioned whether being in a position to reject any alternative therapeutic or accept any of them without proper monitoring of its results.*

**Keywords.** Alimentary behaviour, psychotherapy, brief therapy, family therapy, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

## INTRODUCCIÓN

“Al margen de la eventual manipulación y de la potencial utilización de la anorexia y bulimia por parte de políticos y periodistas, y en contra de la opinión de algunos profesionales que se empeñan en defender ardorosamente la idea de que el incremento en la prevalencia de los trastornos alimentarios no es más que un espejismo, los escasos datos procedentes de los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país vienen a sustentar la apreciación de que ***ambos trastornos se están convirtiendo en un problema de salud pública*** que no puede ser trivializado.

... plantear que ***los trastornos de la alimentación no requieren medidas sanitarias especiales es negar la evidencia*** que la investigación epidemiológica y la práctica de cada día nos depara.

Con todo esto por delante, ***resulta evidente la necesidad de realizar un debate*** sobre los trastornos alimentarios basado en datos reales relativos a la demanda (apoyados en estudios epidemiológicos fiables a nivel metodológico), y también relativos a la asistencia, esto es, indicativos de qué es lo que se está haciendo en relación con estos problemas, qué rutas asistenciales siguen los pacientes, qué evolución tienen a corto, medio y largo plazo, y ese largo etcétera que a todos

*nos parece tan necesario pero que tan pocas veces se llega a evaluar adecuadamente”*. (2).

Recogemos la propuesta de Fernando Vaz Leal y nos proponemos contribuir modestamente a un debate sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Un debate serio y basado en los resultados de estudios empíricos disponibles hasta finales de 2007.

Nuestra idea sobre la formación y resolución de problemas sigue los planteamientos de la escuela de terapia familiar conocida como el MRI de Palo Alto (California). De acuerdo con ellos pensamos que el problema es la solución. Cuando un problema se agrava, amplía, acentúa o empeora, una de las posibles explicaciones es que se está abordando de una manera inadecuada; se están poniendo unas soluciones ineficaces, de tal manera que en vez de conseguir que un problema vaya a menos, inadvertidamente se contribuye a poner las cosas peor. Aplicamos este planteamiento al abordaje clínico de los trastornos de la alimentación.

**Solución ineficaz nº 1:** *“Los TCA están aumentando de manera alarmante entre la población adolescente: hay que tomar medidas especiales, lo que implica destinar más recursos”*.

En este sentido el autor de las palabras que abren este artículo afirma que los TCA “se están convirtiendo en un problema de salud pública”. Vamos a ver si se dispone de datos suficientes para sostener esta afirmación.

En la última década se han realizado una serie de estudios epidemiológicos para evaluar la prevalencia de los TCA (3-7). En todos ellos los autores afirman en uno de los primeros párrafos del informe que publican que “los trastornos del comportamiento alimentario son cada vez más frecuentes, especialmente entre la población femenina adolescente”.

En **tabla 1** puede verse un resumen de los principales estudios epidemiológicos realizados en España durante la última década. Teniendo en cuenta resultados medios la prevalencia de la Anorexia Nerviosa es de un 0,35% y la de la Bulimia Nerviosa es un 0,71%. El porcentaje sube en los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados que son, precisamente, aquellos casos que no cumplen todos los criterios diagnósticos requeridos para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa propiamente dichas. ¿Así son las cosas o así las vemos? Dicho de otra manera ¿Significan estos datos

que la mayor parte de los casos no son tan graves? ¿O mejor que los profesionales hacen un esfuerzo para clasificar a pacientes dentro de este tipo de trastornos?

Otra característica es la constancia de resultados, a pesar que hay una diferencia de 8 años entre la publicación del primero y el último. ¿Puede sostenerse que la prevalencia de los TCA aumenta? Pensamos que no. ¿Disminuye? Pensamos que tampoco. ¿Cuál es entonces el interés en afirmar que los TCA se están convirtiendo en un problema de salud pública? ¿Se espera que si se crea un estado de opinión preocupante las autoridades sanitarias destinarán más recursos a los TCA? Y si se están destinando más recursos y se están tomando medidas especiales con los TCA, ¿cómo es que tampoco se consigue una disminución de su prevalencia?

Los autores pensamos que merece la pena reflexionar sobre la posibilidad de que una solución ineficaz en el abordaje de estos trastornos sea el pesimismo expresado en la creencia de que los TCA continúan aumentando a pesar del -o gracias al- esfuerzo económico y de recursos que se está haciendo en su abordaje.

Este pesimismo no parece sostenerse en otra cosa que en la falta de consideración

**TABLA 1: ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE LOS TCA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA**

	Año	N	Edad	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA total (%)
Madrid (8)	1993/94	725	15	0,69	1,24	2,76	4,69
Zaragoza (9)	1997	2.194	12-18	0,14	0,55	3,83	4,52
Navarra (10)	1997	2.862	12-21	0,31	0,77	3,07	4,15
Madrid (11)	1998/99	1.248	13-25	0,6	0,6	2,1	3,4
Málaga (12)	2001	930	12-21	0,4	0,6	3,9	4,9
Media ponderada	-	-	-	0,35	0,71	3,20	4,27

hacia los estudios epidemiológicos arriba citados. Y sin embargo el interés de los profesionales y estudiosos del tema aumenta sin cesar. Y con ello la cantidad de tiempo y dinero que se destina a la investigación en TCA. Se ha pasado de las 93 citas bibliográficas de la década de los 50 a las 800 de los siete primeros años de este siglo<sup>1</sup>.

**Solución ineficaz nº2:** *“Para los TCA, mejor prevenir que lamentar”*.

Otra de las ideas que más repiten los autores de los artículos consultados es que “parece justificado realizar intervenciones de prevención para este tipo de problemas, así como su búsqueda activa” ¿Se dispone de datos que justifiquen este esfuerzo de prevención y persecución?

En 1999 el Senado español recogiendo la sensibilidad de la población sobre este problema reunió a un conjunto de expertos en el tema -Especialistas en Salud Mental, Psicólogos, Sociólogos, Filósofos y Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Psiquiatras y Endocrinólogos; profesores de secundaria, catedráticos de Ética, de Psicología de la Personalidad y de Filosofía, profesores de Enseñanza Secundaria, Terapeutas Ocupacionales-, representantes de la Administración Pública, asociaciones de afectados y de padres de alumnos, organizaciones de consumidores, diseñadores, directores de pasarelas de moda, empresas confeccionistas, fabricantes de juguetes, organizadores de concursos de belleza, deportistas, bailarinas, publicistas, periodistas de radio, televisión y revistas de moda. Con sus aportaciones redactaron una ponencia sobre los condicionantes extrasanitarios de la anorexia y la bulimia (13). En el texto de esta ponencia se recomienda:

- Promover campañas de prevención e información de anorexia y bulimia dirigidas a padres AMPAS, monitores deportivos y de campamentos y responsables de asociaciones juveniles y de centros de información juvenil, encaminadas a formarles en el reconocimiento y detección precoz de los síntomas de alarma y en la modificación de la conducta de riesgo en los jóvenes.

- Formar grupos de autoayuda con jóvenes a partir de los 16 años.

- Los medios de comunicación deben esforzarse por promover mensajes en los que no sea tan importante el aspecto externo como el contenido, la inteligencia, el ingenio, el esfuerzo y la cultura.

Quienes trabajamos en la sanidad pública siempre agradecemos el esfuerzo bienintencionado de los políticos para mejorar la salud de la población. Y especialmente si se trata del sector más joven y, por tanto, con más posibilidades de futuro.

En este año acaba de traducirse una revisión Cochrane (14) que analiza las intervenciones para prevenir los TCA en poblaciones de niños y adolescentes. Los autores concluyen que los datos disponibles hasta la fecha “no permiten plantear conclusiones firmes acerca del impacto de los programas de prevención para los trastornos de alimentación en niños y adolescentes; aunque ninguna de las comparaciones combinadas evidenciaron la existencia de efectos nocivos. Desde una perspectiva clínica, el desarrollo y refinamiento de programas de prevención es complicado por la falta de conocimiento acerca de los factores de riesgo asociados a los trastornos de la alimentación y por la posibilidad de que éstos tengan efectos nocivos.”

1 Este es el número de referencias bibliográficas si se busca en PubMed con el descriptor “Eating Disorder”.

Parece claro que, si los resultados no acompañan y, además, hay alguna posibilidad de que las campañas de prevención tengan efectos no deseables, antes de implementar un programa de prevención y de promover una campaña de sensibilización habrá que diseñar los procedimientos de evaluación a corto y largo plazo de los efectos de tales medidas preventivas. No vaya a ser que “el problema sea la solución” y estas medidas preventivas estén contribuyendo inadvertidamente a sostener el problema en sus actuales dimensiones.

**Solución ineficaz nº3:** *“Se sabe que las medidas extraordinarias para abordar los TCA son más caras y se supone que también son más resolutivas”.*

Cuando una sociedad está preocupada por un problema a menudo se deciden medidas extraordinarias para resolverlo, que se justifican con dos tipos de argumentos: o bien se piensa que las medidas ordinarias son insuficientes, o bien se desea tranquilizar la conciencia social.

Para dar validez al primer argumento es necesario que se haya demostrado que las medidas ordinarias son insuficientes. No es el caso de los TCA, ya que no se disponen de pruebas empíricas suficientes como para afirmar que este tipo de pacientes evolucionan mal en los circuitos de derivación habituales de la Sanidad Pública. Entre otras cosas porque, al crear recursos especiales y específicos, no se da la oportunidad a los dispositivos ordinarios y generales de demostrar su eficacia. Tampoco se dispone de información que permita concluir que los dispositivos especiales superan a los generales en eficacia para el abordaje de este tipo

de trastornos. Tales comparaciones sencillamente no se plantean porque ya es sabido que la gravedad de la patología justifica el gasto. Así, las autoridades sanitarias siguen financiando estos dispositivos especiales y priorizan la atención a las personas afectadas sin tener prueba alguna que avale si con estas medidas se beneficia o perjudica a pacientes y familiares.

Estas medidas especiales trascienden el ámbito sanitario y ocupan el tiempo y el interés de los dirigentes políticos. Así en el 2000 se debatió en el Parlamento una proposición no de ley que fue rechazada en enero de 2001, por la cual se instaba a los gobiernos autonómicos a emprender acciones encaminadas a eliminar las listas de espera en los tratamientos de Anorexia y Bulimia, a declararlas “enfermedades de atención prioritaria y a crear centros especializados en todos los hospitales públicos para el tratamiento de estas enfermedades”. Cinco años más tarde se volvió a discutir en el Parlamento, y esta vez se aprobó en junio de 2006, una proposición no de ley en la que argumentando que al no existir una rama de la Psicología especializada para estos trastornos y al realizarse los tratamientos en centros psiquiátricos, que no es el lugar más adecuado, se plantea que “el Ministerio de Sanidad y Educación colaborarán con las Comunidades Autónomas en la elaboración de un plan de especialistas, en la creación de centros especializados y en la formación de un cuerpo de psicólogos especializados en detección precoz, con los medios materiales y económicos necesarios<sup>2</sup>.”

En el “Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2003-2007” (15) se recoge un cuadro con la prevalencia de los diferentes

<sup>2</sup> Los autores ignoramos el grado de cumplimiento de esta proposición no de ley, y aunque estemos cuestionando la oportunidad de las medidas extraordinarias, nos congratulamos con el papel que esta proposición no de ley da a la Psicología en general y a los Psicólogos Clínicos en particular.

trastornos mentales. Atendiendo a las categorías de clasificación generalmente consideradas como más graves, una de las más prevalentes es la “depresión mayor recurrente” con un 4,77% de prevalencia en el último año; la esquizofrenia figura con un 1,02% de prevalencia. Los TCA ni se citan en el cuadro, ni se citan en el texto; se supone que la prevalencia es inferior. Si se considera la demanda atendida por los Equipos de Salud Mental, los TCA ocupan el noveno lugar con un 1,31% de los casos atendidos por estos equipos. Quedan por detrás de los trastornos ansioso depresivos (29 veces más frecuentes), de los trastornos depresivos severos (14 veces más frecuentes), de los trastornos psicóticos, de los trastornos adaptativos (ambos 11 veces más frecuentes), de los trastornos de la infancia y adolescencia (3 veces más frecuentes), de los trastornos orgánicos, del retraso mental (casi el doble de frecuentes) y del consumo de sustancias (por delante, pero casi a la par).

En el citado plan integral se afirma que “con el objetivo de mejorar los resultados en salud y calidad de vida de las personas con trastorno mental, se plantea un modelo de atención sanitaria basado en la gestión por procesos asistenciales integrados” (pp. 56). Y se definen tres procesos asistenciales de este tipo: el primero para el trastorno ansioso-depresivo, cuya justificación es “tanto los datos de prevalencia e incidencia en la población general, como la demanda de servicios sanitarios de este tipo de trastornos” (pp. 57); el segundo para el trastorno mental grave, porque “posee unas características que le convierten en un problema de salud de primer orden. Las cifras de prevalencia, la tendencia a la cronicidad con la aparición de discapacidades importantes, el impacto familiar y social que produce, así como los distintos niveles y profesionales que intervienen hacen imprescindible una atención integral

que garantice la continuidad asistencial y convierta al paciente y su entorno próximo en el centro de todas las actuaciones” (pp. 61); y el tercero para el trastorno de la conducta alimentaria (pp. 65-68). Los autores no hemos encontrado en las páginas citadas la justificación para definir este tercer proceso integrado; pero, probablemente, la tengan quienes diseñaron el Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2003-2007.

¿Cómo se puede saber que estas medidas extraordinarias no están entorpeciendo el correcto funcionamiento de las medidas ordinarias? ¿Cómo se puede saber si estas medidas extraordinarias benefician o perjudican a los pacientes y a sus familias? ¿Cómo se puede saber si estas medidas extraordinarias tienen algún efecto además del de tranquilizar la conciencia social de los ciudadanos y contribuir a maquillar la imagen de los políticos?

**Solución ineficaz nº4:** *“Intervenir con todos los medios disponibles garantiza que no se ha podido hacer más, que equivale a haber hecho lo mejor”.*

Es lógico que cuando un problema resulta especialmente preocupante se haga todo lo posible para afrontarlo y solucionarlo. Lo que sucede es que en algunas circunstancias estas intervenciones múltiples carecen de la organización adecuada y, en consecuencia, no tienen el resultado esperado. Las medidas múltiples, en ocasiones, se contradicen y una anula el potencial efecto de las otras.

Cada vez que un problema se considera grave o de difícil solución los profesionales proponen razonablemente intervenciones inter o multidisciplinares. El argumento es que si desde un punto de vista no se obtiene el resultado deseado hay que probar a añadir otros puntos de vista, en lugar de

sustituir un punto de vista por otro. La idea que subyace a esta estrategia de intervención es que cuatro brazos hacen más que dos; con independencia de la coordinación con la que trabajen.

Al hacer “todo lo que está en nuestra mano”, a menudo se mezclan medidas basadas en el control externo con otras basadas en la responsabilidad y confianza de los pacientes. La ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica indica en su artículo 5.1 que “El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.” Y en el artículo 9.3c establece que a partir de los 16 años cumplidos no cabe el consentimiento por representación, es decir, los padres no pueden autorizar una intervención en materia de salud sobre un hijo que ya haya cumplido 16 años. Esta norma, por tanto, obliga a los profesionales a intervenir en materia de salud contando con el consentimiento del propio paciente. La ley también establece unas excepciones: cuando hay riesgo para la salud pública y cuando existe riesgo grave para la integridad física o psicológica del paciente y no es posible conseguir su autorización. Estos casos tienen que ser necesariamente la excepción y no la norma y por ello la ley indica que cuando se haya tomado alguna medida sin contar con la autorización del paciente se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial en el plazo de 24 horas.

La ley parece ponerse de parte de las medidas basadas en la confianza. Estrategias como favorecer la información a pacientes y familiares, promover una alianza terapéutica creando un clima de seguridad y recíproca

confianza, acordar, respetar y negociar unos objetivos terapéuticos acordes con la idiosincrasia y los deseos de los pacientes y sus familias, que a la vez no entrañen un riesgo especialmente grave para la salud del paciente; encajan bien en el espíritu de la ley. Las presiones, chantajes, suspicacias, castigos y privaciones a los que a menudo se somete a estos pacientes, difícilmente encajan con el espíritu de la ley y caen abiertamente en la ilegalidad cuando no se ha obtenido el consentimiento del paciente o éste se ha conseguido de una manera torticera. Cabe que los profesionales hagamos una reflexión sobre nuestras propias capacidades y habilidades comunicativas cuando nos vemos abocados a recurrir a medidas terapéuticas impositivas que bordean la violencia psicológica y hasta física.

Con todo, resulta perfectamente posible que tanto las estrategias basadas en la confianza, como las basadas en el control puedan ser eficaces y puede que haya personas y circunstancias en las que sean más recomendables las primeras que las segundas y otras en las que se puedan justificar las medidas de control frente a las basadas en la confianza. Lo peor es cuando un caso se declara grave y se interviene con todos los medios disponibles: conseguir una alianza terapéutica a base de chantajes y castigos es una misión tan insensata, como improbable; promover un clima de seguridad y confianza mediante presiones e imposiciones es descorazonador; y desatender los objetivos de los pacientes y anteponer los propios, no es negociar y sí una forma de facilitar el fracaso del tratamiento.

La intervención multidisciplinar utiliza más recursos, es más cara y no se dispone de pruebas de que sea más eficaz. Otro tema de reflexión para los profesionales es si está justificado o no la intervención multidisciplinar

en los TCA. ¿Cuál es el plus de eficacia que ofrecen los equipos multidisciplinares en TCA sobre los tratamientos que se ofrecen en los dispositivos ordinarios?

**Solución ineficaz nº5:** *“Todos los casos de TCA son graves y como tal hay que tratarlos”.*

Una de las creencias más extendidas en el campo de los TCA es que son casos graves. Unas veces porque las pacientes se juegan la vida y otras porque exhiben unas conductas de riesgo que más pronto que tarde verán comprometida su salud.

En la tabla 2 pueden leerse los criterios de ingreso en una Unidad cualquiera de TCA para la Anorexia Nerviosa (AN) en concreto. Los dos primeros son claros y observables; no dependen de la valoración del profesional que propone el ingreso; y, probablemente, sean razonables y justifiquen el ingreso, aunque el riesgo vital está en un IMC muy por debajo de 17. El tercero es también observable y en este caso el ingreso probablemente dependa del tipo de infección, de la recurrencia y de si los tratamientos que se requieren pueden dispensarse ambulatoriamente o no. A partir del criterio cuarto entra en juego la subjetividad del profesional, que es quien puede valorar la intensidad de la

sintomatología depresiva o ansiosa, la falta de motivación o la disfuncionalidad de la dinámica familiar. Al ser criterios subjetivos están sujetos a las diferentes prácticas, actitudes o preferencias de los profesionales. Además, no es fácil que el sistema de Salud Público provea plazas de ingreso hospitalario para todas los pacientes que les falta motivación, rechazan el tratamiento o conviven en una dinámica familiar disfuncional. ¿Y por qué no ingresar a otras personas con otras patologías o sin patología, pero que también viven en el seno de una familia con una dinámica relacional disfuncional? El séptimo criterio, como los dos primeros, parece razonable; pero es necesario contar con la aceptación del paciente y de su familia porque, de otra manera se corre el riesgo de que el ingreso se convierta en una solución ineficaz del cuarto tipo de soluciones arriba comentadas.

Es necesario recordar que un ingreso en una Unidad de Agudos por razones de salud mental implica en primera instancia la privación de la libertad y, luego aceptar una disciplina hospitalaria y cumplir unas normas que otros han decidido porque las consideran buenas y terapéuticas. Tales medidas sólo pueden justificarse como excepcionales si con ello se protege la integridad física o psi-

**TABLA 2: CRITERIOS DE INGRESO PARA LA ANOREXIA NERVIOSA**

<b>UNO</b>	Desnutrición grave: pérdida de más del 30% del peso adecuado a la altura o $IMC < 17$
<b>DOS</b>	Alteraciones importantes del equilibrio electrolítico o de los signos vitales.
<b>TRES</b>	Infecciones intercurrentes
<b>CUATRO</b>	Sintomatología depresiva grave con ansiedad intensa o ideación autolítica
<b>CINCO</b>	Falta de motivación y rechazo del tratamiento
<b>SEIS</b>	Dinámica familiar disfuncional
<b>SIETE</b>	Cuando haya fracasado el tratamiento ambulatorio

cológica de los pacientes, o de terceros y si de esta manera se proporcionan tratamientos eficaces -capaces de restituir la autonomía personal- que no serían aplicables ambulatoriamente.

## RESUMEN DE LAS PRUEBAS EMPÍRICAS DISPONIBLES

En definitiva, hay mucho interés, la sociedad está muy sensibilizada y se destinan muchos recursos para paliar el sufrimiento de las personas que viven en sus propias carnes los estragos de un TCA y de sus familiares, pero... ¿Están justificados estos esfuerzos? ¿Son necesarios tantos recursos porque producen beneficios constatables para estas personas? ¿Es un derecho? O, por el contrario, ¿El exceso de interés y de dedicación agrava el sufrimiento y cronifica el dolor? ¿La tranquilidad de profesionales y políticos tiene que ser a costa de los afectados; del incremento de su malestar gracias a los efectos iatrogénicos de las medidas tranquilizadoras y supuestamente terapéuticas? ¿Es un privilegio o, definitivamente, puede sostenerse que es un derecho?

Para contribuir a esclarecer los anteriores interrogantes se analizan a continuación las pruebas que sostienen los tratamientos que habitualmente se ofrecen a quienes se diagnostica como un TCA.

En general se puede avanzar que la eficacia de las intervenciones terapéuticas, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas, que se están diseñando y aplicando para abordar los TCA está pendiente de ser respaldada empíricamente. Numerosos estudios han tratado esta temática, fracasando en la tarea de aportar datos concluyentes sobre cuál es la forma idónea de intervenir en cada uno de los TCA. Estos estudios, en el mejor de los casos, aportan datos preliminares y parciales, siendo una constante y un déficit en este campo la esca-

sez de investigaciones que aportan datos sobre seguimiento y remisión del síndrome frente al enfoque predominante del estudio de la disminución de los síntomas.

En las siguientes líneas, se hace un repaso de la evidencia disponible para intervenir en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos por atracón (TPA). Finalmente, se resume la evidencia expuesta en estos epígrafes.

### 1. Evidencia sobre los tratamientos disponibles en anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es la patología alimentaria sobre la que existe menor consenso sobre cuál es el mejor tratamiento para abordarla.

La Guía Nice (16) no hace ninguna recomendación al respecto que se base en estudios de alta calidad. Solamente realiza una recomendación que se basa en estudios de menor calidad: se debe ofrecer a niños y adolescentes intervenciones familiares que aborden directamente el problema alimentario. Finalmente, expone 50 recomendaciones que se basan en el consenso entre expertos, destacando entre ellas dos: la mayoría de las personas con AN deben ser tratadas ambulatoriamente con tratamiento psicológico proporcionado por un servicio competente y, cuando se requiere tratamiento hospitalario, debe combinarse el seguimiento del estado físico con intervenciones psicosociales.

En el meta-análisis desarrollado por The RTI International-University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center (17), se revisa de forma sistemática la evidencia existente sobre la eficacia de los tratamientos en AN, efectos secundarios de los mismos, factores asociados con la eficacia del tratamiento y la diferencia

## INDICADO PARA TODO TIPO DE PACIENTES

- Que necesiten un ajuste de dosis adaptado a sus necesidades
- Con problemas de deglución
- Ancianos
- A los que no les guste tomar comprimidos
- Polimedicados

¡NUEVO!  
GOTAS

## AHORA MÁS FÁCIL

- Un ajuste de dosis hecho a medida: 1 gota = 1 mg
- Poner el envase boca abajo y dejar caer las gotas una a una
- Verter las gotas en un vaso de agua o zumo



# Cipralex® Gotas

La solución que completa la gama



Más rápido 

Más eficaz 

Mejor tolerado 

Más completo 

En Depresión y Ansiedad,  
rapidez y potencia son decisivas

Lundbeck



Cipralex®  
escitalopram

10/15/20 mg  
Gotas 20 mg/ml



en los resultados en función de las características sociodemográficas de los sujetos. Concluyen que hay una evidencia débil que respalde la utilización de psicofármacos en esta patología, siendo, por lo tanto, inapropiado tratarla solamente con medicación. La evidencia que respalda la intervención psicoterapéutica también es débil cuando el paciente es un adulto y moderada cuando se trata de un adolescente. En estos casos, la intervención familiar en jóvenes no crónicos ha mostrado sus ventajas, al igual que la terapia cognitivo-conductual (TCC) para reducir recaídas cuando el sujeto está en normopeso, fracasando los intentos de respaldar empíricamente su empleo en condiciones de infrapeso. No hubo ningún estudio que cumpliera los requisitos de calidad exigidos por este meta-análisis que explorara la eficacia de las intervenciones combinadas de psicoterapia con psicofármacos.

La Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces (18) sostiene que no se sabe cuál es el tratamiento óptimo en AN. Esto se debe a la escasez de estudios controlados y el fracaso en validar empírica y sistemáticamente la eficacia de las diferentes aproximaciones terapéuticas.

## **2. Evidencia sobre los tratamientos disponibles en bulimia nerviosa**

Diversos estudios controlados respaldan la eficacia de intervenciones terapéuticas en bulimia nerviosa.

La Guía Nice (16) recomienda el empleo de TCC diseñada específicamente para la BN. Esta recomendación la realiza basándose en estudios de alta calidad. Estudios de menor calidad plantean la utilización de antidepresivos en BN, señalando que pueden reducir inicialmente los atracones, pero que se desconoce su efecto a largo plazo. Recomienda no utilizar

otros psicofármacos en BN. Terapias alternativas, sostenidas por estudios de calidad menor, son la terapia interpersonal y los programas de auto-ayuda.

El estudio de meta-análisis desarrollado por The R TI International-University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center (19), sostiene que hay una fuerte evidencia que respalda el empleo de antidepresivos (fluoxetina), terapia cognitivo-conductual y una combinación de ambas en el tratamiento de la BN, si bien estos tratamientos combinados, junto a los secuenciales, son los que mayores tasas de abandono tienen. Investigaciones de proceso revelan que el componente principal de la TCC es el cognitivo, considerándose clave para la explicación de los resultados obtenidos. Los estudios que valoran la eficacia de terapia dialéctico-conductual y la imaginación guiada no son tan concluyentes como los anteriores, pero arrojan una evidencia preliminar que sostendría el empleo de estas aproximaciones terapéuticas.

Le Grange, Crosby, Rathouz y Leventhal (20) en un ensayo clínico aleatorizado, comparan la terapia familiar y la terapia de apoyo en el tratamiento de la BN para 80 pacientes entre 12 y 19 años. Participaron en el tratamiento durante seis meses y se hizo una valoración de seguimiento transcurridos otros seis meses. La terapia familiar produce mayores tasas de abstinencia de atracones, menor frecuencia de atracones y purgas y reducción de los síntomas bulímicos medidos con el Eating Disorder Examination (EDE). Estas diferencias se atenúan, pero se mantienen en la valoración de seguimiento. En ambos grupos las tasas de abstinencia de atracones fueron bajas. Este estudio aporta, por tanto, una evidencia moderada y provisional para el tratamiento de la BN mediante terapia familiar.

La Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces (18) señala que la TCC es un tratamiento eficaz para la BN, superior incluso a los tratamientos conductuales que omiten la modificación de actitudes desadaptadas respecto al peso y la figura. Asimismo apunta que, a largo plazo, la terapia interpersonal es tan efectiva como la TCC. Concluye afirmando que sólo el 50% de las personas que reciben tratamiento para la BN se recuperan y aproximadamente un 20% lo abandona.

### 3. Evidencia sobre los tratamientos disponibles en trastorno por atracón

La evidencia disponible en TPA se superpone en gran medida a la relatada anteriormente respecto a BN. El solapamiento sintomatológico entre los dos diagnósticos, particularmente en lo referente a los atracones, hace que las intervenciones validadas sean bastante similares.

La Guía Nice (16) recomienda la TCC diseñada específicamente para el TPA, indicando que tiene un valor limitado sobre el peso. Estudios de menor calidad respaldan el empleo de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), si bien se debe señalar que estos fármacos reducen inicialmente los atracones, pero su efecto a largo plazo es desconocido. La terapia interpersonal, la terapia conductual y los programas de auto-ayuda son respaldadas por diversos estudios; su evidencia se cataloga, en la actualidad, como moderada y provisional.

The R TI International-University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center (21) sostiene que hay una evidencia moderada que respalda el empleo de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas o una combinación de ambas para el TPA. Los ISRS reducen los atracones, síntomas psiquiátricos y el peso,

la sibutramina y el topiramato obtienen resultados prometedores en la reducción de peso, pero los psicofármacos tienen altas tasas de abandono (16-57%) y escasos datos referentes a la abstinencia de atracones, remisión de síntomas y datos de seguimiento a medio y largo plazo. Con datos de seguimientos a cuatro meses, la TCC se ha mostrado efectiva para reducir los atracones, teniendo poco impacto sobre el peso y altas tasas de abandono (11-27%). La evidencia está aumentando, pero todavía es poco concluyente respecto a otras aproximaciones terapéuticas como la terapia dialéctico-conductual o los programas de auto-ayuda. La combinación de psicofármacos e intervenciones psicoterapéuticas tiene un doble efecto sobre el peso y la reducción de atracones, si bien la pérdida de peso está asociada al mantenimiento del fármaco y la naturaleza de relación entre la duración de la intervención psicofarmacológica, los cambios psicológicos y conductuales y los resultados a largo plazo todavía no son claros.

La Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces (18) argumenta que el principal criterio de eficacia de los tratamientos para el TPA es la disminución de atracones y no la disminución de peso. Señala que el tratamiento adecuado es la combinación de TCC con estrategias conductuales, pero que todavía queda por resolver el problema del mantenimiento de las pérdidas de peso más allá del primer año de tratamiento.

### 4. Resumen de la evidencia

En la actualidad no hay una evidencia fuerte que respalde el empleo de una intervención psicoterapéutica determinada en AN, hay evidencia preliminar que sostiene la aplicación de intervenciones familiares en

adolescentes y de TCC en normopeso para reducir las recaídas.

Un fuerte cuerpo teórico y empírico respalda el empleo de TCC y fluoxetina en BN, otras aproximaciones como la terapia familiar o los tratamientos combinados también están obteniendo resultados prometedores en este ámbito de intervención.

Finalmente, en el TPA hay evidencia moderada que respalda el empleo de psicofármacos, TCC y tratamientos combinados, si bien los efectos secundarios de la medicación hacen que la TCC sea la más recomendable en este momento.

## CONCLUSIONES

Este es el estado de la cuestión. No estamos seguros si este resumen ha aportado alguna luz a los interrogantes planteados en

este texto. Los autores proponemos otros dos interrogantes a modo de síntesis de todo lo escrito:

¿Estamos en condiciones de rechazar alguna alternativa de tratamiento por lejana que ésta sea a nuestra adscripción teórica?

¿Estamos en condiciones de aceptar algún tratamiento como mejor sin monitorizar su resultado para cada caso, para cada paciente?

Y terminamos de la misma manera que empezamos: suscribimos la idea de Vaz Leal y decimos siete años más tarde que sigue siendo necesario un debate que trascienda las creencias personales y que, teniendo en consideración las pruebas disponibles, unifique esfuerzos para desarrollar estrategias de solución eficaces como el camino más corto para evitar el sufrimiento estéril de estas personas.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Watzlawick P**, Weakland JH, Fisch R. *Cambio*. Barcelona: Herder; 1976.
- (2) **Vaz Leal FJ** (2000). *La querrela de la anorexia nerviosa*. Revista de la A.E.N. 2000; 20 (2): 185-186.
- (3) **González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Martín Cabrera B, Mitra Pau I, Roy de Pablo R**, Vázquez de la Torre Escalera P. *Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación* Aten Primaria. 2007; 39(4): 189-194.
- (4) **Díaz Benavente M**, Rodríguez Morilla F, Martín Leal C, Hiruela Benjumea MV. *Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares*. Aten Primaria. 2003; 32(7): 403-409.
- (5) **Gil Canalda MI, Candela V illanueva JP, Cecilia Rodríguez M**. *Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos* (I). Aten Primaria. 2003; 31 (3): 178-180.
- (6) **Moraleda Barba S, González Alonso N, Casado V iñas JM, Carmona de la Morena J, Gómez-Calcerrada Gómez R, Aguilera Sánchez M et al**. *Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media*. Aten Primaria. 2001; 28 (7): 463-467.
- (7) **Vázquez-Barquero JL**, compilador. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998.
- (8) **Morande G, Casas JJ**. *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines*. Pediatría Integral. 1997; 2: 246-260.
- (9) **Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C et al** (1998) *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 1998; 3: 148-162.
- (10) **Pérez M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez MA, Lahortiga F, Cervera S**. *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras*. Med Clin. 2000; 114: 481-486.
- (11) **Gandarillas-Grande A, Febrel C**. *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública; 2002.
- (12) **Rivas T, Bersabe R, Castro S**. *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga* (España). Salud Mental. 2001; 24(2): 25-31.
- (13) **Secretaría general del Senado**. Informe de la ponencia encargada de estudiar los condicionantes extrasani-  
tarios que concurren en el incremento de la incidencia de la anorexia y la bulimia en la población y proponer las medi-  
das políticas y legislativas oportunas. Madrid: Dirección de Estudios y Documentación, Departamento de Publicaciones; 2000. Disponible en: <http://es.salut.conecta.it/pdf/informe.pdf>
- (14) **Pratt, BM, Woolfenden, SR**. *Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adoles-  
centes* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (15) **Servicio Andaluz de Salud** (S.A.S.). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)
- (16) **National Institute for Clinical Excellence** (NICE). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Londres: National Institute for Clinical Excellence; 2004. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg009nicguidance.pdf>
- (17) **Bulik CM, Berkman ND, Brownlwey KA, Sedway JA, Lohr KN**. *Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*. Int. J Eat Disord. 2007; 40 (4): 310-320.

**(18) Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I.** *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos.* Madrid: Pirámide; 2003.

**(19) Shapiro JR, Berkman ND, Brownlwey KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM .** *Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials.* Int J Eat Disord. 2007; 40 (4): 321-336.

**(20) Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL .** *A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa.* Arch Gen Psychiatry. 2007; 64 (9): 1049-1056.

**(21) Brownlwey KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM .** *Binge Eating Disorder Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials.* Int J Eat Disord. 2007; 40(4): 337-348.

*Correspondencia: José Luis  
Rodríguez-Arias Palomo.  
Hospital Virxe da Xunqueira.  
Recheo S/N Paseo Marítimo. 15270  
Cee (A Coruña).  
Jose.Luis.Rodriguez-  
Arias.Palomo@sergas.es*



# TDAH: Reflexiones y Desafíos

## ADHD: Thoughts And Challenges

Aurelio J. Álvarez Fernández

Psiquiatra del Centro de Salud Mental Infanto  
Juvenil de Avilés

### RESUMEN

*Este artículo intenta realizar algunas reflexiones sobre aspectos relacionados directa o indirectamente con los retos que desde los servicios públicos de salud mental plantea la atención de niños/as afectados de problemas de desatención e hiperactividad y sus familias: coordinación intrasectorial e intersectorial, integración de conocimientos provenientes de diferentes disciplinas (neurociencias, ciencias sociales, psicología, ...), diagnóstico, diagnóstico diferencial, incremento de las investigaciones en psicología y ciencias sociales, ... La mayoría de estos desafíos afectan a toda la salud mental de niños/as y adolescentes.*

**Palabras clave:** TDAH, coordinación intra e intersectorial, diagnóstico, diagnóstico diferencial, integración de diversos conocimientos.

### INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) ha suscitado un gran interés durante esta última década tanto entre los profesionales como en el público en general. Prueba de ello son el gran número de artículos, monografías, libros y protocolos escritos sobre este tema durante este periodo<sup>1</sup>, además de los abundantes artículos publicados en periódicos y revistas científicas. Este hecho está produciendo la sensa-

### ABSTRACT

*this article tries to think about something direct or indirectly clinical aspects of challenges (#) refer to care of children with inattention and hyperactivity problems and their families in the public mental health services: intrasectorial and intersectorial coordination, integration of deferent knowledge fields (neurosciences, social sciences, psychology, ...), diagnosis, differential diagnosis, increase of the researches in social sciences and psychology, ... The great part of these challenges have on effect on whole /through children and adolescent mental health.*

**Keywords:** ADHD, intra and intersectorial coordination, diagnosis, differential diagnosis, integration of deferent knowledges.

ción de que es algo nuevo y/o desconocido; sin embargo, desde mediados del siglo XIX existen descripciones y trabajos sobre este trastorno<sup>2</sup> aunque su denominación ha sufrido múltiples cambios a lo largo de la historia, parejos a los cambios en la forma de entender estos trastornos<sup>3</sup>. Por otra parte, en la experiencia clínica de los profesionales de salud mental que atendemos niños/as y adolescentes, tenemos desde siempre un amplio número de niños/as con síntomas de hiperactividad, problemas de atención e impulsividad.

El gran interés que este trastorno está despertando, como en otros casos que han estado en algún momento de actualidad, genera que tanto desde el campo profesional como desde la opinión pública se sostengan posiciones muy diversas e incluso enfrentadas. Grupos de profesionales piensan que se está infradiagnosticando mientras otros creen que hay un hiperdiagnóstico e incluso existen profesionales que niegan su existencia. Desde el campo no profesional hay opiniones muy divergentes frente a este cuadro: ciertos sectores de los familiares de niños/as afectados por TDAH piensan que hay un desconocimiento de este problema y que los recursos que se le dedican son insuficientes; otros grupos creen que los profesionales que atienden a la infancia están psiquiatrizando, psicologizando y medicalizando la vida de los niños/as.

Este artículo intentará hacer algunas reflexiones sobre este tema que abran la posibilidad de poder pensar algunos de los retos que nos plantea la atención de los niños/as afectados por este problema y sus familias ciñéndose al campo de la clínica, el sistema público de salud e intentando alejarse de la polémica infructífera. Algunos de estos desafíos no son específicos del TDAH sino que afectan a toda la atención de la salud mental de niños/as y adolescentes.

## DESAFÍOS

**1. En primer lugar,** la atención a la infancia, la adolescencia y la familia está a cargo

de diversos sectores: salud, educación, servicios sociales, justicia,... y no existe una definición clara del papel de cada sector ni dentro de alguno de los sectores, del rol de los diferentes profesionales implicados en esta atención. Esta situación se complejiza aún más por la diversidad de paradigmas existentes sobre el proceso salud – enfermedad.

Todo esto conduce, en muchas ocasiones, a posiciones encontradas que impiden un diálogo entre los diversos profesionales de los diferentes sectores con sus diversas maneras de entender la salud y la enfermedad. Con ello se crean situaciones de simetría donde los actores no se escuchan, se desvalorizan mutuamente y la única posición válida es la propia, impidiendo un intercambio fructífero donde los diversos profesionales y modelos de salud se puedan complementar y enriquecer mutuamente para mejorar la atención de este sector de la población.

Lo descrito anteriormente, tiene muchos efectos negativos pero quizás el más importante es que los niños/as afectados de este trastorno y sus familias se encuentran, en muchas ocasiones, perdidos sin saber que hacer entre las diversas opiniones de diferentes profesionales que pueden llegar a ser contrapuestas.

Esto plantea un desafío: **la coordinación intrasectorial e intersectorial**. Dicha coordinación es mucho más compleja en el caso del TDAH debido a la actualidad del tema.

1 Un ejemplo son los 5934 artículos registrados en la base de datos Medline durante el periodo que va de septiembre de 1998 a agosto de 2008.

2 "Las primeras descripciones clínicas del síndrome son atribuidas a Still o Tredgold. Aunque ya Hoffman (1845), psiquiatra alemán, describe en unas viñetas para cuentos infantiles la conducta de "Zappel Philipp", por lo que incluso este trastorno es conocido con el nombre de "**Síndrome de Hoffman**"..." (pág. 724) (Benjumea y Mojarro, 1995) (1).

3 Se pueden consultar las revisiones sobre la historia de este trastorno realizadas por Schachar (1986) (2), Mardomingo (1994) (3), Benjumea y Morrajo (1995) (1), Sandberg y Bartoam (1996) (4), Lasa (2001) (5),

Esta coordinación es necesaria para que los profesionales que intervienen en un caso puedan conocerse, saber que puede hacer cada uno de ellos y planificar intervenciones conjuntas coherentes y eficaces.

**2. En segundo lugar**, aunque no es un tema estrictamente clínico pero sí marca el modelo asistencial, está la relación mente - cerebro, en otras palabras, ¿qué relación existe entre la biología y la psicología?: una determina a la otra ó no existe ninguna relación. Preguntas cuyas respuestas están en estrecha relación con el paradigma de salud - enfermedad que se utilice en la práctica diaria.

Estas preguntas nos plantean otro desafío: **la integración de los conocimientos procedentes de diversas disciplinas** (neurociencias, psicología, ciencias sociales,...) sobre el funcionamiento de la mente y los trastornos mentales.

Esta posibilidad de integración plantea si el hecho biológico y el hecho psicológico: son realidades comparables y/o tienen algún punto de interconexión. (6) (7).

El doctor Eric Kandel obtuvo el premio Nobel de Fisiología o Medicina en el año 2000 por demostrar que la experiencia deja huellas en el sistema nervioso, principio básico de la neuroplasticidad. Este hecho supone un punto de interconexión entre la mente y el cerebro. Kandel (1998) (6) basándose en las más recientes investigaciones en neurociencias "... *define un marco intelectual diseñado para sincronizar la corriente de pensamiento psiquiátrico actual y la formación de futuros médicos con la biología moderna.*" Este marco puede resumirse en cinco principios:

- Primer principio: todas las funciones mentales son consecuencia de las funciones cerebrales.

- Segundo principio: los genes intervienen en gran medida en la función mental y pueden ser parcialmente responsables de las enfermedades mentales.

- Tercer principio: la conducta, a través del aprendizaje, también modifica la expresión genética.

- Cuarto principio: las alteraciones genéticas producidas por el aprendizaje provocan cambios en los patrones de conexión neuronal.

- Quinto principio: cuando la psicoterapia o la asistencia psicológica es eficaz provocan cambios en la expresión genética que producen modificaciones en la fuerza de las conexiones sinápticas y modificaciones estructurales que alteran el patrón anatómico de interconexiones entre las neuronas cerebrales.

En estrecha relación con este punto "*Indudablemente existen diferentes maneras de situarse frente a los hechos clínicos y a las diferentes opciones de tratarlos. La formación recibida y la experiencia de cada cual, así como el lugar de trabajo y los contactos profesionales y recursos terapéuticos que permite y ofrece, son seguramente, tanto por su riqueza como por sus carencias, los factores más determinantes del estilo de comprensión de la clínica y respuesta terapéutica de cada profesional.*" (Lasa, 2001 pág. 7) (5).

Siguiendo a Alberto Lasa podríamos definir dos modelos opuestos de comprensión de la clínica que pueden ser planteados de una forma excluyente o integradora: uno más cercano al modelo médico y más centrado en las conductas observables y otro más preocupado por la comprensión del funcionamiento del aparato mental y la búsqueda de los mecanismos psicopatológicos latentes causan -

tes de la alteración. Además, estos modelos condicionan las teorías etiopatogénicas subyacentes y las intervenciones terapéuticas.

**3. En tercer lugar,** no existe ninguna prueba complementaria médica (marcador biológico) o psicológica que sirva para realizar el diagnóstico de este trastorno como de ningún otro trastorno mental, por lo que el diagnóstico es fundamentalmente clínico. Las pruebas complementarias tienen la única finalidad de ayudar en este proceso. *“En este capítulo se pregunta cómo se puede reconocer a aquellos niños, adolescentes y adultos cuyos problemas con las funciones ejecutivas justifican el diagnóstico y tratamiento de un TDAH. Mi respuesta es que una evaluación clínica exhaustiva es la forma adecuada de diferenciar aquellos sujetos que cumplen los criterios de TDAH de los que no los cumplen.”* (pág. 191) (Brown, 2006) (8).

Nos enfrentamos con otro reto: **la elaboración de un diagnóstico**, ya que sólo contamos con nuestra formación y nuestra experiencia clínica junto a la ayuda de las pruebas complementarias que sirven más para identificar trastornos asociados o descartar otros problemas.

Este proceso diagnóstico se complica aún más ya que *“Cada vez más, clínicos e investigadores están reconociendo que las alteraciones del TDA tienen lugar a lo largo de una dimensión. Por ejemplo Levy y cols. (1997) hallaron en un estudio con gemelos a largo plazo la evidencia genética de que «el TDAH está mejor considerado como extremo de una conducta que cambia genéticamente en toda la población, más que un trastorno con determinantes discretos»* (pág. 737). Este **continuum** se extiende desde unos niveles normales de alteraciones que a veces tienen lugar virtualmente en todas las personas, hasta unos niveles de alteraciones más extremos que se dan con menor frecuen-

*cia y que sustancialmente ejercen un mayor impacto negativo en el funcionamiento vital de la persona. Simplemente todas las personas a veces sufren alteraciones del tipo TDA, pero sólo aquellos que tienen alteraciones crónicas significativas de los síntomas de TDA pueden recibir el diagnóstico de TDA.”* (Brown, 2003 pág. 23-24) (9) *Esto nos hace plantearnos una pregunta: ¿cuál es el punto de corte entre la normalidad y la alteración? “Partiendo de la base de que los síntomas del TDA son dimensionales, parece claro que la realización de un diagnóstico requiere establecer un punto de corte que marque una línea más allá de la cual se considere que los síntomas constituyen un trastorno que justifique un tratamiento.”* (Brown, 2003 pág. 24-25) (9).

Los manuales de diagnóstico (DSM – IV – TR y CIE – 10) (10) (11) intentan fijar este punto a través de que:

- Estén presentes al menos seis síntomas de un listado de nueve de desatención y/o de nueve de hiperactividad – impulsividad.
- Aparezcan estos síntomas en al menos dos ámbitos diferentes.
- Se presenten pruebas claras de un deterioro clínico significativo de la actividad social, académica y laboral.

Además, en los niños/as este punto de corte viene determinado por la edad, su nivel desarrollo evolutivo, y su capacidad intelectual: ¿qué es lo esperable para un niño/a de una determinada edad con un determinado CI?

Todos estos criterios como dice Brown (2003) implican un juicio clínico: *“Muchos juicios de este tipo intervienen en la decisión del clínico sobre si un síntoma concreto puede o no puede ser relevante para el diag-*

nóstico. De forma similar se requiere un juicio clínico para determinar si un individuo dado presenta «pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral» (American Psychiatric Association, 1994, pág. 89).” (pág. 25) (9)

Otro problema, en relación al diagnóstico, se nos plantea cuando las informaciones que obtenemos a través de las entrevistas, de las observaciones directas de los padres, del colegio, de otras personas significativas y de las pruebas complementarias son divergentes. “Cuando convergen las informaciones procedentes de entrevistas, observaciones y test, el proceso es más simple y más preciso. Cuando surgen divergencias, el clínico debe sopesar los informes y observaciones del paciente y los datos del test para desentrañar el cuadro subyacente.” (Quilan, 2003 pág. 457) (12) Otra vez debe ser un juicio clínico el que incline la balanza a favor de uno u otro diagnóstico.

Otro elemento a evaluar es que: “La mayor parte de las consultas en psiquiatría infante – juvenil están determinadas tanto por la gravedad del trastorno como por la **tolerancia de los padres** a los síntomas que manifiesta su hijo. En consecuencia, cuanto menos tolerantes sean aquellos, tanto más fácilmente sobreevaluarán la posible sintomatología existente y con tanta mayor probabilidad solicitarán la intervención del especialista. Esa tolerancia de los padres está determinada, en parte, por su propio equilibrio emocional, es decir, por su “nivel de salud mental”, nivel asociado a muchos otros factores, como por ejemplo al grado de conflictividad conyugal. A mayor conflictividad, menor tolerancia ante las características negativas (o interpretadas así) del hijo (aunque los problemas del hijo pueden influir en la conflictividad conyugal y en el

equilibrio emocional de los padres, etc.).” (Toro, 2006 pág. 825 – 826) (13)

También debe tenerse en cuenta el nivel de tolerancia de los centros educativos ya que cada vez tienen más protagonismo en la vida de nuestros niños/as y generan más peticiones de consultas.

Todo lo enumerado anteriormente nos hace pensar que los profesionales que atienden a estos niños/as deberían tener una formación de alta calidad y específica en salud mental de niños y adolescentes.

**4. En cuarto lugar**, y muy estrechamente relacionado con el punto anterior, está el reto del **diagnóstico diferencial** ya que muchos cuadros psicopatológicos presentan síntomas de hiperactividad, problemas de atención e impulsividad o, desde una perspectiva cognitivista, alteraciones en la función ejecutiva.

El riesgo de un diagnóstico erróneo es aún mayor cuando abordamos esta tarea desde una comprensión de la clínica basada en la objetivación de conductas, verificación de criterios y una evaluación transversal que puede producir una visión fragmentada de lo que le pasa al niño/a y dejar fuera del proceso síntomas que pueden ser claves. Por otra parte, este modelo presenta ciertas ventajas como son su facilidad de su comprensión y transmisión.

Otra forma de plantear este desafío es como lo hace Brown (2006): “En lugar de considerar que el TDA es solo un trastorno independiente de los demás, este síndrome podría considerarse un grupo de deterioros que se cruzan con otras categorías diagnósticas... Dicho de otro modo, las funciones ejecutivas son básicas y esenciales para el funcionamiento integrado de muchas actividades de la mente, en consecuencia, los su-

*jetos que tienen una debilidad en el desarrollo de sus funciones ejecutivas son, probablemente, más vulnerables a muchos otros tipos de deterioros psiquiátricos, igual que cualquier otra persona que tenga los huesos débiles es más vulnerable a las fracturas y que un sujeto con un sistema inmunitario debilitado es más vulnerable a sufrir una amplia variedad de infecciones”* (pág. 237 - 238) (8). Esta visión está más próxima a un modelo que se preocupa por la comprensión del funcionamiento del aparato mental y la búsqueda de los mecanismos psicopatológicos latentes causantes de la alteración como por ejemplo el modelo psicodinámico.

**5. En quinto lugar,** señalaremos el escaso número de publicaciones dedicadas a los aspectos psicosociales y tratamientos psicoterapéuticos de los niños/as afectados por TDAH frente a la avalancha de artículos y libros dedicados a temas de neurociencias y tratamientos farmacológicos de este trastorno. Probablemente este desequilibrio tenga que ver con las dificultades para ajustar los estudios sobre temas psicosociales a las exigencias de las ciencias duras de tener marcadores cuantificables.

Nos parece un reto fundamental poder cambiar esta situación **fomentando la investigación en ciencias sociales y psicología**, ya que los profesionales que trabajamos en la clínica vemos los efectos beneficiosos de las

intervenciones psicoterapéuticas y como los factores socio – familiares y emocionales influyen en la expresión de los trastornos mentales. No debemos olvidar el peso de lo biológico y la efectividad de los tratamientos psicofarmacológicos.

Para finalizar, me gustaría citar algunas aportaciones al entendimiento de este trastorno del cognitivismo, de la teoría del apego, del psicoanálisis, etc.:

- Los trabajos de Barkley (2005 y 2006) (14) (15) y Brown (2006) (8) sobre el papel de las alteraciones de la función ejecutiva en la génesis de los síndromes de déficit de atención.

- El trabajo de Schore (2000 y 2005) (16) (17) sobre la regulación y su relación con el apego.

- La recopilación de Maurice Berger (2002) (18) sobre las teorías psicoanalíticas del TDAH y el trabajo sobre déficits en la estructuración del aparato mental de niños desatentos e hiperactivos de Beatriz Janin (2004) (19) (20).

- La investigación de Taylor y colaboradores (2001) (21) de cómo la privación emocional puede producir problemas de apego, síntomas de hiperactividad e inatención y conductas cuasi – autísticas.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) **BENGUMEA PINO, P.** Y **MOJARRO PRÁXEDES, M. D.**, “Trastorno hiperkinético”, en **RODRÍGUEZ SACRISTÁN, J.** (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo I, Sevilla, Universidad de Sevilla, 1998, pp. 723 – 765.
- (2) **SCHACHAR, R. J.**, “*The history of the hyperkinetic syndrome*”, en **TAYLOR, E.** (ed.), *The Overactive Child*, London, Spastics International Medical. 1986, pp. 19 – 40.
- (3) **MARDOMINGO SANZ, M. J.**, “Trastorno hiperkinético”, en **MARDOMINGO SANZ, M. J.** *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1994, pp. 415 – 450.
- (4) **SANDBERG, S. & BARTON, J.**, “Historical development”, en **SANDBERG, S.** (ed.). *Hyperactivity Disorders of Childhood*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, pp. 1 – 25.
- (5) **LASA ZULUETA, A.**, “Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad”, *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2001, 31/32, pp. 5 - 81.
- (6) **KANDEL E. R.** (1998). “A new intellectual framework for psychiatry”, *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155, pp. 455 - 469.
- (7) **ANSERMET, F.;** Y **MAGISTRETTI, P.**, “Neurociencias y psicoanálisis”, *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2007, 43/44, pp. 5 - 16.
- (8) **BROWN, T. E.**, *Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*, Barcelona, Masson, 2006.
- (9) **BROWN, T. E.** (ed.), *Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*, Barcelona, Masson, 2003.
- (10) **ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA**, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado, Barcelona, Masson, 2002.
- (11) **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)**, *Clasificación Internacional de Enfermedades 10 Multiaxial de la Infancia y Adolescencia. Trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, SA, .2001
- (12) **QUILAN D. M.**, “Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos comórbidos”, en **BROWN, T. E.** (ed.), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*, Barcelona, Masson, 2003, pp. 455 – 507.
- (13) **TORO, J.**, “Psiquiatría de la infancia y la adolescencia”, en **V ALLEJO RUILOBA, J.**, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona. Masson, 2006, pp. 825 – 848.
- (14) **BARKLEY, R. A.**, *ADHD and the Nature of Self – Control*, New York, Guilford Press, 2005.
- (15) **BARKLEY, R. A.**, *Attention Defecit Hyperactivity Disorder: A handbook for Diagnosis and Treatment* (third edition), New York, Guilford Press, 2006.
- (16) **SCHORE A.N.**, “Attachment and the regulation of the right brain”, *Attachment & Human Development.*, 2000, 2(1), pp. 23-47.
- (17) **SCHORE A.N.**, “*Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics*” *Pediatrics Review*, 2005, 26 (6), pp. 204-17.
- (18) **BERGER, M.**, *El niño hiperactivo y con trastornos de atención. Un enfoque clínico y terapéutico*. Madrid, Editorial Síntesis, 2000. (19)

**JANIN, B.**, Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD. *Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Buenos Aires. Noveduc, 2004.

(20) **JANIN, B.**, "El ADHD y los diagnósticos de la infancia: la complejidad de las determinaciones ", Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2006, 41/42, pp. 83 -109.

(21) **RUTTER, M.L.; KREPPNER, J. M AND O´CONNOR T. G.**, " *Specifity and heterogeneity in children´s responses to profound institucional privation*", British Journal of Psychiatry, 2001, 179, pp. 97 – 103.

*aurelio.alvarez@sespa.princast.es*  
*Área Sanitaria III. Servicio de Salud*  
*del Principado de Asturias (SESPA)*

Un nuevo **compromiso**  
en el tratamiento de la **esquizofrenia**

nuevo

**Seroquel<sup>®</sup> Prolong**  
quetiapina

**1 toma al día<sup>1</sup>**

**Dosis efectiva en el día 2** (600 mg) con buen perfil  
de tolerabilidad<sup>1,2</sup>

**87%** de reducción significativa del riesgo de recaídas<sup>3</sup>



**Seroquel<sup>®</sup> Prolong** ayuda a la **recuperación global de la persona<sup>2</sup>**

**AstraZeneca**  
NEUROCIENCIAS

ilusión *optimismo* esperanza **entusiasmo** motivación  
*confianza* superación *evolución* serenidad reto *ilusión* optimismo  
esperanza *entusiasmo* motivación **confianza** **reto** ilusión



# Pasos para Construir una Base Relacional Segura: En el Contexto del Desarrollo y en el Contexto Terapéutico

## Steps to Build a Safe Relational Base: In the Development Context and in the Therapeutic Context.

Ana Rodríguez Santamarta

*Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental Infantil. Área IV. Oviedo. SESPA*

Purificación Rípodas Erro

*Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental Infantil. Área IV. Oviedo. SESPA*

### RESUMEN

*Desde la práctica clínica en la atención a la salud mental de niños y adolescentes revisamos algunos aspectos básicos del desarrollo infantil y las funciones de los adultos significativos, necesarias para construirlo. Observamos cambios sociales que influyen modificando el contexto de crianza y planteamos a modo de elementos guía, actitudes y actuaciones profesionales que funcionan como facilitadores de una relación terapéutica cooperativa desde el primer contacto con el niño y su familia. Con el objetivo de apoyar a la familia y posibilitar el afrontamiento de la crisis, fortalecer las competencias parentales y colaborar en la desaparición de los síntomas motivo de consulta o en el alivio de sus consecuencias.*

**Palabras clave:** *Desarrollo saludable, funciones parentales, vínculo, abordaje colaborador, comunicación terapéutica.*

### ABSTRACT

*From the clinical practice in the attention of the mental health in children and teenagers, we examine some basic aspects in the infant development and the significant adult functions necessary to build it. We observe some social changes that affect the context of upbringing modifying it; and we suggest, as a guide, attitudes and professional performances that work in favour of a co-operative therapeutic relationship from the first contact between the child and its family; in order to support the family and to make it possible to face the crisis, and to reinforce the role of parents and to collaborate in the disappearance of the symptoms cause of consult or in the mitigation of its consequences.*

**Key words:** *Healthy development, parent functions, attachment, collaborative approach, therapeutic communication.*

### INTRODUCCIÓN

**Conceptos evolutivos claves y funciones parentales**

Los niños siempre vienen de una familia. Todos los estudios e investigaciones recogen

la necesidad de cuidados por parte de un adulto responsable, al menos, como imprescindible para el desarrollo. En nuestra comunidad son los progenitores, familiares u otros adultos quienes realizan esta función. De ellos depende el niño para sobrevivir hasta

ser adulto y para poder activar sus capacidades y superar sus dificultades.

La teoría del vínculo subraya la relevancia de la adquisición de una seguridad interna construida sobre la base de las interacciones precoces del niño con su medio para el desarrollo del individuo y su crecimiento saludable. Esta seguridad interna debe permitir al individuo poner en juego sus competencias de franquear los obstáculos encontrados en el curso de su existencia (1)

**Una relación vincular segura tiene como finalidades:**

- Mantener la proximidad del cuidador principal.
- Proporcionar seguridad para promover exploración.
- Regular las emociones.
- Facilitar el paso de la co-regulación a la autorregulación.
- Dar estrategias frente al estrés (2).
- Favorecer la sociabilidad (3).

La *responsividad sensible* y consistente de un progenitor durante el primer año de vida es el mayor predictor de un vínculo seguro.

Daniel Stern habla del proceso de “*armonización afectiva*” como la dimensión del comportamiento del cuidador/figura materna que parece acentuar el estado emocional del niño. Esta experiencia con el adulto hace que el bebé empiece a conocer sus propios estados emocionales y reconozca que pueden compartirse con los demás.(4)

La *resonancia emotiva* es una especie de sinfonía, de intercambio mutuo, de retroalimentación en la que dos individuos armonizan uno con el estado emocional del otro. En esta resonancia aparecen los primeros rasgos de la empatía y de la teoría de la mente.

Un niño desarrollará una mente pensante si la madre o quien se encarga de él, tiene en su propia mente una representación del niño como una persona pensante (5).

La *función materna* es aquella parte afectiva, intuitiva de la madre que resulta imprescindible para calmar al bebé, para identificarse con él y adivinar qué necesita o qué le ocurre. A veces solo la presencia y el contacto son suficientes para hacer que recupere el bienestar. La madre para ello transmite la sensación de tranquilidad y de gozo. Esta experiencia de ejercer de madre descubre nuevas facetas en las mujeres y también en los hombres implicados en la crianza de sus hijos. Es el primer espejo para el niño, le ayudará a descifrar sus sensaciones y sentimientos y estimulará los deseos de crecer y de ser autónomo (6). Pueden surgir dificultades en la creación de esta relación mágica por características del bebé o por situaciones conflictivas del adulto. En general las aptitudes maternas para configurar ese micro mundo especial madre-hijo son un “a priori” fundamental; incluso en situaciones extremas como guerras o hambrunas las madres han criado a sus hijos con interacciones plenas de amor y generadoras de desarrollo saludable.

La *sensitividad materna* implica la capacidad del adulto de leer y comprender las señales y expresiones emocionales del bebé, de actuar para responder de modo coherente a sus estados emocionales y promover y respetar la alternancia en los diálogos interactivos. Las interacciones precoces constituyen un proceso relacional y comunicacional recíproco y asimétrico, que va creando mediante su sincronización y regulación afectiva un área psíquica compartida al principio, luego propia del niño, organizadora de una espiral interactiva de alto potencial de desarrollo o círculos cerrados generadores de trastornos precoces en la relación, en el niño y en los adultos.

Así la protección ejercida por los padres cuando el niño todavía no puede cuidarse, la transmisión de los límites que sostienen la acción conjunta primero y luego la acción

del niño guiada y supervisada, contribuyen a la interiorización de las normas de funcionamiento del medio familiar que se ampliarán con las normas sociales, morales, etc. Las prácticas en distintas situaciones y las correspondientes consecuencias irán introduciendo al niño en la progresiva adquisición de responsabilidad y autonomía.

Si en los primeros años de su vida el niño ha recibido amor y cuidados permanentes de algún adulto, ha vivido en una cierta regularidad y estabilidad relacional, configurará un esquema interno afectivo-cognitivo que le permitirá percibir el mundo externo como un lugar predecible y seguro.

## NECESIDADES ESPECÍFICAS EN LA INFANCIA

- Los niños (7) precisan para progresar en su desarrollo:

- Cariño y seguridad
- Reconocimiento, aprecio y normas claras y justas
- Experiencias que fomenten el desarrollo cognitivo, emocional y social.
- Asumir de forma paulatina su propia responsabilidad

El afecto incondicional supone que los niños sean queridos y reconocidos independientemente de sus características físicas, de sus capacidades cognitivas o de su estilo afectivo. Los padres para proporcionárselo les harán saber que ellos son de lo mejor que les ha pasado, les reconocerán sus logros y les consolarán en sus retrocesos, les ayudarán a encontrar sus intereses y les acompañarán en sus dificultades; les expresarán su cariño, lo pasarán bien en su compañía y se convertirán en la contención emocional cuando el niño no pueda autocontrolarse. Las normas claras y justas serán consensuadas por los distintos adultos, adecuadas a las capacidades de niño, expresadas de modo

comprensible para él y mantenidas con la conducta coherente de los responsables de la crianza.

Las experiencias para conocer y comprender la realidad exigen durante toda la infancia un acompañamiento de los adultos que va disminuyendo en intensidad según van creciendo las competencias del niño. Es necesario que estas experiencias protejan los aspectos más frágiles del niño.

**Las necesidades de los niños pueden constituirse en el elemento central de las conversaciones terapéuticas o de orientación, entre profesionales y familias.**

## CARACTERÍSTICAS DE NUESTRO CONTEXTO SOCIAL Y FAMILIAR

Las acciones de las familias persiguen dos grandes metas: la protección psicossocial de sus miembros y la acomodación a una cultura y su transmisión. El contexto social español ha sufrido cambios muy significativos en muy poco tiempo, enfrentándose las familias a una exigente tarea de adaptación. Las modificaciones de las condiciones básicas de vida por los grandes procesos asociados a la globalización y a la modernización (migraciones, nuevos patrones de consumo, nuevas formas de inserción laboral) influyen de manera importante en la percepción que las familias tienen de sí mismas, así como de la percepción de los sujetos en tanto esposo/esposa, hijos/as y respecto a su familia extensa. En sentido evolutivo sistémico, la familia cambiará en la medida que la sociedad cambie y la sociedad se transforma a su vez por la influencia de los cambios individuales y familiares. Estamos inmersos en la “sociedad de la abundancia” bajo la ilusión de omnipotencia, donde “todo” se puede comprar o cambiar y se asocia el “ser” con el “tener”. La imagen externa gana puntos en nuestra escala de valores y existe

un predominio de la búsqueda de soluciones inmediatas. Los modelos de sufrimiento y la tolerancia a la frustración, así como las soluciones para aliviar el malestar también son distintos. Aparece un predominio de la actuación sobre el pensamiento y una desvalorización de la autoridad incluso como concepto; su ejercicio es escaso y a veces a destiempo tanto familiar como socialmente. La violencia se tolera en las relaciones sociales y familiares y se expone con fuerza y reiteración a través de los medios audiovisuales. Las alternativas para disfrutar del tiempo de ocio se reconvierten con el auge de las nuevas tecnologías. Vivimos en la sociedad de la información, la comunicación y el conocimiento. Se produce un incremento inmenso de la información que recibimos y ésta cambia permanentemente. Nos toca acostumbrarnos a convivir con el cambio y la incertidumbre. El cerebro emotivo se organizó para neutralizar la incertidumbre que proviene de las diferentes informaciones y para gestionarla. Los niños especialmente requieren la guía de los adultos, no solo para acceder a la información sino para seleccionarla, organizarla e integrarla de modo coherente.

Vamos perdiendo las antiguas narrativas identitarias mientras buscamos nuevos marcos sustitutos que contengan nuestras ansiedades y nos guíen sobre hacia dónde debemos ir. Es difícil sustraerse al estilo de funcionamiento dominante y algunos de los problemas surgen en el proceso de adaptación a los cambios rápidos de normas sociales y de valores explícitos e implícitos.

En la familia como sistema que opera mediante pautas transaccionales, las interacciones repetidas establecen patrones que definen qué hacer, el modo de hacerlo y con quién. Dichas pautas organizan y mantienen el sistema y regulan los comportamientos de los miembros de la familia. Cada familia

desarrolla una estructura que le permite cumplir sus funciones esenciales: apoyar el desarrollo y la individuación de los familiares y construir un marco de referencia estable que proporciona predecibilidad y sentido de pertenencia.

La familia hoy puede describirse como un sistema abierto, con flexibilidad de pautas, en constante transformación y que permanentemente actúa con otros grupos de la sociedad y se acomoda a sus demandas y propuestas. Lo básico del concepto familia es: “unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia” (8).

Estamos en un período de transición en el que las pautas “de siempre” parece que no valen y las “de ahora” están haciéndose y por consolidar. Se dan cambios en los patrones (mandatos, normas, funciones de cada miembro, funciones del sistema) y cambios en los subsistemas conyugal y parental. Lo antiguo y lo nuevo conviven. Vemos como los “antiguos padres” tratan de comprender o rechazan las novedades de la sociedad actual conviviendo con los “nuevos padres” que se esfuerzan en actuar con nuevos modos de supervivencia. No olvidemos que esto mismo ocurre con nuestro rol como profesionales de salud mental, donde comparten terreno los defensores de las antiguas estrategias de evaluación e intervención, con los “nuevos terapeutas” que diseñan y ponen a prueba nuevas estrategias tratando de dar respuesta a las nuevas demandas que las familias con hijos menores de edad plantean.

Algunas de las transformaciones producidas recientemente cuyo impacto sobre las familias constatamos son:

**1.- Cambios sociales rápidos** (igualdad de derechos constitucionalmente estableci -

dos, regulación voluntaria de la natalidad, ley de divorcio e incorporación laboral de las mujeres) son los más relevantes que han dado lugar a una amplia variedad de familias en las que crecen niños. La incorporación de la mujer al mercado laboral y la igualdad ante la ley de hombres y mujeres modifica los antiguos patrones de funcionamiento del hogar. Se produce una nueva distribución de tiempo, poder y trabajo dentro de la familia que afecta especialmente a las mujeres y que significa generalmente una sobrecarga de trabajo para ellas. La madre no tiene que dedicarse exclusivamente al cuidado de los hijos y del hogar. El padre puede además de generar recursos, implicarse muy activamente en el cuidado y educación de los hijos y en las tareas domésticas. Esta diversidad que caracteriza la tipología familiar actual conlleva complejidad. Los roles de la familia tradicional compuesta de padre, madre e hijos se modifican necesariamente, precisando una nueva definición de la organización familiar y de las funciones y tareas de los adultos responsables de la crianza. Incluso en las familias con dos progenitores las funciones instrumentales a cargo del padre y las expresivas asumidas por las madres se modifican. Ambos adultos participan en la provisión de bienes materiales y ambos son soporte emocional y educadores de los hijos. Este aspecto es de nuevo enriquecedor y a la par exigente de una organización no aprendida culturalmente.

**2.- Cambios en la dimensión de las familias,** reduciéndose el número de integrantes y la red de familia extensa, a veces inexistente. Las familias tradicionales eran más numerosas, con mayor rigidez en roles y funciones y aglutinación entre miembros, con la misión de sostener la estructura familiar. Las nuevas familias se suelen caracterizar por ser reducidas, con más flexibilidad en roles y funciones y menos distancia rela-

cional padres/hijos, pueden ser más disgregadas y con menos apego a ritos, siendo más fácil y frecuente la ruptura de la pareja y la creación de nuevas familias. Las familias tradicionales eran resistentes a la separación y las nuevas familias pueden tener características muy diferentes: los adultos se casan más tarde, no se casan o se casan varias veces; los hijos pueden venir biológicamente, de la adopción, de técnicas de reproducción asistida o de uniones anteriores; los adultos se plantean ser padres a edades más avanzadas al tiempo que crece la tasa de madres solteras adolescentes. Existen familias con un solo progenitor, familias trigeneracionales, reconstituidas, adoptivas, etc. Parece que si hay un elemento común al nuevo modelo familiar, es la pluralidad de opciones posibles, siendo cada vez menos frecuente encontrar en nuestras consultas la familia tradicional compuesta por un padre que trabaja fuera de casa y una madre que se dedica al cuidado de los hijos y el hogar.

**3.- Cambios sustanciales y una mayor complejidad en las funciones familiares.** La crianza y educación de los hijos se realizan dentro y fuera de la familia (guarderías, colegios, cuidadores profesionales e informales, etc.). La exigencia de desempeño de los padres con horarios laborales muy largos, la disminución de tiempo para los hijos y la ocupación de los niños en muchas actividades además de la escolar obligatoria, hacen imprescindible recurrir a ayudas externas como abuelos, familiares u otros cuidadores. De no hacerlo se da la soledad de niños y adolescentes que pasan largas horas sin compañía adulta en su domicilio o en la calle.

En los últimos años, la cifra de separaciones y divorcios ha crecido mucho.

Cuando los padres deshacen su relación de pareja, permanece para los hijos la necesidad de la parentalidad. Su práctica, que

precisa siempre acuerdos y renegociación, es más fácil si “la conyugalidad” se separa bien; esto es, cuando ambos adultos se dan tiempo, espacio y oportunidad de elaborar la disolución del compromiso mutuo sin que el otro haya muerto o desaparecido. Es necesario que cada progenitor se resitue consigo mismo y de cara a los hijos, que juntos negocien y acuerden las responsabilidades concretas que asumirán en lo cotidiano y en lo excepcional y que lleven a la práctica estas decisiones y evalúen su adaptación a las necesidades de sus hijos y a sus posibilidades estando dispuestos a introducir modificaciones que favorezcan el desarrollo de sus hijos y les ayuden a afrontar la situación de crisis que supone para los niños la separación de sus padres.

Es frecuente que en este periodo de reajuste y readaptación surjan conflictos de lealtades para los hijos. Conflictos que se amplifican si las familias extensas de ambos progenitores, de nuevo apoyo necesario para ellos, estaban o entran en conflicto. La dificultad crece y hay más probabilidad de alteraciones emocionales o conductuales en los hijos, si en el proceso de elaboración del duelo por la separación o antes de iniciarlo, uno o los dos padres establece una nueva relación de pareja.

En resumen nos encontramos con niños con muchas actividades que exigen atención y esfuerzo continuado, a cargo de diferentes personas con distintos estilos interactivos y con normas variables en contextos similares o con ambientes que cambian según los días. A veces los niños que pasan mucho tiempo solos, se “enganchan” durante horas a las opciones que presentan las nuevas tecnologías, convirtiéndose éstas en la opción de ocio más valorada por nuestros menores, sustituyendo actividades relacionales necesarias con iguales o con adultos

## INTERVENCIONES DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL

¿Qué ocurre cuando un hijo es enviado a un servicio especializado en problemas?

Normalmente la familia llega con sensación de haber fracasado, de haber fallado en algún aspecto de la crianza o de estar haciendo algo mal. Por ello desde el primer contacto, reconocemos a la familia el paso que han dado al traer a su hijo a consulta, tratando de facilitar la creación de un contexto que permita desarrollar una relación cooperativa. Los síntomas en los niños pueden tener origen en diferentes ámbitos. Las familias están sometidas constantemente a la presión interna originada por la evolución de sus miembros y a la exigencia externa de adaptarse a las instituciones sociales significativas o imprescindibles para el desarrollo y supervivencia. Los procesos de transición evolutiva, a veces, elevan el nivel de ansiedad individual y familiar pudiendo desencadenar la sintomatología por la que nos consultan. En estas situaciones, el terapeuta tratará de organizar un contexto que permita a la familia decidir la posición que conducirá a un menor estrés o un mayor crecimiento, introduciendo nuevos significados o acciones que apoyen las pautas familiares saludables para el desarrollo de los hijos.

En nuestras consultas de salud mental infantil se incluye a los padres o tutores responsables del menor; a veces a personas de su red social o escolar, cuando los síntomas instaurados puedan ser mantenidos o transformados por la dinámica de las interrelaciones del menor en dichos ámbitos. Solicitamos permiso a la familia para compartir información relativa a su hijo, comprometiéndonos en la confidencialidad de lo tratado.

En el primer encuentro con la familia los objetivos se centran en: presentarnos y conocerles, escuchar su demanda, exponer la derivación, explicar nuestro modo de funcionamiento y adaptarnos a escuchar abiertamente aquella información que quieren transmitirnos. Al finalizar el primer encuentro se acuerda con la familia la conveniencia de programar más entrevistas o nos despedimos si la demanda se resuelve en este contacto. Habitualmente resulta necesario organizar más encuentros y se propone a la familia una o dos entrevistas de valoración, para poder ampliar la información necesaria para el cambio y decidir cuál de nuestras intervenciones es la que más se adecua a lo que la familia necesita por nuestra parte (información y orientación, tratamiento psicoterapéutico, ajuste a transiciones normales del ciclo vital, intervención conjuntiva, etc.).

Como resultado de la evaluación es clave definir el problema como evolutivo y transicional, dando la idea del desarrollo abierto a nuevas posibilidades y cambios. Describir cómo el niño se ha ido desenvolviendo en los diferentes contextos significativos y organizando sus estrategias de adaptación relacional. Abrir así caminos para la solución de sus dificultades desde nuevas adaptaciones y un crecimiento en habilidades y recursos individuales y familiares.

**El profesional de la salud mental forma con la familia, durante el proceso de tratamiento, un nuevo sistema con una meta común: librar de los síntomas al niño /adolescente, reducir el conflicto y la tensión para todos y experimentar con la familia nuevos modos de afrontar las dificultades.**

El desarrollo de las entrevistas contiene habitualmente tres fases que en la práctica suelen entrelazarse:

Una *etapa social* que requiere la presentación de los participantes en la entrevista, procurando: aproximación abierta, respeto de la jerarquía familiar, dedicar atención a cada uno de los asistentes, hacer reconocimientos a los niños pequeños e incluir nuestra presentación y el modo de trabajo.

Una *etapa de definición* del problema que precisa: Estar atentos a dar palabra a quien está más dispuesto a referir que les trae a consulta, preguntar al niño según su edad qué sabe del lugar donde está y para que cree que viene, interesarnos por la derivación, precisar demanda diferenciada de queja, mostrar apertura, escuchar y observar, expresar interés y reconocimiento de sus dificultades, valorar positivamente la superación de etapas difíciles, preguntar por logros y épocas libres de problemas, devolver a los padres su participación en los éxitos de sus hijos y reflejar sus expresiones para asegurarnos de encontrar redefiniciones aceptables por ellos. Adaptar nuestras intervenciones a la edad evolutiva del hijo, ya que la entrevista con adolescentes suele tener características muy diferentes a las que se requieren con niños de edades inferiores.

Y una *etapa de intervención*, en la que se acuerda con la familia un plan de tratamiento que recoge: objetivos, número aproximado de sesiones, participantes, indicadores de mejoría, etc. El psicólogo clínico trata de poner en marcha las conversaciones terapéuticas, estrategias, técnicas, tareas, narraciones e interrelaciones que faciliten la co-construcción con la familia de una realidad alternativa menos dañina y la consecución de los objetivos planteados.

Cada familia es única y cada encuentro presenta unas características idiosincráticas que requieren de abordajes y estilos adaptados, siendo difícil operativizar una método -

logía de intervención general. Existe mucha literatura referida a qué estrategias comunicacionales puede incorporar el terapeuta para lograr una comunicación exitosa. Muchos estudios tratan de constatar que los comportamientos verbales y no verbales del terapeuta tienen efectos significativos sobre el comportamiento del cliente y sobre las informaciones suministradas por él.

Teniendo en cuenta la particularidad que caracteriza cada situación clínica, algunos aspectos generales que ayudan a generar una comunicación eficaz, son:

- Es diferente hablar que comunicarse, comunicar implica comprender qué nos dicen, tal como ellos lo viven y asegurarnos de que compartimos los significados.

- La atención con intensidad se mantiene en torno a una hora.

- Para enfatizar un mensaje conviene decirlo en tres momentos diferentes.

- Compartir no más de tres a cinco ideas nuevas en cada entrevista.

- Es tan importante lo que se dice como el modo en que se dice, así debemos prestar atención también a nuestra coherencia entre los diferentes niveles de comunicación.

- Mantener la conversación con quienes hablan, sin forzar opinión de quien calla.

- Ser adaptativos al estilo familiar, buscar aspectos que nos agraden en los consultantes, preguntar en lugar de juzgar o descalficar.

En ocasiones por la premura de tiempo de consultantes y profesionales, la dificultad para asistir a la consulta y la presión para conseguir un cambio, la importancia del

“joining” es olvidada. “Joining” (9) se refiere a hacer una conexión estableciendo una alianza terapéutica con la familia. Ello supone hacer que los miembros de la familia se sientan cómodos y construir una relación de trabajo de confianza. No es solamente responder a las necesidades de la familia, sino que es una intervención valiosa en y por sí misma. Si los miembros de la familia se sienten aceptados, son más capaces de permitirse a sí mismos ser ayudados y también de ponerse en contacto con sus capacidades de transformación y de cura.

Minuchin y Fishman (1981) (10) discutieron las técnicas de “joining” con detenimiento. Estos autores apuntaron que el terapeuta tiene que ganarse el derecho para dirigir a la familia, y para ello tendrá que “acomodarse, seducir, someterse, apoyar, dirigir, sugerir y seguir para dirigir”. Las técnicas básicas de “joining” que los terapeutas deberíamos tratar de mantener y que pueden ayudar a formar la alianza terapéutica se recogen en el Anexo I.

El terapeuta es un agente en la interacción con la familia, es un experto en este campo con una familia experta en su propia historia. Podemos y debemos aplicar nuestros conocimientos siempre que la familia nos lo pida y nos autorice. Cuanto más sabemos de diferentes escuelas y técnicas podremos ser más flexibles y creativos en la elaboración de nuestras intervenciones y en la adaptación a las características de la familia. Es importante partir de la confianza en las capacidades de la familia pues todas tienen las suyas.

El terapeuta tiene un papel activo como co-constructor de realidades. Colabora con la familia en la percepción y construcción de diversos caminos de solución. Puede usar su experiencia práctica clínica, personal o de

conocimientos transmitidos. La interacción del terapeuta con el hijo funciona a veces como guía de nuevos modos de relación que se descubren o se crean para los padres con sus hijos.

Usamos la idea de que modulamos la realidad a partir de nuestras percepciones físicas y psicológicas y éstas pueden ampliarse y modificarse. Pedimos a la familia que nos enseñe cómo hace o cómo puede hacer . Se usan técnicas activas en la consulta y tareas intersesiones que proporcionan información, modifican el síntoma y organizan diferentes intercambios entre los miembros o subsistemas. Usamos un enfoque familiar orientado al niño “la vía regia al sistema”(1 1), centrado en los síntomas para los que solicitan ayuda, con el objetivo primordial de que el niño quede libre de ellos lo antes posible minimizando los efectos restrictivos sobre su desarrollo. Nos basamos en las necesidades de los niños desde una óptica evolutiva para comprender los procesos emocionales del niño en el seno de su familia y actuar sobre ellos. En el intento de comprender la particularidad del malestar que cada familia padece, invitamos a las entrevistas a las personas significativas y disponibles, adaptándonos a su ritmo y estilo.

El manejo de las emociones y su significado para la familia es otro aspecto importante a trabajar . Coparticipar con la familia es hacer saber y hacer sentir a sus miembros que el terapeuta les comprende y trabaja con ellos y para ellos. Con esta protección de un experto de síntomas y procesos de cambio, la familia podrá sentirse segura para ensayar alternativas y cambiar.

## **INTERVENCIONES GENERALES**

1. No juzgar ni descalificar . Mostrar interés con autenticidad.

2. Aceptar la definición del problema que la familia trae y reconocer el grado de malestar que perciben que éste les causa.

3. Asumir una postura de curiosidad en la exploración del problema y en la ampliación de la búsqueda de soluciones.

4. Percibir a cada familia como lo mejor que pueden y saben en el momento del encuentro terapéutico.

5. Contemplar cada historia como única e irrepetible.

6. Aplicar redefiniciones creíbles y adaptadas a su contexto.

7. Decir mensajes en los que se reconozcan.

8. Asegurar a los adultos en sus funciones parentales.

9. Devolverles sentimientos de competencia, elogiar aquello que hacen e hicieron de forma exitosa.

10. Redefinir la crisis como señal o aviso y oportunidad para crecer.

11. Encontrar en ellos habilidades favorecedoras de desarrollo de sus hijos

12. Construir con ellos una historia, que dé sentido a lo que les ocurre, abierta a evolución sin comportamientos sintomáticos, que ponga en marcha sus recursos más saludables.

13. Adaptarnos a su ritmo de cambio. Si inicialmente se muestran “resistentes” a cualquier cambio, proponer trabajo de cooperación aplazándolo.

14. Invitar a la consulta a aquellas personas que desean traer, a aquellos que conside-

ramos más interesados en mejorar la situación o a quienes percibamos como posibles facilitadores de mejoras.

15. Adaptar formato de consulta individual, familiar o conjuntiva en función de las necesidades de la familia y de los momentos del proceso.

16. Pedir autorización para implicar apoyos institucionales, trabajo en red.

17. Adecuar formato de evaluación, tipo de intervención, prescripción y ritmo de consulta a las características de la familia.

18. Generar puentes, significados alternativos, ampliar, negociar.

19. Prevenir recaídas y prevención del surgimiento de otros síntomas.

20. Poner de manifiesto los facilitadores de un buen desarrollo para el hijo que traen a consulta, relacionándolos con los recursos que la familia posee y estimulando el desarrollo de capacidades nuevas que hemos atisbado en él.

**Consideramos necesaria la creación del vínculo terapéutico. Para ello vemos al niño como miembro que crece en una familia competente, disponible y capaz de trabajar dentro de las sesiones. Es una característica que tiene que ver con nuestra competencia técnica y con nuestra actitud. Al igual que las madres atribuyen a sus hijos cualidades incipientes y esta atribución resulta capacitante en sí misma.**

**Desarrollamos percepción e intuición en cada encuentro con el niño y la familia, para descubrir con otra mirada nuevos estímulos, nuevas capacidades que precisan narración, experiencia y acción para poner**

**se en marcha. Solicitamos su autorización para relatar a otras familias los logros que han conseguido. Agradecemos a los adultos y a los niños el conocimiento de su historia y la oportunidad de incluirnos como participantes temporales en sus vidas.**

### Anexo I

1. Mantén el contacto ocular cuando sea apropiado culturalmente. Mientras que el contacto ocular es apropiado en la mayoría de las culturas occidentales, hay que estar enterado cuando se trabaje con clientes de culturas donde el contacto ocular sea considerado intrusivo e irrespetuoso y actuar en consecuencia.

2. Iguala tu respiración a aquel cliente dentro de la familia al que estés más interesado en llegar.

3. Ocasionalmente adopta la misma posición física del miembro de la familia a quien se necesite estar unido. Sentarse o gesticular como un miembro de la familia es una respuesta mimética que puede ayudarte a conectar.

4. Adopta una postura corporal abierta que invite a contactar contigo.

5. Reconoce el dolor que los clientes están experimentando. Esto puede ayudarles a sentirse comprendidos.

6. “Sigue la pista” de lo que ellos estén diciendo para relacionarlo con afirmaciones previas (Minuchin 1981).

7. Ten una expresión facial que sea atractiva. Esto comunica empatía y sensibilidad.

8. Utiliza tu voz de una forma que aumente la respuesta del cliente hacia ti. Modula tu volumen y mantenlo igualado al suyo.

9. Sé consciente de la distancia física que es apropiada a su estilo y cultura familiar . Sentarse cerca de la familia cuando sea apropiado, ya que esto expresa calidez y buena voluntad para involucrarse.

10. Si un niño o adulto te ofrece un dulce, un dibujo, o algún otro símbolo, acéptalo.

11. Juega con los niños de la familia.

12. Felicita a los padres por los niños.

13. Si tomas notas, no las utilices como una barrera para la fluidez en el diálogo.

14. Da la mano a tantas personas como puedas cuando entren en la habitación. Tocarles de esa manera es una forma de hacerles sentirse cómodos contigo.

15. Déjales escoger la distribución de los asientos. Esto permite que surja su forma usual de interactuar y es respetuoso.

16. Honra a los mayores de la familia si están presentes.

17. Envía a los niños fuera de la habitación si los padres quieren discutir algún tema que no les concierne. (Ej.: problemas sexuales). Esto crea un límite alrededor de ti y de los padres que puede ayudar a abrir futuras discusiones.

18. No te introduzcas demasiado rápido en el problema si la familia no ha llegado a

estar acostumbrada al proceso terapéutico. Al mismo tiempo no restrinjas, si ellos necesitan sacar a colación inmediatamente el problema presente.

19. Ten preparados pañue los de papel y ofrece uno en el caso de que algún miembro de la familia comience a llorar.

20. Estate atento a la información sobre cumpleaños y aniversarios. Si fechas importantes coinciden con las primeras o más recientes sesiones, recuerda mencionar el hecho.

21. Recuerda los nombres de los miembros de la familia.

22. Avisa a la familia, especialmente si ésta es su primera experiencia de tratamiento, de que la terapia es un proceso que a menudo hace a la gente sentirse incómoda. Esto les ayudará a normalizar su nerviosismo.

23. Sé consciente de cuando te estás sintiendo incómodo. Por ejemplo, no te obligues a sentarte cerca si no es tu estilo propio de interacción.

24. Prueba y mantén la amplitud de la primera sesión flexible. Puede necesitarse más tiempo que la habitual hora.

25. Dirígete a los niños de forma apropiada a su edad y ten juguetes y materiales de dibujo preparados.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) **Bowlby, J.** (1980). La pérdida afectiva. Buenos Aires. Paidós.
- (2) **Gunnar, M.R.** (1990) The psychobiology of infant temperament. In J. Colombo y J. Fagan (Eds.), *Individual differences in infancy: Reability, stability, prediction*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- (3) **Taylor, J. G.:** (1994). Non-linear dynamics in neural networks. *Progress in Brain Research*.
- (4) **Stern, D. N.** (1991) El mundo interpersonal del infante. Paidós.
- (5) **Fonagy, P., Target, M.**(1997) Attachment an reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopatology*, 9, 679-700. En D.J. Siegel. La mente en desarrollo. Desclee de Brouwer .
- (6) **Perez Simó, R.** (2001) *El desarrollo emocional de tu hijo*. Paidós.
- (7) **Doyal, K., Gough, I.** (1994) *Teoría de las necesidades humanas*. Icaria-FUHEM. Barcelona.
- (8) **Grief, G.L.** (1990). 25 Basic joining techniques in family therapy . *Journal of Psychoactive Drugs* 22 (1), Jan-Mar, 89-90.
- (9) **Rodrigo, M.J. y Palacios, J.** (Coords.) (1998). *Familia y desarrollo humano*. Alianza Editorial
- (10) **Minuchin, S.** (1981). Familias y terapia familiar. Gedisa.
- (11) **Andolfi, M.** (2003) Entrevista. *Mosaico, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*. Nº 27.

Dirección para correspondencia:

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

C/ Alejandro Casona, s/n. - 2º. Oviedo

anirs@telefonica.net; purire@hotmail.com

# Escaleras y Torreones Terapéuticos: Directrices y Técnicas Básicas para el Trabajo con Niños en Terapia Familiar

Valentín Escudero; Alberto Abascal

*Departamento de Psicología, Universidad de A Coruña*

Nuria Varela

*Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña*<sup>1</sup>

## RESUMEN

*Este artículo plantea las dificultades que comúnmente surgen en los terapeutas familiares, tanto expertos como en formación, ante la participación de niños en la terapia. Se ofrecen algunas directrices básicas que guían el trabajo con niños orientadas a la consecución de una buena alianza terapéutica con el niño y toda la familia, subrayando la importancia de potenciar los recursos y habilidades del niño, y evitar las etiquetas negativas y culpabilizadoras. En el contexto de ese marco teórico, se describen una selección de técnicas apropiadas para el trabajo con niños, técnicas que integran la fantasía y el juego del mundo infantil en el proceso de creación de soluciones y cambio terapéutico. res de su vida.*

**Palabras Clave:** Niños en terapia, alianza terapéutica, técnicas, seguridad, conexión emocional.

## INTRODUCCIÓN

Es curioso que entre los terapeutas familiares es bastante común la idea de que resulta difícil integrar a los niños en la terapia. También es frecuente que los terapeutas jóvenes o en formación señalen “el trabajo con

## SUMMARY

*This article deal with the common difficulties that many family therapist, qualified as well as novice, when working with children in therapy. Basic guidelines for a therapeutic work oriented to the creation of therapeutic alliance with the children and the families are offered, emphasizing the importance of using the resources and strengths of children and families, and of dissolving negative and blaming definitions of the problem. In the context of that theoretical approach, a selection of specific intervention techniques are described, techniques that integrate the children's fantasy in the process of creating therapeutic change.*

**Key Words:** Children in therapy, therapeutic alliance, techniques, safety, emotional connection.

niños” como una de los aspectos que les resultan más difíciles o en los que se encuentran menos cómodos. Sin duda hay motivos razonables para excluir a los niños de la terapia, o al menos de determinadas sesiones de terapia. Pero en ocasiones, debajo de los argumentos esgrimidos por profesionales re-

1. Los tres autores trabajan como equipo en la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UICF) que atiende familias y niños en el marco de la investigación sobre el proceso de intervención familiar sistémica.

acios a incluir a los niños en la terapia sub - yace una carencia de herramientas técnicas adecuadas para trabajar con los niños. Es obvio que los niños pueden sentirse fuera de lugar en una terapia enfocada técnicamente a adultos, y es posible que les perjudique participar en la misma si sus limitaciones para comprender el sentido de lo que ocurre (en el discurso verbal o emocional) propicia ideas negativas en el menor . Ante esa dificultad, una alternativa es hacer la terapia técnica - mente apropiada a las características cognitivas y emocionales de los niños.

No sólo algunos profesionales mantienen esta reticencia o dificultad para integrar a los niños en la terapia familiar, también para algunos padres la participación de los niños en la terapia resulta problemática. Los padres pueden sentirse inseguros, o incluso evitar la presencia de los niños en la terapia, por diferentes motivos: a veces sienten vergüenza del comportamiento que creen va a mostrar su hijo; también surge el temor de que salgan a la luz temas dolorosos para hablar delante del niño; tampoco es infrecuente que el temor de los padres sea a que el niño pueda desvelar algún secreto familiar vergonzante, o acusaciones de maltrato.

Sin embargo, en el ámbito de la terapia familiar hay muchos argumentos teóricos y clínicos para incluir a los niños en el tratamiento. En muchos casos el niño tiene un papel central en la pauta sistémica que mantiene el problema por el que se ha solicitado la terapia; en otros casos, la presencia del niño en determinadas sesiones puede aportar una perspectiva enriquecedora sobre el problema y sus potenciales soluciones; finalmente, los niños aportan un componente emocional y motivacional de gran valor para el funcionamiento del sistema familiar . La condición imprescindible, para poder aprovechar todas estas ventajas de la inclusión de los niños en

el tratamiento, es saber manejar técnicamente la interacción e intervenciones terapéuticas que afectan a los niños. Por ejemplo, a través del juego, los dibujos, y otras técnicas descritas mas abajo, podemos tener una perspectiva de los conflictos familiares más sencilla y clara que a la derivada de la comunicación verbal adulta; los juegos o dibujos resultan ser metáforas muy útiles para toda la familia de cómo los niños se ven a sí mismos y sus relaciones con el resto de la familia, amigos, profesores, etc. Bien utilizada, la perspectiva de los niños puede ser una manera diferente y muy útil de modificar creencias e interacciones disfuncionales o inadecuadas entre padres e hijos.

El objetivo de este artículo es describir algunas técnicas de la Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones adaptadas al trabajo con niños. Algunas técnicas tradicionales de ese enfoque pueden aplicarse con facilidad a los niños adaptando su formato de aplicación. Otras técnicas son más específicas del contexto particular de la terapia con niños. Paradójicamente, la literatura sobre el trabajo terapéutico con niños no es muy abundante en el ámbito de la terapia familiar breve. Los trabajos de Wilson (1), Selekman (2), y Berg y Steiner (3) son excepciones y referencias imprescindibles que han facilitado nuestro trabajo clínico. Las técnicas que hemos seleccionado proceden de esas y otras fuentes bibliográficas, así como de la experiencia en el trabajo con niños en la Unidad de Intervención y Cuidado Familiar (UICF) de la Universidad de A Coruña.

## **LA ALIANZA TERAPÉUTICA: EL NIÑO HA DE SENTIRSE SEGURO Y EMOCIONALMENTE ENTENDIDO**

El trabajo con niños desde la terapia sistémica sigue, en términos generales, las

mismas premisas que con adultos, centrán - dose en las fortalezas, recursos y capacida - des de los clientes, y utilizando la proyec - ción al futuro y el trabajo con soluciones como dos pilares esenciales del tratamiento (4); pero presenta algunas particularidades necesarias para crear un contexto adecuado para los niños, como una mayor flexibilidad, dando más protagonismo a la imaginación y al juego. La alianza terapéutica, siendo un elemento clave de cualquier modalidad de terapia familiar (5), cobra una importancia particular en la terapia con niños.

Propiciar una participación activa del niño en la terapia requiere un esfuerzo y un trabajo inicial intenso para crear las condiciones en las que un niño pueda ser capaz de participar e intervenir en las discusiones, juegos, o tareas que se realizan durante y entre sesiones. Pueden considerarse cuatro dimensiones diferenciadas para crear alianza terapéutica en la terapia familiar (5; 6): (1) *buena conexión emocional* entre el terapeuta y el cliente, lo que en el caso de un niño implica que este ha de sentir que al terapeuta le importa lo que le pasa y que le interesa su persona más allá del problema que se esté tratando; (2) un sentido de *seguridad en el sistema terapéutico*, lo que supone que un niño tiene que sentirse suficientemente seguro en la terapia para explorar temas dolorosos y conflictos, sentir que su participación no le va a acarrear repercusiones negativas ni dentro ni fuera de la sesión; si un niño no se siente protegido por el terapeuta se mostrará nervioso y ansioso, y difícilmente va a poder recibir y asimilar nueva información; (3) un *sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*, que se reflejará en que el niño esté convencido de que la terapia es “para todos” y que todos tienen un nivel e protagonismo y beneficio, tanto en la definición de metas de la terapia como en el proceso de trabajo; el terapeuta ha de propiciar esta idea de forma que los niños puedan ver que todos

los miembros de la familiar valoran su participación a pesar de que no sea un adulto; la expresión más común de falta de alianza entre los miembros de la familia se da cuando los hijos son obligados (o se sienten presionados) a venir por los padres y no creen que tengan ningún problema, o bien cuando los padres traen a su hijo a terapia para que el terapeuta “haga algo con él/ella” bajo el supuesto de que ellos (los padres) no tienen nada que hacer o que “ya han hecho de todo”; (4) la cuarta dimensión, esta de tipo más instrumental, de la alianza terapéutica según el modelo de Escudero y Friedlander (6), es *el enganche en el proceso de terapia*, que se refleja en una colaboración activa en los objetivos y tareas que van constituyendo el proceso de tratamiento; para que un niño evidencie este enganche es vital un adecuado trabajo técnico del terapeuta, aplicando técnicas apropiadas a su nivel de desarrollo cognitivo y emocional.

El trabajo con los niños en las sesiones de terapia se centra prioritariamente en aspectos cotidianos pero relevantes de su vida fuera de la terapia, cómo su funcionamiento con amigos, profesores y familiares, en las actividades diarias. Berg y Steiner (3) afirman que cuando se tratan conductas problemáticas en un niño, el verdadero cambio se produce al modificar la manera que el niño interactúa con los demás, y es el niño quien posee todos los recursos necesarios para llevar a cabo este cambio. La función del terapeuta es hacer más evidente para el niño sus fortalezas, recursos y habilidades e implicar y hacer partícipes de esas fortalezas y recursos a los adultos (padres, cuidadores, profesores, servicios sociales, etc.).

## DIRECTRICES GENERALES

*¿Quiénes vienen a las sesiones?*

Aunque en este artículo nos centramos principalmente en el trabajo técnico con los

niños, no hay que olvidar que desde la perspectiva de la terapia familiar sistémica es muy importante el trabajo que a lo largo de todo el tratamiento se realiza con sus padres, cuidadores, y servicios educativos o sociales que lo derivan. De forma que las intervenciones específicas que describimos más abajo con los niños deben entenderse dentro de un contexto en el que se realizan sesiones conjuntas con el niño y sus padres o cuidadores, y también sesiones individuales con el niño y sesiones con sus padres o cuidadores sin la presencia del niño. Los objetivos y el proceso particulares de cada caso marcarán el formato más adecuado para cada sesión. Dada la dependencia de los niños del sistema educativo o de protección, además del trabajo con todo el sistema familiar resulta recomendable (imprescindible en muchos casos) la colaboración activa (en sesiones, reuniones, o contactos telefónicos o de correo) de otros profesionales (profesores, educadores, orientadores escolares, servicios sociales, etc.) para explorar qué esperan ellos que el niño consiga viniendo a terapia, así como su percepción de los cambios conseguidos a lo largo del proceso de tratamiento.

### *¿Qué papel juega la creatividad?*

A edades tempranas los niños suelen vivir en mundos de fantasía donde las historias fantásticas y sus héroes son muy importantes. También hay niños que se caracterizan por una insaciable curiosidad que se expresa en cierta inquietud por cualquier cosa y en el impulso de tocar y probar todo tipo de cosas y actividades. A algunos niños les encanta dibujar, modelar, construir, etc. Todas estas características del mundo infantil pueden hacer pensar que un terapeuta necesita una gran dosis de creatividad para trabajar con niños. Pero si bien la curiosidad y la creatividad son recursos de gran valor en la psicoterapia, a diferencia de lo que pueda parecer

no hay que ser una persona especialmente creativa para conseguir trabajar eficazmente con niños. Sólo es necesaria una actitud flexible y abierta a aprender, y ellos nos enseñarán su manera de comunicarse, facilitándonos la posibilidad “hablar su mismo lenguaje” y trabajar de forma conjunta en las sesiones.

Para conectar emocional y cognitivamente con el niño es necesario “entrar en su mundo”, pero es muy importante entender que algunos niños pueden sentirse incómodos con el contacto ocular directo y la proximidad física hasta que tengan confianza en el terapeuta. Podremos usar metáforas relacionadas con cosas que los niños conocen, historias de superhéroes, dibujos, juegos, etc., pero es importante que sea el niño el que marque el ritmo y el curso de la interacción inicial. Los niños usan un lenguaje más sencillo, de forma que el terapeuta debe evitar el lenguaje abstracto para que puedan entender el sentido de lo que se hace en la terapia.

En definitiva, la creatividad en el trabajo con niños debe entenderse como una actitud de curiosidad y atención sobre el mundo particular y el lenguaje del niño, para crear una interacción sencilla en el contexto de ese lenguaje.

### *¿Cómo empezar?*

Nuestra experiencia nos indica que es útil evitar preguntas iniciales directas a los niños sobre sus sentimientos o sus necesidades, y especialmente sobre sus problemas. Esta observación es todavía más importante cuando se trabaja con adolescentes. De forma que una directriz eficaz es comenzar de manera indirecta y muy positiva, es decir, señalando indirectamente recursos, habilidades, y fortalezas del niño, aunque pudieran parecer intrascendentes y no tengan una conexión directa con el problema que se consulta.

Al comienzo de la primera sesión los niños son por lo general reacios a hablar. Una buena manera de empezar en estos casos puede ser a través de los padres, preguntándoles por las habilidades de su hijo, en qué es bueno, qué hace bien, etc., y sobre todo normalizando la postura del niño de no hablar. La dificultad de esta estrategia es que el terapeuta se encuentre con un alto nivel de negatividad en los padres, lo que hace muy difícil que contesten con descripciones positivas. En esos casos es importante que el terapeuta se muy concreto y muestre que le interesa conocer primero cómo es el niño en sus habilidades y fortalezas antes de hablar del problema. A veces sólo uno de los padres, o un hermano, es capaz de describir las fortalezas y habilidades del niño.

También es posible comenzar directamente con el niño, pero hay que tener en cuenta que el terapeuta tiene que darle la oportunidad y el tiempo que necesite para contestar, y las preguntas deben versar sobre sus aficiones, gustos, amigos, profesores, padres, su animal favorito, novedades o cambios recientes (por ejemplo, si ha cambiado de colegio, a tenido un nuevo hermanito, etc.). Este tipo de comienzo facilita una visión más social del niño y de sus recursos y fortalezas, al tiempo que crea un clima positivo para la terapia. Es importante que el terapeuta evite preguntas cerradas a las que el niño pueda contestar con un simple “sí” o “no”, y que encadenadas producen una sensación de “interrogatorio” incluso cuando el tema es positivo.

Observar todo aquello que resulte llamativo, característico, o “especial” en el niño es muy importante: si viste de una manera particular, lleva un corte de pelo que le caracteriza, trae a la sesión alguna muñeca u otro tipo de juguete..., cualquiera de esos elementos puede ser un buen motivo de conversación inicial.

Sentarse en el suelo con los niños más pequeños o en sillas que nos hagan estar a la altura de los ojos de los niños suele facilitar el trabajo, ya que se produce un efecto en el niño que le hace ver la habitación de terapia como un lugar menos “serio”, más cercano a su mundo, en definitiva un lugar más seguro y agradable. Este uso del espacio, “poniéndonos a la altura del niño”, no genera ninguna dificultad en sesiones individuales, pero puede hacer sentirse incómodos a los padres en sesiones conjuntas. Cuando el trabajo se realiza con los niños y sus padres o tutores, hay que equilibrar los ajustes para generar confianza en los niños de manera que los adultos no se sientan demasiado incómodos.

Lo esencial en cuanto a la manera de comenzar la terapia con los niños es que se marque claramente un interés genuino en el niño y lo que le rodea, en las personas y cosas que son importantes para él, y todo esto de forma positiva diferenciando el aprecio por las personas del problema que les trae a la terapia.

*¿Qué hacer si el niño se muestra como un “rehén” de la terapia?*

En ocasiones, algunos clientes se encuentran en la terapia en contra de su decisión o sintiéndose muy presionados por sus padres, pareja, o condicionantes sociales o educativos. En esa situación, que es bastante frecuente en niños y adolescentes, puede generarse una respuesta antagónica y a veces hostil hacia el terapeuta y la terapia, mostrándose como un “rehén” del contexto terapéutico (5). Es muy importante que la respuesta del terapeuta ante dicha actitud inicial en un niño sea mostrarse respetuoso con cada una de sus necesidades, tomando en serio sus puntos de vista y aceptando sus creencias, incluso aunque estas sean que la terapia es inútil, innecesaria o dolorosa para

ellos. Mantener una posición comprensiva, no impacientarse, y alejarse de cualquier crítica o tentación de “convencer” al niño insistiendo en que piense de manera diferente. El terapeuta ha de tener presente que cuando el niño o adolescente muestra una actitud de ese tipo es porque vienen a terapia de manera involuntaria, traídos por sus padres o cuidadores, o enviados por servicios sociales u otras instituciones educativas o de protección. Es muy común que un niño venga a la terapia con una “etiqueta” impuesta por los padres o cuidadores, que define el problema y al niño como un objeto único, de forma que problema y niño son una misma cosa, por ejemplo: “el niño es depresivo”, “es malo” o “ha sido un niño difícil desde que nació”. El terapeuta debe evitar tratar el niño como un objeto y empezar a tratarlo como un sujeto, como una persona desde el comienzo de la terapia (1). Diferenciar la persona del niño del problema que se va a tratar en terapia es una forma de desbloquear la actitud antagónica del “rehén” (5).

Reconocer la situación del niño y mostrar respeto por ella es una forma de darle protagonismo y hacer ver que se va a tomar en cuenta su punto de vista. Incluso hay ocasiones en que el terapeuta puede usar al niño como consultor experto o “ayudante” durante el proceso de terapia, fortaleciendo de esta manera la alianza terapéutica con el niño, haciéndole ver que el problema es algo de todos y separable de su persona, y dándole “voz” para sugerir soluciones al problema. Este tipo de trabajo conlleva paralelamente un trabajo encaminado a ayudar a los padres a cambiar sus creencias negativas sobre el niño.

#### *Claves del protocolo inicial con los niños*

De forma resumida estas son las claves del protocolo inicial a tener en cuenta cuando se trabaja con niños en terapia familiar:

- Explicar al niño (al igual que a los adultos pero de forma directa y en su lenguaje) la forma de trabajar. Explicarle bien como se trabaja con equipo y métodos de grabación si es el caso; presentarle al equipo suele ser bueno para el niño porque le pone cara a “los que están ahí detrás”. Un ejemplo de explicación de las grabaciones podría ser: “me sirven para ver después lo que hablamos durante la sesión porque lo puedo volver a ver tantas veces como necesite” o “es como hacer los deberes entre clase y clase, yo veo el video y me aprendo las cosas”, “es como ver el video de la jugada cuando juegas con “la play” (solo si sabemos que el niño conoce este juego). Darles la oportunidad de hacer cualquier pregunta al respecto y pedirles su consentimiento. Dejarle recorrer la sala de terapia y verse en el video si se utiliza, no incomodarse por su curiosidad inicial sobre aspectos del mobiliario.

- Además de explicar paso por paso en qué consiste nuestro trabajo, hay que usar la primera sesión para conocer su teoría de por qué está en la terapia, liberándolo de culpas y etiquetas, y co-definiendo un marco de trabajo no culpabilizador con todos los miembros de la familia que tome en cuenta las opiniones y necesidades del niño.

- Hacerle saber que respetaremos su decisión de no hablar sobre el problema o cualquier tema que no desee. Es nuestra labor conseguir la colaboración del niño sin que se sienta obligado o presionado a hablar del problema y sin que los padres piensen que no tomamos en serio su problema por no hablar inmediatamente de él. Podemos enfatizar que para nosotros es importante oír la opinión de cada persona y que aunque no quiera hablar al inicio puede hacerlo en el momento que desee. Los padres suelen entender bien esto cuando el terapeuta comenta que “es muy frecuente que el niño se tome su

tiempo para comenzar” a hablar de los problemas.

- Prestar atención al lenguaje del niño y a las palabras usadas para referirse a las personas o cosas. Mostrar curiosidad genuina por su mundo infantil de fantasías o anhelos, y por las características peculiares de su forma de vestir, peinarse, o hablar. Todo esto sirve al terapeuta para conectar emocionalmente con el niño y hacerle más creíble una tarea u objetivo descrito en un lenguaje que no es ajeno a su mundo personal.

- Por último, cuando empezamos un tratamiento con niños, tenemos en mente los siguientes supuestos sobre el niño (3), a modo de ideario (puede pegarse cómo tal en un papel del despacho), que nos ayudan a hacer el trabajo más fácil y ver al niño de manera más positiva. Asumimos que todos los niños, por difícil que haya sido su situación personal, quieren:

- que sus padres o cuidadores estén orgullosos de él
- agradar a sus padres y a otros adultos ser aceptado y formar parte del grupo social en el que viven
- aprender nuevas cosas
- ser activos y participar en actividades con otros
- ser sorprendidos y sorprender a otros
- manifestar sus opiniones y elecciones
- hacer elecciones cuando se les da la oportunidad

## TÉCNICAS ORIENTADAS A LAS SOLUCIONES PARA EL TRABAJO CON NIÑOS

Las técnicas son herramientas importantes, pero sólo resultan eficaces en un contexto de alianza terapéutica y cuando se ajustan bien al ritmo y la oportunidad marcados por los clientes. Las siguientes descripciones de

técnicas particulares son una selección de las que hemos encontrado más útiles y aplicables en nuestra experiencia en la UICF.

### Excepciones

Las excepciones son aquellos momentos en que el problema debería estar presente, pero por alguna razón no lo está; todos los problemas por graves que sean tienen excepciones, ocasiones en las que los sujetos se encuentran libres de sus síntomas (por ej., los niños que mojan la cama también tienen noches secas; o esas ocasiones en que un niño con problemas de conducta se comporta correctamente). Examinando las diferencias entre los momentos en que se produce el problema y los momentos en que no está presente, podemos encontrar soluciones que nos lleven, amplificándolas y haciéndolas más frecuentes, a que el problema deje de existir.

Los niños están más dispuestos a hablar de cosas que hacen bien, de aquellas ocasiones en que tienen éxito en hacer algo (no mojar la cama, jugar bien (sin violencia) con otros niños...) que de las ocasiones en que hace algo mal. Por eso siempre tenemos que formular las preguntas de forma positiva y muy concreta en la exploración de excepciones: “¿Qué fue diferente el lunes...- no ocurrió el problema - (la cama está seca; obedeces a tu mamá; haces los deberes, etc.)?”;

También podemos buscar excepciones a través de preguntas pre-suposicionales (7), las cuales inducen al cliente a buscar soluciones en el presente o el pasado, centrándose en las ocasiones en que no tienen o no han tenido el problema pese a esperar que sí ocurriese. Este tipo de preguntas pueden acompañar a las preguntas sobre excepciones, por ejemplo: “¿cómo conseguiste que sucediera?” (pr esuponiendo que e niño lo consiguió); “¿De qué manera el que... (ocurra la

*excepción) hace que las cosas vayan mejor?(presuponiendo que van mejor)”.*

### **Escalas y escaleras**

En la terapia breve centrada en soluciones las preguntas de escala se suelen usar para que el cliente identifique algún objetivo. La idea central es que para facilitar el cambio, los objetivos deben de, concretos, realistas, escalables (ir consiguiéndolos paso a paso), observables, e implicar si es posible alguna conducta positiva nueva o que ya esté ocurriendo.

La ventaja de usar esta técnica con niños es que para ellos es más fácil comunicarse con números o visualizar una medida en una regla o dibujo que con palabras. Las preguntas de escala consisten en preguntar sobre un problema, meta u otra cuestión, en un intervalo de 1 a 10, donde 1 puede representar “lo peor, lo más bajo, lo menos”, y 10 “lo máximo, totalmente conseguido el objetivo, resuelto el problema, sobresaliente total”, etc. También estas preguntas se pueden usar para evaluar el nivel de confianza que tienen los padres y el niño en solucionar un problema.

En la UICF utilizamos *escaleras* en lugar de escalas, esto es, creamos un simple dibujo de una **escalera con 10 peldaños** y escribimos por lo general el objetivo de la terapia al final de la escalera, en el peldaño más alto. Dejamos que el niño dibuje a la familia o a él/ella misma en el peldaño en el que consideran que están respecto a alcanzar el final de la escalera que lleva al objetivo. Los peldaños son amplios para que el niño pueda dibujar, incluso escribir algo que los personajes dicen o piensan (como en un cómic). El niño puede dibujar a cada persona, incluyendo tutores o educadores si es el caso, en peldaños diferentes o todos en el mismo.

Coleccionar estos dibujos y mostrárselos al niño y a la familia (pueden pegarse en un

corcho al inicio de la sesión), con un clara indicación de la fecha de ejecución en el dibujo, genera una imagen de “acción y progreso” en forma de viñeta (por ejemplo la familia dibujada en el inicio de la escalera en la primera semana, mas arriba en la segunda semana, bajan un peldaño en la tercera, avanzan mucho en la cuarta, etc.). Es muy probable que el niño dibuje caras y expresiones de alegría en su representación de la familia cuando están en un escalón alto de la escalera. Por ello es útil preguntarle sobre las expresiones que ha dibujado para él/ella misma, su padre, su hermano, etc. Por ejemplo, *¿Porqué has dibujado a mamá dándole la mano a papa en este peldaño? , ¿Porqué has dibujado a tu hermano con esa cara tan cansada y en un peldaño más bajo que el tuyo?*.

Los adultos no tienen ninguna dificultad en utilizar el juego del dibujo de la escalera, resulta útil preguntar a una madre por ejemplo: *¿y usted Manuela, en qué peldaño dibujaría a su hija? Quiere dibujarla con este otro rotulador de color diferente? ... ah ya veo, y ¿por qué lo ve en ese peldaño? Lo ha dibujado mirando hacia algún lado? .* Por lo general, el niño se interesa por la percepción de los adultos cuando estos se adaptan al uso del juego de la escalera, además a veces la forma de dibujar de los adultos resulta muy graciosa, o muy sorprendente, para los niños.

La técnica de la escalera se completa con preguntas que permiten visualizar concretar los avances necesarios, por ejemplo: “ *¿qué tiene que ocurrir, hasta la siguiente vez que nos veamos, para subir un peldaño en la escalera?*”; “ *¿qué otras cosas crees que pasarán cuando te encuentres aquí (señalando un lugar de la escalera)?*”; “ *¿cuál será la pequeña señal de progreso durante las próximas semanas que os hará decir (a los padres) que estamos subiendo un peldaño* “ *¿A qué peldaño tendríais que llegar en las*

*próximas semanas para sentir os satisfechos y pesar que podéis manejar bien el problema?*”, “*¿qué pasa en ese peldaño?(escribirlo en el dibujo junto al peldaño en palabras comprensibles para el niño)* . Una pregunta de gran relevancia cuando el proceso de cambio se atasca o se vuelve demasiado lento es: *¿qué crees que está impidiendo subir un escaño más?, ¿qué hay aquí que nos tiene agarrados y no podemos movernos de este escaño?*.”

Los niños más pequeños suelen ser activos, les gusta moverse o tener cosas en sus manos, explorándolas o jugando con ellas; teniendo esto en cuenta, podemos no sólo dibujar en las escaleras sino pegar cosas, pequeños objetos, en ella. También resulta interesante hacer una fotocopia del dibujo de la escalera una vez completado en la sesión y dárselo al niño para que lo pegue en un lugar visible de su casa o de su habitación. Otras adaptaciones de la escalera en formato de dibujo es construir la escalera con piezas sólidas de madera, o tener una escalera de juguete desmontable, o bien hacer una escalera con piezas de “Lego” y usar muñequitos de “Lego” o similares para representar los miembros de la familia y sus avances.

Una adaptación interesante de la escalera es tener en el suelo una superficie de tela de unos 2 o 3 metros con los números dibujados del uno al 10, o con un dibujo plano de la escalera sobre la tela, y pedirle al niño que salte tan lejos como cree que ha cambiado hasta ahora. Después le pedimos que avance a un número/peldaño más alto (dando un salto y sentándose sobre ese número/peldaño) y le preguntamos cómo conseguirá que esto ocurra o cuáles serán las consecuencias de esas mejoras; le podemos preguntar por ejemplo: “*¿qué hará tu mamá/papá/pr ofe cuando eso ocurra?* ”, contrastando su respuesta con la de mamá/papá si está presente

en la sesión. Estas versiones “de acción” de la escalera son muy apropiadas para niños pequeños porque resultan muy lúdicas, pueden incluso ser una oportunidad para invitar a un padre a jugar con su hijo dando un pequeño salto en la escala pintada en la tela y sentarse el suelo.

Berg y Steiner (3) sugieren algunas otras adaptaciones de las preguntas de escala, como el uso de la “*torre de los éxitos*” o “*el globo*”. En el juego de la “torre” hacen falta piezas de madera o cubos, o algún otro tipo de objetos que podamos ir poniendo unos encima de otros construyendo una torre. Se le pregunta al niño qué cosas fueron bien desde la última sesión hasta ahora y por cada cosa positiva que el niño recuerde se le da una pieza para que vaya poniéndola una encima de otra en forma de torreta. Cuando no recuerde más cosas se hace un repaso de cada pieza de la torre nombrando el éxito conseguido por el niño vinculado a esa pieza. En la técnica del “globo”, este se usa igualmente para que el niño pueda visualizar sus progresos en muchas cosas, como en controlar su mal carácter, en escuchar a sus padres, etc.; se le explica al niño que el globo sin aire indica cómo estaba un determinado problema u objetivo el primer día, la 1ª sesión, después se le pide al niño que infle el globo hasta donde él cree que ha conseguido llegar, hasta donde ha aumentado su control, etc. Se le pide que vuelva a dejar salir el aire y se le pregunta como ha hecho para conseguir llegar hasta ese nivel. A continuación se le pide al niño que lo vuelva a hinchar y mientras lo hace se le repiten las cosas útiles y positivas que acabamos de oír. También puede pedírsele que lo infle hasta el tamaño que cree en el que sería todo un experto en manejar esas habilidades (escuchar a su madre, no pelearse, etc.) y cómo cree que podría conseguirlo.

Es muy importante cuando se trabaja con niños el hecho de celebrar y exteriorizar los progresos. Hay que encontrar maneras divertidas de remarcar la importancia de un avance en la escalera (subir del peldaño 4 al 5 de una sesión a otra), como “chocar los cinco” o dejarle algún objeto que le gusta y que puede llevarse a casa, y recordarle lo que ha conseguido; lógicamente es importante que los otros miembros de la familia compartan la celebración de los progresos de forma activa.

### **Pregunta milagro**

Esta conocida técnica de la terapia centrada en soluciones es útil porque las familias que llegan a terapia por lo general no se han imaginado en un futuro con el problema resuelto. El hecho de construir una visión de la solución ayuda a las personas a creer que es posible alcanzarla, y al utilizar el tiempo verbal en futuro damos a entender que la solución se va a hacer realidad. Resulta una técnica muy apropiada para el trabajo con niños si se tiene en cuenta que cuando hacemos la pregunta milagro a un niño es importante ser paciente y darle tiempo y espacio para pensar y contestar.

La estructura de la pregunta milagro es la siguiente: *Te voy a hacer una pregunta un poco extraña... que requiere algo de imaginación por tu parte. Supón que llegas a casa esta noche y te vas a dormir. Mientras estás durmiendo, ocurre un milagro. El milagro es que los problemas por que te trajeron aquí se han resuelto. Como tú estabas durmiendo, no sabes que el milagro ha pasado y que todo se ha solucionado, pero, claro, cuando te despiertes por la mañana notarás cosas diferentes que te harán sentir que el problema se ha solucionado. ¿Cómo te darías cuenta de ese cambio?, ¿Qué será diferente?...*

Una vez que todos los miembros de la familia han compartido sus visiones sobre el

milagro podemos ser más curiosos y explorar con ellos otros cambios que les gustaría que ocurriesen, y si alguno de sus milagros ya está ocurriendo. También en esta técnica podemos usar preguntar pre-suposicionales (7), al igual que al explorar excepciones, que nos ayudan a amplificar estos cambios y a crear conjuntamente con la familia un contexto para el cambio; por ejemplo:

*“¿Qué otras cosas cambiarán?”; “¿Qué más cosas irán mejor?”; “¿Quién será el más sorprendido... (papá, mamá, el profesor) cuando hagas esto?”; “¿Cómo habrá cambiado... (papá, mamá)?”; “¿Ha ocurrido recientemente alguna pequeña par te del milagro?”; “¿Cómo sabrás que no necesitas venir más a terapia?”.*

Una modificación de la pregunta milagro que funciona muy bien con niños es convertir el milagro en *un hada o un mago que con un movimiento de su varita mágica o sus poderes hace desaparecer los problemas*, entonces se produce una mágica transformación y el terapeuta puede ayudarle a describir cómo notará que ha ocurrido y cómo lo notarán los demás y qué cambios sucederán en casa, en el colegio, con sus amigos, etc. (2; 3).

Otras variaciones de la pregunta milagro podrían ser las siguientes:

*“Si pudieses ver una grabación en video de la familia cuando todos los problemas estén resueltos, ¿qué verías que ocurre e que te haga estar convencido de que las cosas están mejor?”. “Si tuviésemos una bola de cristal imaginaria y te pudieses ver en ella cuando las cosas se hayan solucionado, ¿qué verías? ¿Qué me dirías que está ocurriendo?”.*

### **Externalizar el problema**

Es una técnica integrada del modelo de Terapia Narrativa (8). Este enfoque le dedica especial atención a construir la his -

toria familiar sobre el problema, a través de la cual consigue aprender una gran variedad de creencias familiares y de maneras en que la familia influye y es influida por el problema. Con esta información el terapeuta involucra a la familia en una serie de historias sobre competencias y recursos que puede ayudar a liberar a la familia de la situación de saturación con respecto al problema. La externalización es útil con niños que llevan mucho tiempo con el problema, que han acudido sin éxito a varios terapeutas, o que de forma espontánea describen el problema con “vida propia”.

A través de la externalización se realiza un nuevo encuadre o construcción para ver el problema, un encuadre que resulte más aceptable y acorde con las creencias familiares (ya no se ve al niño como causante del problema si no que algo que “invade o posee” al niño en ciertos momentos - su mal temperamento, miedos, etc.-); se pretende conseguir separar el problema del niño como persona o como sujeto, ver el problema como una entidad externa. El terapeuta usa la descripción y creencias de la familia y su mismo lenguaje para llevar a cabo esta co-construcción. La externalización es muy recomendable cuando los padres han puesto a su hijo una etiqueta para describir sus problemas, y también funciona bastante bien con niños que tienen problemas de conducta sexual. En general es una técnica que sirve para conectar positivamente con los niños y separar la conducta problemática de su persona. Esta técnica no pretende justificar la conducta negativa, todo lo contrario: la responsabilidad de la conducta es de la persona y la persona debe saber manejar adecuadamente esa conducta, relacionarse bien con esa conducta. Pero mediante la externalización se ayuda a asumir y recordar que “la persona no es el problema; el problema es el problema” (9), una perspectiva que hace más fácil generar cambios.

Se le puede preguntar al niño cómo quiere llamar a su problema (por ejemplo, a un niño con episodios de rabia o furia: *¿cómo te gustaría llamar a la furia?*) y preguntarle sobre cómo consigue dominarlo; cuánto tiempo le lleva molestando; qué pasa cuando le “invade” o “domina” al niño. Una niña que tenía problemas de conducta violenta llamaba “el abusón” a sus propios accesos de agresividad. Las preguntas del terapeuta fueron: *¿Cómo notas que llega el abusón?*, *¿Cuál es el punto débil del abusón, la forma en que le puedes tú a él?*, *¿Cómo notas que el abusón te agarra o te persigue?* *¿si viene la próxima semana cómo vas a vencerle?...*

Para los niños que son muy pequeños, o no hablan mucho, podemos usar juegos que nos ayuden a externalizar el problema. *El mural de la familia* es un ejemplo: se invita a los asistentes a que dibujen juntos un cuadro de cómo es su familia. A veces podemos pedirles que se dibujen realizando algún tipo de actividad en la que participen todos. Esto nos puede ofrecer una información muy valiosa de los roles, relaciones familiares, percepciones de cómo se ven unos a otros, creencias y patrones de interacción; por ejemplo, el niño suele omitir al miembro familiar con el que tiene el problema, con el que está enfadado, o con el que se siente rechazado. Pero, además, lo podemos usar como una herramienta visual mientras utilizamos conversaciones de externalización. Una vez hecho el dibujo convertiremos, junto a la familia, el problema en una “bestia” o “cosa” describiéndolo con todo detalle (color, expresión de la cara, etc.) y exploraremos cómo molesta e incomoda a cada uno de los miembros de la familia. Después pedimos a la familia que describa un escenario reciente en el que el problema les venció y que dibujen un mural que represente las diferentes formas en que cada uno interactúa con el problema y este les “roba”

lo mejor de ellos, les domina. A continuación realizaremos un segundo mural en el que la familia representará las diferentes formas que tiene cada uno de vencer al problema o un plan de combate para derrotarlo.

Otra variante de externalización útil con niños es *dibujar el problema*: se le pide al niño que dibuje una imagen o símbolo de su problema en una hoja. Las siguientes preguntas facilitan que el niño realice esta tarea: “*Si tuvieses que hacer un dibujo de tu problema... (miedos, ber rinches, cama mojada, etc.), ¿a que se parecería, cómo lo pintarías en un papel?*”; “*¿de qué color sería?*”; “*¿Estaría contento, enfadado, asustado...?*”. Una vez hecho esto, el terapeuta invitará al niño a dibujarlo y después a crear y dibujar un plan de combate para derrotarlo. Esta técnica suele fortalecer al niño y ayudarle a tener control sobre el problema. También podemos invitar a los padres a que dibujen su visión y forma de combatir el problema o a dar “armas” a su hijo para derrotarlo.

*El Ritual de control del hábito* (10) es una técnica de utilidad en combinación con la externalización. Se puede usar para reforzar y fortalecer a la familia en su objetivo de derrotar al problema. Es una tarea para casa: después de externalizar el problema le pedimos a la familia que esté atenta en casa a las cosas que cada uno hace para vencer al problema y no permitir que pueda con ellos. Al mismo tiempo se les pide que se fijen en aquellos momentos en que alguien “acepta la invitación” del problema y sucumbe a él, y “qué maneras tiene el problema de hacerlo”. Tienen que escribirlo y traerlo la próxima sesión. En dicha sesión animamos a los padres a servir de entrenadores y de apoyo para su hijo cuando vean que “acepta las invitaciones” o es “engañado por el problema”; y también a que sean sus propios entrenadores no dejándose invadir por el problema.

### Visualización

Las técnicas de visualización tienen una función parecida a las de externalización. Una labor importante en el trabajo con niños en terapia familiar es ayudar a que el niño entienda lo que los padres quieren de él, o a traducir las quejas en algo comprensible y manejable para el niño, en una forma de solución del problema. Una manera de conseguirlo es hacer que el niño le de un nombre a la solución y a continuación la visualice, esto convierte las soluciones en cosas concretas y posibles para el niño. Para esa visualización el niño cuenta con una serie de símbolos que utilizará como herramientas fundamentales del proceso de creación visual.

El terapeuta puede ayudar al niño dándole nombre a las diferentes categorías de símbolos que podrían ser útiles para el niño. Algunas categorías habituales son: animales, deportes, juegos, estrellas de cine o rock, coches, personajes de cuentos o dibujos animados. Es importante no imponer símbolos ni imágenes y aceptar la visión particular del niño, su imaginación y sus deseos, así como aceptar y respetar lo que el niño elija porque su elección tiene un sentido y un significado especial para él.

Para niños que tienen dificultades de aprendizaje o problemas de comportamiento se puede usar una técnica de visualización que suele resultar efectiva porque les ayuda y anima a resolver sus dificultades: imaginarse que se convierten en una persona a la que admiran profundamente (un personaje histórico, un amigo al que respetan, un personaje famoso del cine de aventuras, un superhéroe, etc.). Una vez que el niño, con los ojos cerrados, tiene una imagen clara de la persona en la que se va a convertir durante los próximos minutos se le pueden hacer preguntas, en tiempo presente, para ayudarle a la transformación (“*¿cómo va vestido?*,”

*¿cómo suena su voz?, ¿qué expresión tiene en su cara?, etc.*), y le pedimos que se de la mano imaginariamente con esa persona para completar la transformación. En algunos casos, al producirse la transformación, el niño llega a variar un poco su tono de voz, su postura, y su nivel de confianza. Después le preguntaremos sobre cómo siendo esa persona ideal resolverá o superará sus dificultades, etc., y le podemos indicar los pasos que ya ha conseguido: algunas fortalezas y recursos que el niño comparte en realidad con su personaje ideal.

Otra manera de usar la visualización con niños, parecida a la técnica de explorar excepciones, es pedirles que visualicen un episodio de su pasado en que superó una dificultad o consiguió un triunfo personal (en el colegio, casa, en deportes, etc.) y usar esto como un mapa que nos guíe hacia el éxito con el problema actual. Es importante que el niño se involucre en el relato del episodio pasado e imagine con detalle como se sintió, qué veía en ese momento, qué se oía, etc., para hacerlo más real.

*La maquina del tiempo imaginaria* (2) es otra variante técnica de la visualización pero muy relacionada con la “pregunta milagro” y que en nuestra experiencia engancha con facilidad a los niños (no tanto a los adolescentes). En este caso, el terapeuta le pide a la familia que imagine que tenemos una máquina del tiempo, diciéndoles que si entran en ella pueden viajar en el tiempo a la época o momento que quieran. A partir de esa situación imaginaria se utilizan preguntas de este tipo: “¿dónde os gustaría ir?; ¿con quien iríais?; ¿que haríais allí?; ¿cómo haría esto diferente vuestras vidas?...”

Esto permite a la familia descansar del problema y llevarlos a una “tierra de posibilidades”, es útil cuando sentimos que esta

mos atascados con una familia, también nos ayuda a generar soluciones no intentadas hasta el momento para los problemas actuales. Viajando en el pasado la familia puede encontrarse con personajes históricos y traer ideas creativas para solucionar sus problemas fijándose en ellos. Si se transportan al futuro cualquier cosa es posible porque todavía no ha ocurrido, por ejemplo, se da la posibilidad a la familia de verse con el problema ya solucionado.

*Los Inventos invisibles* es otro formato de visualización propuesto por Selekmán (2) para crear posibles soluciones nuevas que además sirve como una herramienta de juego en familia, cosa que puede ser novedosa para algunas familias y ayudarles a superar patrones negativos de interacción. El terapeuta dice lo siguiente a la familia, sin darles ninguna idea: “*si como grupo tuviérais que inventar algo que pudiese beneficiar y ayudar a otras familias como vosotros, en vuestra misma situación, ¿que sería?*”. Se espera que esta técnica facilite que la familia encuentre alguna idea útil para afrontar mejor su problema, y además, tengan la experiencia de trabajar juntos como un equipo sin conflictos, tratándose de algo que puede resultar divertido para los niños y también gratificante para los adultos.

### **Marionetas.**

Solamente vamos a hacer una referencia breve al uso de las marionetas puesto que es un elemento técnico muy conocido y referenciado en la literatura sobre el trabajo terapéutico con niños. Las marionetas son muy útiles cuando trabajamos con los niños más pequeños, les hace más fácil visualizar situaciones y entrar en la dinámica de una narración. Habitualmente el terapeuta habla a través de una marioneta e involucra al niño dejándole que escoja otra que le guste o le represente para responder. A partir de

ahí, el niño se introducirá en el papel de la marioneta y le dará voz (siendo la marioneta quien hable pero expresando los sentimientos y creencias del niño). Una de las principales ventajas de las marionetas es que permiten llevar a cabo una conversación indirecta (entre las marionetas) sobre un tema conflictivo (por ejemplo problemas del niño con otros compañeros en la escuela, ser testigo de discusiones agresivas entre sus padres, miedos, etc.) de una forma que resulta menos intrusiva y amenazante al niño. Es importante que el terapeuta consiga meterse, al igual que el niño, en el papel de su marioneta, dirigiéndose siempre a las marionetas y no al niño para que no se salga del papel.

Las marionetas tienen un uso muy amplio: podemos usarlas para explicar el tratamiento a los niños, para crear un contexto más agradable y seguro, para explorar sus aficiones, su visión de los amigos o familiares, para buscar excepciones, definir objetivos, plantear líneas de solución... Una utilización interesante en la terapia familiar es tener marionetas que representen a los diferentes miembros de la familia y hacer (a) que cada uno se exprese con una marioneta, (b) que intercambien papeles mediante el intercambio de las marionetas (el niño haciendo de padre con la marioneta, su padre haciendo de niño, etc.), (c) dejar que el niño represente, con la ayuda del terapeuta, a los diferentes miembros de la familia (en una situación que el elija o que el terapeuta sugiera por su relevancia clínica) con varias marionetas, a modo de una representación en la que la familia hace de público.

### **Dibujar**

Dibujar no requiere ninguna habilidad lingüística y además los niños suelen estar habituados a hacerlo desde muy pequeños. Es muy común que los terapeutas pidan a

los niños que dibujen cosas, a veces como un simple entretenimiento durante las sesiones. También es habitual que el niño decida ocupar su tiempo dibujando, si encuentra material a su alcance en la sala de terapia, simplemente porque la conversación entre los adultos le aburre, o porque quiere expresar algo con sus dibujos. En nuestra experiencia en la UICF es un hecho muy común que los niños decidan espontáneamente hacer un dibujo que representa al terapeuta, algo que suele sorprender y agradar sobre todo a los terapeutas novatos y en formación.

Aprovechar esta facilidad e inclinación natural de los niños al dibujo es muy fácil. La creatividad de los terapeutas puede generar muchas formas de darle utilidad clínica a los dibujos infantiles. Berg y Steiner (3) proporcionan algunos ejemplos que en nuestra experiencia hemos encontrado muy interesantes como son las “historietas de soluciones” y las “manos poderosas. La técnica de la “Historieta para Construir Soluciones” consiste en dibujar una historieta, de tipo cómic con el niño. El objetivo es propiciar que el niño conecte con facilidad con sus recursos y fortalezas sin usar palabras. Para ello dividimos con el niño una hoja en 6 recuadros y le vamos pidiendo que haga diferentes dibujos en cada uno de ellos, siguiendo estos pasos: (a) Un primer cuadro en el que el dibujo represente el problema; (b) La segunda viñeta muestra los posibles ayudantes que el niño desea tener para resolver con éxito su problema (le podemos ayudar preguntado qué animal cree que podría superar mejor esta situación, que personaje cree que es tan fuerte como para poder con situaciones difíciles, etc.); (c) La tercera viñeta muestra una solución que el niño ha encontrado junto con su ayudante, lo cual crea una excepción al problema; (d) El cuarto dibujo muestra qué es diferente para el niño cuando

se produce esta excepción (posiblemente aquí la ayuda del terapeuta es imprescindible); (e) Este quinto dibujo muestra el futuro, cuando la excepción o solución nueva se convierte en realidad estable; (f) La última viñeta es una señal o símbolo de agradecimiento del niño a su ayudante. Lógicamente, un terapeuta encontrará muchas variantes de este formato de construir una historieta de cómic, dependiendo del problema, de su enfoque terapéutico, y de otros factores particulares; lo importante es que este formato usa el dibujo para orientar un proceso de cambio.

El “Juego de las Manos Poderosas” ayuda también al niño a tener una conversación sobre sus habilidades y fortalezas. Primero dibujamos la silueta de las manos del niño en una hoja de papel grande. Por cada dedo del niño que vayamos dibujando le preguntaremos por algo en lo que es bueno o se le da bien, y le daremos tiempo para que conteste (fútbol, saltar la comba, videojuegos, cálculos, contar chistes...). Le diremos que elija un color para esa actividad y que pinte la silueta de ese dedo del color que ha elegido (si el niño sabe leer escribiremos también el nombre de la actividad). Los niños por lo general están acostumbrados a colorear y lo hacen sin problemas. Para finalizar esta actividad, en la UICF preferimos un formato no descrito por Berg y Steiner consistente en decirle al niño: “*recuerda los colores y tu mano llena de poderes, ¡tantos como dedos!, ¡tantos como colores!; cuando te encuentres con [verbalizando aquí la dificultad que estamos tratando en terapia] imagina que sacas tus manos multicolores y muestras tu poder, eso te hará vencer a [la dificultad, el problema]. Inducir al niño a “recordar la mano multicolor y poderosa” ante situaciones de dificultad es muy importante; darle a la familia el dibujo de la silueta de la mano coloreada para ponerla en un lugar visible de la*

casa es también una forma de simbolizar la visión positiva de los recursos y fortalezas del niño.

### Cuentos inventados

A la mayoría de niños les encantan los cuentos y las historias sobre otras personas, animales, criaturas naturales y sobrenaturales, etc., que experimentan situaciones extraordinarias pero también dificultades similares a las que ellos viven. Lo interesante de esos cuentos, desde un punto de vista terapéutico, es que pueden ser una inspiración para los niños y las familias sobre cómo superar las dificultades. Hay que construir historias con las que el niño se sienta identificado, sienta que comparte experiencias con el protagonista y que tengan sentido para el niño. Por eso hay que construir la historia de manera individualizada y teniendo en cuenta el problema y las características del niño.

La base de la historia inventada es muy sencilla, y sigue las directrices de muchos de los cuentos más populares: (a) tiene que existir un *héroe* (el protagonista, que representa al niño con alguna similitud que le haga ser más cercano al niño pero con diferencias para que no sea un resumen de su vida), (b) para conseguir su meta el protagonista tiene que **superar una serie de difíciles y peligrosas situaciones**; (c) el enemigo, que debe “representar”, o mejor “personificar”, el problema que tratamos en terapia (rabietas, mal comportamiento, conflictos familiares, etc.) tomará forma como demonio, robot maligno, monstruo, huracán, etc.; lógicamente el enemigo hace todo lo posible para evitar que el héroe tenga éxito; (d) es muy importante que haya personajes que ayuden al héroe (gigantes, hadas, animales favoritos o plantas que hablan, etc.) y que poseen fuerza, o magia, o gran energía, incluyendo también los recursos y fortalezas

que el niño tiene en realidad, así como los recursos de los adultos que pueden ayudarle (padres, o educadores). Para que resulte interesante para el niño, debemos dar giros inesperados a la historia, acontecimientos inesperados en los que el héroe se tiene que enfrentar a cosas que parece que no podrá superar. El cuento inventado, al igual que los cuentos tradicionales y las películas de aventuras para niños, terminará con rituales de superación y celebración por haber conseguido el éxito (casarse con la princesa, encontrar un tesoro, convertirse en el hombre más fuerte de la tierra, etc.). No obstante, ciertos rasgos de modestia y realismo en el final del cuento pueden resultar más educativos que los tradicionales finales de las películas “a lo Disney”.

A través de las historias inventadas también podemos prevenir recaídas, identificando estas con los momentos de debilidad o pérdida de fuerza por parte del protagonista, o abandono momentáneo de alguno de sus ayudantes (porque se han perdido, dormido, etc.). **En cuanto a la forma de construir el cuento, podemos sugerir estos tres procedimientos:**

1) El terapeuta cuenta la historia sin que el niño participe apenas en su desarrollo, a modo de una intervención.

2) El terapeuta puede empezar a contar la historia hasta que el protagonista se encuentre en problemas y entonces preguntar al niño por su figura favorita e introducirla en la historia para que le ayude; a partir de ahí el niño desarrolla el final de la historia con ayudas puntuales del terapeuta.

3) El terapeuta puede construir la historia junto con el niño mediante turnos de palabra: en cada turno se construye una frase o un seg-

mento de acción de la historia, enlazándolo con lo anterior hasta terminar la historia.

### Conclusión

Trabajar con niños en la terapia familiar debería ser algo natural, no hace falta una característica especial en el terapeuta, ni una creatividad fuera de lo común. Conseguir un trabajo terapéutico eficaz y bien adaptado a los niños requiere solamente de una actitud y sensibilización que debe incluirse en la formación de los terapeutas familiares. En este artículo ofrecemos unas directrices básicas para crear un contexto de alianza terapéutica en la terapia familiar con niños, y una selección de técnicas que ilustran un enfoque fácil de ejecutar por los terapeutas familiares. La idea central es que si afrontamos el trabajo con niños de manera relajada y divertida podemos obtener grandes satisfacciones, ya que no sólo podremos ayudarles a superar sus dificultades y conocer sus fortalezas para que puedan disfrutar de su infancia y juventud adecuadamente, si no que además nos enseñarán muchas cosas. La clave es tener una actitud de curiosidad y estar abiertos a captar el mundo de los niños.

Hay muchas técnicas de la terapia familiar, no citadas en este artículo, en las que se pueden incluir a los niños; técnicas activas como la escultura, tareas para casa, intervenciones verbales de todo tipo. Pero es necesario que el lenguaje y el formato de esas intervenciones se adapten a la realidad cognitiva y emocional de los niños para que estos las integren adecuadamente. Las directrices y técnicas concretas que hemos descrito en ese trabajo podrían servir de guía como herramientas básicas para ejecutar un trabajo inicial, pero cada terapeuta debe dejarse llevar por el niño y su imaginación para inventar tareas y juegos que resulten útiles en el proceso de terapia familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Wilson, J.** *Child., - focused practice: a collaborative systemic approach*. London: Karnac; 1998.
- (2) **Selekman, M. D.** *Solution-focused therapy with children: harnessing family strengths for systemic change*. New York: Guilford; 1997.
- (3) **Berg, I. K.; Steiner, T.** *Children's solution work*. Nueva York: Norton; 2003.
- (4) **De Shazer, S.** *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós; 1986.
- (5) **Friedlander, M. L.** ; Escudero, V. ; Heatherington, L. *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
- (6) **Escudero, V.** ; Friedlander, M.L. El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad y aplicaciones del instrumento. *Mosaico* 2003; 25:32-36.
- (7) **O'Halon, W. H.** ; Weiner-Davis, M. *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- (8) **White, M.**; Epston, D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton; 1990.
- (9) **Myers, S.** Positive Practices: Solution-focused and narratives Therapeutic Techniques with Children with Sexually Harmful Behaviours. *Practice: social work in action* 2006; 18:183-193.
- (10) **Selekman, M. D.** *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa; 1996.

Correspondencia:

Valentín Escudero

Departamento de Psicología, Facultad de Educación, Campus de Elviña

Universidad de A Coruña, 15071 A Coruña.

E-mail: vescudero@udc.es

# Zarelis Retard

comprimidos de liberación prolongada  
venlafaxina

Mediante tecnología osmótica patentada

Hasta **225 mg** de **Venlafaxina Retard** en un único comprimido de **tecnología osmótica**

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Zarelis retard 75 mg comprimidos de liberación prolongada. Zarelis retard 150 mg comprimidos de liberación prolongada. Zarelis retard 225 mg comprimidos de liberación prolongada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Zarelis retard 75 mg: un comprimido contiene la cantidad de hidrocloruro de venlafaxina equivalente a 75 mg de venlafaxina. Zarelis retard 150 mg: un comprimido contiene la cantidad de hidrocloruro de venlafaxina equivalente a 150 mg de venlafaxina. Zarelis retard 225 mg: un comprimido contiene la cantidad de hidrocloruro de venlafaxina equivalente a 225 mg de venlafaxina. Excipiente: Zarelis retard 75 mg: 3,4 mg de lactosa. Zarelis retard 150 mg: 5,7 mg de lactosa. Zarelis retard 225 mg: 6,5 mg de lactosa. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido de liberación prolongada. Comprimidos redondos, biconvexos, blancos. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1 Indicaciones terapéuticas:** Depresión mayor. **4.2 Posología y forma de administración:** Zarelis retard debe tomarse una vez al día, aproximadamente a la misma hora, por la mañana o por la noche. Los comprimidos deben tragarse enteros con un poco de agua, después de las comidas. No aplastar o masticar el comprimido. Se puede cambiar a los pacientes que en la actualidad reciben tratamiento con comprimidos de venlafaxina de acción rápida a la dosis equivalente más próxima (mg/día) de Zarelis retard. Al realizar el cambio, es posible que sea necesario ajustar la dosis de cada paciente de forma individual. **Depresión mayor:** Habitualmente, la dosis eficaz para el tratamiento de la depresión se sitúa entre 75 mg y 225 mg. El tratamiento debe iniciarse con 75 mg una vez al día. Si se sigue la posología adecuada habitual, se empezarán a percibir los efectos al cabo de 2-4 semanas de tratamiento. Si la respuesta clínica no es satisfactoria, se puede incrementar la dosis a 150 mg, y a continuación a 225 mg. Los pacientes que no respondan al tratamiento pueden obtener beneficios de dosis más altas, que pueden llegar a los 375 mg. Sin embargo, la experiencia con dosis altas aún es limitada. Las dosis altas deben administrarse siempre bajo una supervisión estricta. Las dosis deben incrementarse a un intervalo de aproximadamente 2 semanas o superior, y esperar como mínimo 4 días entre incrementos. Si al cabo de 2-4 semanas no se ha obtenido respuesta, la continuación del tratamiento no proporcionará ningún beneficio. *Tratamiento de mantenimiento/de continuación/prolongado:* Por lo general se considera que para las crisis de depresión mayor son necesarios de 4 a 6 meses de tratamiento farmacológico. Es posible que algunos pacientes necesiten tratamientos de duración superior (ver sección 5.1). El médico debe volver a evaluar periódicamente la utilidad del tratamiento prolongado con Zarelis retard para cada paciente en particular. *Interrupción del tratamiento:* Se ha demostrado que puede aparecer síndrome de abstinencia con los antidepresivos. Por ese motivo, se recomienda interrumpir el tratamiento progresivamente y bajo supervisión si ha durado más de una semana, con tal de minimizar el riesgo de aparición de síndrome de abstinencia. Se recomienda disminuir la dosis progresivamente durante un período mínimo de 2 semanas en los pacientes que hayan tomado Zarelis retard durante más de 6 semanas. En los estudios clínicos, la reducción progresiva de la dosis se llevó a cabo reduciendo la dosis diaria en 75 mg, a intervalos de 1 semana. El tiempo necesario para reducir la dosis puede ser distinto en cada paciente, en función de la dosis utilizada y de la duración del tratamiento. Si aparecen síntomas inaceptables tras reducir la dosis o al interrumpir el tratamiento se puede considerar la posibilidad de volver a la dosis anterior. Posteriormente se podrá volver a reducir la dosis, con reducciones menores. **Grupos especiales de población:** Se recomienda una reducción de la dosis en pacientes con insuficiencia renal o hepática. Debe iniciarse el tratamiento con comprimidos de venlafaxina de acción rápida para determinar la dosis adecuada. *Insuficiencia renal:* En los pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min), o los que se someten a hemodiálisis, la dosis debe reducirse en un 50 %. Se aconseja precaución al administrar Zarelis retard a pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (aclaramiento de creatinina entre 30 y 80 ml/min), y debe tenerse en cuenta la posibilidad de reducir la dosis. *Insuficiencia hepática:* En los pacientes con insuficiencia hepática moderada la dosis diaria total debe reducirse en un 50 %. La posología debe decidirse para cada paciente en particular, ya que en algunos pacientes es posible que se tenga que reducir la dosis en más de un 50 %. No existen datos sobre pacientes con insuficiencia hepática grave, pero se recomienda precaución, y debe tenerse en cuenta la posibilidad de reducir la dosis en más de un 50 %. Se deberían sopesar los beneficios posibles y el riesgo que conlleva el tratamiento de pacientes con insuficiencia hepática grave. *Pacientes ancianos y pacientes con trastorno cardiovascular/hipertensión arterial:* Se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis eficaz más baja en ancianos y en pacientes con trastorno cardiovascular/hipertensión arterial. Si la dosis se ajusta individualmente, se debe realizar un seguimiento detallado del paciente cuando sea necesario un incremento de la dosis. *Niños:* Zarelis retard no está recomendado para uso en niños y en adolescentes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia (ver sección 4.4). **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la venlafaxina o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Zarelis retard no debe utilizarse en combinación con un IMAO, ni durante un período de como mínimo 14 días tras la interrupción de un tratamiento con un IMAO. Después de interrumpir un tratamiento con venlafaxina se debe respetar un período mínimo de 7 días antes de iniciar un tratamiento con un IMAO (ver sección 4.5). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** *Empleo en niños y adolescentes menores de 18 años:* No

debería utilizarse venlafaxina en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. En los estudios clínicos se observaron con más frecuencia conductas suicidas (intento de suicidio y pensamientos suicidas) y hostilidad (principalmente agresividad, conducta de oposición e ira) en los niños y adolescentes tratados con antidepresivos que en los tratados con placebo. Si, no obstante, se decide llevar a cabo el tratamiento a causa de una necesidad clínica, se debe realizar un seguimiento detallado del paciente para detectar la aparición de síntomas de tendencia al suicidio. Además, no se dispone de datos sobre la seguridad a largo plazo en lo referente al crecimiento, la maduración, y el desarrollo cognitivo y de la conducta en niños y adolescentes.

**Diabetes:** El tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRS/IRSN) puede afectar al control de la glucosa en los pacientes que padecen diabetes. Puede ser necesario ajustar la dosis de insulina y antidiabéticos orales.

**Síndrome de abstinencia tras la interrupción del tratamiento:** Aunque los antidepresivos no causan una dependencia real, es habitual que se presenten diversos tipos de síntomas tras la interrupción repentina de un tratamiento prolongado (ver sección 4.8). Existen diversos factores que pueden modificar el riesgo de padecer síndrome de abstinencia, como por ejemplo el período de tratamiento y la posología, así como el ritmo de reducción de la dosis. Se han producido mareos, trastornos sensitivos (parestesia, entre otros), alteraciones del sueño (insomnio y sueños intensos, entre otros), agitación o ansiedad, náuseas y vómitos, temblores, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y trastornos de la vista. Suelen aparecer durante los primeros días a partir de la interrupción del tratamiento, pero sólo en casos muy aislados se han notificado en pacientes que se han olvidado de tomar una dosis. Por lo general, estos síntomas remiten espontáneamente al cabo de aproximadamente 2 semanas, aunque pueden prolongarse en algunos pacientes (2-3 meses o más). Por lo tanto, cuando ya no sea necesario el tratamiento con Zarelis retard es aconsejable reducir la dosis progresivamente hasta interrumpir el tratamiento por completo (ver sección 4.2 y sección 4.8). La depresión se asocia a un incremento en el riesgo de pensamientos suicidas, autolesión y suicidio (acontecimientos asociados al suicidio). El riesgo persiste hasta que se alcance un grado de remisión importante. Puesto que es posible que no se produzca ninguna mejoría durante las primeras semanas del tratamiento, se debe realizar un seguimiento detallado de los pacientes hasta que se produzca la mejoría. La experiencia clínica ha demostrado que es habitual que el riesgo de suicidio aumente durante la fase inicial de la recuperación. Otros trastornos psiquiátricos para el tratamiento de los cuales se receta Zarelis retard también pueden asociarse a un incremento del riesgo de acontecimientos asociados al suicidio. Además, estos trastornos pueden asociarse con la depresión mayor. Las precauciones que se toman al tratar a pacientes con depresión mayor deben tomarse también al tratar a pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Los pacientes con antecedentes de acontecimientos asociados al suicidio, los que antes de iniciar el tratamiento ya presentaban un grado importante de ideas de suicidio, tienen un riesgo más elevado de pensamientos suicidas o ideas de suicidio, y deberían someterse a un seguimiento detallado durante el tratamiento. Además, también es posible que el riesgo de conductas suicidas aumente en los adultos jóvenes. Se debe informar a los pacientes (y a sus cuidadores) sobre la necesidad de realizar un seguimiento para detectar la aparición de estos episodios, y de solicitar atención médica tan pronto como aparezcan estos síntomas.

**Acatisia/agitación psicomotriz:** La utilización de ISRS/IRSN se ha asociado con el desarrollo de acatisia, caracterizada por una agitación subjetivamente desagradable o angustiante y la necesidad de moverse, a menudo acompañada por la incapacidad de permanecer sentado o quieto. Este trastorno aparece con más frecuencia durante las primeras semanas del tratamiento. Incrementar la dosis de los pacientes que desarrollen estos síntomas puede ser perjudicial. Se han notificado casos de manía/hipomanía en una cantidad muy pequeña de pacientes con inestabilidad emocional que recibían tratamiento con antidepresivos, entre ellos la venlafaxina. Igual que con otros antidepresivos, Zarelis retard debe usarse con precaución en pacientes con antecedentes de manía. Se han producido convulsiones en casos muy aislados. Se debe actuar con especial precaución en el tratamiento de pacientes con epilepsia o síndrome psicoorgánico. Se debería llevar a cabo un seguimiento periódico de estos pacientes. Cuando sea necesario, deberá consultarse a un neurólogo. En los pacientes con cirrosis hepática y los pacientes con insuficiencia renal moderada o grave disminuye el aclaramiento renal de la venlafaxina y de sus metabolitos activos, de modo que se prolonga la semivida de eliminación. Por lo tanto, puede ser necesario reducir la dosis o prolongar el intervalo entre dosis. En estos pacientes debe actuarse con precaución al utilizar Zarelis retard, al igual que con otros antidepresivos. Desde que la especialidad farmacéutica está presente en el mercado se han producido muy pocas notificaciones espontáneas de síndrome de secreción inadecuada de vasopresina en pacientes ancianos tratados con venlafaxina. Aunque los acontecimientos notificados se han producido simultáneamente al tratamiento con venlafaxina, se desconoce si están relacionados con el tratamiento. Se han notificado casos aislados de hiponatremia relacionados con el tratamiento con antidepresivos, incluidos tratamientos con antidepresivos ISRS. Suelen plantearse dudas ante la administración a pacientes ancianos, pacientes que toman diuréticos o pacientes deshidratados por algún otro motivo. Se han notificado casos aislados de hiponatremia relacionada con el tratamiento con venlafaxina, la mayoría en ancianos, y la situación ha mejorado al interrumpir el tratamiento. En ancianos, especialmente

en pacientes que toman diuréticos o que padecen hipovolemia por algún otro motivo, es necesario administrar la venlafaxina con precaución y realizar reconocimientos médicos detallados. En los siguientes casos es importante establecer la posología con precaución y realizar reconocimientos médicos periódicamente: Alteraciones de la micción (p. ej.: hipertrofia prostática, aunque la probabilidad de que aparezca este problema es muy reducida, ya que el efecto anticolinérgico de la venlafaxina es leve). Glaucoma de ángulo cerrado, incremento de la presión intraocular (la probabilidad de que aparezca este problema es muy reducida, ya que el efecto anticolinérgico de la venlafaxina es leve). Tensión arterial baja o elevada. Cardiopatías, como por ejemplo alteraciones de la conducción, angina de pecho e infarto de miocardio reciente. También deben tomarse las precauciones habituales para estos casos. Se recomienda precaución en la administración concomitante de medicamentos.

*Enfermedades cardiovasculares, tensión arterial baja o elevada:* En los estudios clínicos se han notificado habitualmente incrementos de la tensión arterial relacionados con la dosis, en especial en pacientes con dosis diarias superiores a 200 mg. El incremento prolongado de la tensión arterial podría tener consecuencias adversas. Por lo tanto, se recomienda medir la tensión arterial de los pacientes que reciben venlafaxina. En los pacientes que experimenten un incremento prolongado de la tensión arterial (hipertensión arterial grave y descontrolada) durante el tratamiento con venlafaxina, debe considerarse la posibilidad de reducir la dosis o de interrumpir el tratamiento. Se pueden producir incrementos de la frecuencia cardíaca, especialmente con las dosis altas. Se debe actuar con precaución en los pacientes con enfermedades subyacentes que pueden agravarse a causa del incremento de la frecuencia cardíaca. Se han observado variaciones importantes en la medición de la tensión arterial (hipertensión e hipotensión) y anomalías en la conducción cardíaca, principalmente en ancianos, y se ha notificado una posible asociación de la venlafaxina a la isquemia miocárdica aguda. Por este motivo se debe utilizar la venlafaxina con precaución en pacientes con isquemia miocárdica aguda, enfermedad cerebrovascular aguda u otras cardiopatías confirmadas que puedan aumentar el riesgo de arritmias ventriculares. Se han observado resultados significativos del electrocardiograma en el 0,8 % de los pacientes tratados con venlafaxina, en comparación con el 0,7 % de los pacientes tratados con placebo. Durante los estudios clínicos se observaron cambios significativos en los intervalos PR, QRS y QTc (QT corregido) en casos aislados en pacientes tratados con venlafaxina. En estudios clínicos controlados con placebo se apreció un incremento clínicamente significativo de la concentración sérica de colesterol en el 5,3 % de los pacientes que habían recibido venlafaxina durante 3 meses como mínimo, y del 0 % en los pacientes que recibían placebo. Durante los tratamientos prolongados con venlafaxina se deben realizar mediciones de la concentración sérica de colesterol. Si aparece hipercolesterolemia, se debe considerar la posibilidad de cambiar al paciente a otro medicamento antidepresivo. En el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar en fase depresiva existe el riesgo de que se desencadene la fase maniaca. En ese caso, se debe considerar la posibilidad de interrumpir el tratamiento. No se dispone de experiencia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. En los pacientes que toman venlafaxina puede incrementar el riesgo de hemorragia en la piel o en las mucosas. Se debe utilizar Zarelis retard con precaución en los pacientes con tendencia a este tipo de hemorragias. Si aparece exantema, urticaria u otra reacción alérgica de cualquier tipo, debe interrumpirse el tratamiento con Zarelis retard. Zarelis retard comprimidos de liberación prolongada contiene lactosa. Los pacientes con los problemas hereditarios raros como intolerancia a la galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa y galactosa no deben tomar este medicamento.

**4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** *Inhibidores de la monoaminooxidasa:* No deben utilizarse simultáneamente Zarelis retard e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Se han notificado efectos adversos, incluso graves y mortales, al iniciar el tratamiento con venlafaxina poco después de la interrupción de un tratamiento con IMAO, y al iniciar el tratamiento con IMAO poco después de la interrupción del tratamiento con venlafaxina. Se han observado los siguientes efectos adversos causados por la interacción: temblores, mioclonía, sudoración, náuseas, vómitos, sofocos, vértigo, síndrome maligno por neurolépticos como la hipertermia, síndrome serotoninérgico, crisis epilépticas y muerte. La combinación de venlafaxina con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o los IMAO puede causar, en casos muy aislados, síntomas como hipertermia, rigidez muscular, mioclonía, inestabilidad autonómica, consciencia alterada y, en casos graves, delirio y coma. Por lo tanto, no deben utilizarse simultáneamente Zarelis retard e IMAO, y se debe respetar un período mínimo de 14 días a partir de la interrupción del tratamiento con IMAO. Cuando se cambie de un tratamiento con Zarelis retard a uno con IMAO debe respetarse una pausa de 7 días. Cuando se inicie un tratamiento con venlafaxina 14 días después de uno con un IMAO, se recomienda empezar con una dosis de un comprimido de 37,5 mg una vez al día. No se han llevado a cabo investigaciones sistemáticas sobre el riesgo que conlleva la utilización de venlafaxina en combinación con otros medicamentos que afectan al sistema nervioso central, a excepción de los medicamentos que aparecen a continuación. A causa del mecanismo de acción conocido de la venlafaxina y de la posibilidad de aparición de síndrome serotoninérgico, se recomienda precaución si se administra venlafaxina simultáneamente con medicamentos que afecten a los neurotransmisores del sistema nervioso serotoninérgico (p. ej.: los triptanos o los ISRS). No se han detectado interacciones en voluntarios

sanos tras una única dosis de litio, diazepam y etanol durante el tratamiento con venlafaxina. Sin embargo, al igual que ocurre con todos los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central, es necesario aconsejar a los pacientes que eviten el consumo de alcohol mientras estén tomando Zarelis retard. Tras la administración de venlafaxina en estado de equilibrio, la administración oral simultánea de haloperidol se tradujo en una disminución del aclaramiento renal total del haloperidol, y esto produjo un incremento del área bajo la curva (AUC) y de la  $C_{máx}$  del haloperidol. No se produjeron cambios en la semivida de eliminación. Se desconoce el mecanismo de este hallazgo. La venlafaxina no afectó al metabolismo de la imipramina ni a su metabolito 2-OH-imipramina. Sin embargo, disminuyó el aclaramiento renal total de la 2-hidroxidesipramina y aumentó el AUC y la  $C_{máx}$  de la desipramina en un 35 % aproximadamente. La cimetidina inhibió el metabolismo de primer paso de la venlafaxina, pero no tuvo ningún efecto significativo sobre la formación ni la eliminación de la O-desmetilvenlafaxina (ODV), que está presente en cantidades mucho mayores en la circulación sistémica. Por ese motivo, no parece necesario realizar un ajuste de la dosis cuando se administra Zarelis retard simultáneamente con cimetidina. Es posible que en pacientes ancianos y en pacientes con disfunción hepática la interacción sea más pronunciada. En estos pacientes está indicado un seguimiento clínico cuando se administra Zarelis retard con cimetidina. Se dispone de poca experiencia clínica sobre la utilización simultánea de venlafaxina con terapia electroconvulsiva. Se aconseja precaución, ya que se han notificado casos de convulsiones prolongadas en la administración simultánea de antidepresivos ISRS. Tras la adición de venlafaxina, se han notificado incrementos en el nivel de clozapina, que se han asociado temporalmente a acontecimientos adversos como por ejemplo convulsiones. Zarelis retard debe utilizarse con precaución en pacientes que reciban tratamiento simultáneo con medicamentos que incrementen el riesgo de hemorragias, como anticoagulantes, derivados del ácido salicílico y antiinflamatorios/antirreumáticos no esteroideos. Se han notificado incrementos en el tiempo de protrombina, el tiempo de tromboplastina parcial o el índice internacional normalizado (INR) al administrar venlafaxina a pacientes que tomaban warfarina. No se han investigado la seguridad y la eficacia del tratamiento con venlafaxina cuando se utiliza en combinación con sustancias adelgazantes como la fentermina. No se recomienda la utilización simultánea de venlafaxina y sustancias adelgazantes. La venlafaxina sola o en combinación con otros productos no está indicada para la pérdida de peso. Estudios *in vitro* han demostrado que el metabolismo de la venlafaxina es principalmente hepático. La isoenzima CYP2D6 y la isoenzima CYP3A3/4 la metabolizan en O-desmetilvenlafaxina y en N-desmetilvenlafaxina respectivamente. No se puede descartar la posible interacción de la venlafaxina con los medicamentos inhibidores de la enzima CYP2D6. Por este motivo se recomienda precaución al administrar Zarelis retard simultáneamente con medicamentos inhibidores de la enzima CYP2D6 (p. ej.: quinidina, paroxetina, fluoxetina, perfenazina, haloperidol y levomepromazina). Puesto que la venlafaxina puede inhibir competitivamente el metabolismo de otros principios activos metabolizados por la CYP2D6, la venlafaxina debe utilizarse con precaución en combinación con estos principios activos, ya que sus concentraciones plasmáticas podrían aumentar. Debe tenerse en cuenta el polimorfismo de la CYP2D6 al recetar venlafaxina. Se puede prever un nivel alto de venlafaxina en los pacientes que presenten un metabolismo lento de la CYP2D6 (el 7 % de la población europea). Además, la utilización simultánea de inhibidores de la enzima CYP3A3/4 (p. ej.: ketoconazol, itraconazol o ritonavir) puede aumentar el nivel de venlafaxina mediante la interacción metabólica. Los estudios indican que la venlafaxina es un inhibidor de la CYP2D6. La venlafaxina no inhibió la CYP3A4, CYP1A2, CYP2C9 y CYP2C19 *in vitro*. Estos datos fueron confirmados por estudios *in vivo* con los siguientes principios activos: alprazolam (CYP3A4), cafeína (CYP1A2), diazepam (CYP3A4 y CYP2C19) y tolbutamida (CYP2C9).

**4.6 Embarazo y lactancia:** Embarazo: Los datos sobre un número limitado de embarazos de riesgo no muestran reacciones adversas de la venlafaxina sobre el embarazo y la salud del feto o del recién nacido. Se han detectado concentraciones altas de venlafaxina en el líquido amniótico. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva (ver sección 5.3). Se desconoce el riesgo potencial en seres humanos. La venlafaxina no debería utilizarse durante el embarazo excepto si fuese claramente necesario. Si se utiliza venlafaxina de modo prolongado hasta el parto, puede producirse síndrome de abstinencia neonatal. Lactancia: La venlafaxina y sus metabolitos activos se excretan a través de la leche materna. No se dispone de datos concretos acerca del efecto sobre el lactante. Por este motivo, debe tomarse una decisión sobre si se debe continuar o interrumpir la lactancia, o continuar o interrumpir el tratamiento con venlafaxina, teniendo en cuenta los beneficios de la lactancia para el niño y los beneficios del tratamiento con venlafaxina para la madre.

**4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Zarelis retard sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña o moderada. Esto debe tenerse en cuenta al conducir un automóvil o realizar tareas de precisión.

**4.8 Reacciones adversas:** A menudo es difícil distinguir las reacciones adversas de los síntomas de la depresión. La aparición de muchos de estos acontecimientos adversos está relacionada con la dosis. Evaluación de la frecuencia: Muy frecuentes: > 1/10. Frecuentes: > 1/100, < 1/10. Poco frecuentes: > 1/1.000, < 1/100. Raras: > 1/10.000, < 1/1.000. Muy raras: < 1/10.000 incluye notificaciones aisladas. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Raros: trombocitopenia. Muy raros: discrasias sanguíneas (como agranulocitosis, anemia aplásica, neutropenia

y pancitopenia). *Trastornos del sistema inmunológico*: Poco frecuentes: hiperfotosensibilidad. Muy raros: anafilaxis. *Trastornos endocrinos*: Muy raros: incremento de la concentración de prolactina. *Trastornos del metabolismo y de la nutrición*: Frecuentes: aumento de la concentración sérica de colesterol (relacionado en especial con el tratamiento prolongado y posiblemente con las dosis elevadas), pérdida de peso. Poco frecuentes: hiponatremia, aumento de peso. Raros: síndrome de secreción inadecuada de vasopresina. *Trastornos psiquiátricos*: Frecuentes: insomnio, somnolencia, nerviosismo, agresividad, sueños atípicos, alteración del orgasmo (hombres). Poco frecuentes: apatía, alucinaciones, agitación, alteración del orgasmo (mujeres). Raros: manía o hipomanía. Muy raros: delirio. *Trastornos del sistema nervioso*: Frecuentes: mareos, cefalea, incremento del tono muscular, parestesia, sedación, temblores. Poco frecuentes: mioclonía. Raros: síndrome serotoninérgico, síndrome maligno por neurolépticos, convulsiones, acatisia. Muy raros: reacciones extrapiramidales (como distonía y discinesia), discinesia tardía. *Trastornos oculares*: Frecuentes: alteraciones de la acomodación, midriasis, vista alterada. Muy raros: glaucoma de ángulo cerrado. *Trastornos del oído y del laberinto*: Poco frecuentes: acúfenos. *Trastornos cardíacos*: Poco frecuentes: arritmias (como taquicardia). Muy raros: prolongación del intervalo QT y QRS, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular (incluso torsade de pointes). *Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos*: Frecuentes: hipertensión arterial, vasodilatación (principalmente sofocos), equimosis, hemorragia en las mucosas. Poco frecuentes: hipotensión, hipotensión ortostática, síncope. Raros: hemorragia (incluso hemorragia cerebral), hemorragia digestiva. *Trastornos gastrointestinales*: Frecuentes: alteración del apetito, estreñimiento, náuseas, vómitos, anorexia, xerostomía, dispepsia. Poco frecuentes: bruxismo, alteración del sentido del gusto, diarrea. Muy raras: pancreatitis. *Trastornos hepato biliares*: Poco frecuentes: pruebas funcionales hepáticas anómalas. Raros: hepatitis. *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo*: Frecuentes: sudoración (incluso sudor nocturno). Poco frecuentes: dermatitis, alopecia, reacciones de fotosensibilidad, exantema. Muy raros: eritema multiforme, síndrome de Stevens Johnson, picores, prurito, urticaria. *Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo*: Muy raros: rabdomiólisis. *Trastornos renales y urinarios*: Frecuentes: trastornos urinarios (principalmente micción intermitente). Poco frecuentes: retención urinaria. *Trastornos del aparato reproductor y de la mama*: Frecuentes: trastornos de la eyaculación, disfunción eréctil, reducción de la libido. Poco frecuentes: menorragia. *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración*: Frecuentes: debilidad/fatiga, astenia. *Exploraciones complementarias*: Raras: duración prolongada de la hemorragia. En estudios clínicos pediátricos se han notificado los siguientes acontecimientos adversos con una frecuencia similar a la notificada en pacientes adultos: dolor abdominal, agitación, anorexia, pérdida de peso, incremento de la tensión arterial y de la concentración sérica de colesterol, dispepsia, equimosis, hemorragia nasal y mialgia. Se ha notificado síndrome de abstinencia en pacientes con depresión y en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada o fobia social. Existe una relación entre la interrupción repentina, la reducción de la dosis o la reducción progresiva de la dosis, y la aparición de nuevos síntomas. La incidencia de estos síntomas aumenta con las dosis elevadas y con la administración prolongada. Se han producido mareos, trastornos sensitivos (como parestesia y sensación de descarga eléctrica), alteraciones del sueño (como insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y vómitos, temblores, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y trastornos de la vista. Suelen aparecer durante los primeros días a partir de la interrupción del tratamiento, pero sólo en casos muy aislados se han notificado en pacientes que se han olvidado de tomar una dosis. Por lo general, estos síntomas remiten espontáneamente al cabo de aproximadamente 2 semanas, aunque pueden prolongarse en algunos pacientes (2-3 meses o más). Por lo tanto, cuando ya no sea necesario el tratamiento con Zarelis retard es aconsejable reducir la dosis progresivamente hasta interrumpir el tratamiento por completo (ver sección 4.2 y sección 4.4).

**4.9 Sobredosis:** La experiencia obtenida desde la comercialización del producto incluye casos de muerte de pacientes que han tomado accidentalmente una sobredosis de venlafaxina en combinación con alcohol u otros medicamentos. Los síntomas experimentados después de una sobredosis incluyen distintos grados de disminución de la consciencia (desde somnolencia hasta coma), pero también agitación, dolencias gastrointestinales como vómitos y diarrea, temblores, variaciones en el electrocardiograma (prolongación del intervalo QT, bloqueo de rama, prolongación del intervalo QRS), taquicardia ventricular y sinusal, bradicardia, hipotensión o hipertensión arterial (leve), y crisis epilépticas. Tratamiento en caso de sobredosis: asegúrese de que hay una vía respiratoria suficiente y de que la oxigenación y la ventilación son las adecuadas. Si se acaba de ingerir una gran cantidad del medicamento, se puede emplear el lavado gástrico o la administración de carbón activado en combinación con sulfato sódico. Si se administra algún tratamiento adicional, éste deberá ser sintomático. Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca y las constantes vitales. No se recomienda inducir el vómito si existe riesgo de aspiración. No se tiene conocimiento de que la diuresis forzada, la diálisis, la hemoperfusión o la exanguinotransfusión produzcan beneficios.

**5. DATOS FARMACÉUTICOS:** 5.1 Lista de excipientes: Núcleo: Manitol (E421). Povidona K-90. Macrogol 400. Celulosa microcristalina. Sílice coloidal anhidra. Estearato de magnesio. Recubrimiento: Acetato

de celulosa. Macrogol 400. Opadry Y 30 18037 (mezcla de hipromelosa, lactosa monohidrato, dióxido de titanio (E172) y triacetina). **5.2 Incompatibilidades:** No procede. **5.3 Periodo de validez:** 2 años. **5.4 Precauciones especiales de conservación:** Blíster de PVC/policlorotrifluoretileno/ aluminio: conservar por debajo de 30°C. Conservar en el envase original para protegerlo de la humedad. Frasco PEAD: conservar por debajo de 30°C. Mantener el frasco perfectamente cerrado para protegerlo de la humedad. **5.5 Naturaleza y contenido del envase:** Blíster de PVC/policlorotrifluoretileno/aluminio: tamaños de envase: 10, 14, 20, 28, 30, 50, 56, 60, 100 y 500 (sólo para uso hospitalario) comprimidos de liberación prolongada. Frasco PEAD con gel de sílice desecante en el tapón: tamaños de envase: 10, 14, 20, 28, 30, 50, 56, 60, 100 y 500 (sólo para uso hospitalario) comprimidos de liberación prolongada. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ITALFARMACO, S.A. San Rafael, 3 - 28108 Alcobendas (Madrid). Tel.: 916572323. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Zarelis retard 75 mg comprimidos de liberación prolongada; N° Registro: 69.737. Zarelis retard 150 mg comprimidos de liberación prolongada; N° Registro: 69.738. Zarelis retard 225 mg comprimidos de liberación prolongada; N° Registro: 69.739. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Abril de 2008. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Abril de 2008. **10. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Medicamento sujeto a prescripción médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida (cíclero). **11. PRESENTACIÓN Y PVP IVA4:** Zarelis retard 75 mg, blister de 30 comprimidos de liberación prolongada P.V.P. IVA4: 21,70 €. Zarelis retard 150 mg, blister de 30 comprimidos de liberación prolongada P.V.P. IVA4: 43,40 €. Zarelis retard 225 mg, blister de 30 comprimidos de liberación prolongada P.V.P. IVA4: 65,10 €.

# INFORMES

---

## TRATAMIENTO INVOLUNTARIO EN LA COMUNIDAD

**Versión final consensuada por el Grupo de Trabajo de la UEMS - Génova 11-10-2007 para el debate por la sección de Psiquiatría de la UEMS en Copenhagen (24-04-2008)**

La sección de psiquiatría de la UEMS tiene en cuenta las diversas estructuras jurídicas dentro de la Unión Europea y la necesidad de limitarse a las cuestiones de carácter general. Reconoce además que ciertos detalles son responsabilidad de cada una de las distintas legislaciones y que tratar de cubrir todas las circunstancias sería imposible.

En un principio esta sección intenta establecer una posición sobre la forma de detención por imperativo legal en la práctica psiquiátrica dentro de la Unión Europea.

A raíz de estos debates se limitó el tema de discusión al examen de la atención y tratamiento obligatorio involuntario en la comunidad. Este enfoque más concreto ha sido ya sometido a legislación en algunos países (Salud mental, cuidado y tratamiento- Escocia/act.2003) y esta siendo considerado en otros lugares. Este documento tiene también este enfoque, de manera que las cuestiones relacionadas con la atención hospitalaria y la detención son discutidas en la revisión.

Kilsey y colaboradores (2005) en una revisión de la Cochrane han mostrado el escaso número de estudios controlados y con muestras seleccionadas al azar sobre la obligación involuntaria ambulatoria. Las dos pruebas que ellos citan tratan del sistema de salud mental de determinados estados de EEUU. Allí las medidas legales fueron introducidas en respuesta a la gran repercusión pública de actos de violencia perpetrados por personas con trastornos mentales. Los beneficios resultantes en el manejo de individuos peligrosos han sido limitados. Hay evidencia de mayores beneficios para los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y otras enfermedades mentales graves cuando no se trata directamente de la prevención de actos de violencia, aunque estos beneficios están condicionados a la existencia de un plan de atención adecuado (Applebaum, 2001). Además, parece evidente que cualquier legislación requiere niveles realistas de inversión en dispositivos de abordaje activo y coordinación de una asistencia intensiva multi-agencias en la comunidad. De disponer de este sistema, la atención y el tratamiento obligatorio en la comunidad ofrece una alternativa menos restrictiva que la detención para una hospitalización involuntaria.

## PRINCIPIOS

El comité de expertos encargados de formular las recomendaciones en materia de legislación en salud mental de Escocia, refieren que dichas leyes contienen cierto interés y ciertas limitaciones. Sobre todo se deben considerar las sensibilidades de los usuarios y sus cuidadores, así como la consideración de los profesionales médicos, jurídicos y cuidadores oficiales. Por estas razones, el comité recomendó la adopción de una serie de principios que guíen a los agentes implicados en la interpretación y aplicación de la ley. La sección de psiquiatría de la UEMS ha revisado dichos principios y cree que estos proporcionan una base sólida sobre la que estructurar el debate. Estos principios reflejan a su vez los cuatro principios fundamentales de la ética médica. Estos son justicia, autonomía o independencia, beneficencia (buscar hacer el bien) y la

no-maleficencia (evitar hacer daño). Cada uno de los puntos que se expondrán a continuación reflejan uno o más de estos principios.

## **JUSTICIA**

### **No discriminación**

Las personas con trastornos mentales deben tener , siempre que sea posible, los mismos derechos y mismas oportunidades que los pacientes con otras necesidades sanitarias.

### **Igualdad**

No deberán ser directa o indirectamente discriminados en función de su incapacidad física, edad, género, orientación sexual, idioma, religión, nacionalidad, etnia o estrato social.

### **Respecto a la diversidad**

Los usuarios deberán recibir atención, tratamiento y apoyo de acuerdo con sus cualidades individuales, capacidades y educación. Su edad, género, orientación sexual, grupo étnico, cultura y creencias religiosas deberán de ser tenidas en cuenta.

### **Reciprocidad**

Cuando la sociedad imponga la obligación a un individuo a cumplir con un programa de tratamiento y asistencia, deberá imponer también de manera paralela el compromiso de las autoridades sanitarias y sociales a dar los servicios apropiados, incluyendo cuidados a la evolución después del alta del tratamiento obligatorio.

## **AUTONOMÍA**

### **Cuidados Informales:**

En la medida de lo posible, los cuidados , el tratamiento y el apoyo a los enfermos mentales se prestará sin recurrir a la coacción.

### **Participación**

De acuerdo con su capacidad los usuarios deberían participar de manera activa en todos los aspectos de su evolución, atención, tratamiento y apoyo. Deben considerarse sus deseos pasados y sus presentes en la medida en que puedan ser conocidos. Los usuarios deben disponer de toda la información y apoyo necesario para capacitarlos para participar plenamente en el proceso. Toda la información debe proporcionarse de manera que pueda ser entendida por el usuario.

### **Respeto a los cuidadores**

Las personas que atiendan a los usuarios de manera voluntaria deben de ser respetados y tenidos en cuenta tanto por la función como por la experiencia que aportan. Deberán ser tenidas en cuenta sus opiniones y sus necesidades, así como recibir información y asesoramiento apropiados.

## **BENEFICENCIA Y NO-MALEFICENCIA**

### **La alternativa menos restrictiva**

La atención, el tratamiento y el apoyo a los usuarios debe de ser proporcionada de la manera menos invasiva y restrictiva y en un medio adecuado, efectivo y seguro, teniendo en cuenta, si procede, la seguridad de los demás.

### **Beneficio o ventajas**

Cualquier medida legislativa tomada respecto al usuario debe proporcionar un beneficio que no pueda ser obtenido por otros medios.

### **Bienestar infantil**

El bienestar del niño con trastorno mental debe de ser primordial en cualquier intervención impuesta por decisión judicial.

### **Grupo al que va dirigido:**

La sección de Psiquiatría de UEMS, considera que la utilización del tratamiento obligatorio en la comunidad debe de quedar limitada a aquellos que tienen una historia repetida de deterioro por incumplimiento de tratamientos, suficientemente grave en el pasado para haber requerido hospitalización involuntaria. La intervención comunitaria obligatoria debería reducir la probabilidad de que el usuario se deteriore de nuevo hasta un nivel que requiera un nuevo internamiento hospitalario forzoso. Debería comprobarse que existe un plan de tratamiento, con capacidad para el cuidado y apoyo adecuados, que pueda ser desarrollado en la comunidad. Creemos que sería preferible que el tratamiento con medicación se realice en entorno médico, como un centro medico local, antes que en el domicilio del usuario. La intención sería evitar el fenómeno de “puerta giratoria”. El compromiso comunitario no debe ser considerado como una actuación de emergencia, ni una intervención judicial de primera línea, ni tampoco como una alternativa mas económica a la hospitalización si esta fuera necesaria.

### **Solicitantes**

Creemos que debería haber más de un solicitante implicado en la tramitación legal. Debe participar un psiquiatra experto. Se debería tener en cuenta la posibilidad de exigir una segunda opinión medica y la participación de profesionales asistenciales comunitarios, tales como un trabajador social y personal de enfermería psiquiátrica, comprometidos con el desarrollo del plan comunitario de cuidados propuesto. Desaconsejamos la participación directa de los cuidadores en esta solicitud. Claramente deben de ser consultados pero hay experiencia de que su participación en la decisión legal puede llevar a consiguientes recriminaciones del usuario y dañar así la relación entre ambos a largo plazo.

### **Apelaciones**

Los usuarios y sus cuidadores deberían de tener el derecho de recurrir tanto la orden de someterse al tratamiento obligatorio como las medidas adoptadas bajo ésta. Deberían estar definidos los tiempos de vigencia de las medidas legales forzosas, aunque también debe ser posible si es necesario solicitar su prolongación. Tanto los usuarios como los cuidadores deben conocer las limitaciones temporales y conocer su derecho a recurrir su revisión. En nuestra opinión, en interés de la justicia, los usuarios no deben tener que asumir personalmente los costes de contratar abogados para recurrir las ordenes o para obtener segundas opiniones sobre el tratamiento.

### **Paciente no cumplidor**

Cuando existen criterios idénticos para la obligación a tratamiento hospitalario o ambulatorio, es posible la readmisión en internamiento hospitalario, siempre que haya la consiguiente revaloración médica y legal que confirmen su indicación. Cuando los criterios para tratamiento am-

bulatorio obligatorio sean diferentes de los de tratamiento hospitalario, este no debe ser posible y deberá ser necesario desarrollar estrategias alternativas.

En la práctica, un grado suficiente de cumplimiento del usuario es necesario para el funcionamiento efectivo de una orden de tratamiento comunitario. Esto debe valorado necesariamente antes de iniciar una solicitud.

### **Conclusiones**

Seria erróneo creer que la introducción de medidas legales para el tratamiento obligatorio en la comunidad sea exitoso por sí misma. También debe haber una inversión asociada en servicios comunitarios, especialmente en la formación y la contratación de profesionales capaces de ofrecer el tratamiento y apoyo necesarios a los usuarios y sus cuidadores.

La sección de psiquiatría de la UEMS es consciente de que en muchos países de la Unión Europea el desarrollo de la asistencia comunitaria se encuentra aun en una fase rudimentaria. Desaconsejamos la implantación del procedimiento de tratamiento obligatorio involuntario comunitario hasta que la comunidad tenga un sistema sólido de asistencia comunitaria y probado en una amplia población de usuarios cumplidora de los tratamientos.

## **REFERENCIAS:**

**Applebaum PS ( 2001 )** Thinking carefully about out patient commitment **Psychiatric Services**, vol .52, no.3

**Kilsey S ,Campbell LA, Preston N (2005 )**Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders ( review ) **Cochrane database of systematic reviews**, issue 3 Art No.CD004408.

**Mental Health (Care and Treatment ) (Scotland ) Act 2003** (asp13) **HMSO**

**Millan B (2001 ) New Directions . Review of the Mental Health (Scotland ) Act 1984.** Scottish Executive SE/2001/56

Version (6): 15 Oct 2007

James .G .Strachan UEMS Working Group on Comp. Care / Community .

# RESEÑAS

---

## *En busca de la memoria El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*

**Eric R. Kandel**

*Katz Editores. Buenos Aires (Argentina). 2007. 567 páginas*

La lectura de este libro del Premio Nobel de Medicina de 2000 permite asomarse a la apasionante historia del desarrollo de la investigación neurobiológica aplicada al conocimiento de las funciones mentales, en especial de la memoria, y al nacimiento de una nueva ciencia, que para el autor da las claves para estudiar y entender la mente a partir de las aportaciones de la filosofía, la psicología, el psicoanálisis y la biología molecular, rompiendo definitivamente con el modelo dualista mente-cuerpo.

En este sentido el libro es un recorrido lúcido y entusiasta por los hitos de la biología mental, desde los orígenes de la moderna biología cerebral, con las aportaciones de Ramón y Cajal, hasta las actuales líneas de investigación. Y en este hilo argumental el autor va entrelazando su biografía y las aportaciones de los nuevos descubrimientos científicos a la comprensión de las funciones mentales.

La curiosidad e inquietud intelectual impregnan el relato del autor, nacido en Viena en 1929, que tuvo que emigrar con su familia judía a Estados Unidos huyendo del nazismo. Comenzó los estudios de medicina en Nueva York en 1952 y pronto expresó un decidido interés por la mente humana. Convencido de que el psicoanálisis era la teoría explicativa más consistente acerca de esta, se concentró en su estudio, albergando la esperanza de llegar a averiguar en qué lugar del cerebro se podían localizar el yo, el ello y el superyó. El pragmatismo de sus primeros maestros le hizo entender que para comprender la mente desde la biología se debía comenzar por estudiar el cerebro observando una célula por vez. A partir de ello, con la tenacidad, inteligencia y capacidad de trabajo de un investigador destacado, apoyándose en la babosa de mar *Aplysia*, desarrolló una excepcional actividad científica que obtuvo el reconocimiento internacional con la concesión del Nobel de Medicina por revelar cómo se puede modificar la eficacia de las sinapsis y qué mecanismos moleculares participan.

El libro se divide en seis capítulos que van recorriendo cronológicamente las distintas etapas de la actividad vital, docente e investigadora de Kandel con un afán notablemente divulgador. Así, se apoya en numerosos dibujos, esquemas y fotos que hacen la lectura agradable y accesible, mientras por las páginas del libro desfilan los hitos de los investigadores clave en el estudio de la biología de la mente, configurando un ilustrativo quién es quién en este ámbito de la actividad científica. Además, incluye en las páginas finales un glosario que recoge la definición o descripción de los términos técnicos que se citan en el texto, y un extenso apartado de notas y fuentes con numerosas y eruditas referencias sobre las citas, así como otras fuentes de información.

Por último, en el libro se reflejan también los dilemas y controversias sobre cómo articular los avances en la biología molecular del cerebro con los estados mentales, es decir, cómo pasar

del estudio de procesos elementales (proteínas, genes, células individuales) al estudio de las propiedades sistémicas, mecanismos que involucren muchas proteínas y sistemas complejos de células nerviosas, que integran el funcionamiento de un organismo en su totalidad y la interacción con otros organismos. Para conectar estos aspectos el autor se alinea con el paradigma funcionalista y afirma: “sin duda, los enfoques celulares y moleculares seguirán aportando información útil, pero no pueden por sí mismos revelar los secretos de las representaciones internas en los circuitos neuronales ni las interacciones entre los circuitos, etapas cruciales para vincular la neurociencia molecular con la neurociencia cognitiva”.

En este sentido, el autor aprecia en el psicoanálisis una notable capacidad explicativa de la semántica de los procesos mentales y expresa, desde la afinidad con esta teoría, el disgusto porque perdiera la fuerza indagadora de sus orígenes, agotándose en generar ideas sin refutación empírica “por la falta de interés de los psicoanalistas por llevar a cabo estudios objetivos”. No obstante, mantiene la opinión de que biología y psicoanálisis acabarán encontrándose, y afirma con confianza: “creía entonces, y creo con mayor convicción ahora, que la biología puede esbozar los fundamentos físicos de varios procesos mentales que constituyen el corazón mismo del psicoanálisis: los procesos mentales inconscientes, el determinismo psíquico, el papel del inconsciente en la psicopatología y el efecto terapéutico del propio psicoanálisis”.

*Pedro Marina González  
Psiquiatra  
Oviedo*

## **“Icuza”**

**Alber Vázquez**

*Diciembre 2006, Bilbao, Ed. Verbigracia. Col. Perspectivas. 249 pp.*

*ISBN: 84-934025-9-1.*

Icuza es sobre todo un magma de emociones y sensaciones, un cara a cara con la muerte cuando todo lo demás ha perdido el sentido de la realidad, una novela histórica y psicológica en la que el autor aspira a retratar psicologías más que acontecimientos describiendo la vida desde el pensamiento y las percepciones del personaje con sutiles detalles de los acontecimientos que tienen lugar entorno a él, a diferencia de la mayor parte de las novelas en las que cobra especial protagonismo la descripción de la vida desde fuera del personaje.

Vicente Antonio de Icuza y Arbaiza, comandante de los corsarios para la Compañía guipuzcoana de Caracas que se dedica a apresar contrabandistas holandeses que quieren robar el cacao guipuzcoano, es un personaje con una ardua vida exterior y con un interior desorganizado y productivo a través del cual representa su mundo propio en el que entra en escena como único protagonista.

La novela se divide en cuatro partes que se corresponden con cuatro escenarios que a la vez se relacionan con cuatro momentos evolutivos diferentes, dando a cada una de ellas una denominación correspondiente a un órgano del cuerpo:

*Primera parte “el estómago”*, donde cobra especial sentido la vida interior como defensa a las condiciones externas adversas, momento en el que se conforma la personalidad de modo autónomo y autosuficiente.

*Segunda parte “los ojos”*, donde el autor nos hace saber que el protagonista es alguien importante para la sociedad de su época, existiendo conexión con el exterior viviéndose el presente de modo consciente sin volver al pasado ni pensar en el futuro.

*Tercera parte “la lengua”*, la más cercana a la reflexión ante la decadencia y destrucción del mundo interno.

*Cuarta parte “el corazón”*, donde solo hay lugar para el delirio como modo de explicación a las múltiples interpretaciones de su entorno; es la transición hacia la muerte con firmeza cuando el mundo interior ya no ejerce de sostén.

Sin duda Icuza es un libro que impresiona, que conmueve y sacude a nivel emocional gracias a la habilidad del autor para generar sensaciones en el lector y relacionarlas con las emociones. Una novela que remueve el alma profundamente, no existiendo cabida para la indiferencia.

*Eva Sesma  
M.I.R. Psiquiatría. Gijón.*

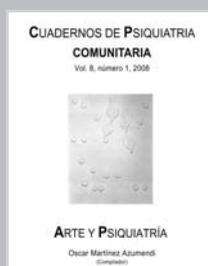
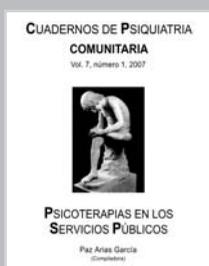
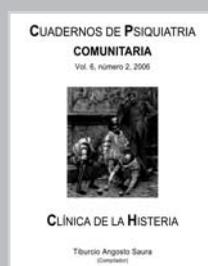
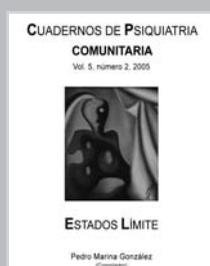
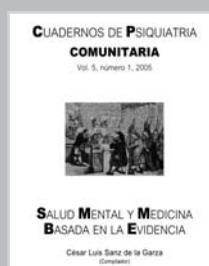
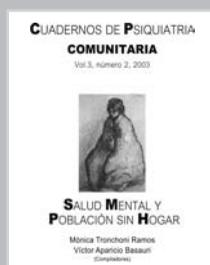
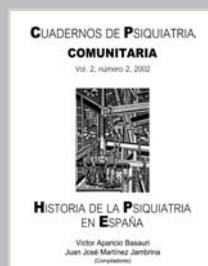
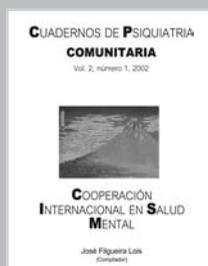
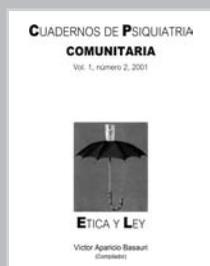
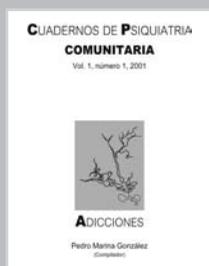


# REUNIONES CIENTIFICAS

---

- **Día mundial de la salud mental 2009**  
El lema para el Día Mundial de la Salud Mental de 2009, que se celebra el 10 de Octubre, es “**Salud mental en atención primaria: enfatizar el tratamiento y la promoción de la salud mental**”.
- **AEN 2009 - 24 Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**  
del 03 al 06 de junio de 2009. Cádiz.  
Tlf: 902 930 167 - Fax: 902 930 168  
24congresoan@viajeseci.es - <http://www.viajeseci.es>
- **VI Symposium Nacional Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) en salud mental**  
25-26 junio 2009. Avilés.  
<http://www.modeloaviles.com/inscripciones.htm>  
Tfno.Contacto: 985 569262 (Viajes Barceló)
- **8º Curso Internacional de Actualización en Psiquiatría Infanto-Juvenil**  
07 al 08 de mayo de 2009. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
Tlf: +34 93 272 1750 - Fax: +34 93 488 1 193  
opc@ArsXXI.com - <http://www.arsxxi.com>
- **APA 2009 - 162nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association**  
16 al 21 de mayo de 2009. San Francisco, (Estados Unidos)  
Tlf: 703-907-7300 - Fax: 703-907-7300  
apa@psych.org - <http://www.psych.org>
- **Forensic Trends: Psychiatric & Behavioral Issues**  
27 al 30 de mayo de 2009. Las Vegas, (Estados Unidos)  
Tlf: 925 828 7100 ext 5252 - Fax: 800 329 9923  
info@cforums.com - <http://www.contemporaryforums.com>
- **XI Jornada Nacional de Patología dual**  
29 al 30 de mayo de 2009. Madrid  
Tlf: 91 361 2600 - Fax: 91 355 9208  
jornadas@patologiadual.es
- **IV Congreso Argentino de Salud Mental - 4º Encuentro Interamericano de Salud Mental**  
11 al 13 de junio de 2009. Buenos Aires, (Argentina)  
Tlf: 0054 11 4983 1354 - Fax: 0054 11 4983 1354  
trimboli@fibertel.com.ar - <http://www.aasm.org.ar>
- **16th ISPA Congress Differentiation Integration and Development**  
15 al 19 de junio de 2009. Copenhagen, (Dinamarca)  
Tlf: +45 7023 5056 -Fax: +45 7023 5057  
isps2009@ics.dk

- **1st World Congress on Controversies in Psychiatry**  
17 al 20 de junio de 2009. Berlin, (Alemania)  
Tlf: 972 3 5666166- Fax: 972 3 5666177  
info@comtecmed.com - <http://www.comtecmed.com/copsy/>
  
- **5as Conferencias post-apa 2009 (Madrid)**  
17 de junio de 2009. Madrid
- **5as Conferencias post-apa 2009 (Barcelona)**  
18 de junio de 2009. Barcelona, (España)  
Tlf: 93 272 17 50 Fax: 93 488 1 1 93  
opc@arsxxi.com - <http://www.arsxxi.com>
  
- **9th World Congress of Biological Psychiatry**  
28 de junio al 02 de julio de 2009. Paris, (Francia)  
Tlf: 011-49-40-670-8820 - Fax: 011-49-40-670-3283  
wfsbp2009@cpo-hanser.de - <http://www.wfsbp-congress.org>
  
- **5th Critical multicultural & diversity conference: integrating traditional healing practices into counselling psychology & psych**  
04 al 05 de agosto de 2009. Toronto, (Canadá)  
Tlf: 416-923-6641  
cdcp@oise.utoronto.ca - [cdcp.oise.utoronto.ca](http://cdcp.oise.utoronto.ca)
  
- **22nd Annual congress of the european college of neuropsychopharmacology.**  
12 al 16 de septiembre de 2009. Estambul, (Turquía)  
Tlf: 011-32-2-777-0188 - Fax: 011-32-2-777-0188  
secretariat@ecnp.eu - <http://www.ecnp.nl>
  
- **14th Annual Conference NAPICU - National Association of Psychiatric Intensive Care Units**  
10 al 11 de septiembre de 2009. Warwick, (Reino Unido)  
Tlf: 01355 244858 - Fax: 01355 249959  
e.johnston@napicu.org.uk - <http://www.napicu.org.uk>
  
- **XIII Congreso Nacional de Psiquiatría**  
19 al 24 de octubre de 2009. Madrid.  
Tlf: +34 91.455.0028 - Fax: +34 91.549.9348  
congresos@viajeshalley.es
  
- **Second European Conference on Schizophrenia Research (ECSR)**  
21 al 23 de septiembre de 2009. Berlin, (Alemania)  
Tlf: +49 40 670 88 20 - Fax: +49 40 670 32 83  
schizophrenia@cpo-hanser.de
  
- **Mental Health and the Issues Facing Society: Rehabilitation, Social Involvement and Professional Integration**  
28 al 29 de septiembre de 2009. Mondorf-les-Bains, (Luxemburgo)  
Tlf: 26 33 16 84 31 - Fax: 26 33 16 83  
<http://www.social-psychiatry.eu/>



# NORTE DE SALUD MENTAL

## SUMARIO

Volumen VII nº 32

### EDITORIAL

Rehabilitación, Salud Mental y Dependencia

*Jose J. Uriarte* ..... 6

### ORIGINALES Y REVISIONES

Craving: concepto, medición y terapéutica

*Ioseba Iraurgi y Nieves Corcuera* ..... 9

Interacciones en la Historia Clínica Digital.

*Enrique G. Arza, Pablo Legido, Marta Prieto, Iratxe Regidor* ..... 23

Perspectiva ética de la práctica de Rehabilitación psicosocial

*Xabier Etxeberria* ..... 31

### PARA LA REFLEXIÓN

Efectos Metabólicos de los Antipsicóticos Atípicos

*MT. Amboage Paz, J. A. Díaz Peromingo* ..... 37

Evolución de las necesidades de alojamiento en pacientes  
desinstitucionalizados hace dos décadas

*Margarita M. Herranz* ..... 41

Profesiones, formación y competencias:

entre las rivalidades de los profesionales y la torpeza de la Administración

*Juan Medrano* ..... 48

La inmigración en la encrucijada de la adaptación

*Nabil Sayed-Ahmad Beiruti* ..... 61

### METÁLOGOS

La Otra Psiquiatría. Entrevista a Chus Gómez

*Iñaki Markez* ..... 71

### FORMACIÓN CONTINUADA

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación razonada (IV)

*Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor* ..... 81

Violencia de Estado y revolucionaria en la Argentina. Transmisión  
transgeneracional del trauma migratorio. Consecuencias clínicas

*Roberto Losso, Cristina Buceta, Pedro Horvat, Susana Leive,  
Irma Morosini, Ana Packciarz, Olga Schapiro* ..... 87

### IN MEMORIAM

Pat de Maré

*Oscar Martínez Azumendi, Juan Campos* ..... 92

### CARTAS AL CONSEJO EDITORIAL

*Carlos Cela* ..... 94

### AGENDA

Próximas citas ..... 95

# CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

## SUMARIO

Vol. 8 - Núm. 1 - 2008

---

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	7
<b>ARTÍCULOS ORIGINALES</b>	
<b>Terapia por el arte</b>	
<i>José Guimón</i> .....	9
<b>Psico-Neuro-Biología de la creatividad artística</b>	
<i>Jesús de la Gándara</i> .....	29
<b>Locos y artistas creadores heréticos</b>	
<i>Ana Hernández Merino</i> .....	47
<b>Fotografía y psiquiatría</b>	
<i>Oscar Martínez Azumendi</i> .....	63
<b>Encuentro entre poesía y psicodrama: creación y espontaneidad</b>	
<i>José Antonio Espina Barrio</i> .....	77
<b>El proceso de creación cinematográfica: Orson Welles y la pasión por los personajes.</b>	
<i>Tiburcio Angosto</i> .....	91
<b>INFORMES</b>	
<b>Iniciativa de la Organización Mundial de la Salud</b> .....	105
<b>IN MEMORIAM</b> .....	109
<b>RESEÑAS</b> .....	111
<b>REUNIONES CIENTÍFICAS</b> .....	113
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b> .....	121



# NORMAS DE PUBLICACIÓN

---

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

## REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

**1. Primera página,** que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

**2. Resumen,** de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

**3. Texto,** que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

**3.1. Introducción:** explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

**3.2. Sujetos (pacientes, material) y métodos:** se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

**3.4. Resultados:** descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

**3.4. Discusión:** exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

**4. Agradecimientos:** en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

**5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver):** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

**6. Tablas y figuras:** presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

## PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en un disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiado a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Carretera de Rubín, s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

# ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

## Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **“La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.”** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un **“Curso de Psiquiatría y Salud Mental”**.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica **“Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria”** de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del **“Día Mundial de la Salud Mental”** que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental  
Carretera de Rubín, S/N  
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com  
www.aen.es

# SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre ..... 1º Apellido .....

..... 2º Apellido .....

profesional de la Salud Mental, con título de .....

que desempeña en (centro de trabajo) .....

y con domicilio en c/ .....

Población. .... D. P. .... Provincia .....

Tel. .... e-mail .....

## SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D. ....

D. ....

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

-----  
Nombre ..... 1º Apellido .....

..... 2º Apellido .....

Dirección .....

BANCO/CAJA DE AHORROS .....

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma