

TRASTORNOS (DES)ADAPTATIVOS



Jorge López Álvarez

Coordinador “Cuadernos de Salud Mental del 12”:

Dr. L. Santiago Vega González (santiago.vega@salud.madrid.org)

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre
Madrid (España)

Web oficial: <http://www.madrid.org/hospital12deoctubre/psiquiatria>

Publicación sin fines comerciales: material de uso exclusivamente docente.

Advertencia: La medicina y la psicología clínica son áreas en constante evolución. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplíen nuestro conocimiento se requieren modificaciones en las indicaciones terapéuticas, en especial en lo que atañe a los tratamientos farmacológicos. Aunque los autores han revisado la última evidencia científica al respecto de los tratamientos que aquí se mencionan se recomienda al lector profano consultar con un especialista médico en lo referente a los tratamientos farmacológicos y al lector profesional de la medicina o psicología revisar las últimas guía clínicas y prospectos oficiales en relación con los tratamientos y, en especial, los fármacos aquí comentados. Esta recomendación cobra especial importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso infrecuente.

Imagen de portada: *The fall equinox*. Mihai Criste (En: <http://mihaicriste.blogspot.com>)

Septiembre 2019

TRASTORNOS (DES)ADAPTATIVOS

Jorge López Álvarez

*Médico psiquiatra. Centro de Salud Mental de Carabanchel
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario 12 de Octubre
Madrid (España)*

*Dedicado a mis residentes,
fundamentalmente a José Luis, por hacer el comentario clave.*

Agradecimientos:

A Frank Pittman III, que consiguió explicar con claridad las crisis, los cimientos de este trabajo.

A Alberto Ortiz Lobo, por escribir y escribir acerca de la indicación de no tratamiento.

Y, especialmente...

a los “feliólogos”, las personas que más me han enseñado a tratar bien a otras personas.

INDICE

	<i>Página</i>
Introducción	7
Bloque I: Generalidades	
Formación durante la Licenciatura de Medicina	7
Cultura y cambio	8
Líneas de investigación en los trastornos (des)adaptativos	9
Bloque II: Marco conceptual	
Capacidad de adaptación	10
Procesos desadaptativos	10
El cambio tranquilo	11
Modelo de crisis de Pittman	12
Definición de trastorno (des)adaptativo	12
¿Diagnóstico residual o diagnóstico principal?	13
Trastornos (des)adaptativos crónicos	15
La ausencia de trastorno (des)adaptativo ante estresores graves	16
Iatrogenias	19
Bloque III: Trastornos (des)adaptativos en personas con diagnóstico de enfermedad mental	
Trastornos (des)adaptativos en personas con trastorno mental grave	22
Trastornos (des)adaptativos en personas con trastorno de personalidad	22
Nueva conceptualización de la distimia	24
Bloque IV: Psicopatología reactiva grave	
Psicosis aguda como proceso desadaptativo	28
Manía como proceso desadaptativo	29
Trastornos por uso de sustancias como procesos desadaptativos	32

Bloque V: Trastornos (des)adaptativos específicos

Violencia de pareja contra la mujer	35
Violencia de pareja contra el hombre	38
Trastorno (des)adaptativo hospitalario	39
Trastorno (des)adaptativo hipocondríaco	42
Trastornos (des)adaptativos laborales	44
Trastornos (des)adaptativos por las pérdidas de la inmigración	47
Síndrome de vulnerabilidad emocional en demencia	49

Bloque VI: Crisis no psiquiátrica y asistencia hospitalaria

Trastorno (des)adaptativo en el contexto de Urgencias	50
Trastorno (des)adaptativo e ingreso en Psiquiatría	52

Bloque VII: Manejo específico de la medicación

¿Cuándo es necesario medicar?	57
Cuando la persona ya consume psicofármacos	59
Reevaluación del tratamiento farmacológico: monitorización	60
Farmacología específica	63

Bloque VIII: Abordaje específico de los trastornos (des)adaptativos

Indicación de no tratamiento: implicaciones en el futuro del proceso de la persona	65
El efecto placebo de tratar y el efecto nocebo de no hacerlo	67
Cuando la persona ya tiene un terapeuta particular	70
Empleo del lenguaje	71
Exploración de conducta y entorno	74
Terapia centrada en soluciones	75
¿Cuándo es necesario iniciar una psicoterapia en un trastorno (des)adaptativo?	76
Intervención terapéutica en los trastornos (des)adaptativos crónicos	81
Refractariedad al cambio: motivo de alta terapéutica	83

Reflexión final	84
------------------------	----

Lecturas recomendadas	85
------------------------------	----

INTRODUCCIÓN

Resulta curioso como existe una gran profusión de literatura científica acerca de entidades clínicas en Psiquiatría con muy baja incidencia y prevalencia, mientras que apenas hay información al respecto de uno de los cuadros que con mayor frecuencia se presenta en las consultas ambulatorias de Atención Primaria y de Salud Mental, el *trastorno (des)adaptativo*.

La escasez de bibliografía se manifiesta no solo en lo referente a la escasez de estudios científicos que aporten un alto nivel de evidencia, sino en la ausencia de guías clínicas que faciliten las decisiones terapéuticas. Así, no se han establecido itinerarios clínicos en función de las especificidades del cuadro de desadaptación presentado.

Ante esta situación paradójica de escasa información para el manejo de unos cuadros tan frecuentes en la asistencia ambulatoria, se hace necesaria una reflexión acerca de nuestra práctica clínica de cara a optimizar los abordajes al respecto, motivo por el cual se desarrolla este trabajo seminal. Se debe anticipar que como todo trabajo iniciático será sin duda incompleto y será susceptible de mejoras y aportes en muchas de sus propuestas.

Bloque I: Generalidades

Formación durante la Licenciatura de Medicina

La formación en Medicina se suele dividir en dos grandes bloques. El primero comprende las asignaturas preclínicas y el segundo comprende las asignaturas clínicas. En los primeros años se estudian aquellos aspectos anatómicos, histológicos y fisiológicos que conforman el ser humano sano, para posteriormente ir introduciendo el funcionamiento patológico de los distintos órganos y sistemas. Así, primero se estudia Histología y luego Anatomía Patológica, primero Anatomía y Fisiología del corazón y posteriormente Cardiología, etc.

Este modo de enseñanza parece lógico: primero se enseña lo que es habitual, aquello que podemos considerar sano, para posteriormente y sobre la base de la salud enseñar la patología, la enfermedad. Eso va a permitir a la persona en formación diferenciar más fácilmente los estados de salud y de enfermedad, si bien es inusual el estudio de las formas limítrofes, ya que no toda señal corporal tiene que ser un síntoma que forme parte constituyente de un síndrome o enfermedad.

Sin embargo, en lo referente al funcionamiento de la mente, no parece que exista una analogía entre lo previamente descrito para los procesos somáticos y la forma en la que se enseñan la “salud” y la enfermedad mental. A pesar de que durante la carrera de Medicina se estudian Psicología Médica y Psiquiatría, es frecuente el solapamiento de temas entre ambas asignaturas y hay una carencia de marcada importancia: no se enseña lo que es un funcionamiento mental no patológico, nadie enseña lo que es “normal”, lo que es “sano”, por lo que los estudiantes de Medicina alcanzan la formación MIR sin un conocimiento real de los límites entre lo que es y lo que no es enfermedad mental, y esa ausencia de conocimiento la tiende a rellenar el propio médico en formación en función de inferencias subjetivas con respecto a lo que es normal o no a nivel de salud mental. No se remarcan las diferencias

fundamentales entre un sufrimiento psíquico ajustado a las circunstancias vitales y el inherente al padecimiento de una enfermedad o trastorno mental, por lo cual se equiparan como si fueran lo mismo una *señal de alarma* psíquica y un síntoma psiquiátrico. Se produce una equivalencia entre malestar y psicopatología, situación que torna más probable que una persona que dice que está triste y que tiene molestias digestivas sea derivada a Psiquiatría o Psicología que a un médico especialista en Aparato Digestivo.

Sería conveniente que, dada la gran profusión de *procesos desadaptativos* que son erróneamente diagnosticados y tratados farmacológicamente como enfermedades mentales, se procurara durante la formación de pregrado enseñar a diferenciar los estados mentales no patológicos o limítrofes de aquellos estados de enfermedad. Así, veo adecuada la incorporación a la formación pregrado de asignaturas que aborden la personalidad y las dinámicas relacionales no patológicas, dado que un mejor conocimiento de las características intrapsíquicas e interpersonales de las personas que atendemos (y de nosotros mismos) nos va a permitir una mejor categorización de los *trastornos (des)adaptativos* de cara a su diagnóstico y, por ende, permite optimizar sus posibilidades de abordaje.

Cultura y cambio

Cuando se habla de *trastornos (des)adaptativos* lo que se tiene en mente es una intervención terapéutica breve. La mayoría de los textos que hablan de intervenciones breves que producen cambios significativos son de autores anglosajones. Esto no es baladí. Por regla general en el mundo anglosajón, probablemente por su influencia protestante, las personas tienden a asumir una mayor responsabilidad con respecto a su propia vida. Se habla de “el camino del héroe”, “el estilo de vida americano” o del eslogan “más alto, más rápido, más fuerte”. Allí los pacientes son clientes. No se emplea un término tan pasivo como es el de “paciente”. Es en el mundo anglosajón donde es posible que se haga histórica una frase del tipo: “No preguntes que puede hacer América por ti, pregúntate que puedes hacer tú por América”. En el país de Rinconete, Cortadillo y el Lazarillo de Tormes la idea de conseguir la superación a través del esfuerzo personal es vista muchas veces como una suerte de boutade en el imaginario colectivo, lo cual sin duda influye en la manera en que las personas insertas en nuestro marco social vivencian las soluciones cuando presentan un *trastorno (des)adaptativo*. Es más común la adopción de una actitud pasiva, “a ver qué me dice el profesional”. Autores como O’Hanlon y Weiner-Davis plantean la importancia de explorar los cambios que se producen entre el momento de concertación de la cita y la cita en sí misma, porque a su juicio la mayoría de las personas ya han empezado a hacer cambios en su vida que van claramente orientados a la resolución de sus problemas. En las personas que yo atiendo no es tan habitual como estos autores propugnan el encontrar en la primera consulta el inicio de cambios reales que favorezcan la resolución de la crisis presentada. Con frecuencia han empezado a tomar psicofármacos que disminuyen la intensidad de las *señales de alarma*, sin iniciar el abordaje de su problema real.

También hay que tomar en consideración el contexto inherente a un sistema público de salud. No hay coste, no implica ningún esfuerzo, es “un derecho”. Los derechos no tienen por qué requerir esfuerzo. “Si no acudo a una cita no pasará nada, ya me darán otra”. No existe una limitación porque la asistencia es universal, “por lo cual tengo derecho a ser atendido”. A mi juicio, entre las enormes ventajas de un sistema público de salud de acceso universal y gratuito no está el favorecer la actitud proactiva que se requiere para afrontar de forma exitosa un *trastorno (des)adaptativo*. En relación a los *procesos desadaptativos* resultaría más ventajoso el disponer de un sistema que estimulara a la persona a comprometerse en su propia recuperación,

bien porque le costara un dinero, lo cual no es posible en nuestro medio, bien porque no hubiera una barra libre de acceso a otros profesionales cuando ya un profesional previamente ha hecho una *indicación de no tratamiento* y no ha considerado conveniente el empleo de psicofármacos o la realización de una psicoterapia ante la falta de efectividad esperada y el riesgo de iatrogenia y cronificación. Este último aspecto no necesariamente debería ser imposible de limitar en nuestro sistema sanitario.

Pero estamos insertos en esta cultura y tenemos el sistema sanitario público que tenemos. Si la estructura social contribuye a la creación de pacientes pasivos tendremos que dedicar más esfuerzo a cuestionar esos roles y a devolver la sensación de agencia a las personas que atendemos que presentan un *trastorno (des)adaptativo*, para que tengan una mayor posibilidad de una mejor y más rápida recuperación del problema que les aqueja.

Líneas de investigación en los trastornos (des)adaptativos

Teniendo en cuenta la escasa información disponible al respecto de los *trastornos (des)adaptativos* sería recomendable el desarrollo de líneas de investigación que incidieran en una mejor catalogación de los mismos.

A mi juicio, los aspectos donde sería más perentorio el desarrollo de estudios de investigación son:

- Características de las interacciones entre situación estresante y carácter del individuo que favorecen el desencadenamiento de *trastornos (des)adaptativos*.
- Características propias del individuo que tienden a relacionarse con una prolongación de los *procesos desadaptativos* e incluso que conducen a su cronificación.
- Características de las situaciones más relacionadas con la perpetuación de los *procesos desadaptativos*.
- Riesgo-beneficio de la *indicación de no tratamiento*.
- Riesgo-beneficio de la prescripción de psicofármacos.
- Riesgo-beneficio de la implementación de una psicoterapia.
- Detección de las estrategias más útiles para el progreso o el desbloqueo del *impulso de cambio* según las características de la persona.
- Detección de las estrategias más útiles para el progreso o el desbloqueo del *impulso de cambio* según las características situacionales.
- Detección de las estrategias más útiles para el progreso o el desbloqueo del *impulso de cambio* según el tipo de *trastorno (des)adaptativo*.

También creo que es perentoria la búsqueda de una definición unitaria del constructo *trastorno (des)adaptativo*, definición que pueda ser validada y que permita diferenciar con facilidad los trastornos (des)adaptativos de los procesos psiquiátricos con características endógenas, como la depresión mayor recurrente, o de aquellos con una mayor autonomía del entorno, como el trastorno de ansiedad generalizada.

Bloque II: Marco conceptual

Capacidad de adaptación

Toda persona tiene una profusión de habilidades, muchas veces desconocidas para sí misma y/o para su entorno, que le permiten sobreponerse a cambios en su ambiente. Sin embargo, ni todas las personas tienen las mismas habilidades ni todas las personas tienen la misma capacidad de adaptación. Cuantas más habilidades adaptativas tiene una persona, mayor será su capacidad para afrontar cambios sin presentar o apenas presentando señales de inadaptación. Es probable que toda persona tenga su “kryptonita”, y así, todos nos podemos llegar a encontrar en un momento dado con una situación aguda o crónica que desborde nuestra capacidad de sobreponernos a las adversidades y que eso provoque la aparición de *señales de alarma*. El ejemplo más claro es el duelo, proceso en el cual ante la misma muerte distintas personas dentro de una familia vivencian de diferente manera la pérdida acaecida en su seno. Una muerte vivenciada como irrelevante con respecto a cómo han vivido ese duelo en concreto otros familiares puede ser seguida de una muerte vivenciada como desbordante por la persona en relación a esa vivencia del duelo en otras personas. Factores que influyen en la distinta manifestación del duelo son el vínculo, la dimensión dependencia-independencia en la relación entre la persona fallecida y la persona superviviente y las expectativas con respecto al cambio, entre otros muchos.

Procesos desadaptativos

En el momento en que en una situación de estrés se pone en jaque el psiquismo de una persona ésta reaccionará, responderá de alguna manera generando una serie de fenómenos de adaptación y/o de desadaptación. Si la respuesta inmediata a estrés supone retirada, bloqueo o ataque contra la amenaza, la respuesta a medio plazo ante un fracaso de los fenómenos de adaptación iniciales no es ni tan conductual ni tan súbita y breve, originando una repercusión que además de sobre la conducta de la persona se manifestará en forma de cambios cognitivos, emocionales y físicos que afectarán a la persona que tiene la dificultad de adaptación.

Así, el proceso en el cual fracasan los mecanismos de adaptación se sucede de cambios en el estado mental y físico de las personas, apareciendo fenómenos de desadaptación que constituyen las *señales de alarma* depresivas, ansiosas, físicas, conductuales, neurocognitivas y los pensamientos obsesivoides con respecto al problema o problemas, sus causas y/o sus consecuencias.

Cuanto mayor sea la dificultad de la persona para adaptarse a la situación es esperable que más frecuentes, más numerosas y más intensas sean estas *señales de alarma*.

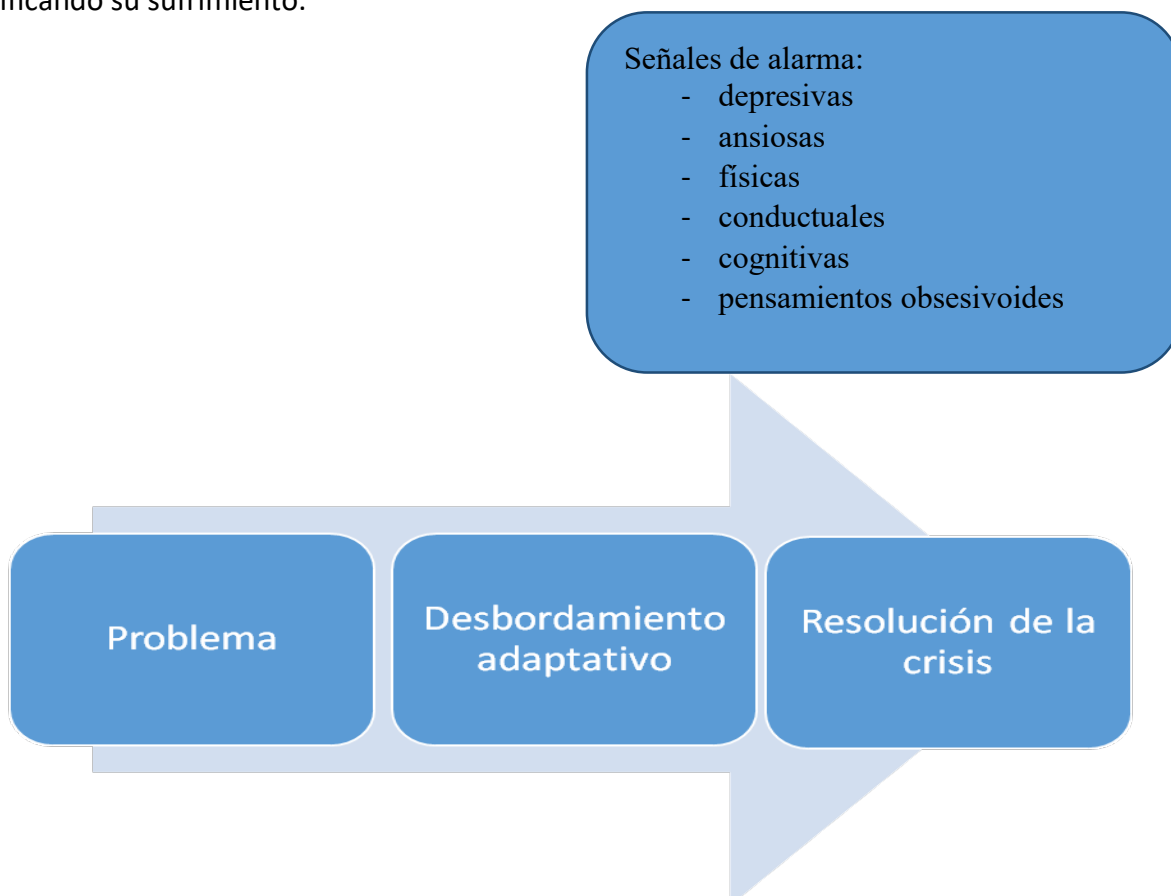
Un aspecto poco conocido es el referente a cómo el proceso por el cual una persona que está en una transición al cambio evoluciona de presentar una reacción de adaptación a sufrir un *trastorno (des)adaptativo*.

A mi entender, el principal problema conceptual en la categorización de los *trastornos (des)adaptativos* es la admisión como válida de la palabra síntoma en vez del empleo de otro término que no consolide la narrativa en cuanto a la presencia de patología. El término síntoma con frecuencia lleva implícita la creencia en la presencia de un síndrome, enfermedad o

trastorno. Y los síndromes, enfermedades o trastornos mentales son susceptibles de ser abordados terapéuticamente, bien con psicofármacos, bien con psicoterapia, dado que no intentar su abordaje terapéutico si hay un diagnóstico clínico sería una actitud nihilista y, por ello, criticable.

Así, considero que la explicitación de lo verbalizado por las personas que no presentan un cuadro psiquiátrico endógeno como *procesos desadaptativos* que presentan *señales de alarma* depresivas, ansiosas, físicas, conductuales o neurocognitivas y pensamientos obsesivoides favorece la doble orientación del profesional y de la persona que sufre hacia un abordaje mucho más etiológico de los problemas presentados, que se resume en el intento de resolución de la situación crítica y en muchos casos en el fortalecimiento del *impulso de cambio*. Sin embargo, la explicitación del sufrimiento como síntomas depresivos, ansiosos, físicos, conductuales, neurocognitivos u obsesivoides aleja a la persona del objetivo de autosuperación o del empleo de las redes naturales de apoyo social, convirtiendo a la persona en un *enfermo con rol de enfermo*, lo transforma de sujeto activo a objeto pasivo y lo hace subsidiario de una medicación o medicaciones, o de una intervención psicoterapéutica, las cuales, al no ser en absoluto una “bala de plata” dirigida a solventar el problema de raíz, lejos de solucionar el problema pueden retrasar la resolución de la situación crítica, paralizar el *impulso de cambio* o incluso generar un empeoramiento del problema.

La manera en que narramos el proceso de sufrimiento ante una situación externa de estrés puede ayudar a que una persona emplee sus habilidades y fortalezas para superar una crisis realizando un proceso de crecimiento personal y/o social, o puede generar un nuevo paciente psiquiátrico, que por estar “está tan enfermo que presenta problemas que no mejoran ni con medicación ni con psicoterapia, de lo grave que está”, paciente en el cual se termina cronificando su sufrimiento.



El cambio tranquilo

Me parece de vital importancia el atender a los procesos personales que acompañan al cambio y que pueden modular la mayor o menor manifestación de las *señales de alarma* o incluso la ausencia de las mismas en el proceso de adaptación a la situación estresante. Tengo en consideración a la hora de evaluar la capacidad de cambio tres componentes del mismo: la expectativa de cambio, la aceptación y la preparación del mismo, para constituir unos constructos de fácil manejo en la entrevista con las personas que sufren ante un acontecimiento externo: el *cambio esperado*, el *cambio aceptado* y el *cambio preparado*. Si bien no hay una validez científica que ratifique el *cambio tranquilo*, es una constante, al menos en mi práctica habitual, la observación de fenómenos de desadaptación como consecuencia de la egodistonia de la persona en cuanto a la expectativa, aceptación o preparación de un cambio. Parece complicado que los distintos mecanismos que favorecen la adaptación respondan de forma adecuada cuando un cambio acontece sin ser esperado o aceptado o sin haberlo preparado previamente. Cuanto más se oponga alguien a un cambio que puede ser definitivo, cuanto menos acepte la realidad, más difícil será adaptarse a dicho cambio y por ello existirán más posibilidades de que surjan *señales de alarma*.

Modelo de crisis de Pittman

Frank S. Pittman III, en su libro *“Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis”*, publicado en España por Paidós Terapia Familiar, recogió lo que él denominaba teoría de las crisis familiares, que es el punto de partida del cual surge mi argumentación del abordaje de los *trastornos (des)adaptativos*.

Pittman planteaba que las crisis son oportunidades peligrosas, las cuales no hay que evitar necesariamente, dado que existe la oportunidad de salir beneficiado de las mismas. Planteaba que puede haber crisis sin cambio, pero que eso no permite avanzar, así como que las crisis son necesarias para establecer cambios que de otra manera no se acometerían. Según Pittman, en una crisis una tensión afectaría a un sistema de un modo tal que es preciso el cambio para superarla, advirtiendo que una crisis que se cierre en falso tiende a reaparecer con el tiempo.

En la línea de la terapia sistémica, lo importante ante una crisis no serían las quejas que puede presentar la persona y malinterpretar como síntomas, las cuales realmente serían las consecuencias de la crisis, sino que sería más importante ceñirse al abordaje de la crisis en sí misma para poder resolverla. Resolverla, no evitarla. Igual no es posible volver al escenario pre-crisis y, además, con frecuencia ese retorno no implica volver a un escenario deseable, solo a un escenario donde la persona no presenta las quejas que trae a consulta, aunque sea un escenario problemático y se pueda vaticinar que esa situación será patógena en un futuro. Así, el objetivo del tratamiento ante un *trastorno (des)adaptativo* sería la culminación del proceso crítico para alcanzar un estado en el cual las quejas no tengan razón de ser.

Definición de trastorno (des)adaptativo

Podríamos describir el *trastorno (des)adaptativo* como la respuesta del cerebro en forma de *señales de alarma* ante una situación de crisis no psiquiátrica, contextual, en la cual es complicada su resolución espontánea al desbordarse la capacidad de adaptación, siendo

fenomenológicamente comprensible el sufrimiento presentado por la persona al haber una congruencia entre la interacción persona-problema y las quejas consecuencia de esa interacción.

¿Diagnóstico residual o diagnóstico principal?

Si nos atenemos a la ortodoxia de las clasificaciones de enfermedades como CIE o DSM, los *trastornos (des)adaptativos* serían diagnósticos de exclusión, entidades residuales, muy poco frecuentes. Este aporte teórico contrasta en grado sumo con la práctica clínica ambulatoria de psicólogos y psiquiatras en nuestro medio, donde los profesionales se encuentran con una elevada proporción de casos diagnosticados de *trastornos (des)adaptativos* o de códigos Z entre los pacientes que acuden a una primera consulta en Salud Mental.

Es importante el posicionamiento del clínico ante esta incongruencia teórico-práctica. Para empezar, dada la ausencia de medidas objetivas en lo concerniente a los trastornos mentales, lo más preciso es establecer una *doble confirmación diagnóstica*, es decir, que se requiera un *diagnóstico en negativo* (no presenta otro trastorno mental u orgánico) más un *diagnóstico en positivo* (cumple los criterios establecidos para ser considerado un trastorno mental).

Si se dota a una entidad como el de *trastorno (des)adaptativo* de unos criterios diagnósticos nos estamos refiriendo entonces a que presenta unos criterios de inclusión, luego se asume que es una entidad diferenciada que se puede diagnosticar per se y no solamente un diagnóstico de exclusión cuando el cuadro no es compatible con ningún otro diagnóstico.

Si, por ejemplo, se valoran desde una perspectiva crítica los criterios diagnósticos entre depresión mayor y *trastorno (des)adaptativo*, salen a la luz muchos posibles solapamientos y posibilidades de errores diagnósticos tanto por exceso como por defecto de diagnóstico de una y otra entidad. En la siguiente tabla se recogen los criterios diagnósticos DSM-IV-TR de depresión mayor y de *trastorno (des)adaptativo*.

Trastorno depresivo mayor	Trastorno (des)adaptativo
5 o más síntomas durante dos semanas con un cambio con respecto a lo previo	Síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor en los 3 meses siguientes a la exposición
Malestar significativo clínico, deterioro sociolaboral	Malestar mayor de lo esperable o deterioro significativo socio-laboral
Síntomas no debidos a los efectos directos de una sustancia o medicamentos	Una vez cesado el estresante o sus consecuencias los síntomas no persisten más allá de 6 meses
No se debe a un duelo	No se debe a un duelo
Los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional	No cumple criterios de los trastornos del eje I

Cuando se comparan punto por punto las diferencias entre los criterios diagnósticos DSM-IV-TR de trastorno depresivo mayor y de *trastorno (des)adaptativo* nos encontramos con la realidad clínica de que solo en aquellos casos de depresión endógena, biológica, donde el paciente se deprime sin un motivo aparente, por lo cual no parece haber ninguna situación estresante, existe la posibilidad de una diferenciación clara entre ambos diagnósticos.

Se podría esgrimir que la diferencia según los criterios DSM-IV-TR entre una depresión exógena, reactiva, y un *trastorno (des)adaptativo* sería una cuestión del número de síntomas verbalizados por la persona o sus acompañantes o de una intensidad sintomática que en la actualidad es imposible de objetivar. Si bien para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se requieren 5 o más síntomas depresivos y para un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo* se requiere tener menos, la diferenciación entre ambos en función de la cantidad de síntomas es muy cuestionable. Pero mucho más cuestionable es la diferenciación en función de la intensidad sintomática porque ni consta la intensidad sintomática en los criterios diagnósticos ni hay posibilidad alguna de medir de forma objetiva, como ya he referido previamente, la intensidad sintomática. La propia cultura, con sus modos aceptados de expresión del sufrimiento y de los sentimientos, artefacta el relato del número de síntomas y de la gravedad de los mismos, si bien también hay características en la personalidad de las personas mediadas biológicamente (p.e. apatía en la persona mayor, alexitimia, etc.) que modifican la verbalización de los síntomas depresivos.

En la siguiente tabla se recogen aspectos que pueden influir en la mayor o menor verbalización del número de síntomas o de la intensidad de los mismos.

Incremento de verbalización del número o intensidad de síntomas	Decremento de verbalización del número o intensidad de síntomas
Personalidad con rasgos histeriformes Componente ganancial primario o secundario Alto componente ansioso Personalidades obsesivas (Pseudo)formación en Salud Mental Cultura gitana Cultura latinoamericana	Presencia de un síndrome apático Consumo de sustancias ansiolíticas o ataraxizantes: alcohol, cannabis, BDZs, antidepresivos o antipsicóticos Alexitimia Miedo a las consecuencias relacionales de la revelación de síntomas Miedo a las consecuencias laborales o económicas de la revelación de síntomas Personas con marcado estoicismo Cultura oriental Tercera edad

Trastornos (des)adaptativos crónicos

Si bien el paradigma dominante es que la mayoría de los factores implicados en un proceso de mala adaptación son factores agudos, por lo que los *trastornos (des)adaptativos* serían fundamentalmente de presentación aguda, en múltiples ocasiones los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento del *proceso desadaptativo* se manifiestan de forma continuada o recurrente, por lo que debemos pensar en la posibilidad de que existan y sean además muy numerosos los *trastornos (des)adaptativos crónicos*. En una situación continuada de violencia de pareja es frecuente etiquetar a las personas como depresivas o ansiosas, incluso a pesar de que esa situación de violencia no esté oculta a los ojos del profesional. Otras veces se considera el caso como “de violencia intrafamiliar”, pero aunque la violencia no es ningún diagnóstico psiquiátrico aquellas personas que la sufren son más susceptibles de recibir medicación en ausencia de un diagnóstico correcto. Si el origen de un sufrimiento continuado es un proceso reactivo, contextual, el diagnóstico correcto es el de *trastorno (des)adaptativo crónico* y no cualquier otro diagnóstico psiquiátrico errado que facilite la estigmatización y la medicalización del caso. Como se aborda en el apartado referente a la distimia, es muy probable que un gran número de casos de distimia sean realmente *trastornos (des)adaptativos crónicos*, si bien no todos los *trastornos (des)adaptativos crónicos* reciben el diagnóstico de distimia.

Pittman planteaba la existencia de cuatro clases diferentes de crisis que podían afectar a una persona. Las *desgracias inesperadas*, como por ejemplo un accidente, o las *crisis de ciclo vital*, corresponderían con formas agudas de los *trastornos (des)adaptativos*, mientras que las *crisis familiares estructurales* y las *crisis de desvalimiento* corresponderían con crisis que se podrían manifestar de forma aguda pero en las que existe un claro componente *relacionopático* previo.

Según Pittman, las *crisis de desvalimiento* ocurrirían cuando la persona encargada del cuidado de otra persona presenta una alteración en su funcionalidad y que es dependiente se va sobrecargando ante la insania de una exigencia de atención y cuidados inasumible y desarrolla síntomas que la incapacitan para el desempeño de esa tarea. Los otros miembros de la familia querrían un retorno a la situación anterior donde la persona que se sobrecargaba en el cuidado podía realizar esa función, sin plantearse que el escenario de cuidados prefijado es patógeno y que es realmente esa situación la que debe ser modificada. Muchas situaciones, fundamentalmente de mujeres, que se manifiestan como *trastornos (des)adaptativos crónicos* son compatibles con estas *crisis de desvalimiento* referidas por Pittman.

Para Pittman las crisis de más difícil manejo serían las denominadas *crisis estructurales*. En las mismas está afectada la propia estructura de la familia, manteniendo una *relacionopatía* durante años, la cual puede mantenerse oculta y cuando se incrementa la tensión en la familia y para evitar la ruptura de la misma surge un problema urgente que contribuye a que se estabilice el sistema. Para este autor, si otras crisis aparecen para producir un cambio, este tipo de crisis surge para evitar cualquier cambio. De hecho, Pittman afirmaba con contundencia: “Es como si estas familias consagraran toda su energía a evitar que ocurra alguna transición evolutiva”. En el apartado dedicado a la manía uno de los casos expuestos, dramático debido al número de descompensaciones maniformes que presentaba la persona, encaja en este perfil de crisis: cuando la tensión entre los padres era insoportable la descompensación de su hijo enfriaba el conflicto relacional, repitiéndose de forma cíclica las escaladas simétricas y la descompensaciones maniformes con acción homeostática. Es probable que si una *crisis estructural* se presenta en forma de *trastorno (des)adaptativo* pase desapercibida, por lo que el

impulso de cambio que intentamos promover solo sirve para establecer un “punto y seguido” en la *relacionopatía* familiar. En el caso de que se pudiera detectar una *crisis estructural*, la refractariedad de la misma a las intervenciones no específicamente focalizadas en la misma (refractariedad también elevada en muchos casos aun aunque se aborde la crisis de forma específica) hace recomendable la realización de un abordaje psicoterapéutico.

Dentro de los *trastornos (des)adaptativos crónicos* hay variedad de procesos *relacionopáticos* relacionados, desde los clásicos triángulos relacionales referidos en terapia sistémica, pasando por los procesos de pseudoindividuación familiar o las situaciones que implican a un progenitor “esquizofrenógeno”. En contra de la idea sistémica primigenia acerca de la existencia de un “paciente identificado” que porta el síntoma sacrificándose por la familia, es habitual que muchas personas que cumplen criterios para ser diagnosticados de un *trastorno (des)adaptativo crónico* sean familiares de personas con otras patologías mentales o con alteraciones de conducta, es decir, que haya más de una persona en esa relación que presente síntomas o *señales de alarma*. Es posible que el bloqueo en la situación de crisis de esa segunda persona, bloqueo que hace emerger las *señales de alarma*, sea una suerte de *segunda cerradura* que genera una homeostasis del sistema relacional, aunque sea un cierre en falso y se mantenga la *relacionopatía*. Es decir, si un solo cortejo sintomático no estabiliza un *sistema relacionopático*, el bloqueo de la posibilidad de cambio en otro miembro del sistema estabilizaría la situación. De ser así, a pesar de que la persona presente *señales de alarma* constitutivas de un *trastorno (des)adaptativo*, de cara a mantener el sistema “sería peor el remedio que la enfermedad”, motivo hipotético por el cual esas personas mostrarían gran resistencia al cambio terapéutico. La hipótesis de *sistemas de doble cerradura*, con el bloqueo y las *señales de alarma* ejerciendo como *segunda cerradura*, me ayuda a explicarme algunos fracasos terapéuticos en personas con *trastornos (des)adaptativos* que ejercen como cuidadoras de otras personas.

La ausencia de un *trastorno (des)adaptativo* ante estresores graves

En ocasiones lo que llama la atención a la persona que sufre estresores graves o a su familia es la ausencia de una respuesta emocional o conductual apropiada a la magnitud referida del factor estresante. En mi práctica clínica no he encontrado habitualmente casos de personas que me consulten como consecuencia de la ausencia de una respuesta adecuada, pero en las escasas ocasiones en que sí he recibido demandas de atención en ese sentido la demanda solía venir motivada por la rumiación de esa persona, característicamente con rasgos obsesivos de personalidad, con respecto a su “sensación de no estar teniendo sentimientos”. En muchos casos esa duda personal se acompaña de una narrativa del entorno tendente a patologizar conductas de esa persona por no tener la respuesta social o familiarmente esperable en función de las circunstancias acaecidas. También los familiares pueden ser los verdaderos compradores de la consulta y plantear una situación que les preocupa consistente en la aparente falta de reacción, aunque la persona misma no lo perciba así. Ésta es entonces una consulta “por poderes”, tras la que a veces más allá de la preocupación genuina de las personas del entorno del “paciente identificado” existe un problema en una o varias personas del entorno, las cuales proyectan hacia el supuesto paciente sus angustias. Recuerdo un caso de un paciente esquizoide que no reaccionaba como su madre esperaba que reaccionara ante problemas de sus allegados o en sus relaciones interpersonales, lo cual para la madre era una señal inequívoca de enfermedad y de necesidad de toma de medicación. Él simplemente consideraba que no tenía el suficiente apego para con esas personas para sufrir por los problemas de los demás o por sus dificultades de interacción con ellos.

Sin embargo, no solo existen rumiaciones obsesivoides o angustias proyectadas entre las consultas por una llamativa falta de reacción de la persona ante un hecho grave. En los procesos de duelo, los cuales no dejan de ser habitualmente procesos de adaptación que a veces se complican hasta alcanzar un sufrimiento intenso que puede ser considerado un *trastorno (des)adaptativo*, se pueden encontrar fenómenos de ausencia de duelo o de duelo demorado. La reacción de duelo, habitualmente lo suficientemente adaptativa para impedir un desmoronamiento psíquico de la persona sin bloquear el *impulso de cambio*, puede en algunas personas llegar a bloquearse por completo. No es que la persona sienta menos la pérdida porque su vínculo era menor o porque ya hizo el proceso de duelo de forma adelantada, es que la persona no tiene la respuesta emocional esperable a la naturaleza de esa relación y esta ausencia de respuesta emocional no resulta fácilmente justificable. No hay un sufrimiento leve, es más bien una indiferencia emocional ante un hecho del que sí sería congruente pensar a tenor de su psicobiografía que le costaría afrontar. Eso pasa en los duelos pero también en los *procesos desadaptativos*. Dado que no tener una respuesta cuando ésta sí era esperada puede ser una *señal de alarma* de un problema psíquico importante que no dará la cara a corto plazo, es importante tener en cuenta la posibilidad de un *trastorno (des)adaptativo ausente*. Lo que nos preocupa en estos casos no es el sufrimiento, sino que carezca de él.

Si el bloqueo de una reacción de duelo o el duelo demorado son considerados duelos complicados, de la misma manera hay que estar alerta ante un *trastorno (des)adaptativo ausente*, dado que muy probablemente termine provocando problemas a largo plazo. A este respecto en psicodrama se habla de dos tipos de traumas: el *trauma primario* y el *trauma secundario*. Según esta corriente psicoterapéutica es posible que una persona que ha sufrido previamente, quizás en su infancia, una situación potencialmente traumática, se haya adaptado sin problemas a la situación por la vía de generar un nuevo rol con nuevas estrategias que le protegen del *trauma primario*. Ese nuevo rol puede ser adaptativo ante esa u otras circunstancias concretas, pero igual no es lo suficientemente flexible y ante una situación crítica distinta ese nuevo rol se anquilose, no sea superado, se sobrepasen las capacidades de adaptación del individuo y se genere un *trauma secundario*, al cual podríamos llamar en primera instancia y sin conocer la psicobiografía de la persona *trastorno (des)adaptativo*. Es decir, la aparición de un *trastorno (des)adaptativo* puede deberse a una situación estresante ocurrida cercana en el tiempo al desencadenamiento de las *señales de alarma*, siendo el proceso comprensible en función de una congruencia entre las causas y las consecuencias, pero también puede ocurrir que sobre la base de un *trastorno (des)adaptativo ausente* una situación estresante, el *trauma secundario*, desencadene un cuadro de quejas compatible con un *trastorno (des)adaptativo*.

Conocer si lo que genera el proceso por el cual la persona acude a consulta es un *trauma primario* o un *trauma secundario* no es una cuestión menor, dado que en el caso de un *trauma secundario* el cambio que va a intentar promoverse en la persona concierne a ese rol desarrollado de forma reactiva por la persona, que se confunde con su personalidad basal, y que fue fundamental para la supervivencia de la persona ante ese primer *trauma primario*, el cual puede haber pasado desapercibido a nivel clínico pero haber generado una huella indeleble en el inconsciente de la persona. Es esperable pensar que en aquellas personas donde un rol previo, por muy facilitador que haya sido del desencadenamiento de un *trastorno (des)adaptativo* en la actualidad, haya demostrado su utilidad en la supervivencia psíquica y a veces física de la persona, sea más complicado conseguir un cambio en ese rol, al menos en un tiempo breve. Sobre todo en aquellas personas en las cuales parece haber una clara congruencia entre las causas y las consecuencias clínicas, puede no hacerse una serie de preguntas que de cara a la

mejor comprensión de un *proceso desadaptativo* deben ser básicas: “¿y cómo eres tú?” y “¿por qué eres así?”.

Una técnica psicodramática que me parece espléndida en cuanto a su utilidad y sencillez plantea a las personas que se imaginen que acuden a un baile de disfraces mágico y que pueden escoger el disfraz exacto que ellos quieran, con los complementos y peculiaridades que prefieran. Tras la elección del primer disfraz se les pide que elijan un segundo disfraz, con las mismas instrucciones. Una vez que la persona ya ha descrito al detalle los dos disfraces se le pregunta: “¿quién creó a quién?”. Aunque en mi experiencia clínica y formativa no siempre se aprecia una relación entre ambos disfraces, en muchas personas un disfraz más majestuoso y grandilocuente ha sido creado tras un primer disfraz más lóbrego, o al revés, un disfraz más oscuro y desesperanzado surge de un disfraz primigenio mucho más alegre. La idea que subyace es que el disfraz que aparecer posteriormente en la biografía de la persona puede ser una “máscara”, un rol reactivo apto para la supervivencia ante un *trauma primario* que igual no había sido tenido en consideración por nadie, incluida la propia persona. Ese rol “hiperadaptado” a las circunstancias del *trauma primario* puede ser inflexible e impedir una adecuada adaptación al *trauma secundario*, por lo que se desencadena un *trastorno (des)adaptativo*. Por desgracia, el escaso tiempo disponible en las primeras consultas en el sistema público de salud y una escasa predisposición social al empleo de técnicas vivenciales limitan las posibilidades de uso de esta técnica en las primeras entrevistas que los profesionales tenemos con una persona. En mi experiencia, las personas son más propensas a beneficiarse de una técnica así cuando ya existe una relación terapéutica consolidada, por lo que personalmente la considero más útil en personas que ya llevan un tiempo en seguimiento, lo que en el caso de las personas que sufren un *trastorno (des)adaptativo* debería ser poco frecuente a no ser que tengan un seguimiento por alguna comorbilidad psiquiátrica. Por ello, sí considero que es una técnica a valorar en personas que sufren un *proceso desadaptativo* en un contexto de un trastorno de personalidad.

Un *trastorno (des)adaptativo ausente* debería ser una sospecha diagnóstica en aquellas personas que atendamos en las cuales el intento de conceptualización como *trastorno (des)adaptativo* conlleve una falta de comprensibilidad del sufrimiento ante una incongruencia entre la magnitud aparente de la causa y la intensidad de las *señales de alarma*. Esa aparente incomprensibilidad por el profesional no implica obligatoriamente la presencia de un *trauma secundario*, puede implicar que no conocemos en profundidad los detalles de la interacción entre la persona y el problema o también puede implicar una incapacidad de la persona del terapeuta para comprender determinados sufrimientos, lo que puede suceder ante la ausencia de experiencias vitales análogas por parte de ese profesional.

También hay que considerar que desde nuestro punto de vista hay *trastornos (des)adaptativos* que pueden ser perfectamente comprensibles y congruentes y no obstante deberse realmente a un *trauma secundario*, permaneciendo desconocida la existencia del *trauma primario*.

También debe sospecharse la presencia de un *trastorno (des)adaptativo ausente* ante la resistencia a los cambios sensatos y ante la prolongación en el tiempo del cuadro. La resistencia es una defensa, siendo comprensible que un rol que ha favorecido la supervivencia tienda a ser defendido, ya que con frecuencia lo peor no es sufrir unas cuantas *señales de alarma*, sino quedarse desvalido.

Insisto en la necesidad de que aunque parezca comprensible y congruente el sufrimiento de una persona a tenor de una situación dada, las preguntas acerca de cómo es la personalidad y

acerca de si algo le hizo ser a la persona de esa manera y no de otra son de vital importancia para reconocer modos de funcionamiento personal que sean más inasequibles al cambio.

Mi recomendación al respecto de las personas que sufren en la actualidad un *trastorno (des)adaptativo* pero en las cuales se ha podido identificar un rol “hiperadaptado” a partir de un *trauma primario* es que la *indicación de no tratamiento* no implique necesariamente dar de alta clínica a la persona, dado que por mucho interés en el cambio y por muy adecuado que sea su *impulso de cambio*, la inercia de un modo de funcionamiento que previamente se ha demostrado exitoso es probable que prevalezca sobre el cambio, lo que puede tender a prolongar en el tiempo los *trastornos (des)adaptativos*. Desde mi punto de vista en estos casos se necesitan un mayor número de sesiones orientadas al cambio, aunque no necesariamente eso implica incluir a la persona en una psicoterapia reglada. Técnicas psicodramáticas como la “entrevista con el rol” o la realización de “rituales de despedida del rol”, o al menos de sus aspectos más problemáticos, pueden ser de utilidad si la persona es receptiva al empleo de técnicas vivenciales, las cuales potencian más los cambios que otros aspectos no vivenciales de las entrevistas terapéuticas.

Iatrogenias

Ninguna práctica médica o psicoterapéutica está exenta de poder originar iatrogenia sobre la persona, luego la intervención, aunque sea mínima, sobre personas que presentan *trastornos (des)adaptativos* también puede devenir en nuevos problemas para esa persona que acude en busca de ayuda. Las iatrogenias más claramente identificables en personas que sufren un *trastorno (des)adaptativo* son por una parte los efectos secundarios derivados del empleo de psicofármacos y por otra parte la pérdida de la autonomía de la persona para resolver sus propias crisis motivada por la psiquiatrización/psicologización del caso. Algunos ejemplos habituales de iatrogenia en los *trastornos (des)adaptativos* son:

- **iatrogenia del terapeuta-Dios:** hay terapeutas que asumen todos los problemas que presentan las personas a las que atienden como si fueran problemas clínicos que son susceptibles de un abordaje terapéutico por un psiquiatra o un psicólogo. Aunque no nos guste reconocerlo, hay veces que los terapeutas toman decisiones por las personas que atienden porque eso es más rápido y también más narcisizante para el terapeuta que el devolver a esa persona su responsabilidad en la toma de determinadas decisiones. Las consecuencias de esto son el traslado de la responsabilidad individual al “terapeuta-Dios” y la adquisición de un rol pasivo por parte de la persona, por lo cual esto aleja a la misma no solo de la posibilidad de que desaparezcan las *señales de alarma* al dificultar la resolución de la crisis actual, sino que genera un problema mayor que el previo, porque la aparición de una *dependencia del terapeuta* dificultará a partir de ese momento la resolución de cualquier crisis que la persona pueda presentar, lo que incrementa el riesgo de que los sucesivos procesos adaptativos que pueda tener que afrontar en su vida esa persona se conviertan en *trastornos (des)adaptativos*, o que incluso ante la profusión de episodios de *trastornos (des)adaptativos* se etiquete a la persona como paciente que padece un trastorno depresivo recurrente.
- **iatrogenia del terapeuta particular:** una persona ante un *trastorno (des)adaptativo* puede acudir a un profesional de la sanidad pública o a un terapeuta particular. Se puede incluir dentro del concepto de terapeuta particular a todo el que cobre u obtenga una ganancia monetaria o formativa por el hecho de asistir a una persona,

por lo que entrarían dentro de esta definición las clínicas de psicoterapia de las facultades de Psicología y algunas ONGs que dan asistencia psicológica bien directamente remunerada por la persona o bien prestando asistencia a partir de subvenciones o donaciones. En ocasiones una persona que ha sido atendida en la sanidad pública recibiendo una *indicación de no tratamiento* por un *trastorno (des)adaptativo* acude a un terapeuta particular porque considera que realmente sí tiene un problema que se debe tratar, el cual muchas veces sí termina siendo abordando, no siempre por razones clínicas. Se da el caso de profesionales de la sanidad pública que en su práctica privada atienden problemas susceptibles de ser considerados como *trastornos (des)adaptativos*, cuando no realizarían la misma indicación de tratamiento en su práctica clínica en la sanidad pública. Es mucho más fácil que una persona que sufre un *trastorno (des)adaptativo* reciba tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico de un terapeuta particular, lo que termina generando que la dinámica habitual de externalización de la responsabilidad con respecto al problema y la adquisición del rol pasivo por parte de la persona se instaure fuera del ámbito de actuación de la sanidad pública. “¿Por qué me da de alta cuando en ese centro me siguen atendiendo?”. Es una queja común. A pesar de no parecer ético el atender a problemas de la vida no psiquiátricos por el riesgo de psiquiatrización o psicologización, esta psiquiatrización y psicologización en la práctica privada de la asistencia a los *trastornos (des)adaptativos* está muy extendida. Como se quiere justificar: “Todos tenemos que comer”.

- **Iatrogenia del residente:** otra forma de iatrogenia se realiza en los mismos servicios de Salud Mental y en los centros formativos de psicoterapia públicos o privados cuando se asignan casos al alumno en formación con el objetivo de que “haga manos”. Es evidente que un aspirante a terapeuta debe recibir una formación práctica, pero no parece lo más sensato que ese ensayo de sus habilidades adquiridas se realice con personas con *trastornos (des)adaptativos* por el riesgo inherente de que la retirada de la autonomía perjudique más que beneficie a la persona. Además, y específicamente en los servicios públicos, una persona con *trastorno (des)adaptativo* atendida por el personal en formación tiende a tener citas con una mayor frecuencia siendo habitualmente las mismas de mayor duración con respecto a la intervención que podría suministrarle en condiciones reales de la práctica clínica un profesional del staff. Así, es más probable que un psicólogo o psiquiatra residente termine atendiendo durante más tiempo y con una mayor frecuencia de la necesaria a una persona que padece un *trastorno (des)adaptativo*. Al terminar el periodo de rotación del residente el caso debe ser asumido por personal del *staff* y la frecuencia o la duración de cada entrevista serán diferentes, presumiblemente menores, o incluso se intentará dar el alta a esa persona, algo que puede ser difícil de entender a tenor de la atención previa recibida, porque sencillamente es bastante incomprensible ese cambio de criterio, aunque es probable que la intervención inadecuada haya sido la previa, por exceso.
- **Iatrogenia de los programas específicos:** en ocasiones una persona con un *trastorno (des)adaptativo* es incluido en algún programa específico, bienintencionado, pero cuyo desarrollo puede exceder claramente el objetivo de tratamiento de una persona que presenta un *trastorno (des)adaptativo*, lo que favorece la iatrogenia farmacológica y la psicologización y/o psiquiatrización del caso. Obviamente este cuestionamiento de la inclusión de personas que sufren *trastornos (des)adaptativos*

en algunos programas específicos es controvertido, pero considero importante abrir el debate al respecto. Así, establecida como está en algunos servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid la inclusión de personas con ideación autolítica o gestos autolesivos en programas cerrados de diez sesiones de psicoterapia más asistencia psiquiátrica, muchas veces realizadas por psiquiatras o psicólogos residentes, se debe reflexionar si el mero hecho de recibir atención en Urgencias verbalizando ideación autolítica o habiendo realizado un gesto autolesivo, si la suicidabilidad es leve, es adecuadamente criticada y está inserta en un *proceso desadaptativo*, requiere de un abordaje tan intenso y con un aporte mayor de recursos del que pueden recibir muchos pacientes con otros trastornos psiquiátricos de base endógena. Algunas preguntas pertinentes son: ¿convierte la suicidabilidad a la persona con un *trastorno (des)adaptativo* en un paciente grave que requiere sí o sí asistencia combinada de Psiquiatría y Psicología? ¿Toda persona que sufre un *trastorno (des)adaptativo* y que presente suicidabilidad debe ser admitida en esos programas? Si esas personas tienen un problema tan grave, ¿por qué son mayoritariamente atendidas por personal en formación en muchos servicios de Salud Mental? ¿Tenemos los suficientes datos como para garantizar que el “café para todos” previene el suicidio consumado y es coste-efectivo para aquellas personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo*?

El riesgo suicida de las personas atendidas en Salud Mental nunca debe minimizarse dado que se estima que en torno al 85% de las personas que realizan un suicidio consumado tienen un trastorno mental, pero la suicidabilidad es una dimensión extensa y no uniforme, por lo que la asunción de cualquier suicidabilidad como grave no está exenta de generar una inadecuada psiquiatrización y/o psicologización de las personas que sufren un *trastorno (des)adaptativo*.

Bloque III: Trastornos (des)adaptativos en personas con diagnóstico de enfermedad mental

Como ya se ha dicho, toda persona, por el hecho de tener un cerebro, tiene la capacidad para adaptarse en mayor o menor medida y a más corto o más largo plazo. Incluso los pacientes que padecen demencia tienen una cierta capacidad de adaptación. En el caso de los pacientes con trastorno mental grave (TMG) también se mantienen las capacidades adaptativas, si bien la presencia de síntomas positivos, negativos, cognitivos o afectivos como consecuencia de su enfermedad endógena de base puede limitar esa capacidad de adaptación.

Esa habitual menor capacidad de adaptación conlleva que los pacientes con TMG probablemente tengan con mayor frecuencia que la población general *trastornos (des)adaptativos*, a pesar de que muy rara vez se les ponga un diagnóstico adicional de *trastorno (des)adaptativo*. ¿Y eso por qué? La razón podría estar en la habitual tendencia a una organización jerárquica de la psicopatología, motivo por el cual un paciente con problemas de adaptación y esquizofrenia o con un trastorno mental orgánico recibirá como primer diagnóstico el proceso más grave, siendo posible que se le deniegue carta de naturaleza a los fenómenos desadaptativos que puede estar sufriendo. Así, su diagnóstico será esquizofrenia o trastorno mental orgánico, pero no será *trastorno (des)adaptativo* en el contexto de una esquizofrenia o de un trastorno mental orgánico, lo que no solo tiene importancia a nivel de etiquetado diagnóstico sino que tiene relevancia a nivel terapéutico. En pacientes que padecen un TMG son reseñables varios aspectos:

- La ausencia de un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo* perjudica la consideración al respecto de que el paciente puede tener una crisis personal o relacional, por lo que será más difícil orientarlo en dirección a posibles soluciones.
- Esa ausencia de diagnóstico de un *trastorno (des)adaptativo* puede privar al paciente de recibir un tratamiento farmacológico sintomático que pueda ayudar a desbloquear la situación de crisis.
- Dada la no catalogación de los *procesos desadaptativos* como *trastornos (des)adaptativos*, en los TMG muchas veces se recurre a dar un diagnóstico errado en función de la sintomatología predominante, p.e. depresión en esquizofrenia, o ansiedad en trastorno bipolar. Esos diagnósticos de depresión y ansiedad en TMG no solo pueden no ser correctos sino que incrementan el riesgo de que se medicalice el proceso, dado que siempre será más probable medicar ante un diagnóstico de depresión o ansiedad que ante un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo*.

Trastornos (des)adaptativos en pacientes con trastorno de personalidad

Las personas que padecen un trastorno de personalidad se caracterizan por un esquema habitual de funcionamiento intrapsíquico e interpersonal más rígido, lo que hace más probable con respecto a la población general que distintos avatares de la vida sobrepasen la capacidad de adaptación de estas personas generando *trastornos (des)adaptativos* de repetición. Cuanto más

grave sea el trastorno de personalidad más probable es que aparezcan *procesos desadaptativos* ante los cambios, de ahí que la persona que pueda ser catalogada como TPG (trastorno de personalidad grave), si no es adecuadamente etiquetada como *trastorno (des)adaptativo*, pueda recibir con mayor frecuencia diagnósticos en el antiguo eje I, así como recibir más medicamentos y a mayores dosis que otras personas que no presentan un trastorno de personalidad.

Es muy raro encontrar diagnósticos de *trastorno (des)adaptativo* en una persona con un diagnóstico previo de trastorno de personalidad. Es más normal o bien no encontrar ningún tipo de diagnóstico sobreañadido, pero aun así recurrir al empleo de medicación, o encontrar diagnósticos genéricos del tipo “ansiedad en paciente con TP” o “depresión en paciente con TP”. Esos diagnósticos genéricos conllevan una sobremedicalización inefectiva e iatrógena de estos pacientes.

Así, al poco de empezar la residencia de Psiquiatría el maestro Ángel Redondo me dijo una frase lapidaria: “Si atiendes a un paciente que tiene un tratamiento en el que hay antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos y benzodiacepinas, ese paciente tiene un trastorno de personalidad”.

¿Qué quiere decir esto? A pesar de la escasa especificidad y efectividad de los distintos tratamientos farmacológicos tanto ante el core de los trastornos de personalidad como ante los *procesos desadaptativos* que puedan aparecer a lo largo de su devenir, existe una tendencia ante los episodios de empeoramiento conductual consistente en implementar tratamientos farmacológicos, sin que exista la tendencia contrapuesta con respecto a la retirada de los medicamentos ante su falta de efectividad o ante la desaparición de aquello que le ocurre y que es etiquetado como síntoma. Para muchas personas con trastorno de personalidad la polifarmacia psicofarmacológica es la norma, aún en ausencia de resultados satisfactorios.

Sería recomendable que se intentara establecer la línea basal de funcionamiento y de psicopatología de las personas que presentan un trastorno de personalidad de cara a intentar establecer qué episodios son o han sido susceptibles de empleo de psicofármacos, para valorar la pertinencia de mantener determinados medicamentos una vez que se constatan bien una mejoría clínica o bien una ausencia de respuesta al psicofármaco en cuestión.

A nivel formativo parece adecuado el remarcar a los residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica que el tratamiento farmacológico de las personas con trastorno de personalidad tiene una eficacia dudosa en ausencia de comorbilidad clara con cuadros endógenos clasificados en el eje I, por lo que con mucha asiduidad se plantea el uso de psicofármacos en estos pacientes sin que el profesional reconozca su *finalidad autoansiolítica* última. La prescripción de cualquier medicamento sin el suficiente nivel de evidencia y de expectativa creíble de éxito sin duda puede disminuir (parcialmente) la angustia del profesional, pero puede llegar a constituir una auténtica *sujeción química* y por descontado puede incrementar el autoconcepto de la persona con trastorno de personalidad como alguien enfermo que requiere medicación y que no puede estar sin la misma.

Por ello, en aquellos casos donde el empeoramiento clínico de una persona que presenta un trastorno de personalidad sea compatible con un *trastorno (des)adaptativo* es aun más perentoria si cabe la orientación hacia la resolución del problema que originó la crisis. Ese objetivo terapéutico no descarta la recurrencia al empleo limitado de tratamiento psicofarmacológico, el cual puede llegar a ser necesario ante una gran ansiedad, ante la aparición de conductas disruptivas o ante la constatación de un bloqueo en el proceso de resolución de la crisis, pero siempre planteándose el profesional la limitación en el tiempo de esa prescripción

farmacológica (salvo constatación de un trastorno mental comórbido en el eje I, como ya he comentado previamente) y siempre ponderando con la persona atendida el beneficio y los riesgos a corto, medio y largo plazo de la prescripción de psicofármacos. Creo que es fundamental que en aquellos casos donde el profesional pueda diagnosticar un *trastorno (des)adaptativo* en una persona que sufre un trastorno de personalidad el trabajo psicoterapéutico permita una narrativa compartida entre el profesional y la persona atendida en relación a un empleo de psicofármacos breve, con finalidad sintomática, con unos objetivos específicos del tratamiento y con un pacto en lo referente a la fecha de fin de prescripción, que debería estar cerrada o semicerrada.

En la siguiente tabla se remarcan las características ideales que a mi juicio debería tener un tratamiento farmacológico en una persona con trastorno de personalidad que presenta a su vez un *trastorno (des)adaptativo*:

Características del tratamiento farmacológico de los <i>trastornos (des)adaptativos</i> en personas con trastorno de personalidad
Empleo consensuado entre el profesional y la persona atendida Breve duración Alivio sintomático como fin terapéutico Objetivos prefijados y específicos del tratamiento psicofarmacológico Fin de prescripción cerrada o semicerrada

Nueva conceptualización de la distimia

¿Qué es la distimia? Según el reciente manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) la distimia, actualmente denominada por este manual trastorno depresivo persistente, se caracterizaría por un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días por al menos dos años, que iría acompañado por dos o más de los siguientes síntomas: reducción o incremento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones o sentimientos de desesperanza. El resto de criterios diferencia la distimia de otros trastornos psiquiátricos, permitiéndose periodos libres de síntomas que no sobrepasen los dos meses seguidos de duración para su diagnóstico.

Sin embargo, y como es habitual en las clasificaciones DSM, el diagnóstico es ateórico y se basa en la mera suma de criterios descartando, eso sí, otros trastornos psiquiátricos, pero sin realizar un diagnóstico diferencial con la posibilidad de que el paciente presente un *trastorno (des)adaptativo*. Como ya he remarcado en otro apartado, el *trastorno (des)adaptativo* es un diagnóstico considerado por las distintas versiones del DSM como residual, a pesar de lo contraintuitivo que resulta pensar que hay más casos de enfermedad depresiva que cuadros fronterizos más leves y autolimitados, que existe una diferencia clara y dicotómica entre lo que

es salud y lo que es depresión, demostrando además la práctica clínica una alta frecuencia de dicho diagnóstico clínico. Además, según el DSM la forma habitual de los *trastornos (des)adaptativos* es la forma aguda, ante un factor desbordante único, minimizando la posibilidad de que los estresores se mantengan en el tiempo. Y así, considerándolo un diagnóstico residual y con una aparición aguda, no parece existir relación alguna entre los *trastornos (des)adaptativos* y la distimia.

Sin embargo, existen otras formas de conceptualizar los *trastornos (des)adaptativos*, conceptualizaciones que cuestionan su escasa frecuencia y que reflexionan acerca de la naturaleza no siempre aguda de los factores estresantes con capacidad para producir un desbordamiento de la capacidad de adaptación.

Así, nos podemos preguntar si es más poderosa una gran roca o una gota de agua, para poder luego aceptar que la repetición inmisericorde del contacto con simples gotas de agua puede horadar cualquier roca. También es fácil aceptar que una situación conflictiva en el instituto, en el trabajo o en la pareja puede repetirse o incluso perpetuarse si no se le pone solución. Es raro pensar que si ha habido un conflicto en la pareja no vuelva a haber ninguno o que ante un problema importante en el trabajo la situación se resolverá sin dejar un poso que facilite nuevos conflictos. Con esto quiero plantear que es falaz plantear los *trastornos (des)adaptativos* como fenómenos producidos por factores estresantes habitualmente autolimitados en el tiempo y con una resolución completa de los mismos. Lo sensato es pensar que puede haber factores estresantes únicos y agudos, factores estresantes de repetición y factores estresantes mantenidos en el tiempo, como sucede por ejemplo en una mala relación de pareja o en presencia de violencia estructural en el trabajo o en la pareja.

El problema de adherirse a un modelo de factores estresantes únicos e intensos es que permite sospechar un *trastorno (des)adaptativo agudo*, pero ante la ausencia de claros factores estresantes considerados como intensos, las quejas físicas, cognitivas, afectivas o ansiosas son más fácilmente atribuibles a un cuadro endógeno o a un problema del carácter de la persona que lo sufre, siendo más fácil plantearse un diagnóstico erróneo e injusto de trastorno de personalidad. "Fijaos en cómo es éste, que esta noche ha dormido mal, que se ha tenido que duchar con agua fría porque no iba bien su caldera, que se ha quemado con el café, que casi atropella a un peatón que cruzó rápido y sin mirar y que cuando llega y le doy los buenos días me responde agriamente que serán buenos para mí". Un mal día no define un carácter, así como una respuesta aparentemente exagerada a un factor estresante no permite diagnosticar de forma presuntiva un trastorno de personalidad. El agua horada rocas y siempre hay una primera gota que abre el agujero. O que colma un vaso. Si la respuesta desadaptativa parece excesiva lo que se debe explorar en primer lugar no es la personalidad del sujeto sino la presencia de factores estresantes múltiples y/o continuados, que pueden desencadenar o hacer que empeore en este momento concreto un *trastorno (des)adaptativo*.

Como es frecuente encontrar que los factores estresantes no solo no desaparecen sino que se mantienen e incluso se pueden agravar con el tiempo, uno de los primeros diagnósticos que se deben tener en cuenta para la mayor parte de los cuadros aparentemente psiquiátricos no psicóticos es el de *trastorno (des)adaptativo crónico*. Ejemplo de posibles problemas que se perpetúan y se incrementan con el tiempo son los conflictos interpersonales con figuras de autoridad o los conflictos de pareja sin cerrar.

De hecho, parece más sensato considerar que muchos cuadros ansioso-depresivos continuados que padecen nuestros usuarios son *trastornos (des)adaptativos crónicos* y no trastornos distímicos. Y de hecho, el concepto mismo de distimia parece más una entelequia que

una realidad plausible, siendo un auténtico tour de force justificar el englobar bajo el mismo epígrafe todos los distintos casos que aceptamos diagnosticar como distimia.

Volvamos ahora a la definición de distimia o trastorno depresivo persistente. Una persona que sufre de forma continuada bien en una mala relación de pareja, o que está sometida a una situación imposible crónica a nivel familiar, o que padece acoso continuado en el trabajo, puede presentar de forma habitual ánimo depresivo cada día o casi cada día, todo el día o casi todo el día, pudiendo esta situación obsesionarle hasta el punto de afectarle al apetito, producirle insomnio, dificultarle la atención a otros asuntos, disminuir su capacidad de concentración y generarle fatiga. ¡¡Padece una distimia!! Y sin embargo parece plausible que esa persona realmente padezca *señales de alarma* ante la perpetuación sin resolución de sus problemas reales de la vida diaria, es decir, parece comprensible que se pudiera diagnosticar a esta persona de un *trastorno (des)adaptativo crónico*, el cual, como no podría ser de otra manera, tendría una respuesta escasa a los medicamentos dado que su origen no es endógeno, escasa respuesta farmacológica común a buena parte de los casos diagnosticados como distimia.

En mi experiencia clínica me he encontrado con muchos casos, sobre todo de mujeres, las cuales tenían un diagnóstico previo y en ocasiones bastante antiguo de distimia y un tratamiento farmacológico de larga data poco efectivo y bastante cuestionable. Muchas de esas personas (¡ojo, no todas!), cuando eran inquiridas al respecto de problemas mantenidos en el tiempo aunque fueran de baja intensidad, podían mencionar conflictos relacionales de larga data, muchas veces silenciados y habitualmente nunca abordados, quizás al considerar la propia persona que o eran poco importantes en el origen de sus quejas depresivas o ansiosas o que eran inmodificables. Y en muchos de esos casos podía quedar al descubierto la presencia de relaciones de violencia de baja intensidad. En otros casos la *relacionopatía* era simétrica y correspondía a malas relaciones de pareja o a un mal ambiente laboral más que a una violencia de pareja o a un acoso laboral, pero los denominadores comunes eran la carencia de bienestar psíquico junto a la frustración prolongada de las expectativas. No había un ascenso hacia los niveles superiores de la “pirámide de Maslow”. La tortura china en principio puede parecer inofensiva, no siéndolo en absoluto a medio o largo plazo.

En muchas de esas personas con diagnóstico previo de distimia una interpretación de su sufrimiento como un conjunto de *señales de alarma* debidas a una *relacionopatía* prolongada era más ajustada a su realidad que el planteamiento de que padecían un cuadro depresivo persistente, no modificable. Una psicoeducación tan sencilla proveniente de la terapia sistémica como la explicación de los efectos deletéreos de modelos diádicos de relación como las escaladas simétricas y las relaciones complementarias rígidas servía como punto de partida para fomentar el *impulso de cambio*. Esa focalización en la *relacionopatía* cuestionando la cronicidad y la endogenicidad de su sufrimiento favorecía un acercamiento no farmacológico a esas personas y la posibilidad del abandono de las actitudes pasivas que contribuían a la perpetuación de las situaciones problemáticas. Así, es posible conseguir éxitos terapéuticos en las falsas distimias en forma de disminución del sufrimiento y de las *señales de alarma*, retirada de psicofármacos, retirada del diagnóstico de distimia y alta terapéutica si se consiguen transformar esas formas rígidas de relación favoreciendo el establecimiento de un patrón de relación más flexible en función de las circunstancias. Es decir, el cambio relacional es un instrumento terapéutico de resolución de ciertos cuadros erróneamente diagnosticados de distimia.

Con esto en absoluto quiero plantear que todos los casos catalogados bajo el “diagnóstico paraguas” de distimia son realmente *trastornos (des)adaptativos crónicos* basados en la presencia de *relacionopatías*, sino que bajo la denominación de distimia o trastorno depresivo

persistente se encuentran distintos tipos de procesos, entre los cuales son muy frecuentes los *trastornos (des)adaptativos crónicos*.

Y, ¿qué es para mí la distimia? Yo considero la distimia un cajón de sastre, un “diagnóstico paraguas” que engloba a los procesos considerados como de ansiedad y/o depresión que no encajan dentro de las clasificaciones habituales de trastorno de ansiedad generalizada o de trastorno depresivo mayor endógeno. Desde mi punto de vista habría al menos 4 grandes tipos de procesos catalogados como distimia:

- Trastornos (des)adaptativos crónicos: los cuales para su tratamiento requerirían la identificación y abordaje de los *procesos desadaptativos* que han evitado el avance hacia la resolución de la crisis.
- Trastornos depresivos mayores sin remisión completa: los cuales han podido recibir o no tratamiento psicoterapéutico o un tratamiento intensivo farmacológico en el pasado, pero que no han llegado a recibir un diagnóstico de depresión mayor previamente o este diagnóstico ha sido descartado u olvidado con el paso del tiempo. En estos casos, cuando los pacientes empeoran clínicamente y sus síntomas son manifiestos se cataloga el episodio actual como una depresión mayor y en su conjunto se cataloga erróneamente al proceso como una depresión doble, sin plantearse la posibilidad de que un abordaje más intensivo farmacológico pueda llevar a la remisión completa de aquellos síntomas que se mantienen ante una remisión parcial. Creo que apoyaría esta opción la presencia de recaídas al retirar el tratamiento farmacológico, si bien no la descartaría la ausencia de remisión completa a dosis elevadas de antidepresivos solos o en combinación, dado que desgraciadamente hay cuadros de depresión refractaria. Un riesgo de iatrogenia por nihilismo terapéutico en los cuadros diagnosticados de distimia es considerar que solo puede conseguirse una respuesta parcial al tratamiento farmacológico, evitando tratamientos antidepresivos más potentes pero peor tolerados que pudieran ser más efectivos en aquellos casos que realmente son trastornos depresivos mayores con remisión parcial.
- Personalidad depresiva u otros trastornos de personalidad: en este caso no sería esperable una mejoría ni con psicofármacos ni con los abordajes psicoterapéuticos disponibles en la sanidad pública, dado que la personalidad es uno de los aspectos más difíciles de modificar de las personas. De hecho, algún profesional habla de personas que presentan un *trastorno de infelicidad crónica* (TIC), los cuales serían inasequibles al cambio al menos en ausencia de una psicoterapia profunda y prolongada, probablemente por la presencia de rasgos masoquistas más allá del principio del placer.
- Distimia propiamente dicha: ¿Y por qué no? Aunque desde el punto de vista clínico parezcan más sensatas las tres primeras opciones, ¿por qué no iba a haber cuadros depresivos menos intensos y más prolongados en el tiempo que la depresión mayor endógena? Si nos fijamos en el espectro bipolar, hay bipolares I, bipolares II, ciclotímicos, viradores rápidos... por lo que no hay ningún motivo que nos impida creer que puede haber múltiples variables de las depresiones unipolares.

Bloque IV: Psicopatología reactiva grave

Psicosis aguda como proceso desadaptativo

Los críticos a la Psiquiatría Biológica como José García-Valdecasas hacen mención en sus publicaciones a que hace un siglo se describieron múltiples cuadros clínicos que cursaban con psicosis, mientras que en la actualidad hay un abuso del diagnóstico de esquizofrenia. Es como si hubieran desaparecido otras formas de psicosis. De hecho, psiquiatras como Olaia Fernández denuncian lo tendenciosas que son etiquetas clínicas del tipo “primer episodio psicótico”, porque esa denominación lleva implícita una alta probabilidad de que pueda haber un segundo o más brotes psicóticos con posterioridad, lo que condiciona que cada vez más “toda psicosis sea acusada de esquizofrenia hasta que no se demuestre lo contrario”.

Sea mayor o menor la probabilidad (desgraciadamente para nuestros pacientes, probablemente mayor) de que exista una esquizofrenia subyacente ante un cuadro clínico que se manifiesta con clínica psicótica, parece que se han desterrado términos como el de psicosis cicloide o el de psicosis reactiva. Sin embargo, la realidad clínica es tozuda y se empeña en demostrar que existen las psicosis marginales. Se podría incluso definir para al menos algunos casos a las psicosis reactivas breves como una suerte de *trastorno (des)adaptativo con psicosis*, dado que existen personas que en situaciones de estrés que sobrepasan sus capacidades adaptativas desarrollan cuadros psicóticos autolimitados. “Haberlos, haylos”. La conceptualización como *trastorno (des)adaptativo con psicosis* de pacientes que presentan breves episodios psicóticos en ausencia de síntomas psicóticos positivos interepisódicos, síntomas negativos de la esquizofrenia, síntomas cognitivos y que muestran una recuperación *ad integrum* de su capacidad funcional una vez terminado el episodio psicótico permite alejarnos del *planteamiento medicalizador* que urge al empleo continuo de fármacos antipsicóticos en aquellos “casos psicóticos reactivos donde la esquizofrenia no está ni se la espera” para plantearnos, eso sí, ante la gravedad aguda y manifiesta de los episodios, tanto el necesario abordaje psicofarmacológico en la fase aguda como la marcada importancia de la prevención secundaria de esas psicosis reactivas, lo que conlleva, a diferencia de los otros casos de *trastornos (des)adaptativos* sin psicosis, la recomendación de un abordaje psicoterapéutico de mayor o menor duración o intensidad pero que cumpla el objetivo de fortalecer las capacidades de afrontamiento de la persona para minimizar en lo posible el riesgo futuro de sobrepasar su umbral de aparición de síntomas (¿síntomas o *señales de alarma*?) psicóticos en situaciones altamente estresantes.

Es decir, en contra de la actuación recomendada ante una persona que tiene un *trastorno (des)adaptativo* sin psicosis, que es devolverle confianza y responsabilidad con respecto a su capacidad de superación haciendo mención a las fortalezas propias y de su red social de apoyo, la gravedad inherente a un episodio psicótico, aunque sea reactivo, haría recomendable el tratamiento psicoterapéutico preventivo.

Manía como proceso desadaptativo

Es obvio que este apartado es muy polémico. La narrativa dominante en la Psiquiatría actual proclama que la presencia de un episodio maniaco en ausencia de procesos médicos y en ausencia del consumo de medicamentos o tóxicos que lo desencadenen obliga a un diagnóstico de una enfermedad crónica y cíclica denominada trastorno bipolar. El trastorno bipolar es el paradigma en Psiquiatría de enfermedad endógena la cual, sin tratamiento, emerge de forma cíclica y grave irreversiblemente, por lo que requiere un tratamiento psicofarmacológico de mantenimiento de por vida.

Se considera que este trastorno crónico y grave tiene 4 principales factores precipitantes de una nueva fase maníaca, mixta o depresiva: falta de adherencia al tratamiento, curso natural de la enfermedad, consumo de tóxicos o medicamentos predisponentes y acontecimientos estresantes. Por regla general, aunque no se niega la posibilidad precipitante de los acontecimientos estresantes, se hace particular hincapié en la necesidad de una toma continuada de medicación ante la evolución segura a recaída sin la misma, debido al carácter cíclico del trastorno. Opinar lo contrario es casi herejía. Y sin embargo en la práctica clínica es posible ver casos de pacientes con trastorno bipolar que encajarían en otro modelo de entender la enfermedad, más heterodoxo.

La idea principal de este modelo hipotético es que dentro de lo que conocemos como trastorno bipolar conviven formas donde priman más unos factores de riesgo de descompensación que otros. La dimensión bipolaridad presentaría un polo de marcada endogenicidad, pero también un polo de marcada exogenicidad, de reactividad al entorno. Todos los casos de trastorno bipolar se ubicarían entre esos dos polos y aunque probablemente la mayoría de los casos se localizarían más cerca del polo de endogenicidad, existiría un porcentaje de casos, quizás marginal, donde el riesgo de recaída está mucho más relacionado con los factores reactivos que con los factores endógenos.

Así, es indudable que hay una multitud de pacientes en los cuales el curso natural de la enfermedad es tan intenso que ni tan siquiera estando los pacientes polimedicados se disminuye la gran sucesión cíclica de fases maníacas, mixtas o depresivas. También es indudable que en muchos pacientes el abandono de la medicación precipita recaídas en breve lapso de tiempo. Pero también es posible encontrar a pacientes cuya evolución a lo largo de decenios parece excluir el curso clínico típico con recaídas y remisiones, lo que podría constituir una *prevención perfecta farmacológica*, o podría deberse a que la precipitación de las fases maníacas depende en exclusiva o casi en exclusiva de *factores extrínsecos* al individuo como el consumo de tóxicos o los acontecimientos estresantes. Otro tipo de pacientes serían aquellos en los cuales tanto los *factores intrínsecos* como los *factores extrínsecos* de recaída son muy potentes y pueden por se originar recaídas del trastorno bipolar.

Aunque parece sumamente controvertido este planteamiento hipotético, se exponen varios ejemplos:

- Paciente en su treintena, con múltiples ingresos hace muchos años en Psiquiatría por fases maníacas, mixtas o depresivas, siempre en contextos de consumo elevado de múltiples sustancias, pero llegando a recibir un diagnóstico preciso de trastorno bipolar. Tras una última fase maníaca decidió dejar las drogas, entra en un centro rehabilitador libre de drogas y permanece durante años con una estabilidad que ella cree debida tanto al cese del consumo de sustancias tóxicas como a la adecuada

adherencia al tratamiento con Ácido Valproico. Durante varios años de estabilidad clínica permanece trabajando en ese centro, sin seguimiento psiquiátrico y sin ajuste de la pauta de Ácido Valproico. Con respecto a esos años la paciente negó la presencia de ninguna variación cíclica del estado de ánimo, ni tan siquiera de menor intensidad o duración, lo que no es tan habitual en un proceso tan autónomo como supuestamente es el trastorno bipolar. Se podría plantear que la paciente presenta una *prevención perfecta farmacológica*. Con los años la paciente retomó seguimiento psiquiátrico al tener intención de quedarse embarazada y preocupada ante los riesgos teratógenos del Ácido Valproico. Extrañado de la buena evolución de su cuadro clínico, la extrañeza se duplicó al objetivarse niveles de Ácido Valproico claramente infraterapéuticos con la dosis que la paciente y su marido referían que tomaba con buena adherencia desde hacía varios años. Dada su firme intención de quedarse embarazada se pactó con la paciente y su marido una retirada lenta de la medicación hasta retirada. Posteriormente se quedó embarazada, no presentó ningún problema durante el embarazo, parto y postparto y ante su estabilidad clínica pasados unos meses se acordó con ella y con su pareja el alta terapéutica. Establecimos que cualquiera de ellos me llamara si se producía algún empeoramiento clínico y habiendo pasado más de 2 años no he recibido ninguna notificación al respecto.

Este caso ejemplifica que en una paciente diagnosticada de trastorno bipolar pueden tener escasa implicación los *factores intrínsecos* en la evolución del trastorno, teniendo en cambio una marcada implicación en su curso clínico los *factores extrínsecos*. La pregunta que me hago es: si hay psicosis tóxicas, psicosis reactivas a estrés y manías secundarias a consumo de drogas, ¿es posible la presencia de manías reactivas puras?

- Mujer de 63 años de edad, con un diagnóstico no modificado de trastorno bipolar tras 2 ingresos por fases maníacas hace más de 30 años. Se mantuvo durante años estable con un tratamiento con 20mg de Paroxetina y un antipsicótico, los últimos años 20mg/día de Aripiprazol. A pesar de su intenso temor a padecer una fase maníaca de nuevo, lo cierto es que la paciente no ha presentado fluctuaciones afectivas desde hace muchos años, llegando a reconocer un primer ingreso como consecuencia de tomarse un “ácido” y un segundo ingreso por clínica maniforme en el contexto de una relación de violencia hacia ella por parte de su exmarido, no volviendo a presentar síntoma alguno tras separarse de él. O los *factores intrínsecos* tienen escasa importancia en esta paciente y por eso no se ha producido el curso cíclico esperable del trastorno bipolar que tiene diagnosticado, o la medicación ejerce una *prevención perfecta farmacológica*. Queda clara la importancia de los *factores extrínsecos* (en su caso consumo de tóxicos y un acontecimiento marcadamente estresante) en la precipitación de sus fases maníacas previas. La paciente se ha negado durante años a la retirada o a la titulación a la baja de su pauta farmacológica. Ante la estabilidad clínica le di de alta. Reapareció al cabo de casi un año, refiriendo la presencia de una clínica depresiva que interpretaba como de características endógenas, pero que se resolvió completamente sin realizar ningún cambio en la pauta farmacológica,

estimulando la recuperación de su red social, la cual había ido abandonando previo al empeoramiento referido debido a una mayor carga familiar asumida temporalmente.

En este caso no puede concretarse la importancia de todos los *factores extrínsecos* en el mantenimiento sin recaídas de la eutimia habitual de la paciente dado que la misma no ha vuelto a consumir drogas y se ha negado a la prueba de discontinuación farmacológica. Sin embargo, parece quedar claro que, en caso de haberlos, los *factores intrínsecos* están compensados por los *factores extrínsecos*.

- Un caso espectacular. Mujer de 50 años largos, con una manía franca que no precisó nada más que verla llegar a boxes para ingresarla en UHB. Multirresistente a tratamiento farmacológico y con requerimiento de una terapia electroconvulsiva prolongada que produjo en la paciente una moria transitoria de días de duración, recuperando a posteriori su estado anímico basal. Reconstruyendo la historia se constataron 3 únicos y francos episodios afectivos maniacos previos... cuando nació su primer hijo, cuando nació su segundo hijo y al morir uno de sus padres. El cuadro descrito aconteció al morir su otro progenitor. Entre las fases maniacas graves la paciente se había mantenido en eutimia sin seguimiento psiquiátrico y sin tratamiento psicofarmacológico.

Este caso muestra como una manía franca y tan difícil de controlar que requiere el recurso a la terapia electroconvulsiva puede tener un origen en un acontecimiento vital marcadamente estresante, sin apreciarse en la reconstrucción de su historia de vida, por lo menos hasta ese momento, que el curso natural de la enfermedad se hubiera manifestado de forma independiente. Sus fases maniacas conocidas habían estado estrechamente relacionadas con *factores extrínsecos* como son los estresores familiares intensos.

- Paciente que ahora estará rondando los 60 años. Presenta un trastorno bipolar de larga data y, en los años previos a una intervención psicoterapéutica en el ámbito de un ingreso hospitalario, había ingresado una media de 4 veces al año por intensa disforia y agresividad, con características clínicas diferentes a los primeros episodios maniacos presentados en los primeros años de evolución de su enfermedad. Los cuadros atípicos que mostraba en los años previos a ese ingreso presentaban una mejoría sospechosamente rápida sin necesidad de realizar cambios en las pautas farmacológicas previas y sin haber llegado a constatarse falta de adherencia al tratamiento en ningún momento.

La secuencia de hechos que había precipitado las últimas fases maniformes era la siguiente: empeoramiento relacional con incremento de discusiones entre sus dos padres; llamada de su madre o de su hermana solicitando auxilio al paciente al referir intenso miedo a que el padre del paciente las matara; involucración del paciente en el conflicto de su familia de origen; fase maniaca disfórica; ingreso psiquiátrico sin modificación de pauta farmacológica; reducción de la hostilidad entre las partes (entre los padres, los cuales seguían viviendo en la misma casa); y retorno a la eutimia. Fijando el precipitante habitual en su involucración en la *relacionopatía* existente entre sus padres, se estimuló y se consiguió la separación efectiva de los mismos y así, un paciente que en los últimos años ingresaba 4 veces al año estuvo

casi 5 años sin ingresar, hasta que terminó haciéndolo por una clínica maniaca con síntomas psicóticos similar a los primeros episodios que había tenido al principio de su enfermedad.

En este caso un paciente con *factores intrínsecos* con clara potencialidad para precipitar fases maniacas por sí mismos presentó durante una época de su vida una exacerbación de su clínica a base de frecuentes descompensaciones atípicas mediatizada por acontecimientos estresantes familiares graves. Al desaparecer el factor estresante fundamental se logró un retorno al curso natural previo de la enfermedad.

La conclusión que se puede extraer de estos casos clínicos es que, aunque seguramente haya una inmensa mayoría de casos de trastorno bipolar donde los *factores intrínsecos* condicionen un curso del trastorno con abundantes descompensaciones, las cuales pueden ser tratadas con mayor o menor éxito con los medicamentos pautados, existen al menos dos formas de manifestarse el trastorno bipolar que guardan una estrecha relación con los *procesos desadaptativos* originados por los acontecimientos estresantes:

- cuadros con marcado componente intrínseco autónomo que empeoran en relación a la presencia de importantes *factores extrínsecos*.
- cuadros con escaso o nulo componente intrínseco autónomo que requieren una situación marcadamente estresante para manifestarse, bien sea por consumo de medicamentos o de tóxicos predisponentes o bien sea debido a una *relacionopatía intensa*, aunque una vez desencadenada la fase maniaca ésta pueda ser francamente grave.

Posiblemente esta segunda presentación sea minoritaria en el conjunto de todos los casos de trastorno bipolar, pero puede ser la forma de presentación que padezca la persona que se tenga delante y, en ese caso, la prevención y el manejo de las situaciones de estrés y la prevención de los *procesos desadaptativos* que pueda tener esa persona son objetivos fundamentales del tratamiento.

Para finalizar este apartado quiero insistir en que lo planteado en el mismo es sin duda muy poco ortodoxo, pero hay realidades clínicas en el trastorno bipolar que se ajustan más a un perfil fundamentalmente desadaptativo en la precipitación de sus fases de descompensación, por lo que el foco terapéutico en esos casos debe situarse en la capacidad de adaptación y en los *procesos desadaptativos* y no tanto en el tratamiento farmacológico, si bien éste será fundamental en las fases agudas.

Trastornos por uso de sustancias (TUS) como fenómenos desadaptativos

Con frecuencia las personas atendidas en Salud Mental son derivadas como consecuencia de un patrón de abuso o dependencia de sustancias. El consumo está generando problemas, pero quizás desde hace poco tiempo tiene ese patrón de consumo excesivo y el foco de sus allegados está situado en que el problema real de esa persona es que bebe alcohol en exceso, fuma porros...

Algunos autores plantean que toda adicción es dual, que a la persona siempre le pasa algo para hacerse adicta. Quizás esa sea una afirmación muy radical y la realidad sea más

compleja que la dicotomía habitual: consume porque consume vs consume porque tiene un trastorno psiquiátrico. Me parece sensato proponer que una persona puede tener un *trastorno (des)adaptativo* que se termina complicando con un abuso de sustancias al emplear las sustancias adictivas en una suerte de intento de automedicación.

Dada la prevalencia de los mismos, seguramente sean frecuentes los cuadros de abuso o dependencia de sustancias sobre la base de *trastornos (des)adaptativos crónicos*, aunque posiblemente el efecto deletéreo del consumo y el sesgo del recuerdo dificulten mucho la diferenciación entre lo que podríamos considerar una adicción primaria y aquella adicción que presenta en origen una base de desadaptación.

Probablemente sea más fácil de detectar un abuso de sustancias sobre un *trastorno (des)adaptativo agudo* dado que en la anamnesis toxicológica se podrá apreciar una aparición del consumo o un agravamiento del mismo en fechas próximas a la circunstancia que genera el *proceso desadaptativo*, lo que minimizará el sesgo del recuerdo siempre y cuando se realicen las preguntas correctas con respecto a si la persona puede o no tener un *trastorno (des)adaptativo* a nivel basal. Esa persona con un inicio o un empeoramiento reciente de consumo puede confirmar que no hay un desencadenante externo que justifique esa conducta, pero también es posible que no refiera que en realidad sí hay un desencadenante externo si no le se pregunta al respecto específicamente.

En ocasiones la persona puede verbalizar la existencia de una situación desbordante previa al cambio en sus hábitos de consumo. En estos casos la indagación al respecto de las causas y consecuencias de esa situación difícil de procesar lleva al descubrimiento de que la persona puede haber desarrollado *señales de alarma* de ansiedad, físicas, cognitivas y depresivas o preocupaciones obsesivoides. Esas *señales de alarma* pueden haber sido intolerables para la persona y ser etiquetadas por la misma o por su entorno como síntomas, lo que facilitaría el recurso a estrategias terapéuticas que pudieran aliviar esos síntomas. Dentro de las estrategias empleadas frente a las *señales de alarma* hay estrategias que favorecen el cambio y hay estrategias que se oponen al cambio. También hay que considerar que no necesariamente el consumo de sustancias impide un cambio deseable. Así, aunque no sea la mejor forma de hacer un cambio y a la larga sea una estrategia potencialmente peligrosa hay personas que se lanzan a hablar con otras personas una vez consumido alcohol o cannabis. Las estrategias de consumo terminan siendo negativas a medio plazo cuando el consumo impide el cambio o cuando el consumo se convierte en necesario para esa persona. Es lo mismo que puede ocurrir con el consumo de psicofármacos, donde en ocasiones su consumo favorece el cambio y en otras ocasiones lo dificulta. Así, muchas veces se consumen sustancias psicotropas para lograr la evitación de un estado mental entendido como negativo y que presenta una profusión de *señales de alarma*. La evitación impide el cambio porque al minimizar las *señales de alarma* se dificulta que el cerebro opte por el cambio ante la estabilidad en un estado mental no óptimo pero cómodo por ya conocido. Si en la entrevista con la persona podemos discernir que el consumo ha supuesto una ventaja aparente por la reducción de las *señales de alarma* y la evitación del avance hacia la resolución de la crisis, podremos considerar que el consumo está actuando como una estrategia desadaptativa.

La importancia capital de esto radica en el riesgo inherente de que un abuso de sustancias se consolide y modifique la arquitectura cerebral de manera que sobre la base de un *trastorno (des)adaptativo* potencialmente modificable la persona desarrolle una dependencia a tóxicos, de más difícil abordaje.

Sin embargo, la actuación no es sencilla. Desde luego que el cese del consumo es una condición *sine qua non* para la resolución de cualquier cuadro relacionado con el consumo de sustancias, pero para estos casos descritos donde se plantea un origen desadaptativo, el cese de consumo es necesario pero por sí solo no solventa el problema que llevó al consumo, por lo que la sola abstinencia puede no constituir nada más que un *cambio tipo 1* (cambian aspectos no esenciales, pero se mantiene el problema) en lo referente al *proceso desadaptativo*. Si la persona ha recurrido al consumo de sustancias como una estrategia desadaptativa es porque dicha estrategia es probablemente la mejor opción que ha encontrado esa persona para componerse en el contexto del *trastorno (des)adaptativo*. Es el consumo como automedicación. La solución no es tan simple como dejar de consumir, sino que pasa por establecer otras estrategias bien adaptativas o bien desadaptativas aún, pero menos peligrosas que los consumos, que sean aceptables para la persona, y que permitan su supervivencia hasta la resolución de su crisis. A veces esas estrategias pasan por la sustitución temporaria por medicamentos, empleados en este caso como mal menor.

Bloque V: Trastornos (des)adaptativos específicos

Violencia de pareja contra la mujer

A pesar de la progresiva mayor sensibilización de la población las cifras de mujeres sometidas a violencia en su relación de pareja siguen siendo muy elevadas. Incluso con el foco de los medios de comunicación permanentemente puesto en este problema de salud pública, siguen siendo derivadas a Salud Mental una gran cantidad de mujeres víctimas de violencia en su relación de pareja. La proliferación de recursos específicos para el abordaje psicosocial y jurídico de esta problemática ha permitido que muchas de esas mujeres reciban atención en recursos bastante más especializados que la red pública de Salud Mental.

En los Centros de Salud Mental nos podemos encontrar una variada casuística al respecto. Desde mujeres víctimas que ya reciben tratamiento en recursos especializados y son derivadas para valoración de tratamiento farmacológico, pasando por mujeres que son conscientes de su situación de violencia pero prefieren tener un seguimiento en Salud Mental antes que en un recurso específico, como podrían ser los Puntos Municipales de Violencia de Género (PMVOR), quizás por la creencia de que en esos dispositivos solo las podrán atender si denuncian o porque temen que las convenzan de denunciar a sus parejas. Es posible que la demanda de la mujer no se corresponda con el abordaje específico de la violencia de pareja porque la propia mujer no reconozca o no sea consciente de la naturaleza de su relación. En Madrid capital existe el Servicio de Atención a la Violencia de Género (SAVG), que funciona 24 horas y que no tiene como requisito para la atención el que la mujer denuncie. Es posible que otro grupo de mujeres prefiera un abordaje en Salud Mental en relación al estigma o ante la prueba de realidad que supone acudir a un centro especializado en violencia de pareja, prueba de realidad que puede ser vivenciada como intolerable.

Sean cuales sean los motivos de derivación y la conciencia de problema de estas mujeres, es preciso realizar una adecuada valoración psiquiátrica, evitando el sesgo de atribuir todo lo que les ocurre a esas mujeres a la situación de violencia. Hay que tener en cuenta que las personas con enfermedad mental tienen más riesgo de sufrir violencia intrafamiliar y de pareja, por lo que se debe hacer un despistaje en profundidad de enfermedades mentales endógenas como la depresión recurrente endógena o los distintos trastornos de ansiedad, siendo absolutamente necesario descartar que la mujer no padezca un trastorno por estrés postraumático o un cuadro de trauma complejo. Una vez descartados estos procesos (y también la organicidad) si el cuadro que presenta una mujer que sufre violencia en pareja es compatible con un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo* se debe proceder en consecuencia diagnosticándolo como tal. Es posible que la mujer o su entorno, incluido su abogado, consideren más pertinente de cara a posibles procesos judiciales el remarcar la gravedad de la sintomatología solicitando que se explicita un diagnóstico de enfermedad mental. Pero también podría ocurrir lo contrario, que se solicite un diagnóstico que no sea el de depresión mayor para evitar que pueda utilizarse en un juicio ese diagnóstico para cuestionar el relato de las mujeres con respecto a su historia de violencia. Se debe recordar que un profesional de la red de Salud Mental no está para impartir justicia, sino para ayudar a nivel clínico a sus usuarios, por lo que es pertinente que se consigne el diagnóstico tal cual es, *trastorno (des)adaptativo* si es *trastorno (des)adaptativo*, u otro diagnóstico si se estima que la mujer presenta otro diagnóstico psiquiátrico.

Aunque se pueda incluir el cuadro que presenta la mujer dentro de la categoría de los *trastornos (des)adaptativos*, dicho diagnóstico por sí mismo no informa de la necesidad o no de tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico o de la evolución posible, siendo otras características del proceso de violencia las que nos deben hacer decidir al respecto. Así, el estadio del cambio de Prochaska y DiClemente en el que se encuentra la mujer, la intensidad de las *señales de alarma* que presenta, la presencia de bloqueo en el proceso de cambio, los antecedentes personales de ansiedad o depresión o la creencia de la mujer con respecto a la necesidad o no de recibir tratamiento psicoterapéutico o farmacológico, son aspectos a considerar previamente a la instauración de cualquier tratamiento.

Si bien estos aspectos previamente reseñados deben ser ponderados de cara a indicar un abordaje farmacológico, psicoterapéutico o ninguno en absoluto, hay otro aspecto que se debe tomar en franca consideración: una dificultad a veces insalvable para ayudar a una mujer atrapada en un situación de violencia de pareja es que hay mujeres que quieren seguir manteniendo su relación de pareja, incluso muchas que pueden reconocer un patrón de violencia en su relación. Una mujer que no esté dispuesta a abandonar su relación de pareja puede solicitar tratamiento para aliviar sus quejas, incluso aunque pueda reconocer un vínculo entre sus quejas y la violencia. Esto genera un claro dilema moral en presencia de un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo*. Si el primer principio de la Medicina es “*primum non nocere*”... ¿debemos moralmente contribuir al mantenimiento de la situación de violencia de pareja mediante un abordaje farmacológico o psicoterapéutico que atenúe las quejas de la mujer y facilite el acostumbramiento a dicha situación? Una opción “bien pensante” es ofrecer un seguimiento con tratamiento con la segunda intención de emplear técnicas de entrevista motivacional o similares para favorecer el progreso en el estadio de cambio de la mujer. En mi experiencia hay mujeres que a pesar de esas intervenciones no modifican su intención de permanecer en la relación de violencia. Es más, hay mujeres víctimas de violencia de pareja que acuden a consulta única y exclusivamente para que se les dispense psicofármacos y no acuden a una segunda consulta, lo que podría ser considerado iatrogénico al minimizar uno de los principales motores de cambio, que es el sufrimiento.

En aquellos casos donde la mujer plantee su deseo de interrupción de la relación es importante evaluar la confianza de la mujer al respecto de poder ser capaz de interrumpirla, tanto con como sin apoyo farmacológico o psicoterapéutico. En mi opinión, en cualquier situación de violencia que pueda sufrir una persona, si existe una intensa confianza de dicha persona al respecto de que un apoyo farmacológico puede ayudarle a superar la situación violenta, siempre y cuando no se idealice su eficacia y no se minimice la necesidad de realizar cambios conductuales, hay una indicación de tratamiento psicofarmacológico, aunque como profesionales estemos convencidos de que realmente el efecto será placebo. Probablemente no haya mejor *impulso de cambio* que una profecía autocumplidora. De hecho, suele ser verídico que “como nos les dijeron que era imposible, lo hicieron”.

Un aspecto fundamental en la valoración de toda persona que está sometida a una violencia continuada es que aunque la presentación y la quejas referidas sean susceptibles de recibir un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo*, el diagnóstico principal puede ser otro, más grave, aunque su clínica permanezca en un segundo plano o incluso esté invisibilizada ante lo aparatoso de las *señales de alarma*. Ser víctimas de violencia continuada es más frecuente en personas que padecen un trastorno mental grave o una adicción, como ya se ha explicitado, por lo que la presencia de psicopatología grave debe ser descartada. Si bien es cierto que ser víctima de violencia no debe modificar el tratamiento farmacológico de un paciente que padece un

trastorno mental grave, el reconocimiento por parte del profesional de la posibilidad de que la persona atendida sufra violencia favorecerá una exploración del estado mental menos sesgada hacia lo psicótico. El estrés inducido por la violencia puede facilitar la precipitación de un brote psicótico, brote no necesariamente evitable con la subida preventiva de la dosis de medicación. Además, en mi opinión es fácil diagnosticar erróneamente como cuadros ansiosos, depresivos o adaptativos a personas que presentan un diagnóstico de trauma complejo. Es inhabitual preguntar por síntomas disociativos, no necesariamente aparecen en un trauma complejo las dimensiones “académicamente” descritas para el trastorno por estrés postraumático (simple) e incluso hay autores que niegan la existencia de la patología postraumática, lo que invisibiliza este diagnóstico, siendo un error frecuente y grave el no diagnóstico de esta entidad clínica. Por ello, ante una persona víctima de una violencia continuada, aunque su cuadro impresione de ser un *trastorno (des)adaptativo*, el diagnóstico principal a descartar es la presencia de un trauma complejo, siendo ineludible la evaluación específica del mismo.

En el caso de aquellas mujeres víctimas de violencia de pareja que salen de esa relación sería un error pensar que terminada la *relacionopatía* las *señales de alarma* desaparecerán o se minimizarán y que aquellas mujeres que no sufran un proceso postraumático solo tendrán un elevado nivel de sufrimiento cuando recuerden la situación vivida. Ya en la clasificación DSM se describe que los *trastornos (des)adaptativos* pueden seguir estando presentes en tanto no se solventen las consecuencias de la situación que originó el cuadro patológico. Romper una *relacionopatía* violenta implica con frecuencia tener que mantener un contacto, más o menos ambivalente, con el agresor. En aquellos casos en los cuales hubo descendencia, los hijos siguen siendo de ambos progenitores y muchas veces se vehicula a través de los mismos el mantenimiento de la violencia. Autoras como Begoña Pernas plantean que los hijos son un “campo de batalla” en una pareja en conflicto, siendo más probable si ha habido una intencionalidad de destruir a la otra parte. Además, con mayor probabilidad puede seguir existiendo la intencionalidad de causar daño en tanto que pueda haber otros aspectos vitales donde se crucen los caminos de la víctima y el victimario: pensión, trabajo, lugar de residencia, aficiones o amigos comunes... En esos casos donde el daño puede mantenerse en el tiempo y mientras se mantiene el mismo la persona podría estar sufriendo las *señales de alarma* de un *trastorno (des)adaptativo crónico*, mal etiquetado en múltiples ocasiones como distimia.

Un *proceso desadaptativo* cronificado puede manifestarse con periodos de remisión y periodos de reactivación de las *señales de alarma*, en una suerte de *trastorno (des)adaptativo discontinuo* cuando el proceso causal o sus consecuencias no se manifiestan de forma mantenida. Así, una *relacionopatía* episódica puede surgir entre un progenitor y su hijo en un contexto de “abuelo maleta”, pudiendo sufrir una o más personas durante los periodos de convivencia *señales de alarma* que desaparecen durante los periodos de no convivencia. La abuela de un paciente mío tenía una “epilepsia bipolar”, episódica, más ansiedad que epilepsia, en función de con cuál de sus hijas estuviera conviviendo esos meses.

En el caso de las mujeres que han sufrido una relación de violencia, el “disparate jurídico” provoca la reexposición episódica de las mujeres víctimas al contacto con su agresor, a la experiencia desagradable de relatar por enésima vez ante desconocidos o al cuestionamiento por parte de profesionales del ámbito del Derecho de la historia traumática relatada, pasando las víctimas varias veces, demasiadas veces, por situaciones que pueden ser sumamente estresantes, lo que puede originar en cada ocasión el desencadenamiento temporal de *señales de alarma*.

Ejemplificando esto, una mujer en consulta me relató que en un periodo de tiempo de varios meses había tenido que ir y seguía teniendo que acudir a juicios contra su expareja a tenor de un proceso judicial abierto por ella como consecuencia de una situación de violencia conyugal. La mujer me comentó que a veces había tenido que declarar sin biombo o teniendo que aguantar la mirada de su agresor, ¡¡en un juzgado contra la violencia de género!! Dada la tensión vivida en dichas situaciones, cada vez que se acercaba la fecha de un juicio empezaba a presentar insomnio, ansiedad anticipatoria, cefaleas intensas, diarrea y conductas bulímicas, alcanzando esas quejas su punto álgido el mismo día del juicio, para desaparecer los sufrimientos físicos y psíquicos a los dos o tres días tras el juicio. Diagnosticada de bulimia y medicada con 40mg de Fluoxetina, ni habían mejorado esas *señales de alarma* ni ella tenía expectativa de que medicación alguna la pudiera ayudar, aunque había acudido al psiquiatra por indicación de su médico de Atención Primaria. Su deseo principal era que terminara de una vez el proceso judicial y poder vivir la vida que había empezado en los últimos años. No quería volver a abordar la situación de violencia mediante una intervención terapéutica que no deseaba. Solo quería volver a hacer su vida. Evidentemente se retiró la medicación y se explicó a la mujer que al sufrimiento que presentaba lo denominábamos *trastorno (des)adaptativo*.

Violencia de pareja contra el varón

Cualquier situación de violencia puede manifestarse en forma de *señales de alarma* físicas, psíquicas o conductuales. Aunque es infrecuente en consulta la verbalización espontánea de esta *relacionopatía*, se estima que 1 de cada 10 víctimas de violencia en la pareja son varones. Es probable que sea más difícil de identificar dado que hay una menor tendencia a la revelación espontánea, los varones no suelen referir agresiones físicas aunque pudieran padecerlas y además se piensa menos en esa opción como posible origen del cuadro que presenta la persona. En aquellos casos en los cuales quede de manifiesto que un varón presenta un problema en la pareja que desborda sus capacidades adaptativas, se debe preguntar por la existencia de violencia en la relación. Es posible que las agresiones que originen el *trastorno (des)adaptativo* en un varón sean más sutiles que los insultos, desprecios o minusvaloraciones explícitas que suelen referir las mujeres víctimas, pero existen otras conductas como el oposicionismo, los silencios, la negación de la relación, los bloqueos en las redes sociales o los chantajes emocionales que forman parte de los cuadros de violencia, por lo que sería interesante poder explorarlas de manera informal a lo largo de la entrevista, o bien mediante pruebas formales como el cuestionario de violencia en el noviazgo (CUVINO). Los resultados obtenidos con esta herramienta dan porcentajes de victimización similares entre hombres y mujeres, resultado que contrasta con los datos “oficiales” con respecto a que de cada 10 víctimas de violencia de pareja 9 son mujeres. Por ello parece conveniente que aquellas preguntas acerca de la relación que se puedan extraer de la aplicación del cuestionario CUVINO sean matizadas en función de lo esperable en una relación abusiva, esto es, que exista una violencia instrumental continuada en la que se encuentre un patrón de relación de tipo complementario rígido, con el hombre en este caso ocupando la posición más débil. En aquellos casos donde se constate una tendencia a las escaladas simétricas, sin un miembro de la pareja claramente en posición superior al otro miembro, probablemente nos encontremos ante un proceso diferente a la violencia de pareja: una mala relación de pareja. Tanto una mala relación de pareja como una situación de violencia instrumental en la pareja pueden precipitar la aparición de *señales de alarma* que constituyan un *trastorno (des)adaptativo*. Sin embargo, el abordaje de ambos procesos sería diferente dado que ambos tienen orígenes distintos.

Si se constata una mala relación de pareja, sin deseo de destruir al otro, habrá que valorar el deseo de continuar o cesar la relación de pareja. Si hay un deseo de continuar la relación estaría más indicada la derivación a terapia de pareja. Si hay deseo de cese de relación la terapia de pareja se podría recomendar en aquellos casos donde se prevé que existirán dificultades para el fin de esa relación o allí donde ambos miembros de la pareja estén de acuerdo en atemperar el impacto del cese relacional.

Si lo que se constata es una situación de violencia en la pareja, en este caso hacia el hombre, nos podemos encontrar ante procesos relacionales patógenos de atrapamiento similares a los que ocurren cuando la víctima de violencia de pareja es una mujer, si bien existe una clara disminución, que no ausencia, del riesgo de agresión física grave contra el varón o de asesinato del mismo. Por ello es importante valorar aquellas circunstancias que podrían convertir en beneficiosa la instauración de un tratamiento psicoterapéutico o farmacológico, así como aquellas circunstancias donde algún abordaje terapéutico pueda generar iatrogenia.

En Madrid no existen recursos específicos para el abordaje integral de los varones víctimas de violencia de pareja, los cuales además suelen tener menos apoyo social bien porque no revelen su situación, bien porque las personas cercanas, los policías, los jueces y fiscales o los profesionales sanitarios no les crean. Tampoco existe una formación específica financiada por la Comunidad de Madrid para enseñar a los profesionales de Salud Mental los mejores abordajes posibles en este tipo de víctimas masculinas, lo que sí existe para las mujeres víctimas de violencia en la pareja. Lo esperable es que en su situación de atrapamiento sea al igual que en víctimas femeninas la visibilización de la violencia y el abordaje de su propio “ciclo de la violencia”, lo que favorecerá el proceso de cambio y por ello la resolución de la violencia.

Trastorno (des)adaptativo hospitalario

La petición de interconsulta psiquiátrica por parte de los servicios médicos o quirúrgicos de los hospitales generales frecuentemente se debe a cuadros de aparición bien hospitalaria o bien de aparición previa al ingreso pero en relación al proceso nosológico que motivó el ingreso hospitalario y que entran dentro del espectro de los *trastornos (des)adaptativos*. Si bien parece más probable que se instauren estos trastornos en pacientes que presentan una caracteriopatía previa o en aquellos que han presentado en otros momentos de su vida *procesos desadaptativos* en relación a su situación vital, también es frecuente que la situación de la persona en relación a su enfermedad y su hospitalización produzcan *trastornos (des)adaptativos de novo* en sujetos previamente libres de antecedentes.

Esto no debe extrañar. Si los *trastornos (des)adaptativos* se instauran ante un desbordamiento de la capacidad de adaptación frente a un cambio vital, las circunstancias que rodean a un ingreso hospitalario con frecuencia son factores estresantes de elevada intensidad. Así, un ingreso no solo altera el status quo de la persona, sino que va acompañado de una serie de condicionantes físicos y psíquicos que pueden ser difíciles de asimilar, al menos a corto plazo. A nivel físico existen procesos de la suficiente intensidad como para motivar un internamiento hospitalario, como la presencia de dolor, el intenso cansancio, las pérdidas funcionales o la alteración de la integridad corporal (como puede ocurrir ante amputaciones o cicatrices traumáticas o quirúrgicas) que pueden ser los factores precipitantes de la aparición de lo que conocemos como *señales de alarma* de un proceso *desadaptativo*.

A nivel psíquico el proceso médico o quirúrgico puede ser la “prueba de realidad” necesaria que elimine la negación previa de la posibilidad de la pérdida definitiva de salud o de la posibilidad de muerte. Una persona que podría no haber vivenciado un futuro donde enfermara o muriera choca con la realidad de que todas las personas antes o después terminan enfermando, perdiendo su salud y muriendo en última instancia. Esa “prueba de realidad” puede ser lo suficientemente intensa como para que despierten y se desborden las angustias fundamentales. Pueden manifestarse tanto la angustia de muerte como la angustia por la pérdida de control. En un proceso médico en régimen hospitalario son pocas las variables que domina la persona enferma, muchas menos que en su vida diaria, lo cual suele constituir un factor estresante de primera magnitud, como consecuencia de la pérdida de la sensación de agencia.

Es importante remarcar la importancia tanto del buen quehacer relacional como de la iatrogenia relacional. Así, sirva un ejemplo: en unas prácticas hospitalarias cuando era estudiante de 6º curso de Medicina acompañé al jefe de servicio a pasar planta. Había un paciente con un cáncer microcítico de pulmón, al cual exploró el jefe de servicio con sumo detenimiento, no sin antes referirle que él era el jefe de todo aquello. Tras la auscultación cardiaca el paciente, ansioso, preguntó al médico: “¿Cómo está mi corazón, doctor?” A esa pregunta le contestó raudamente y sin pensar el médico: “Para tirar”. El paciente se quedó muy pálido y se quejó: “No me diga eso, doctor”. Muy sorprendido, el médico le respondió: “Cuando dije para tirar, a lo que me estaba refiriendo es que estaba para ir tirando”. Nunca se pudo saber si el paciente hubiera podido desarrollar un *trastorno (des)adaptativo* porque al día siguiente murió y, además, la discusión acerca de si hubo un desencadenante psicológico en su muerte, a efectos de este texto, es irrelevante. Lo que quiere remarcar esta anécdota es que la comunicación verbal y no verbal de los profesionales sanitarios es de la máxima importancia y puede estar en el origen de algunos *procesos desadaptativos*.

Aunque no es un objetivo de este trabajo, se debe recordar que en España la comunicación de los actos médicos está regulada por la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley dispone que es un derecho del paciente el conocer toda la información disponible sobre su salud y que toda actuación sanitaria necesita un consentimiento por parte del paciente.

En mi experiencia clínica en la interconsulta psiquiátrica, en incontables ocasiones aquellas personas que presentaban *trastornos (des)adaptativos* no habían recibido información en relación a su proceso médico o quirúrgico, o su estado mental inducido por las circunstancias no había permitido a la persona escuchar o comprender la información aportada. Bien por un temor intenso a la situación dada o bien por otras causas, existen personas que se ven privadas de forma ni maliciosa ni malintencionada del libre ejercicio de la autonomía con respecto a las decisiones acerca de su propia salud. Así, la persona, convertida en paciente, pierde la sensación de agencia y puede vivenciar, con razón, la pérdida de control sobre su vida. Por esa razón pienso que se podría intentar prevenir el *trastorno (des)adaptativo hospitalario* (y también el *trastorno (des)adaptativo hipocondríaco*) mediante la comprobación exigente por parte de los facultativos de que el paciente comprende la situación y está en un estado mental lo suficientemente bueno como para tomar sus propias decisiones. Hacer lo contrario con toda probabilidad predisponga a incrementar el riesgo de precipitación de un *trastorno (des)adaptativo*.

También en mi experiencia clínica he visto que estos *trastornos (des)adaptativos* pueden darse dentro de un intervalo muy amplio de gravedad, si bien posiblemente en aquellos casos donde la “prueba de realidad” dispare las angustias de muerte y de pérdida de control la intensidad, frecuencia y duración de las *señales de alarma* se exacerben, pudiendo aparecer *trastornos (des)adaptativos* aparentemente más graves que en la población ambulatoria. El mantenimiento en el tiempo de los síntomas físicos, sobre todo dolor, o la prolongación del ingreso hospitalario probablemente contribuyan a una mayor gravedad de estos procesos. Una entidad previamente descrita, el síndrome de inundación ansiosa, puede ser consecuencia de un *trastorno (des)adaptativo hospitalario* de extrema intensidad.

Las *señales de alarma* pueden manifestarse como alteraciones similares a los síntomas de la depresión o la ansiedad, siendo muy característicos la preocupación excesiva con respecto al propio estado de salud, el insomnio marcado, la disminución del apetito y el oposicionismo/negativismo a la adopción de conductas salutíferas, primando las conductas de enfermedad.

Se debe aclarar que el oposicionismo/negativismo como síntoma aislado es con toda probabilidad más frecuente en aquellos contextos propios de una “institución total”, donde el personal sanitario considere como desobediente o inadecuado al paciente que cuestione o se oponga a las intervenciones propuestas por los facultativos. Si al proceso nosológico se añade una mala relación entre la persona y los profesionales sanitarios parece sensato pensar que se incrementará el riesgo de desarrollar un *trastorno (des)adaptativo*.

De cara al diagnóstico, es presumible que una anamnesis no necesariamente exhaustiva conlleve un juicio clínico correcto de *trastorno (des)adaptativo hospitalario*, si bien en un ámbito hospitalario es probable que el paciente que padece un *trastorno (des)adaptativo* termine recibiendo al menos un psicofármaco a pesar de la ausencia de endogenicidad del proceso en cuestión.

¿Es necesario el empleo de medicamentos en el *trastorno (des)adaptativo hospitalario*? Yo creo que la respuesta no debe ser única, dado que diferentes cuadros tienen diferentes idiosincrasias. Así, parece más adecuado que no sea el diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo hospitalario* lo que determine el empleo de psicofármacos, sino otros aspectos como la intensidad de las *señales de alarma* presentadas, el potencial efecto beneficioso de los psicofármacos para aliviar esas *señales de alarma*, los riesgos potenciales de que la medicación genere un nuevo problema orgánico (por ejemplo, la introducción de benzodiacepinas u otros tipos de iatrogenia farmacológica) o de que la medicación contribuya a que se cronifique el *trastorno (des)adaptativo*, o la presencia de un bloqueo en la situación de crisis que sea resistente a un abordaje inicial psicoterapéutico.

Es obligado el conocimiento del proceso médico o quirúrgico que presenta el paciente para poder valorar las posibles interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad que podrían darse ante la introducción de un psicofármaco. Las benzodiacepinas, los antidepresivos sedantes como Mirtazapina, Trazodona o Mianserina, o incluso los antipsicóticos sedantes como Olanzapina y Quetiapina pueden emplearse a corto plazo para el manejo de la ansiedad flotante, las crisis de ansiedad, la inquietud o el insomnio, pero existen interacciones potencialmente peligrosas incluso a corto plazo como el empleo de benzodiacepinas en pacientes con depresión respiratoria o con apnea obstructiva del sueño o el empleo de antipsicóticos en pacientes con procesos tan dispares como el íleo paralítico, las arritmias cardíacas, las neumonías o el síndrome prostático.

Por otra parte, es controvertido el empleo de fármacos con finalidad antidepresiva dada la ausencia de respuesta a corto plazo de esos tratamientos. Apoyarían más la indicación del tratamiento una larga estancia hospitalaria previa y una previsión de larga estancia hospitalaria o de sintomatología grave, por ejemplo la presencia de dolor crónico. Dado el carácter exógeno de los *trastornos (des)adaptativos*, el egreso hospitalario puede tener como consecuencia la remisión parcial o completa del mismo, pudiendo confundirse esta mejoría debida al cambio ambiental con el efecto antidepresivo. Lo importante no es tanto que se atribuya el mérito injustamente al antidepresivo, sino que puede haberse instaurado un tratamiento farmacológico innecesario y que ese tratamiento puede ser mantenido injustificadamente en el tiempo.

Con respecto al tratamiento hay un aspecto práctico que no se debe soslayar, que es la escasez de información con respecto a qué ocurre a posteriori con los pacientes que han sido diagnosticados de un *trastorno (des)adaptativo* en un ingreso hospitalario y han recibido psicofármacos. Muchas veces los informes de alta de las especialidades médicas o quirúrgicas ni tan siquiera recogen el diagnóstico o la interconsulta a Psiquiatría, si es que la han hecho antes de pautar un psicofármaco, por lo que el médico de Atención Primaria no tiene información suficiente con respecto a la endogenicidad o exogenicidad del cuadro ni con respecto al intervalo preciso de tratamiento. En la actualidad la ausencia de una monitorización al alta de los *trastornos (des)adaptativos hospitalarios* nos impide conocer si las personas que los presentan continúan seguimiento, si se da carta de naturaleza a su patología cronificándola o si se cronifican tratamientos psiquiátricos innecesarios. Sería recomendable la realización de estudios de seguimiento para poder evaluar si los *trastornos (des)adaptativos* de origen en un ingreso hospitalario siguen constituyendo un problema al alta.

Trastorno (des)adaptativo hipocondriaco

Este trastorno puede ocurrir en cualquier persona, no esté previamente diagnosticado de un trastorno mental o siendo previamente un paciente conocido. El cuadro tiene su origen cuando un proceso médico vivenciado en primera persona o vicariamente es vivido de forma amenazante por la persona, lo que suele ser más probable ante procesos médicos de instauración rápida, inesperada y con posibilidad de ser codificados por la persona como una situación de riesgo vital, aunque no lo sea. Si Freud había planteado como angustias fundamentales y muy potentes tanto a la angustia de muerte como a la angustia de pérdida de control, ambas pueden manifestarse de forma simultánea ante la aparición de un proceso médico, disparándose el miedo a la muerte y a perder el control de la propia salud, con independencia de que el proceso médico pueda ser objetivamente leve e irrelevante. Lo que importa es la codificación como potencialmente mortal de necesidad y como no controlable. En estas circunstancias la persona desarrolla un intenso miedo, con preocupaciones obsesivoides de tipo hipocondriaco que pueden o no reducirse con la realización de pruebas complementarias que confirmen la ausencia de un diagnóstico infausto. En mi experiencia el tiempo dedicado y la atención prestada a la persona por parte del profesional que informa en primera instancia de un proceso médico de reciente aparición es fundamental. Cuanto más temerosa pueda parecer una persona más tiempo hay que dedicar a la hora de informar del proceso, intentando responder a las dudas que le puedan surgir a la persona en relación a su padecimiento. Una persona que sale aterrada ante un proceso médico y que se instala en un bucle rumiativo intentará una disminución de su ansiedad e incertidumbre mediante intentos de control que pueden ser no solo infructuosos sino incluso perjudiciales, favoreciendo la aparición de un *trastorno (des)adaptativo hipocondriaco*.

Así, hay muchas personas que recurren a la búsqueda de información en Internet, en foros y entradas sensacionalistas, sin tener el cuidado de buscar información elaborada y sensata proveniente de profesionales, como puede ser el caso de páginas de Internet de las sociedades científicas. A ese fenómeno se le ha denominado cibercondriasis. Las personas no se dan cuenta de que Internet es una herramienta muy sesgada de información, tendente al amarillismo, al titular fácil que pueda ser más llamativo, de tal manera que muchas veces se informa de los casos más extremos y desesperados de las distintas enfermedades. Es raro que una persona que tenga un proceso médico leve- moderado y con un tratamiento satisfactorio recurra a Internet para informar de dicho proceso y de su padecimiento asociado. Por no mencionar la alta frecuencia de *fake news*, informaciones falsas que pueden, en personas particularmente vulnerables, originar un marcado empeoramiento de su sufrimiento psíquico.

Otra modalidad de intentos potencialmente peligrosos de búsqueda del control perdido se da en aquellas personas que migran de médico en médico buscando datos que puedan confirmar o desconfirmar el hecho de que padecen una enfermedad grave. En mi experiencia, esto suele darse con mayor frecuencia en aquellas personas que disponen de una mayor facilidad para un acceso rápido y directo a distintos especialistas, es decir, en aquellas personas que o bien acuden a profesionales completamente privados o tienen un seguro privado que no organiza las derivaciones a los médicos especialistas a partir de la evaluación de un médico de Atención Primaria. Por eso mismo para mí los *trastornos (des)adaptativos hipocondriacos* son una “patología de la barra libre”, dado que las múltiples pruebas que pueden solicitar los múltiples especialistas a los que uno puede acudir sin que un profesional coordine toda la información generan que la persona apenas tenga tiempo a sobreponerse a las situaciones que disparan el nivel de alerta. Si uno acude a un médico al mes solo una vez al mes se podrá exponer a hipotéticas noticias negativas, si uno acude a varios médicos a la semana, varias veces a la semana puede exponerse a esas hipotéticas noticias negativas, por lo que las situaciones que disparan el nivel de alerta son más frecuentes y eso puede conllevar la aparición de una importante ansiedad anticipatoria y flotante y un incremento de la preocupación morbosa. Además, el *trastorno (des)adaptativo hipocondriaco* puede empeorar en cuanto a su intensidad ante un resultado dudoso que lleve al médico a hacer alguna prueba más, precaución sensata por parte del profesional pero que puede ser codificada por la persona como una confirmación más de que algo pasa, lo que incrementa la preocupación y la ansiedad. Así, a mayor número de pruebas peor. No se puede cuantificar cuánto daño han hecho los asteriscos en las analíticas: “me han hecho una analítica y salen dos asteriscos, ¿puede ser muy grave?”. La idea fundamental es que la información médica sin control puede ser marcadamente iatrogénica, lo que se podrá comprobar cuando en un futuro todos tengamos acceso inmediato a informes clínicos que no entendamos y a asteriscos varios en nuestras determinaciones de laboratorio. Además hay otro aspecto fundamental. Dice el refrán que “un médico cura, dos dudan y tres, muerte segura”. La persona que está sufriendo cualquier afección puede, de antemano, considerar que el tener información de varios médicos diferentes redundará en un mejor abordaje del cuadro, pero ese pensamiento no deja de constituir un sesgo cognitivo. Mayor número de profesionales no necesariamente redundan en un mejor abordaje. De hecho, lo habitual es ser atendido de una manera no colaborativa (*split treatment*) entre los diferentes profesionales, lo cual se traduce en una información deficitaria, con mucho ruido, donde puede ser más fácil que a la persona se la confunda que que se le aclaren las dudas. Parafraseando a Watzlawick, “más de lo mismo no es el doble de bueno”.

A las personas que atiendo con un *trastorno (des)adaptativo hipocondriaco* me gusta plantearles varios aspectos fundamentales al respecto de su cuadro. Empleo la metáfora

consistente en que en Carabanchel Alto le podrían preguntar a 3 personas diferentes como llegar a la Puerta del Sol. Uno podría decir que caminando. Otro podría decir que en metro. Otro podría decir que en autobús. ¿Quién se equivoca? Ninguno. Eso me sirve para ejemplificar el consabido “cada maestrillo tiene su librillo”, planteando además que sería muy complicado que llegaran a su destino si intentaran ir caminando y coger a la vez el metro y el autobús. Es una metáfora fácil de entender. También les puedo preguntar cuántos psiquiatras hacen falta para operar una apendicitis. Las personas reconocen que llegado el caso preferirían que los operara un cirujano, aunque fuera uno solo. Eso permite atacar el sesgo cognitivo de “cuanto más mejor” y además permite plantearles la necesidad de que hagan una selección de los profesionales. Desde mi punto de vista es práctico recomendar que escojan a un médico que coordine la información, función que en la sanidad pública sería recomendable que asumieran bien su médico de Atención Primaria o un médico internista, aunque la condición fundamental es que el profesional que elijan genere confianza a la persona. Me posiciono en contra de la búsqueda de información por Internet y recomiendo que las dudas sean puestas en papel previo a la cita con el profesional sanitario, que es quién debe conocer esas dudas para dar la adecuada información médica. Además me muestro contundente al exigirles que se fijen un número máximo de pruebas complementarias a realizar o un número máximo de profesionales sanitarios a los cuales acudir. Habitualmente esto último lo suelo hacer al final de la entrevista, la cual he dirigido para demostrarles como su preocupación morbosa les ha llevado previamente a la búsqueda de soluciones inútiles e iatrogénicas al generarles una mayor preocupación. Es una vez que las personas van reconociendo su error en su búsqueda de soluciones para su salud cuando me muestro contundente al respecto de poner un límite a las pruebas y las visitas médicas, porque debe haber una toma de conciencia del empeoramiento por el proceso de búsqueda.

A veces las personas están tan bloqueadas y/o presentan una preocupación tan excesiva que plantean la necesidad de medicación y es una petición sensata. En estos casos de excesiva afectación el empleo de ISRS como Sertralina y un tratamiento limitado con benzodiacepinas me ha resultado útil para frenar el bucle de características obsesivo-compulsivas en el cual se han metido estas personas.

Trastornos (des)adaptativos laborales

La prevalencia de *trastornos (des)adaptativos* en las primeras consultas ambulatorias de Salud Mental es muy elevada, siendo el *trastorno (des)adaptativo laboral* el más frecuente o, al menos, el más fácilmente identificable por las personas que atendemos como agente causal de su sufrimiento. Si en esta sociedad son muy importantes los aspectos concernientes a la familia, los amigos y el trabajo, es acerca de este último del que resulta más fácil hablar cuando surgen problemas para la persona en relación con el mismo. Para aquellos problemas concernientes a las relaciones con familia o amigos muchas veces hay que indagar con detenimiento porque permanecen ocultos bien por vergüenza o bien porque se considere la norma la existencia de una *relacionopatía* en los contextos más íntimos.

Acerca de este tipo de problemas en el trabajo y la progresiva tendencia a su patologización ha escrito con profundidad el psiquiatra Guillermo Rendueles y considero que la lectura de su obra al respecto es fundamental para entender este tipo de *trastorno (des)adaptativo*. De este autor quiero reseñar lo sugerente del título de un artículo suyo: “¿Necesito un psiquiatra o un comité de empresa?”.

Lo habitual en nuestros días es que un sufrimiento psíquico originado por problemas laborales sea considerada por la persona sufriente y/o su entorno como un trastorno mental y la persona acuda a su médico de Atención Primaria el cual, por no poder dar una solución médica a un problema que no tiene una solución médica, derive al ya considerado paciente a Salud Mental, bien para ser atendido por Psiquiatría, bien para ser atendido por Psicología Clínica. En no pocas ocasiones la persona acude a la cita en Salud Mental tomando ya al menos un psicofármaco. Es cierto que no conocemos la cantidad de personas que acuden a sus médicos de Atención Primaria por problemas laborales y que no son derivados a Salud Mental o incluso que reciben una *indicación de no tratamiento*, pero lo que si nos muestra la experiencia clínica es que ni en el parte de interconsulta de la derivación ni en el mensaje que codifica la persona que atendemos en primera instancia por un *trastorno (des)adaptativo laboral* nos solemos encontrar mensajes despatologizadores en cuanto a su problemática.

Dentro de la amplia casuística de los *trastornos (des)adaptativos laborales* nos podemos encontrar casos reales de *mobbing*, pero también la existencia de una excesiva carga de trabajo laboral sin una finalidad destructiva de la persona o casos de mala relación personal, así como degradaciones en cuanto a responsabilidades y/o ingresos consideradas injustas por la persona pero posiblemente inevitables ante la llegada a la empresa o el ascenso de un familiar, pareja, amigo de... o bien ante cambios en la jefatura de las empresas que conllevan una redistribución de los puestos de confianza. A efectos prácticos hay que reconocer que la catalogación que el profesional pueda hacer acerca de la finalidad destructiva o no de los cambios laborales no siempre es compartida por la persona a la que atendemos, siendo muy infrecuente, al menos en las personas a las que atiendo en la consulta de Psiquiatría, que asuman los cambios como perjudiciales para ellas pero no porque necesariamente se hayan realizado contra ellas. Es posible que la aceptación de los cambios a peor no vivenciados de forma paranoide disminuya bien la posibilidad de presentar un *trastorno (des)adaptativo laboral*, o al menos que disminuya la posibilidad de recurrir a los servicios sanitarios para su abordaje.

Como plantea Guillermo Rendueles, con frecuencia ante los problemas laborales puede haber un elemento polémico que es la incapacidad laboral transitoria, la baja laboral. Una definición del problema como enfermedad justifica la petición de baja laboral, lo que conlleva que ante un mantenimiento del problema pueda intentarse justificar la prolongación de la baja laboral. Son frecuentes los enfados de personas, con mayor o menor componente ganancial, ante la negativa o reticencia de los profesionales a firmar una baja médica por lo que es un *trastorno (des)adaptativo laboral*. Ese elemento puede distorsionar la veracidad del relato y contribuir a la ruptura de la relación terapéutica, así como puede generar amenazas de denuncia de las personas atendidas a los profesionales, sobre todo cuando las personas se instalan en la idea inamovible de que no pueden trabajar mientras la situación perjudicial persista. Muchas veces las personas afectadas plantean una *ilusión de alternativas* que le son inútiles de cara a resolver el problema dado, dado que consideran que ante la imposibilidad de trabajar en esas condiciones una medida temporal como la permanencia de baja laboral puede ser mantenida en el tiempo y no acarrear consecuencias, sin darse cuenta de que están introduciendo un tercero, la baja laboral, en una triangulación de un conflicto entre la persona y las condiciones de su trabajo, y las triangulaciones tienden a evitar el cambio.

De cara a abordar la problemática que sufren estas personas creo que es conveniente hacer una buena valoración de si la situación que describen es una situación de acoso o de mala relación laboral o de insatisfacción con las expectativas. En aquellos casos donde se sugiera acoso o algún tipo de actividad irregular por parte de la empresa hay que recabar información

acerca de si la persona tiene pruebas, si tiene testigos o si esos testigos aceptarán declarar en un juicio a favor de la persona y contra la empresa. Con frecuencia la persona no ha hablado en primer término con representantes sindicales, con personal de Recursos Humanos de la empresa o con un abogado. Dado que su problema es de origen laboral parece necesario que se busquen vías de solución en el ámbito laboral. Otras veces sí se han puesto en contacto con ellos, pero la valoración que hacen de la intervención de los agentes sociales es muy negativa, lo que puede provocar que las personas afectadas se aferren con mayor intensidad a la posibilidad de permanecer el mayor tiempo posible en situación de incapacidad laboral transitoria.

Creo que el abordaje posterior debe variar en función del grado de querulancia de la persona a la que atendemos. Un abordaje que me resulta útil es empezar planteando explícitamente a la persona que le voy a ser sincero. Aunque se presuponga en un profesional la sinceridad, su metacomunicación creo que le da más empaque al mensaje. Luego planteo que los profesionales de Salud Mental no somos jueces o árbitros y que el problema que presenta es de origen laboral con independencia de las repercusiones psíquicas y por ello la solución debe de ser laboral, porque además “a nadie le dan nunca una incapacidad por un problema semejante”, planteando que en última instancia más tarde o más temprano, lo considere justo o no la persona, se dictaminará que no hay motivo para la baja médica y se le incorporará “esté como esté a su puesto de trabajo”.

Algunas personas pueden responder con querulancia ante lo relatado, o incluso sugerir que esa incorporación dependerá de los informes que se redacten desde Salud Mental. En esos casos mantenerse firme en lo ya afirmado puede hacer retornar a la persona a una actitud más productiva, si bien siempre existirán personas con componentes gananciales y/o rasgos paranoides y/o antisociales que busquen o exijan una solución que no está en nuestra mano.

Ante la refractariedad de las personas ante la búsqueda de soluciones distintas poco o nada puede hacer nadie, por lo que no tiene sentido insistir en la búsqueda de soluciones y habrá que buscar si existe algún otro aspecto en que se le pueda ayudar.

En mi experiencia, a la mayor parte de las personas que sufren un *trastorno (des)adaptativo laboral* el mensaje claro en cuanto al tiempo limitado de una baja laboral los devuelve a una posición más proclive a la búsqueda de soluciones, aunque sigan considerando que no existe salida. La recurrencia a preguntas hipotéticas puede desbloquear opciones. Así, preguntas de proyección a futuro como “¿cómo crees que estarías dentro de 5-10 años si la situación siguiera así?” o la pregunta milagro “si salieras de aquí, te encontraras un genio y te concediera tres deseos, ¿qué le pedirías?”, son muy útiles. Ante la primera pregunta la persona puede darle una dimensión longitudinal al problema y aceptar la necesidad radical de un cambio al desaparecer la negación al respecto de que su problema será de duración limitada haga o no haga nada. Muchas personas se angustian al comprender que su sufrimiento puede cronificarse y lo quieren evitar. La segunda pregunta da cuenta del ajuste de las expectativas de la persona a la realidad. A mayor nivel de ajuste más fácil es que se emprendan los cambios necesarios para solventar la situación de crisis. A veces esa segunda pregunta les hace darse cuenta de la mayor importancia que están concediendo al trabajo con respecto a otros aspectos de su vida que son realmente más importantes para ellos.

Otro aspecto que considero importante enseñar a la persona es el patrón de empeoramiento continuado con la consiguiente pérdida de funcionalidad y la adquisición del rol de enfermo crónico que remarca Guillermo Rendueles en su análisis de estos problemas laborales, porque es importante que abandonen la creencia errada de que la situación no puede

empeorar. Puede empeorar y mucho, siempre en detrimento de la persona, y eso la persona tiene que saberlo.

El ensimismamiento en el problema laboral suele conllevar un estrechamiento ante las posibles alternativas. Se puede insistir a la persona y que responda que no ve alternativas, por lo que a veces conviene tener preparadas una “sarta” de alternativas muy dispares, algunas claramente irrealizables o incluso punibles, otras muy sensatas, planteando siempre alguna alternativa que incluya el mantenimiento en el puesto de trabajo. La respuesta de la persona favorece la exploración de ideaciones líticas u otras opciones inadecuadas que la persona no haya querido expresar de primera mano, y permite valorar lo cerca o lejos que está de intentar abordar de manera activa su problema. “Puedes matarte, poner una bomba, ir a los medios de comunicación, ir a juicio, intentar una incapacitación absoluta, negociar con la empresa, solicitar un cambio de puesto, irte sin avisar, hacerte autónomo, buscar otro trabajo, robar un banco para no tener que ir a trabajar... “. Mediante el recurso a la hipérbole es más fácil el acceso a información menos susceptible de ser revelada espontáneamente como las tendencias autolesivas o heterolesivas, y el hecho de que puedan reírse ante las opciones más estrambóticas favorece que puedan contemplar su problema desde otro punto de vista. Un siguiente paso es poder plantear que elija varias posibles opciones y poder explorar sus ventajas e inconvenientes. Una técnica de coaching consiste en plantear ante dos alternativas que primero piense únicamente y durante unos minutos en la primera alternativa como si fuera real, que posteriormente piense durante unos minutos en la segunda alternativa como si la fuera a elegir y, luego y por sorpresa, plantearle que piense unos minutos acerca de una alternativa que no fuera ni la primera ni la segunda opción.

En ocasiones las personas nos preguntan qué haríamos en su lugar. La devolución debe ser clara: cada persona y cada circunstancias son diferentes, “y de hecho yo siendo tan diferente a ti no podría ser capaz de ponerme en tu lugar”. Otra cosa bien distinta es que si hemos valorado que realmente existe una situación de abuso hacia la persona tenemos que señalárselo, planteándole que esa situación puede ser deletérea para su salud mental y física al menos mientras lo vivencie de la manera actual. Aun así, a veces la decisión de la persona es mantenerse en la situación que le genera malestar. Hace años una paciente me dijo: “Doctor, yo vengo a verle y le cuento mis cosas pero a mí no me pasa nada psiquiátrico. Mi problema es que yo no soporto a mi marido y él no me soporta a mí. Pero no tenemos tanto dinero como para separarnos bien y entonces seguimos juntos y por eso vengo a verle”.

En resumen, la idea es poder orientar a las personas que padezcan un *trastorno (des)adaptativo laboral* hacia la resolución del conflicto laboral. Solo cuando cedan la crisis y sus consecuencias desaparecerán las *señales de alarma*. Éstas últimas pueden no desaparecer pero sí mitigarse si la persona decide quedarse en su puesto de trabajo por decisión propia pero asumiendo la realidad y disminuyendo su nivel de expectativas con respecto a lo que esperan conseguir a nivel laboral.

Trastornos (des)adaptativos por las pérdidas de la inmigración

Cuando se habla de inmigración se hace mención a un duelo múltiple dado que son múltiples las pérdidas que pueden acontecer como consecuencia de la emigración. Se puede dejar de lado a la familia, a los amigos, el paisaje, el clima, las actividades de ocio, el trabajo, el nivel económico, el idioma, la religión... Sin embargo no todas las personas que emigran presentan el *trastorno (des)adaptativo por las pérdidas de la inmigración* conocido como duelo

migratorio o *síndrome de Ulises*. El concepto de *interseccionalidad*, aprendido y aprehendido de la literatura feminista, puede ser de gran utilidad para evaluar a una persona atendida debido a las consecuencias de un proceso de cambio tan global como la inmigración, la cual afecta a múltiples aspectos fundamentales de lo que es ser humano. La *interseccionalidad* hace referencia a que la presencia de diferentes factores de vulnerabilidad puede tener efectos sumatorios o multiplicadores del daño hacia la persona, pero también efectos positivos que aminoren el sufrimiento o que incluso suponga una ventaja para el individuo. Así, una persona latinoamericana amenazada en su país por su activismo homosexual y con dificultades para acabar sus estudios en su país puede encontrar en España una ganancia en lo referente a la ausencia de un entorno familiar y social hostil, al poder ejercer su sexualidad con libertad y a la mayor posibilidad de desarrollarse como la persona que quiere ser, a pesar de estar lejos de su familia y de su país.

Ante una persona inmigrante hay que diferenciar dos tipos de *trastornos (des)adaptativos*: por una parte aquellos claramente en relación al duelo migratorio, más globales, y por otra parte aquellos *trastornos (des)adaptativos* ante problemas específicos que puede encontrarse una persona sea o no sea inmigrante.

Con independencia del tipo de problema que presente la persona, se debe remarcar que los *trastornos (des)adaptativos* se diagnostican comunicándose con las personas y se favorece su resolución orientando a las personas en nuestra comunicación con ella hacia la resolución, si es posible, de la situación crítica. En el caso del duelo migratorio, cuando haya múltiples aspectos considerados como pérdidas habrá que considerar un abordaje orientado hacia la mitigación o resolución de las distintas pérdidas, aunque con frecuencia algunas de esas pérdidas sean irreversibles e inevitables.

Uno de los peligros al tratar a una persona culturalmente diferente es la falta de competencia cultural que presentamos los profesionales de la Salud Mental. Faltan cursos de formación en aspectos culturales y en psicoterapia transcultural, y tampoco existe habitualmente el recurso a mediadores culturales, lo que dificulta la entrevista y el abordaje clínico de estas personas. Quizás lo primero sea reconocer nuestra propia incompetencia cultural y poder ir poco a poco aprendiendo los aspectos culturales del vivir y del padecer de las personas de las distintas culturas. La literatura previa ya viene informando desde hace muchos años del riesgo de diagnóstico incorrecto de esquizofrenia en la atención a personas provenientes de otras culturas, error diagnóstico que es gravísimo en cuanto a sus consecuencias potenciales para la persona. Ante personas de otras culturas debemos pensar en que puede existir una mayor manifestación de síntomas somáticos, conductuales, disociativos o incluso psicóticos sin que eso sea un correlato de enfermedades orgánicas o de esquizofrenia. En personas con presencia importante de síntomas disociativos hay que recordar, no obstante, la relación que suele existir entre trauma y disociación, dado que lo que podemos interpretar empleando un sesgo despatologizador que es un *trastorno (des)adaptativo* puede ser un trauma complejo que requiera un abordaje diferente y más intensivo. Además, no es impensable que haya personas inmigrantes que sufran psicosis de forma reactiva breve, por lo que en ausencia de una sintomatología positiva continuada y en ausencia de sintomatología cognitiva o negativa es posible que el cuadro en cuestión que sufra esa persona no sea una esquizofrenia y sí un *proceso desadaptativo*.

Dada nuestra incompetencia cultural, antes de diagnosticar erróneamente y tratar erróneamente por exceso o por defecto, parece conveniente que la evaluación clínica de una persona culturalmente diferente se realice tras varias consultas, permitiendo una evaluación más larga y longitudinal de la persona. Es de gran ayuda conseguir posicionar a la persona dentro de

los 4 grandes grupos existentes en relación a la aculturación: *integración* entre la cultura propia y la cultura de acogida, *asimilación* por parte de la cultura de acogida, *separación* de la cultura de acogida manteniendo su cultura de origen, o *marginalización*, perdiendo la cultura de origen sin adquirir la cultura de acogida. El mantenimiento de la cultura de origen tiende a ser un factor protector en el duelo migratorio.

En el caso de un posible duelo migratorio la recomendación sería realizar una evaluación extensa y acrítica de la decisión de inmigración, de los condicionantes de la inmigración, de las condiciones previas a la misma, de las expectativas al respecto del proceso migratorio, del nivel de ajuste de la realidad migratoria a las expectativas, de la situación familiar, paterno-filial, conyugal, relacional, económica, laboral... previa y posterior a la emigración.

En aquellos casos de *trastornos (des)adaptativos* menos complejos se recomienda la evaluación de la expectativa cultural con respecto a la situación estresante que desencadenó las *señales de alarma* y a sus posibles intentos de solución, así como la explicación que la persona o su entorno dan a lo ocurrido.

Se debe reseñar que el proceso migratorio puede ser acusado justa pero también falsamente de haber originado los problemas que sufre la persona. Además, tras un proceso migratorio la persona del grupo social que lo propició puede ser acusada y utilizada como *chivo expiatorio* ante otros problemas que surjan en dicho grupo.

Síndrome de vulnerabilidad emocional en demencia

Descrito inicialmente por Verhey y Visser, este síndrome es un claro ejemplo de lo que es un *trastorno (des)adaptativo* en una persona con demencia. En él, una persona que está perdiendo capacidades cognitivas como consecuencia de su proceso neurodegenerativo pero que está adaptado a los cuidados que le presta un cuidador informal o un cuidador profesional, ante la ausencia de ese cuidador, bien por vacaciones, ingreso hospitalario, traslado o fallecimiento, acaba presentando un desbordamiento de sus mecanismos de adaptación, bien sea por la desigualdad en el cuidado o por la carencia afectiva, manifestándose un empeoramiento clínico de la personas con demencia que se manifestará en forma de *señales de alarma* ansioso-depresivas, físicas o conductuales. A menor deterioro pueden prevalecer las manifestaciones de índole psicológica mientras que a mayor deterioro suelen prevalecer las manifestaciones conductuales en forma de negativismo-oposicionismo, agitación o agresividad. No por ser conductualmente disruptivo un cuadro deja de poder ser adaptativo. Si una persona con demencia presenta un cambio reciente a nivel psicológico o conductual siempre debe explorarse el cambio en el contexto como primera opción del origen de la alteración, al presentar un equilibrio frágil por la menor cantidad de recursos cognitivos disponibles. Si la ausencia del cuidador es reversible, es esperable que la persona con demencia se recupere de su empeoramiento con la vuelta del cuidador y se normalicen el estado mental y las conductas. En caso de que el cambio de cuidador no sea reversible, seguramente la persona con demencia podrá adaptarse a la nueva idiosincrasia, si bien presumiblemente le llevará más tiempo el retorno al estado mental y al comportamiento basal.

Bloque VI: Crisis no psiquiátrica y asistencia hospitalaria

Trastorno (des)adaptativo en el contexto de Urgencias

La atención en el contexto de las Urgencias Psiquiátricas es una de las partes de la Psiquiatría a las que la comunidad académica ha prestado menos atención, probablemente debido a que es una práctica más estresante, poco apetecible, habitualmente denostada y por regla general escasamente ejercida por los profesionales de la Salud Mental que investigan y redactan artículos científicos. Salvo excepciones, la carga habitual de trabajo en las Urgencias Psiquiátricas suele recaer en los médicos residentes de Psiquiatría, los cuales casi sin excepción no han recibido formación específica acerca del manejo de los *trastornos (des)adaptativos* en Urgencias.

Hay que reconocer que no es habitual encontrar un informe realizado por un psiquiatra en Urgencias en el que conste un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo* pero, ¿son tan infrecuentes? Es esperable que en aquellas Áreas de Salud donde el acceso desde Atención Primaria a Salud Mental no se demore en exceso sea menos probable atender en Urgencias a personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo*, aunque mi experiencia personal en el Hospital Doce de Octubre es que recientemente se ha incrementado el número de partes de interconsulta emitidos desde Atención Primaria o desde otros servicios del propio hospital para una atención en Urgencias a personas que posteriormente son diagnosticadas de un *proceso desadaptativo*. Como se ha dicho en otro apartado, la escasa formación pregrado de los médicos dificulta una conceptualización adecuada por parte de otros médicos no psiquiatras de los *trastornos (des)adaptativos*, lo que probablemente influya en las derivaciones urgentes con la sospecha errónea de endogenicidad grave depresiva o ansiosa ante un relato por parte de las personas de unas *señales de alarma* vivenciadas con gran intensidad y disruptividad. Es evidente que un individuo lego en la materia, derivado a Urgencias Psiquiátricas por un profesional sanitario pero igual de lego en la materia que él, profesional que asustado por la narrativa de la persona que está atendiendo proyecta sus propias angustias en su interlocutor y además (no siempre) etiqueta erróneamente como enfermo de una depresión grave o de un trastorno de ansiedad grave a dicha persona, acudirá a la consulta de Urgencias con unas expectativas con respecto a su diagnóstico, a la gravedad del mismo y a la necesidad del tratamiento que serán muy discordantes con la intervención que se recomienda realizar ante una persona que presenta un *trastorno (des)adaptativo*.

El factor tiempo tiende a influir de manera negativa de varias formas diferentes ante la derivación para atención en Urgencias a una persona que sufre un *trastorno (des)adaptativo*. Por una parte la inmediatez impide a la persona que acude a Urgencias para atención psiquiátrica dos aspectos fundamentales: la regresión a la media, es decir, la mejoría inherente tras alcanzar el punto álgido de sufrimiento; así como la contemporización de su situación clínica. La manifestación del miedo más primitivo ante la aparente pérdida de control probablemente dificulte la realización de un abordaje despatologizador. Por otra parte, en un contexto de Urgencias ni el tiempo real disponible ni la percepción del tiempo disponible por parte del psiquiatra favorecen un encuadre de la entrevista que permita la realización no ya de una *indicación de no tratamiento*, sino la realización de un abordaje lo más despatologizador posible. En otras ocasiones son las propias personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* o su entorno los que deciden acudir a Urgencias Psiquiátricas sin que medie recomendación por parte

de ningún facultativo. Es esperable que cuando las personas o su entorno consideran que es necesaria la asistencia urgente ocurran una de las dos o las dos circunstancias siguientes: la vivencia de las *señales de alarma* es muy intensa y/o existe el convencimiento de la necesidad de la prescripción de una medicación para aliviar el sufrimiento. A priori parece sensato pensar en la aplicación de un tratamiento con finalidad sintomática ante una persona que acude a Urgencias verbalizando un intenso sufrimiento, pero no porque la persona experimente un gran sufrimiento debemos dejar de contemplar la posibilidad de iatrogenia y dejar de hacer una evaluación riesgo-beneficio. Si lo sensato, una vez evaluada la situación de la persona, es realizar una *indicación de no tratamiento*, la misma debe ser intentada. Empleando comparaciones con otras especialidades médicas, es poco probable que un neurólogo active un código ictus o que un médico intensivista ingrese a un paciente en la UCI si no se dan las condiciones necesarias que así lo justifiquen. De nuevo hay que insistir en que son los psiquiatras que están de guardia los facultativos que tienen mayor conocimiento acerca de las situaciones que conciernen a la Salud Mental.

Otro aspecto a tener en cuenta es que dada la habitual actividad asistencial en Urgencias por médicos en formación, los mismos suelen tener poca práctica acumulada y se suelen sentir poco seguros con respecto a sus diagnósticos e intervenciones, máxime en un contexto tan exigente como es la práctica psiquiátrica en Urgencias. Las propias angustias de pérdida de control que suelen tener los médicos residentes suelen aliviarse, al menos en parte, ante el recurso a un empleo de medicación con *finalidad autoansiolítica*. “El paciente viene a por algo rápido que le alivie, una benzodiacepina no le hará daño”. Ese puede ser el inicio de un proceso patologizador de un *trastorno (des)adaptativo*. Otra forma de aliviar la angustia de pérdida de control es recurrir a otra intervención iatrogénica añadida a la prescripción posiblemente iatrogénica de psicofármacos: la derivación a Salud Mental. Mayor iatrogenia incluso si la derivación se realiza de forma preferente y el cuadro que presenta la persona es un *trastorno (des)adaptativo* susceptible de una *indicación de no tratamiento*. Con esto no quiero decir que toda prescripción de psicofármacos y que toda derivación a Salud Mental de un *trastorno (des)adaptativo* atendido en Urgencias sea iatrogenia. Habrá casos atendidos donde la buena praxis implique la prescripción de psicofármacos con finalidad sintomática, explicada como tal a la persona atendida, con una adecuada derivación a Salud Mental ante la previsible no mejoría del cuadro presentado por las características de ese proceso en particular que sufre esa persona en concreto.

En Urgencias Psiquiátricas se deben evaluar específicamente los aspectos referidos a la auto y heteroagresividad. Es evidente que en situaciones agudas, ante una persona que presenta autoagresividad o ante una persona cuya conducta heteroagresiva arroja una duda razonable con respecto a la existencia de un problema concerniente a la Salud Mental, la valoración en Urgencias Psiquiátricas es perentoria. Muchas conductas heteroagresivas son consecuencia de estados de intoxicación o abstinencia de sustancias, de causas orgánicas, de procesos psiquiátricos endógenos, pero también existen causas ajenas a la Medicina implicadas en las conductas de heteroagresividad. La heteroagresividad no descarta un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo*, aunque es posible que si aparece en el contexto de un proceso reactivo haya una comorbilidad con un trastorno de personalidad. La ideación autolítica o las conductas autolesivas son una causa muy frecuente de asistencia en Urgencias Psiquiátricas. Si bien muchas veces las personas con suicidabilidad atendidas por los psiquiatras en estos contextos reciben diagnósticos de ideación autolítica, gesto autolesivo o intento autolítico, no se debe olvidar que ni un pensamiento ni una conducta son diagnósticos psiquiátricos en sí mismos. Es decir, a la consecuencia que es la aparición de una ideación autolítica o la realización de un gesto

autolesivo se le debe buscar una causa, un diagnóstico, el cual puede ser una reacción de adaptación o un *trastorno (des)adaptativo*.

El modelo habitual de la Psiquiatría, al menos en este país, es un modelo focalizado en la conducta. Se considera que una persona con un trastorno de personalidad constituye un problema menor cuando no presenta conductas disruptivas para sí mismo o para otros, pero se le destinarán más tiempo y recursos si presenta conductas disruptivas, entre ellas las conductas autolesivas, priorizándolo sobre aquellos pacientes con trastornos de personalidad que pueden tener peor funcionalidad, pensamientos más distorsionados, emociones negativas más intensas o un peor ajuste relacional pero que no presentan dichas conductas disruptivas. A mi juicio eso mismo ocurre con el resto de personas atendidas en la red de Salud Mental con independencia del diagnóstico. Así, se considerarán tanto más graves y serán más susceptibles de recibir psicofármacos y de recibir asistencia psiquiátrica y psicoterapéutica, con el consiguiente riesgo de iatrogenia, aquellas personas que presenten *trastornos (des)adaptativos* con alteraciones de conducta, sobre todo si implica autolesiones o suicidabilidad. Que la ideación autolítica de novo o la aparición de novo de gestos autolesivos por parte de algunas personas que presentan *trastornos (des)adaptativos* es un criterio de mal pronóstico es una creencia extendida pero en absoluto es una realidad demostrada científicamente. Es muy probable que esa creencia surja de la sobregeneralización de que la mayoría de las personas que cometen suicidio tienen una enfermedad mental y que en buena parte de los casos hay una depresión clínica, pero el hecho cierto es que no hay una evidencia científica acerca de varios aspectos fundamentales: ¿la presencia de un *trastorno (des)adaptativo* se asocia con un mayor riesgo de suicidio? ¿el riesgo de suicidio en los *trastornos (des)adaptativos* disminuye con el tratamiento farmacológico o con el seguimiento y tratamiento en Salud Mental? ¿Los *trastornos (des)adaptativos* con ideación autolítica o que han realizado gestos autolesivos son más susceptibles de cronicidad si no se realiza una intervención psicofarmacológica y/o psicoterapéutica? En síntesis, se asume como propio de los *trastornos (des)adaptativos* lo que sabemos acerca de la suicidabilidad en la depresión endógena, por lo cual ante la presencia en los mismos de ideación autolítica o de gestos autolesivos se procede a un tratamiento similar al aplicado en los cuadros de depresión endógena, estimulando el empleo de psicofármacos y psicoterapia y el seguimiento estrecho en Salud Mental, pero dadas las diferencias existentes entre los *trastornos (des)adaptativos* y los procesos depresivos endógenos no necesariamente las intervenciones deberían ser las mismas y estos aspectos deberían ser investigados. Entiendo, y más en un contexto de Urgencias donde no se dan las condiciones óptimas para conocer al paciente lo suficiente, que se apliquen por analogía y en ausencia de evidencia científica intervenciones útiles en otros diagnósticos psiquiátricos a personas que sufren *trastornos (des)adaptativos* y que presentan suicidabilidad, pero creo que es importante fomentar el espíritu crítico y plantearse si en todos aquellos casos catalogados como *trastornos (des)adaptativos* atendidos en Urgencias y que presenten ideación autolesiva y/o gestos autolesivos una mayor aplicación de recursos, farmacológicos o no, es adecuada o incluso si puede llegar a ser iatrogena.

Trastorno (des)adaptativo e ingreso en Psiquiatría

Si nos atenemos a la ortodoxia, si el abordaje a priori deseable es la *indicación de no tratamiento*, parece poco razonable ponderar como posiblemente más beneficioso que perjudicial un ingreso psiquiátrico en una persona que presenta un *trastorno (des)adaptativo*, a no ser que exista un riesgo manifiesto auto o heterolesivo en el contexto del proceso que sufre la persona. En estas situaciones con riesgo lítico, al menos en el caso de personas acerca de las que

no tenemos suficientes datos de su funcionamiento previo, parece sensato conceder el beneficio de la duda y priorizar el abordaje en régimen hospitalario de ese riesgo auto o heterolesivo sobre la posible iatrogenia psiquiatrizadora/psicologizadora. Sin embargo, no se debe olvidar que no es posible anticipar a medio y largo plazo ni el riesgo intrapsíquico ni el riesgo interpersonal del internamiento psiquiátrico.

Fuera de un riesgo lítico evidente, se debe reconocer que en la práctica privada pueden primar más los criterios economicistas que los criterios clínicos y se facilite que a determinadas personas que sufren un *trastorno (des)adaptativo* se les ingrese en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Ese ingreso puede ser a demanda de la propia persona o a petición de sus familiares si son ellos los que detentan el poder en la relación y la persona transige. Es una práctica iatrogénica que tiende a potenciar el rol de enfermo y que puede conllevar la aparición de *hospitalismo*. En un contexto público de salud como el español el profesional puede recibir peticiones de ingreso voluntario de una persona que presenta un *trastorno (des)adaptativo* igual no tan extemporáneas a tenor del abordaje realizado previamente con esa persona en otros ámbitos no públicos, pero que obligan a que el profesional se posicione desde una perspectiva salutífera que puede no ser comprendida por la persona o sus familiares.

En aquellos casos en que me he encontrado en la tesitura previa de defender la postura contraria a un ingreso psiquiátrico en una persona con un diagnóstico principal de *trastorno (des)adaptativo*, era manifiesta la presencia de una *relacionopatía* o de rasgos de personalidad marcados cuando no abiertamente caracteriopáticos. Es muy probable que haya personas que presentan trastornos de personalidad ocultos, en los cuales exista una *compensación psíquica* bien propia o bien externa, compensación en equilibrio inestable hasta que un cambio desencadena una profusión de intensas *señales de alarma* cuando lo referido previo al cambio era la ausencia de quejas. Así, hay *dependientes ocultos*, asintomáticos previamente, que son atendidos por primera vez en Salud Mental a tenor de un *proceso desadaptativo* claramente atribuible a un cambio como puede ser una ruptura de pareja, un despido, el traslado a otra ciudad o el fallecimiento o desaparición de la persona o personas que facilitaba/n la *compensación psíquica*. Se ha planteado en otro apartado que las personas que sufren un trastorno de personalidad presentan con más frecuencia *trastornos (des)adaptativos*. Creo necesario insistir en esto: un cuadro con consistencia clínica de *trastorno (des)adaptativo* puede ser la forma inicial de contacto con Salud Mental de personas que presentan un trastorno de personalidad. Es más que probable que aquellos casos donde la intensidad clínica sea manifiesta y que además sean difícilmente reconducibles (entendiendo esto como una no mejora del sufrimiento y una detención del proceso de cambio) con las estrategias despatologizadoras iniciales, la forma de presentación como un *trastorno (des)adaptativo* sea la punta del iceberg de un cuadro clínico más profundo y complejo consistente en una *caracteriopatía* y/o una *relacionopatía*. Esto nos lleva a otro escenario clínico. Sobre las personas que sufren un *trastorno (des)adaptativo* es recomendable realizar una intervención lo más despatologizadora posible, estando desaconsejado un ingreso psiquiátrico salvo manifiesto e irreconducible riesgo lítico, ¿pero sobre las personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* sobre la base de un trastorno de personalidad? ¿No ingresamos en unidades de hospitalización breve de Psiquiatría a personas con un diagnóstico de trastorno de personalidad cuando están en crisis? En algunos hospitales públicos se adoctrina a los médicos residentes de Psiquiatría al respecto de que no se debe ingresar en las unidades de hospitalización breve a personas con un diagnóstico de trastorno de personalidad. En otros hospitales públicos las personas con trastornos de personalidad en situación de crisis son más fácilmente ingresados de forma voluntaria. La praxis es diversa y las posiciones encontradas, existiendo un mayor consenso acerca del manejo clínico

en aquellas personas con un riesgo autolesivo elevado. La experiencia clínica al respecto invita a evitar cualquier dogmatismo y a realizar una evaluación individualizada de cada persona y cada contexto en aquellos casos atendidos en Urgencias Psiquiátricas por crisis no psiquiátricas o psicoorgánicas, es decir, ante *procesos desadaptativos*.

Una recomendación para los médicos residentes ante cualquier persona atendida en Urgencias, lo que en aquellas situaciones de personas que acuden con un cuadro compatible con un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo* es aún más perentorio, es la ponderación del riesgo-beneficio de cualquier decisión clínica no solo a corto plazo, sino a medio y largo plazo, incluida la decisión de ingreso psiquiátrico. ¿Es posible que la decisión de ingreso sea beneficiosa a corto plazo pero perjudicial con el tiempo? O, ¿es posible que la decisión de ingreso parezca beneficiosa a corto y largo plazo? O, ¿es posible que la decisión de no ingreso sea una oportunidad perdida para una persona que no presenta un *impulso de cambio* o está bloqueado en la crisis?

Creo que es necesario aclarar un aspecto fundamental. Si bien puede alcanzar tintes heréticos el plantearse el posible beneficio de un ingreso psiquiátrico en una persona que presenta un *trastorno (des)adaptativo*, excepción hecha de ante un elevado riesgo lítico, hay que recordar que, si nos atenemos al concepto de *trastorno (des)adaptativo* como una situación de crisis no psiquiátrica, contextual, en la cual es complicada su resolución espontánea y ante la cual el cerebro reacciona emitiendo *señales de alarma*, todas las personas estamos en riesgo de poder presentar en algún momento de nuestra vida un cuadro semejante. Sobre todo aquellas personas con menor capacidad de adaptación mental, es decir, sobre todo las personas que presentan un trastorno de personalidad o que padecen una enfermedad mental, sobre todo si ésta es grave. Es decir, serán más frecuentes que en la población general y probablemente eso conlleve un mayor número de atenciones en Urgencias Psiquiátricas por *trastornos (des)adaptativos* en personas que presentan un trastorno de personalidad o que padecen una enfermedad mental. Parece un planteamiento bastante sensato. Sin embargo, la literatura científica en relación a las Urgencias Psiquiátricas se suele centrar en el despistaje de organicidad, el diagnóstico diferencial y en el abordaje de la agitación psicomotriz, pero no se escribe acerca de la posibilidad de que pacientes con enfermedades mentales graves puedan acudir a Urgencias por crisis no psiquiátricas, sino contextuales, por *procesos desadaptativos*. Es muy probable que este sesgo se deba a que las personas que traducen al lenguaje escrito el conocimiento científico y/o empírico sobre Salud Mental no suelen tener una práctica asistencial regular en el ámbito de las Urgencias. Pero esa realidad de pacientes con enfermedad mental grave que son atendidos por crisis no psiquiátricas tengan o no sintomatología psicótica activa y que demandan (o su familia demanda por ellos) ingreso existe, aunque muchas veces no se profundice más allá del diagnóstico de 300.0 en paciente con 295.3 (según CIE-9: ansiedad en paciente con esquizofrenia). Tan malo para un paciente con esquizofrenia sin una crisis psiquiátrica sería ingresarlo por un malestar actuado en un contexto relacional patógeno, como no contemplar la situación estresante como un posible factor de riesgo de descompensación psicótica. Se debería valorar si en ese paciente en particular situaciones estresantes previas similares han desencadenado un brote de su enfermedad. Pero también hay que contemplar un aspecto no siempre evaluado en pacientes con enfermedad mental grave ante una crisis no psiquiátrica que se manifiesta como un *trastorno (des)adaptativo*: la violencia. Más concretamente el riesgo de ser y/o haber sido víctima de violencia. Los resultados del equipo de trabajo de Juan González Cases en la Comunidad de Madrid son claros: las personas que padecen enfermedad mental grave tienen un mayor riesgo de haber sufrido o estar sufriendo violencia en cualquiera de sus formas. Incluso, o mejor dicho sobre todo, violencia intrafamiliar. Y ser víctima

de violencia se asocia con mayor presencia de psicopatología. La presencia de clínica psicótica activa no excluye el riesgo de estar sufriendo violencia no verbalizada ni tampoco excluye esa posibilidad la presencia de clínica no psicótica, por lo que la evaluación de la violencia no debe ser la excepción sino la norma ante la atención en Urgencias Psiquiátricas de un paciente con enfermedad mental grave.

Lo voy a ilustrar con una situación probable: paciente con una psicosis crónica y varios ingresos previos para la que se ha cursado una orden de traslado involuntario según el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil porque refieren que presenta alteraciones de conducta en domicilio, pero que ante la urgencia del hecho no ha sido atendida en consulta por su psiquiatra habitual. No se aprecia sintomatología psicótica, pero la familia insiste en que lleva una temporada más alterada en el domicilio y que seguro que oculta sintomatología porque en descompensaciones previas eso ha sido así. Igual no tenemos más datos, pero si esa persona es víctima de violencia intrafamiliar la determinación de ingreso puede afianzar más la *relacionopatía* y la violencia, “da igual lo que hagas, te podemos ingresar si queremos”. Por otra parte, igual el ingreso libra a la víctima con enfermedad mental de su agresor y permite desbloquear el proceso; mientras que no ingresar, aunque no haya descompensación psicótica, puede agravar la situación de violencia. Pero no podremos valorar el beneficio o perjuicio de ingresar si no se evalúa la presencia de violencia.

Como “¡¡esos casos no existen!!” se puede presentar un caso real: paciente con un previo y único primer episodio de clínica delirante continuada pero ya remitida, con situación de violencia intrafamiliar tipo maltrato psicológico por familiares no convivientes consistente en denigración, exigencia de realización de tareas domésticas, etiquetación como enferma mental y amenaza de ingreso psiquiátrico. En este contexto periodo de varios días de irritabilidad con los familiares, permaneciendo sin hablarles, sin ninguna verbalización psicótica. A partir de ahí insistencia de sus familiares a su psiquiatra acerca de una descompensación segura, derivación para ingreso y reintroducción de su antipsicótico (sin constatarse clínica psicótica, solo por heteroinforme de familiares). Tras alta, agravamiento de *relacionopatía* previa, reconocimiento franco de la clínica delirante del primer episodio psicótico y negación de clínica psicótica reciente, aunque hay muchas dudas al respecto en la paciente por la convicción de sus familiares maltratadores al respecto de que estaba delirando, confirmada erróneamente por la indicación de ingreso y la reintroducción de la medicación, con peticiones desmedidas a partir de entonces a su nuevo psiquiatra al respecto de que confirme continuamente lo que es psicótico de lo que no lo es, que diferencie lo sensato de lo insensato y lo correcto de lo incorrecto, así como un miedo atroz a retirada de medicación. Peticiones y miedo muy atenuadas pero en absoluto eliminados a lo largo de un seguimiento continuado focalizado en el empoderamiento de la paciente. Este caso ejemplifica a la perfección la iatrogenia de un ingreso hospitalario en una paciente que ha presentado psicosis previamente y que con esos antecedentes se ve inmersa en una crisis familiar no psiquiátrica.

Sin acudir a casos particulares, el triángulo entre paciente psicótico, rol materno con características de *madre esquizofrenógena* y rol paterno tipo padre ausente, puede conllevar crisis relacionales de repetición con el supuesto paciente siendo llevado a Urgencias Psiquiátricas con demanda familiar de ingreso ante su negativa a someterse a la narrativa familiar imperante, con las consecuentes alteraciones de conducta como respuesta inadaptada a la situación de *doble vínculo*. No hay que confundir las alteraciones de conducta relacionadas con la clínica psicótica con las *señales de alarma* conductuales que aparecen ante una *relacionopatía*. Quizás no haya una especificidad en dichas *señales de alarma* conductuales que las diferencie, por lo

que el diagnóstico debería realizarse en base a la presencia de síntomas psicóticos activos. En este triángulo igual el paciente psicótico no puede ser considerado víctima de un maltrato tradicional, pero la indicación de ingreso sin que el paciente esté con una descompensación de su enfermedad de base no solo es incorrecto desde el punto de vista clínico sino que desde la perspectiva relacional empeora la *relacionopatía* y deja al paciente a expensas ya no de su psicopatología sino de lo que dictaminen las figuras que detentan el poder en la relación.

Bloque VII: Manejo específico de la medicación

¿Cuándo es necesario medicar?

Si se atendiera de forma ortodoxa al planteamiento del *trastorno (des)adaptativo* como un proceso con un desencadenante ambiental claramente demostrable que requiere la puesta en práctica de las habilidades de resolución de la situación de crisis mediante la consecución de cambios personales, sociales o ambientales, la respuesta a esta pregunta sería que nunca se debería medicar un *trastorno (des)adaptativo*.

Sin embargo, en una práctica clínica sensata parece necesaria la diferenciación entre al menos tres modalidades de prescripción farmacológica en Psiquiatría:

- Tratamiento etiológico o sobre las causas.
- Tratamiento sintomático o sobre las consecuencias.
- *Tratamiento autoansiolítico*.

El tratamiento etiológico es aquel que intenta amortiguar las causas últimas del proceso, por ejemplo el tratamiento con antidepresivos de una depresión endógena.

El tratamiento sintomático es aquel que intenta corregir las consecuencias, por ejemplo la toma de varias tazas de café si alguien ha dormido poco.

El *tratamiento autoansiolítico* es aquel que se realiza con la finalidad consciente o inconsciente de aliviar al prescriptor. En nuestra sociedad el mandato social hacia los profesionales de la salud pasa porque alivien en sufrimiento mediante la aplicación, la adición de algo. Como personas insertas en una sociedad los profesionales de la Salud Mental no estamos exentos de los mandatos sociales de nuestro momento histórico, lo cual nos lleva con una mayor probabilidad que en otros contextos sociales a indicar tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos a personas que o bien no lo necesitan o bien pueden ser perjudicados por la intervención planteada. No debemos olvidar el primer principio de la Medicina: *Primum non nocere*. Es decir, lo primero de todo es no hacer daño. Este principio puede entrar en colisión con los mandatos sociales intervencionistas en Salud Mental, fundamentalmente ante aquellas personas que están en la frontera entre la salud y la enfermedad mental, como son las personas que padecen trastornos *(des)adaptativos*. Así, muchas veces, como bien saben los expertos en Geriátrica, “menos es más”, con frecuencia la mejor intervención es la ausencia de intervención, a pesar de que esa manera de proceder nos genere angustia.

¿Y por qué nos genera angustia? Si lo sensato es no intervenir dado que el riesgo parece ser mayor que el beneficio potencial, deberíamos cuestionarnos este mandato social que tanto condiciona nuestra práctica clínica. Si no tiene lugar esta autocrítica, será más fácil indicar una psicoterapia o prescribir psicofármacos aunque no se espere un beneficio razonable. La industria farmacéutica estimula la medicalización del malestar cotidiano planteando un concepto sobreinclusivo y general de los trastornos depresivos, así como advirtiendo el hecho de que confiere mucho peor pronóstico para una persona con síntomas depresivos la mayor duración del episodio depresivo sin tratamiento. De hecho, yo también considero muy necesaria la intervención temprana con psicofármacos de los cuadros de depresión endógena.

Sin embargo, no es esperable que un tratamiento farmacológico, ni tan siquiera un abordaje psicoterapéutico, vaya a solucionar el conflicto existente entre una persona y un

problema real de la vida de la misma, por lo que ante un beneficio clínico escaso o inexistente parece evidente que “la prescripción sin indicación solo alivia al prescriptor”.

Dado el origen extrínseco de los *trastornos (des)adaptativos*, no parece conveniente el plantearse un tratamiento etiológico o sintomático en la mayor parte de los casos. Sin embargo, cuando a pesar de un precipitante exógeno la situación crítica se manifiesta con síntomas cualitativamente y cuantitativamente no esperables, como podría ser la presencia de síntomas psicóticos graves, clínica maniforme o clínica depresiva mayor endógena sí es necesario el empleo inmediato e intensivo de tratamiento farmacológico. Aun así, las psicosis reactivas breves de intensidad leve-moderada pueden ser manejadas únicamente con tratamientos sintomáticos poco potentes, como las benzodiacepinas.

En la práctica habitual el tratamiento psicofarmacológico sintomático se utiliza con frecuencia con la finalidad de amortiguar las consecuencias ansioso-depresivas, físicas o conductuales de los *trastornos (des)adaptativos*, debido fundamentalmente a su errónea catalogación como síntomas y no como *señales de alarma*. Se antoja muy importante el poder realizar una valoración crítica tanto de la necesidad de emplear un tratamiento sintomático ante lo que pueden ser *señales de alarma*, como de los hipotéticos efectos a corto, medio y largo plazo tanto del acto de medicar como del acto de no medicar.

Es evidente que en ausencia de unos criterios validados y válidos con respecto a la pertinencia del tratamiento farmacológico (o psicoterapéutico) en los *trastornos (des)adaptativos*, en muchos casos la valoración crítica que realicemos de cada situación concreta puede ser incorrecta, por exceso o por defecto, bien medicando y generando iatrogenia, o bien no medicando a personas que sí podrían beneficiarse del tratamiento farmacológico.

Se debe reseñar que la medicación no solo genera iatrogenia mediante el efecto directo de la sustancia sobre el organismo. En los *trastornos (des)adaptativos* la medicación puede favorecer el *impulso de cambio* o puede bloquear el mismo. Es decir, ¿la medicación que le pongo a esta persona en concreto va potencialmente a servir para que se produzca un avance en el proceso de resolución de la crisis y por eso se conseguirá más fácil y más rápido el objetivo terapéutico? O, por el contrario, ¿la medicación va a disminuir el *impulso de cambio*, atenuando las *señales de alarma* que está sintiendo esa persona en concreto, de tal manera que al reducirse el desasosiego y la sensación de malestar se haga menos perentoria la necesidad de cambio?

Esta distinción es de vital importancia, porque en la práctica clínica es frecuente el encontrarse a personas con intensos *procesos desadaptativos* que solicitan y/o reciben fármacos que bloquean el cambio al inhibir las sensaciones desagradables que son un *impulso de cambio*. Así, con frecuencia he observado mujeres con situaciones de violencia de pareja de mayor o menor intensidad las cuales, habiendo verbalizando *señales de alarma* ansioso-depresivas, tras ser catalogadas erróneamente esa señales como síntomas, recibían una medicación que atenuaba el malestar, pudiendo así hacerles más fácil la *evitación del conflicto*. Esto es muy peligroso porque puede perpetuar o al menos prolongar la situación de maltrato, por lo que lo sensato es que la medicación se emplee en un *trastorno (des)adaptativo* cuando el terapeuta esté meridianamente convencido de que es necesario y de que no es perjudicial el empleo de psicofármacos para favorecer el avance de la persona en el proceso de crisis hasta su resolución.

Cuando la persona ya consume psicofármacos

No es infrecuente que la persona sea derivada a Salud Mental, bien para consulta con Psiquiatría, bien para consulta con Psicología, con un tratamiento farmacológico previamente pautado. A veces incluso dicho tratamiento ha sido prescrito a pesar del juicio diagnóstico inicial de *trastorno (des)adaptativo*. Los psicofármacos prescritos con más frecuencia son los antidepresivos ISRSs y las benzodiacepinas. No necesariamente se prescriben los antidepresivos más baratos a pesar de que los antidepresivos más caros no han mostrado una mayor efectividad en los *trastornos (des)adaptativos* o en las depresiones leves. Habitualmente la instauración de medicación antidepresiva o ansiolítica no se ha acompañado de una conversación centrada en explicar los efectos beneficiosos esperables de esos medicamentos sobre la persona, por lo que la persona no ha recibido una primera información con respecto a que estos tratamientos se aplican con una finalidad sintomática, no curativa. De hecho, no son raros los casos en los que se ha transmitido a las personas o en los que las personas han entendido que esos psicofármacos son pautados con finalidad etiológica, lo que consolida en la persona atendida las vivencias de gravedad clínica e incurabilidad cuando no se satisfacen las expectativas infundadas. Además, es posible que exista un alto porcentaje de medicamentos prescritos a las personas derivadas a Salud Mental que hayan sido dispensados con una *finalidad autoansiolítica* por parte del profesional prescriptor.

Si el mensaje que han codificado las personas que reciben psicofármacos antes de acudir a Salud Mental es que los psicofármacos pueden curarles las *señales de alarma* la actitud de esas personas en las consultas de Psiquiatría o de Psicología será diferente a aquella actitud que se muestra si el mensaje codificado es que los medicamentos son solo una ayuda y no una solución en sí mismos. No es lo mismo creer que uno tiene una enfermedad médica potencialmente curable con medicamentos que creer que uno tiene un problema vital cuyas *señales de alarma* pueden ser aliviadas, al menos en parte, por el empleo de psicofármacos. Y no es lo mismo porque de cara a superar un *trastorno (des)adaptativo* la adopción de una actitud activa y la generación de cambios son condiciones “sine qua non” para conseguir una mejoría estable. De hecho, la mayoría de las escuelas de psicoterapia considera fundamental en el inicio del proceso terapéutico la activación conductual, es decir, el cambio.

Una persona que ha adquirido el rol de paciente, asumiendo falsamente la presencia de una enfermedad, la cual adopta un rol pasivo a la espera del efecto de una “bala mágica”, ha “comprado” o le han hecho comprar una narrativa con respecto a su problema que le aleja del avance en el proceso del cambio, luego le aleja de solucionar el problema que desató la crisis y que le ha generado cambios psicofísicos que le producen malestar.

Otro posible escenario es que con independencia del mensaje que haya codificado la persona, la medicación pautada antes de ser derivado a Salud Mental le genere un alivio iatrogénico de las *señales de alarma*, perjudicial en el sentido de que el alivio del sufrimiento puede hacer a esa persona menos proclive a solucionar su situación crítica, como pasa con frecuencia en personas sometidas a situaciones de abuso. Considero muy peligroso para la evolución posterior del estado de esa persona el que no se distinga entre una mejoría y una *falsa mejoría* basada en el alivio del sufrimiento sin un avance en el proceso de crisis, dado que es probable que esas personas que van mejorando con medicación entre la cita con el médico de Atención Primaria y la primera consulta con Psicología o Psiquiatría sean dadas de alta incluso en una primera consulta. Si la persona padece una *falsa mejoría* a expensas de la disminución de las *señales de alarma* existe un riesgo elevado de cronificación de la situación de crisis y por ello del

mantenimiento o de la reaparición del malestar que constituye ese *trastorno (des)adaptativo*. Empleando términos provenientes de la terapia sistémica, un alivio del malestar sin cambio en la situación que lo provocó constituiría un *cambio tipo 1*, las cosas cambian para volver a ser iguales, mientras que una resolución de la situación de crisis constituiría un *cambio tipo 2*, aquel en el cual el problema se ha resuelto, ha sido superado y no se va a manifestar más de la manera previa o de cualquier otra manera.

Por todo esto, para mí resulta imprescindible que, ante la impresión clínica de que la persona presenta un *trastorno (des)adaptativo*, se evalúen las narrativas de la persona con respecto a su proceso de crisis y al efecto de la medicación en dicho proceso. Sin duda será más fácil la comunicación cuando terapeuta y persona coincidan en la definición de la situación como un *trastorno (des)adaptativo* y puedan valorar el empleo de medicación en su justa medida. Será más difícil el trabajo terapéutico cuando la persona ha aceptado el rol de paciente, máxime si los medicamentos pautados están produciendo un alivio del sufrimiento a expensas de reducir las *señales de alarma*, dado que una mejora del sufrimiento es una potente prueba que confirma falsamente que la persona lo que realmente padece es una enfermedad. Esto último con frecuencia lleva a un estancamiento en el proceso de cambio. Además, no debemos olvidar el carácter cortoplacista del cerebro, al cual le resulta más fácil aceptar los beneficios que comportan una mejoría rápida que las advertencias con respecto al peligro a medio o largo plazo que puede acarrear una falsa mejoría.

Reevaluación del tratamiento farmacológico: monitorización¹

Una vez que se decide la implementación de un tratamiento farmacológico en una persona que presenta un *trastorno (des)adaptativo* hay varios aspectos referentes a la medicación que deben ser monitorizados. Esos aspectos son los siguientes:

- Efectividad del tratamiento.
- Efectos secundarios del tratamiento.
- *Interacción psicofármaco-problema*.
- Endogenicidad oculta.

Esto implica que, al igual que ante el empleo de psicofármacos con fines etiológicos en las enfermedades mentales endógenas, en los *trastornos (des)adaptativos* se deben valorar los efectos primarios y los efectos secundarios de los medicamentos empleados.

Los efectos primarios se corresponden con la efectividad en la práctica clínica del empleo de ese psicofármaco en particular sobre esa persona en particular. Así, en el caso de los *trastornos (des)adaptativos* la efectividad se valoraría con la observación clínica de la disminución o la desaparición de las quejas o *señales de alarma*. Dado que no existen escalas validadas para la valoración de la respuesta o remisión clínica en los *trastornos (des)adaptativos*, no podemos hacer una evaluación objetiva de dicha mejoría.

Los efectos secundarios de los psicofármacos suelen ser valorados mediante la entrevista informal, pero algunos de los efectos secundarios pueden también ser evaluados mediante la aplicación de escalas. En la actualidad hay un amplio abanico de escalas que nos permite evaluar

¹ Nota: Si bien este apartado se focaliza en el empleo de psicofármacos, es posible adaptar parte de su contenido a la monitorización del tratamiento psicoterapéutico

distintos aspectos clínicos como son la sedación (p.e. la Escala de Somnolencia de Epworth), la apatía (p.e. el Inventario de Apatía), los efectos extrapiramidales (p.e. la Escala de Simpson-Angus o la Escala de Acatisia de Barnes) o la alexitimia (p.e. la *Toronto Alexithymia Scale*). En la práctica clínica habitual con pacientes que padecen enfermedad mental se incrementa la calidad de prescripción de psicofármacos mediante esa monitorización objetiva de los efectos secundarios.

En el caso concreto de los *trastornos (des)adaptativos*, donde la indicación de tratamiento farmacológico es más dudosa ante la escasa efectividad esperada, parece incluso más adecuada la monitorización de los efectos secundarios porque, en ausencia de una enfermedad psiquiátrica endógena, la relación riesgo-beneficio del empleo de psicofármacos es más cuestionable. Es decir, tiene menos sentido ante un cuadro catalogado como *trastorno (des)adaptativo* el seguir manteniendo una medicación de efectividad cuestionable cuando los efectos secundarios pueden generar una alteración de la funcionalidad y la calidad de vida. Se estaría vulnerando el primer principio de la Medicina, *primum non nocere*, sin una posibilidad clara de éxito terapéutico. Por ello, en función de los psicofármacos que se pauten es recomendable valorar, de forma informal o formal, la aparición de efectos secundarios que puedan resultar gravosos y no se acompañen de una mejoría sintomática, como por ejemplo la presencia de sedación, acatisia, apatía o indiferencia afectiva.

Fundamentalmente, pero no solo en el caso de los *trastornos (des)adaptativos*, hay otro aspecto que sería recomendable monitorizar ante la implementación de psicofármacos: la *interacción psicofármaco-problema*. Este término hace referencia a que no solo se debe valorar que la persona tolere los medicamentos, que éstos sean seguros y que disminuyan las quejas, sino que debe tomarse en consideración la posibilidad de que el empleo de psicofármacos implique un bloqueo en el *impulso de cambio* necesario para favorecer la resolución de la crisis. De hecho, el objetivo terapéutico prioritario en un *trastorno (des)adaptativo* es la resolución de la crisis, para que no sea necesaria la aparición de las *señales de alarma*, y no el alivio inmediato del sufrimiento generado por esas *señales de alarma*.

Si la persona está bloqueada y no avanza en su proceso de crisis a pesar del tratamiento farmacológico (o psicoterapéutico), es probable que dicho abordaje terapéutico sea inadecuado, pudiendo bien intentar la retirada del medicamento si se estima que ningún fármaco será efectivo para desbloquear la situación o bien se puede ensayar un incremento de dosis, su combinación o el cambio por otro psicofármaco, siempre que aún se confíe en la posibilidad de que una intervención farmacológica desbloquee la situación de crisis y la persona gane en *impulso de cambio*.

Si la persona como consecuencia de la mejoría de las *señales de alarma* se acomoda en relación a su problema a pesar de permanecer dentro de la situación crítica y la crisis se cronifica, el tratamiento es claramente inadecuado e iatrogénico y sería conveniente retirarlo cuanto antes. Y eso aunque mejore el sufrimiento, porque como ya he comentado antes, el objetivo principal de todo abordaje de los *trastornos (des)adaptativos* no es que las personas no tengan quejas, que también, sino que se superen las situaciones de crisis que originan la aparición de las *señales de alarma* como manifestaciones inespecíficas de un cerebro sometido a estrés.

En ocasiones el empleo de psicofármacos favorece el proceso de superación de una crisis, pero se produce un abandono del tratamiento por parte de la persona o la medicación es retirada por el profesional demasiado pronto. Poco se conoce acerca del mejor momento para retirar medicación en una persona que sufre un *trastorno (des)adaptativo* y que está recibiendo medicación por ello. Si la reducción o eliminación del fármaco supone un empeoramiento del

sufrimiento de la persona habrá que plantearse una cuestión importante previa al retorno a la pauta farmacológica previa: ¿Qué consecuencias ha tenido el incremento de las *señales de alarma* sobre el *impulso de cambio* de la persona? Si la retirada o disminución de una medicación disminuye o bloquea el *impulso de cambio* esa medida terapéutica ha sido fallida y debe ser revertida. Sin embargo, para algunas personas un empeoramiento de su sufrimiento, sobre todo si esas personas son conscientes del *proceso desadaptativo* que lo ha generado, incrementa el *impulso de cambio* ante el convencimiento de que es conveniente solventar el problema y no sus consecuencias. En muchos casos podría estar indicado mantener el tratamiento farmacológico hasta la resolución completa de la crisis y sus consecuencias. De hecho, salvo en personas claramente convencidas del modelo de sufrimiento planteado, tiendo muchas veces a mantener algo de medicación para que un hipotético incremento de las *señales de alarma* no obstaculice el proceso de cambio.

Por último, pero no menos importante, un aspecto que no se puede soslayar dentro de la complejidad de la práctica psiquiátrica y psicoterapéutica es que existen cuadros clínicos los cuales, tras realizar una adecuada secuenciación de los hechos, impresionan en primera instancia de ser *trastornos (des)adaptativos* claros, pero para los que a lo largo de una evolución atípica y no necesariamente tórpida va emergiendo la sospecha con respecto a que existe un componente endógeno subyacente que ha permanecido oculto en la evaluación inicial. En ocasiones aparecen progresivamente datos clínicos que sugieren endogenicidad como el empeoramiento matutino, el enlentecimiento o agitación psicomotriz, o el despertar precoz. La aparición de clínica sugestiva de endogenicidad debe ser detectada precozmente dado el requerimiento de un abordaje farmacológico temprano, que no precipitado, por lo que es recomendable cada vez que se contacta con cualquier persona que presente un *trastorno (des)adaptativo* evaluar su estado mental aunque sea someramente, aunque se dedique la mayor parte de la entrevista clínica a favorecer el cambio.

La sospecha de endogenicidad puede surgir asimismo de la constatación de una efectividad insospechada de los psicofármacos, al encontrar mejorías francas de las quejas verbalizadas en ausencia de progresos en la resolución de la crisis o por empeoramientos francos tras una reducción o eliminación progresiva (progresiva, no brusca) de los psicofármacos empleados. Por esa razón, ante un empeoramiento del estado de la persona al reducir la medicación en circunstancias de estasis de la situación crítica o ante la resolución de la misma, se debe sospechar la posible existencia de endogenicidad oculta, pero se debe recordar que “una sospecha no es una certeza”, por lo que en primera instancia habrá que vigilar y no apresurarse a tratar, evitando cambiar tanto el diagnóstico por el de un proceso endógeno como la dosis o la duración esperada del tratamiento.

Posiblemente habrá profesionales de corte biologicista y desde luego habrá visitantes médicos que planteen que un empeoramiento del sufrimiento al reducir medicación en una persona diagnosticada de un *trastorno (des)adaptativo* es un criterio inequívoco de endogenicidad, por lo que se plantearían abordar todos los casos similares como si fueran casos claros de depresión mayor o trastornos de ansiedad endógenos, pero desde mi punto de vista eso es un error casi siempre. Volviendo de nuevo al principio *primum non nocere*, en casi todos los casos es peor la iatrogenia farmacológica y la iatrogenia “vital” de considerar erróneamente la existencia de un cuadro endógeno cuando en realidad la persona sufre un *trastorno (des)adaptativo*, que la demora en el diagnóstico certero de un cuadro endógeno cuando erróneamente el caso en cuestión es considerado un *trastorno (des)adaptativo*. Desde mi perspectiva, y siempre intentando ponderar el riesgo-beneficio tanto del tratamiento

psicofarmacológico y psicoterapéutico como el riesgo-beneficio de no hacer un abordaje intenso psicofarmacológico o psicoterapéutico, solo en aquellos casos donde se conociera o sospechara la presencia de una suicidabilidad moderada-grave sería más asumible el error de sobrediagnosticar endogenicidad que el error de infradiagnosticarla. ¿Y eso qué quiere decir? Quiere decir que si por ejemplo la persona tuviera varios antecedentes familiares de suicidio consumado o antecedentes personales de intentos de suicidio grave o de suicidios frustrados, ante la duda diagnóstica asumiría el posible error de sobrediagnosticar endogenicidad y abordaría con inmediatez el caso como si fuera, por ejemplo, una depresión endógena grave.

Farmacología específica

Si se ha tomado la determinación de intentar amortiguar el sufrimiento de una persona que sufre un *trastorno (des)adaptativo* mediante el empleo de fármacos, se debe recordar que la efectividad esperable es reducida al tratarse de medicamentos aplicados con una finalidad sintomática.

Dada la escasa efectividad esperable y la ausencia de estudios que demuestren que existe una efectividad diferencial entre los distintos componentes de las distintas clases farmacológicas en los *trastornos (des)adaptativos*, hay determinados psicofármacos que deben ser evitados:

- Los más inseguros: como los fármacos antipsicóticos o los fármacos eutimizantes clásicos como Litio o Ácido Valproico.
- Los más caros: a similares efectividad esperada y perfil de efectos secundarios es recomendable elegir los fármacos más baratos.
- Los de más lento inicio de acción: sobre todo en esos casos donde se espere una rápida resolución de la situación de crisis no parece sensato emplear fármacos que requieren mucho tiempo para el inicio de su acción, como los fármacos antidepresivos. Sí sería sensato su empleo si el periodo hasta la resolución de la situación se estima que será prolongado.

Existen varias dianas terapéuticas que se pueden intentar abordar:

- Los distintos tipos de *señales de alarma* ansiosas.
- Los problemas para conciliar o mantener el sueño.
- El pensamiento obsesivoide al respecto del problema.

Para las *señales de alarma* ansiosas se pueden emplear benzodiacepinas. Una ansiedad de corta duración puede ser mejor tratada con una benzodiacepina de vida media corta. Una ansiedad más mantenida a lo largo del día, con sintomatología somática variada, puede ser mejor tratada con una benzodiacepina de vida media larga. A mayor edad de la persona hay un mayor riesgo de impregnación farmacológica, alteración motora y cognitiva y caídas, con sus consecuencias, por lo que sería en ese grupo de edad más cuestionable el empleo de benzodiacepinas de vida media larga.

Para los problemas de conciliación o de mantenimiento del sueño lo primero que debe valorarse es si la persona cumple criterios de insomnio. Según las actuales clasificaciones internacionales de trastornos del sueño insomnio no es no dormir, insomnio es tener dificultades con el sueño nocturno que se acompañan de repercusiones en horario diurno. Por muy mal que refiera dormir una persona, si su funcionamiento diurno no está alterado, si no tiene

somnolencia, problemas de concentración, dolores de cabeza matutinos... no es conveniente el empleo de psicofármacos porque no hay repercusión funcional. Si se cumplen los criterios de insomnio y no dan resultado las medidas de higiene de sueño la persona puede recibir en primer término un preparado con Melatonina, pero si esta solución falla las personas con problemas de conciliación de sueño podrían recibir análogos Z o benzodiacepinas de vida media corta, mientras que podrían recibir benzodiacepinas de vida media larga o antidepresivos sedantes como Trazodona o Mirtazapina si existen problemas de mantenimiento del sueño. En una persona que sufre un *trastorno (des)adaptativo* el insomnio puede ser previo y haberse agravado, por lo que puede requerir un incremento de la dosis previa, o puede darse de novo, recibiendo un fármaco que previamente no estaba tomando. Con independencia de la presencia o ausencia de insomnio previo el cambio que supone añadir o incrementar un psicofármaco debe intentar ser revertido en varias semanas para evitar que esa prescripción se convierta en crónica.

Para el pensamiento obsesivoide acerca del problema, círculo vicioso habitual cuando la resolución del problema no depende solo de uno o no depende en absoluto de uno mismo, puede ser útil el empleo de fármacos de perfil más desobsesionante como los antidepresivos ISRS. La atribución al respecto de su utilidad se realiza por la supuesta similitud sintomática con la clínica obsesivo-compulsiva, la cual sí mejora con fármacos de acción serotoninérgica. De hacer efecto, lo cual muchas veces es dudoso más allá de los presumibles efecto placebo y efecto de regresión a la media que pueden existir en los *trastornos (des)adaptativos*, serán estos fármacos y no los antidepresivos con menor acción serotoninérgica o sin dicha acción farmacológica los más efectivos, por lo que al contrario de lo que se recomienda en una depresión endógena recurrente, no tiene sentido recurrir a fármacos antidepresivos de acción dual o a los más inseguros antidepresivos tricíclicos.

Aunque ya se ha referido con anterioridad, insisto en que se debe monitorizar ante un tratamiento farmacológico en una persona que presenta un *trastorno (des)adaptativo* la seguridad, la eficacia y la interacción con la situación de crisis. Un fármaco mal tolerado, que genere efectos secundarios que no sean leves, que no sea eficaz o que dificulte la resolución de la crisis, debe ser eliminado.

Dado que no se esperan mejorías diferenciales entre unos fármacos u otros de la misma clase, no tiene sentido el embarcarse en una espiral ascendente de empleo de un número progresivamente mayor de fármacos no efectivos. Es decir, “o te ayuda esto o no tiene sentido que te mande otra cosa”, salvo que el motivo de sustitución sea la mala tolerabilidad.

Bloque VIII: Abordaje específico de los trastornos (des)adaptativos

Indicación de no tratamiento: implicaciones en el futuro del proceso de la persona

El concepto de *indicación de no tratamiento* ha sido desarrollado extensamente por Alberto Ortiz Lobo y sus colaboradores en una gran profusión de textos, los cuales siempre he considerado y sigo considerando una lectura fundamental para el abordaje tanto de los llamados *códigos Z* como de los *trastornos (des)adaptativos*.

Considero que es fundamental para todo psiquiatra y psicólogo, formado vía PIR o no, conocer y practicar dicha *indicación de no tratamiento* como una estrategia preventiva que evite tanto la iatrogenia farmacológica como la no farmacológica pero casi siempre ¿“desautonomizante”? ¿“desagenciante”? ¿“desautorizante”?... de la persona.

Sin poner peros a la *indicación de no tratamiento* considero que, al menos yo, no he conseguido la suficiente destreza en su ejecución como para poder quedarme tranquilo como psiquiatra con orientación sistémica con respecto a que haga desaparecer en la mayor parte de los casos no solo el problema traído a consulta, sino la recurrencia posterior a otras posibilidades iatrogénicas de atención, al menos en los casos que yo puedo catalogar como *trastornos (des)adaptativos*.

Es decir, con frecuencia atiendo casos de personas que catalogo como *trastornos (des)adaptativos* acerca de los cuales no aprecio en 1 o 2 consultas que vayan por el “buen camino”, en el sentido de que presenten un *impulso de cambio* en una dirección aparentemente correcta como para que se solvente la situación de crisis que ha provocado el *proceso desadaptativo* y la aparición de *señales de alarma* de distinto tipo.

En puridad, éstas no son personas que padezcan una enfermedad mental, sufren un *trastorno (des)adaptativo* pero, ¿deberían ser dadas de alta de Salud Mental si la expectativa sensata al final de nuestra intervención no es la resolución de su cuadro con la desaparición de *señales de alarma*? ¿Qué es lo que puede ocurrir con esas personas que, sufrientes, no terminan de solventar el problema que les llevó a consulta?

Si estas personas han sido dadas de alta de Salud Mental, “porque hay que dar altas”, a mi entender hay varias opciones a medio o largo plazo. Quizás una de las mejores opciones es que acuda de motu propio o que sea derivada de nuevo a Salud Mental y que retorne seguimiento con el profesional que hizo la *indicación de no tratamiento*, o con un profesional de corte similar, de cara a seguir despatologizando la situación, retomando la búsqueda de soluciones, intentando no medicar en lo posible y probablemente aplicando nuevas técnicas psicoterapéuticas para inducir un cambio. Esta opción parece aceptable, pero ni es la única ni necesariamente es la más frecuente.

Otra opción es que ésta persona sea seguida en Atención Primaria y que mediante citas cortas, pero frecuentes y en un abordaje de mayor duración al habitual en ese contexto clínico sea atendida por un médico de Atención Primaria que esté de acuerdo con el profesional de Salud Mental y realice una intervención despatologizadora. Es la opción probablemente menos mala, pero igual es bastante inviable. Recordaba en un artículo Guillermo Rendueles como se

reían los médicos de Atención Primaria a los que supervisaba cuando les preguntaba, aparentemente incrédulo, porque se seguían incrementando las derivaciones a Salud Mental: porque no tenían tiempo. Y según el servicio de salud del cual dependas puedes tener suerte si te atiende de forma continuada el mismo médico de Atención Primaria.

Parece más frecuente, por lo menos en servicios de salud como el madrileño donde se hace un uso acrítico de la libre elección de profesional (libre elección de profesional no implica elección en libertad, dado que la elección en libertad implica una ponderación sensata del adecuado conocimiento de un tema en cuestión, mientras que el cortoplacismo del cerebro con respecto a su propio sufrimiento posiblemente favorezca más el libertinaje. Hablando en plata: “ése me da benzos”), que la persona sufre opte por el cambio de profesional. Es probable que incluso un profesional con las mismas creencias al respecto de la *indicación de no tratamiento* y que atienda de novo a una persona que ha solicitado un nuevo profesional tras una experiencia insatisfactoria previa pueda ser más proclive a la dispensación de una atención farmacológica y/o psicoterapéutica que el primer profesional descartó de forma correcta ante un mayor riesgo de iatrogenia. Sin embargo, también es posible que la persona sea atendida por un profesional de corte más biologicista. Desde luego será más proclive a darle medicación, cuestionando de forma implícita, si no lo hace también de forma explícita, la *indicación de no tratamiento*. Aunque el problema no requiera tratamiento, aunque sea más iatrogénica que beneficiosa la aplicación del mismo, la desautorización de la *indicación de no tratamiento* probablemente conlleve para esa persona su interiorización como “objeto interno malo”. Incluso cuando en episodios posteriores pudiera ser necesaria una nueva *indicación de no tratamiento*, ¿cómo podría aceptarla de nuevo la persona si ya ha habido una desautorización a la misma por un segundo profesional que al final terminó prescribiendo medicación o indicando una psicoterapia? Para mí ese riesgo de desautorización de la *indicación de no tratamiento* supone un riesgo mucho mayor que mantener a la persona en seguimiento alguna consulta más intentando patologizar lo menos posible hasta que se resuelve su proceso de crisis.

Otra opción posible es que ante la no resolución del cuadro para el cual se realizó la *indicación de no tratamiento* la persona recurra a psiquiatras o psicólogos de práctica privada, a ONGs o a centros formativos de atención gratuita o de aportación reducida. Como se explica en el apartado de las iatrogenias, allí donde puede haber un conflicto de intereses del terapeuta por motivos económicos o formativos es más probable que se inicie un tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico que termine desautorizando, al menos de forma implícita, la *indicación de no tratamiento* realizada en la sanidad pública. Además, en la práctica privada tampoco se atiende a los criterios de equidad en el acceso a los recursos, si bien en centros formativos o en ONGs con mayor demanda que oferta posiblemente sea más fácil que se priorice la atención a personas que presentan un trastorno mental susceptible de tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico frente a personas que sufren un *trastorno (des)adaptativo* con una efectividad cuestionable del tratamiento o incluso con un riesgo de iatrogenia por la intervención especializada.

Por lo descrito, considero que existe un riesgo inherente de psiquiatrización o psicologización posterior a la *indicación de no tratamiento* que no debemos soslayar. No debemos caer en el error de pensar que está todo solucionado y que se ha fomentado la autonomía de la persona previniendo toda posible iatrogenia. La búsqueda de soluciones ante el sufrimiento se abre camino, es un proceso adaptativo, aunque conlleve complicaciones si la solución encontrada no está adaptada a lo que la persona necesita.

El efecto placebo de tratar y el efecto nocebo de no hacerlo

En una sociedad tan psiquiatrizada y psicologizada como la occidental, donde es habitual la intolerancia al sufrimiento y la búsqueda de “balas mágicas” que blinden a la persona ante el sufrimiento porque se percibe el mismo como algo a evitar, como una enfermedad en sí misma, las personas que atendemos en Salud Mental o sus acompañantes y familiares pueden con una alta frecuencia plantear la necesidad de un tratamiento ansiolítico porque catalogan su padecimiento como ansiedad o pueden plantear un tratamiento antidepresivo porque catalogan el padecimiento como depresión. Como he ido planteando con anterioridad, la evaluación clínica crítica de muchos de estos cuadros catalogados de depresión o ansiedad conlleva una sospecha diagnóstica dentro del ámbito de los *trastornos (des)adaptativos*.

En no pocas ocasiones en estas personas se puede constatar que a lo largo de la entrevista, al ir poniendo en relación la existencia de problemas en su vida diaria con aquello que esas personas o sus familiares o allegados etiquetan como síntomas, se va produciendo un cambio en su catalogación de los mismos, pudiendo aceptar la definición del profesional al respecto de que son quejas o *señales de alarma* más que síntomas, e incluso pudiendo llegar a reconocer que podrían no requerir tratamiento farmacológico. Sin embargo esto no ocurre siempre, habiendo otros muchos casos donde las personas sufrientes o sus familiares siguen a pesar de la *intervención despatologizadora* instalados en la idea de la necesidad de un tratamiento farmacológico. También puede darse el caso de que las personas y sus familiares localicen mediante la entrevista más aspectos que confirmen su consideración al respecto de estar padeciendo una enfermedad, fortaleciéndose la creencia de la necesidad de fármacos para resolver o paliar su cuadro clínico.

Ante esto parece necesario sondear con las personas que atendemos en consulta y sus acompañantes su idea con respecto a qué clase de ayuda pueden necesitar. De forma ideal convendría preguntar cuál era su idea inicial con respecto a la necesidad del empleo de psicofármacos o de psicoterapia y si esa idea inicial ha cambiado durante el desarrollo de la entrevista, dado que sus respuestas ayudarían a ir generándonos un cuerpo de evidencia con respecto a si en nuestras entrevistas con pacientes con *trastornos (des)adaptativos* “despatologizamos” o “patologizamos”.

También parece importante el poder abordar las expectativas con respecto al resultado del tratamiento. Hay personas que pueden venir a consulta con una idea prefijada con respecto a lo que pueden necesitar, pero que pueden aceptar e incluso convencerse de la no necesidad de tratamiento para abordar su *trastorno (des)adaptativo*. Sin embargo otras personas presentan una ideación sobrevalorada en relación a lo que esperan alcanzar con el tratamiento que esperan recibir. Esa ideación puede ejercer como una suerte de *profecía autocumplidora* en la evolución del cuadro que padece la persona. Si la persona está convencida de que con medicación mejorará y de que sin medicación no mejorará hay que considerar que todo cambio que necesite realizar para avanzar en su proceso de resolución de la crisis será facilitado si damos medicación y será obstaculizado si no la damos. ¿Eso qué quiere decir a efectos prácticos? Quiere decir que no tiene sentido el ponerse a discutir con esa persona que presenta una ideación sobrevalorada porque lo más probable es que pierdas el tiempo y la confianza de la persona. La terapia centrada en soluciones plantea que lo importante es conseguir el objetivo, no el procedimiento mediante el cual se alcanza el objetivo. Estoy parcialmente de acuerdo, porque en lo que respecta a los *trastornos (des)adaptativos* creo importante la psicoeducación al respecto de la habitual no necesidad de recurrencia a la medicación o a la psicoterapia.

Yo propugno que si la toma de medicación va, por muy sobrevalorada que sea la expectativa, a favorecer el *impulso de cambio*, habrá que utilizarla como motor de cambio, aunque no sea coherente a nivel fisiopatológico. El cambio es más actitudinal que fisiológico. Otra cosa es que podamos minimizar los efectos secundarios empleando dosis bajas o durante periodos de tiempo breve. Sin embargo considero que tras la resolución del cuadro es necesario cerrar la intervención planteando seriamente a la persona el efecto placebo: si mejoró fue porque hizo cambios, no porque la medicación le ayudó a hacer cambios. Puede ser útil la siguiente frase: “Como no les dijeron que era imposible lo hicieron”. Se le puede plantear que tomar medicación le ayudó a pensar que el cambio no era imposible. Ahora bien, a pesar de ese necesario cierre, habrá personas que mejorarán y en las que se habrá reforzado más la idea sobrevalorada con respecto a la intervención deseada y recibida.

Tras la entrevista nos podemos encontrar con una casuística variada de personas atendidas.

Aquellas personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* y que consideran que no necesitan un abordaje farmacológico o psicoterapéutico, y para cuyo problema consideramos que no es necesario emplear tratamiento alguno que favorezca el avance hacia la resolución de la crisis. Estas son las personas con *trastorno (des)adaptativo* ideales.

Continuamos con aquellas personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* y que consideran que no requieren un abordaje farmacológico o psicoterapéutico, pero que presentan una situación de bloqueo tal que está interrumpido el *impulso de cambio* y por ello el proceso de resolución de la crisis, situación ante la cual el profesional considera que es necesario reducir la intensidad de su sufrimiento psíquico para estimular la reanudación exitosa de su crisis. Este tipo de personas pueden negarse a recibir tratamiento a pesar de nuestras indicaciones, pudiendo resultar útil en estos casos el establecimiento con los mismos de un contrato temporal. El objetivo sería doble. Por una parte validar tanto el derecho de la persona a no recibir tratamiento como validar sus recursos personales, su capacidad de adaptación. Por otra parte, el fijar un intervalo de tiempo sin medicar o aplicar un abordaje psicoterapéutico permite una evaluación longitudinal y no solo transversal (hay que recordar que lo ideal es tener solo una entrevista si el diagnóstico es un *trastorno (des)adaptativo*), evaluación que nos dará información tanto a la propia persona como a los profesionales de la evolución del cuadro. Va a resultar mucho más fácil para una persona aceptar un tratamiento si previamente ha aceptado la toma de medicación o el inicio de una psicoterapia si no se producía mejoría en un tiempo prefijado. Además, si en este periodo de tiempo sí se ha producido una remisión más o menos completa del cuadro, este hecho generará un empoderamiento del individuo, lo cual incrementará su percepción de autoeficacia y será un factor protector frente a hipotéticos problemas de adaptación en un futuro.

Seguimos con aquellas personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* y consideran necesario recibir medicación psiquiátrica, siendo esta creencia concordante con la estimación del profesional con respecto a la necesidad de tratamiento, bien psicofarmacológico, bien psicoterapéutico. En estos casos al estar de acuerdo la persona atendida y el profesional se facilita el manejo. Las personas sin formación en Salud Mental no suelen tener un conocimiento preciso con respecto a las recomendaciones del tratamiento de mantenimiento de los trastornos depresivos o de los trastornos de ansiedad, ni tampoco suelen tener unas expectativas con respecto a la duración del tratamiento, pudiendo aceptar por ejemplo un abordaje psicofarmacológico breve y meramente sintomático hasta la resolución de la crisis y la consiguiente desaparición de las *señales de alarma*. En estas personas el problema puede surgir

cuando se prolonga más de lo esperado en el tiempo la crisis y las *señales de alarma* perduran, dado que en ese caso las personas pueden empezar a creer erróneamente que o bien necesitan mantener más tiempo el tratamiento farmacológico o la intervención psicoterapéutica, o bien requieren el empleo de intervenciones más incisivas, o plantean la necesidad de una intervención psicoterapéutica si previamente no la habían recibido. Ese tratamiento suplementario probablemente será igual de eficaz o ineficaz que el tratamiento previo al que complementa o sustituye, porque el problema sigue estando en el afuera y la solución sigue sin ser farmacológica o psicoterapéutica. Para evitar esta situación, la cual conlleva una iatrogenia al facilitar la adopción de la creencia de enfermedad, considero adecuado el que se plantee y se remarque desde el principio de la intervención, a pesar de la narrativa compartida inicialmente con la persona, que cualquier intervención que podamos realizar tendrá un efecto esperado limitado, que no se esperan efectos diferentes entre distintas opciones terapéuticas y que es necesaria la monitorización del tratamiento. Considero que solo desde el encuadre inicial remarcando tanto las potencialidades del individuo como las limitaciones terapéuticas del empleo de los psicofármacos o la psicoterapia se podrá interrumpir con mayor facilidad un tratamiento que en un momento dado no consideremos adecuado.

Por último, están aquellas personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* y que consideran necesario recibir medicación psiquiátrica o una intervención psicoterapéutica, aunque el profesional considere que o no son necesarias o que incluso pueden ser contraproducentes. Es evidente que a pesar de nuestros argumentos y de la supuesta mayor capacidad de convicción que tenemos los profesionales de Salud Mental, no siempre nuestros interlocutores estarán de acuerdo con nosotros, lo cual en el caso de los *trastornos (des)adaptativos* llevará a un desacuerdo con respecto a lo que podemos ofrecer a estas personas. A mí me ayuda diferenciar entre dos tipos de personas que muestran su desacuerdo con respecto a la *indicación de no tratamiento* en este tipo de procesos, los “razonables” y los “irracionales”.

Con una persona “razonable” es posible exponer los argumentos propios aunque esa persona no los acepte e insista en la necesidad de un abordaje farmacológico o psicoterapéutico. Siempre asumiendo que los trabajadores de Salud Mental no somos meros “dispensadores de servicios” sino profesionales con más experiencia en nuestro campo que las personas a las cuales atendemos, se debe recordar que la indicación de cualquier abordaje es decisión final nuestra y no de nuestro interlocutor. Teniendo esto en cuenta, creo que ante un desacuerdo con una persona “razonable” es conveniente explorar sus razones, reconocer que el criterio profesional no siempre es infalible y explorar con la persona las hipotéticas consecuencias que considera que puede tener sobre ella tomar una medicación o recibir una terapia psicológica que consideramos que no necesita o no tomar una medicación que ella considera que sí necesita. Se puede pactar con la persona postergar la decisión con respecto a la intervención hasta una nueva cita cercana en el tiempo o establecer un contrato con respecto a las medidas a adoptar o postergando las mismas, con una monitorización prefijada de los resultados. La metacomunicación facilita sin duda la relación terapéutica. Tanto si aceptamos la petición de la persona y le va bien, como si la aceptamos y no mejora, como si no aceptamos su petición y mejora, o si no la aceptamos y al no mejorar aceptamos su petición, eso probablemente redunde en beneficio de la persona, bien porque descubre que realmente no necesita ayuda ante determinados problemas de la vida, bien porque confirma que ante determinadas situaciones sí necesita ayuda. Hay que remarcar que los profesionales no somos infalibles, que la atención sanitaria va avanzando hacia un modelo de toma conjunta de decisiones y que en cuestión de dinámicas relacionales, incluso en las relaciones asimétricas profesional-paciente, muchas veces ceder es ganar. Con una persona

“razonable” incluso es negociable el empleo de intervenciones que de antemano consideremos no provechosas y que sean de carácter leve y transitorio (ya no solo por aspectos fisiológicos, sino por la sospecha de que pudiera la medicación interrumpir el *impulso de cambio*).

Diferente es la intervención ante una persona “irracional” que no permite un dialogo constructivo al respecto de la necesidad o no de un tratamiento ante un *trastorno (des)adaptativo*. Considero que siempre es necesario negociar, si bien los profesionales de Salud Mental tendemos a apreciar con prontitud cuando una conversación no va a ser fructífera. Creo que es importante que nos planteemos cuál puede ser el siguiente paso de una persona “irracional” disconforme ante la *indicación de no tratamiento*. Podría ponernos una reclamación. ¿Tenemos conocimiento de cómo se actúa en nuestro dispositivo ante una reclamación así? Si la respuesta es que “el cliente siempre tiene razón” igual el profesional se puede ahorrar la reclamación. Ahora bien, si el profesional cede ante una petición inadecuada porque sabe que el sistema fallará en favor del demandante, creo necesario consignar en la historia clínica nuestra reticencia y los resultados esperables. Por desgracia para esa persona “irracional”, la “barra libre” que suponen la acrítica libertad de elección de profesional y algunos fenómenos característicos de nuestro sistema de Atención Primaria como son la alta rotación, el tiempo reducido de consulta y la habitual falta de empoderamiento de los médicos generalistas ante los problemas concernientes a la Salud Mental, originan que exista una elevadísima posibilidad de que una persona que insista en recibir un psicofármaco y/o ser derivado a Psicología lo consiga, aunque no lo necesite y aunque sea incluso perjudicial para él. Es duro admitirlo, pero el modelo actual de atención favorece el que una persona que quiere recibir una atención “psi” la reciba a pesar de la negativa justificada de un profesional de Salud Mental.

Cuando la persona ya tiene un terapeuta particular

En ocasiones una persona que sufre un *trastorno (des)adaptativo* es derivada a Salud Mental para ser atendido por Psicología o Psiquiatría a pesar de tener a nivel privado o por otras circunstancias un seguimiento y tratamiento por un psicólogo o por un psiquiatra. Como ya se planteó en el apartado referente a las iatrogenias, no es inusual que una persona que es atendida previamente en un sitio ajeno a un dispositivo público de Salud Mental reciba un tratamiento que para los estándares de la sanidad pública no está debidamente justificado para aquellas personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo*. En estos casos hay que recordar que tanto la sensatez clínica, la equidad profesional y los criterios economicistas de la administración sanitaria suelen coincidir en el planteamiento de que ante un *trastorno (des)adaptativo* sin criterios de evolución tórpida lo mejor para esa persona y para el mantenimiento del sistema sanitario es realizar una intervención breve, despatologizadora, centrada en la resolución de la crisis y no cronificadora, siendo el objetivo dar de alta a la persona siempre y cuando existan razones clínicas para pensar que la persona está orientada en la dirección del cambio. El que un profesional del ámbito privado, formado o no en el sistema nacional de salud, considere que debe continuarse una intervención sobre esa persona, no tiene por qué condicionar nuestra decisión al respecto de trabajar en la búsqueda de la resolución de la crisis y en la *indicación de no tratamiento* de esa persona. Los profesionales que deben determinar la indicación de los distintos tratamientos “psi” que reciben las personas que acuden a los servicios públicos de Salud Mental son única y exclusivamente los propios psicólogos clínicos y psiquiatras que trabajan en esos dispositivos, los cuales tienen amplia experiencia en el manejo de personas que presentan *trastornos (des)adaptativos*.

Como he referido previamente, si no hay criterios o factores de riesgo de evolución tórpida el paciente no debe permanecer en seguimiento en Salud Mental, dado que la posibilidad de iatrogenia se incrementa y el riesgo de psiquiatrización y/o psicologización de los cuadros fronterizos, como son los *trastornos (des)adaptativos*, es muy elevado. Sin duda, si hay una opinión dispar por parte del profesional que atendió previamente a esa persona, esto puede generar perplejidad, malestar e incluso enfado en las personas que atendemos o sus familiares: “Pues mi psiquiatra me dijo que estaba muy mal y requería tratamiento”, “si es que los trabajadores públicos son unos vagos”, “yo pago mis impuestos”, “yo pago tu sueldo”, “no tienes ni p... idea” o “te voy a poner una reclamación” son contestaciones posibles y afortunadamente inusuales de aquellas personas o familiares particularmente querulantes que creen tener el derecho a ser atendidos porque o tenían de antes terapeuta o han aceptado de psiquiatras o psicólogos particulares una narrativa con respecto a su *proceso desadaptativo* que no solo es errónea, sino que es con mucha frecuencia perjudicial a medio y largo plazo. Flaco favor se realiza a una persona si se le administra un tratamiento farmacológico o una psicoterapia que no requiere, y por ello nuestro posicionamiento debe ser firme en lo posible, pero no suicida, incluso recurriendo si es posible al amparo de nuestros superiores para defender nuestro criterio clínico, al menos tan válido a nivel diagnóstico como el de cualquiera, y potencialmente más ético que el de profesionales que podrían beneficiarse directamente de seguir prestando atención a esas personas y fomentar su rol como pacientes.

En estas circunstancias donde se encuentran en polos opuestos las narrativas con respecto al diagnóstico y a la necesidad de tratamiento entre el profesional de la red pública de Salud Mental y la persona a la que atiende en consulta, opto por no entrar en una confrontación abierta ni con la persona ni contra el criterio dispar de otros profesionales a no ser que se pueda vislumbrar un marcado abuso y aprovechamiento sobre la persona que está sufriendo. Ahora bien, no entrar en una confrontación abierta no implica necesariamente ceder, sino respetar su punto de vista pero remarcando el propio.

Empleo del lenguaje

Los abordajes terapéuticos narrativos nos han enseñado que es muy importante el manejo de un lenguaje adecuado para no consolidar la creencia en la existencia de la patología y para favorecer los cambios ante los sucesivos problemas que nos pueden acontecer en la vida. Así, autores como O’Hanlon o Epston y White han planteado con mayor profundidad como debe emplearse el lenguaje para estimular los cambios.

Nótese que en este texto he intentado retirar la etiqueta de pacientes a las personas que atendemos que sufren *trastornos (des)adaptativos*. Desde los recursos de rehabilitación se anima a referirse a las personas que atendemos como usuarios. En la terapia centrada en soluciones se les denomina clientes. En el contexto de la sanidad pública prefiero emplear el término personas. Atendemos personas, no son clientes, término que en castellano presentan a mi juicio una connotación negativa al respecto de la relación terapéutica. Tampoco considero que se les deba considerar usuarios dado que prefiero emplear ese término para aquellas personas que requieren un uso mantenido de los recursos. Para mí, las personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* deberían tener el mínimo contacto que necesiten con la red de Salud Mental para no cronificar sus problemas y es más sensato identificarlas solo como “personas”.

Además, no me gusta el empleo de la palabra síntoma para describir las experiencias diferentes que está teniendo la persona. Síntoma implica enfermedad. Prefiero emplear el término *señales de alarma*. Así: “Yo no creo que eso sean síntomas, aunque tú puedas considerarlos así. Para mí son *señales de alarma*. *Señales de alarma* que emite tu cerebro para avisarte de que estás en una situación complicada y que las cosas tienen que cambiar. Creo que mientras sigas con el problema tendrás estas *señales de alarma*, las cuales pueden ser muy desagradables e incluso se incrementarán si te sumerges más en el problema, pero creo que desaparecerán si cesa esta situación porque tu cerebro entonces no tendrá que recordarte que hay algo, algo que no está en ti, que marcha mal”.

Existe un problema a la hora de plantear un diagnóstico que entienda otro médico con menor formación en Salud Mental o que pueda ser comprensible de cara a entregar un informe en el trabajo o ante un juez. Podemos clasificar lo que le ocurre con el código y el nombre de trastorno de adaptación o trastorno adaptativo, si bien por una parte si algo es adaptativo no puede ser un trastorno y por otra parte si se considera que está en la frontera entre la salud y la enfermedad mental no tendría sentido ponerle un nombre, “trastorno”, que consolida la idea de enfermedad. A lo largo del texto he utilizado el término *trastorno (des)adaptativo*, pero creo que sería más adecuado, a la par que más incomprensible para los legos en la materia, el término *proceso de desadaptación*, u otro término similar que excluya la palabra “trastorno”.

Como recogen O’Hanlon, Weiner-Davis, Epston y White y tantos y tantos otros, la entrevista debe partir de la idea príncips constructivista: “las realidades se construyen a través del lenguaje”. Tenemos que construir una narrativa de cambio que sea compartida con la persona a la que atendemos y que es ni más ni menos una persona con un problema real que tiene *señales de alarma* de distinto tipo como consecuencia del mantenimiento en una situación de crisis sin resolver. Así, además de desterrar términos como “paciente”, “síntoma” o “enfermedad”, debemos cuestionar y evitar en lo posible focalizarnos en el pasado y en aquellos aspectos que bloquean la situación. Como dirían en la terapia centrada en soluciones, pasar de una narrativa centrada en los problemas o en las causas a una narrativa centrada en las soluciones.

Es cierto que hay que explorar psicopatológicamente a la persona en busca de síntomas de una endogenicidad oculta y se debe explorar cual es el alcance y la intensidad de las *señales de alarma*, aunque sea para evitar iatrogenias como la derivación a Neurología y la realización de pruebas complementarias para, por ejemplo, un despistaje adecuado de un deterioro cognitivo, dado que una buena exploración en Atención Primaria o en Salud Mental puede también descartar con gran fiabilidad patología orgánica como el deterioro cognitivo. Pero esa exploración inicial en una persona en la que sospechamos la presencia de un *trastorno (des)adaptativo* debe ser seguida siempre por la co-construcción de una narrativa de cambio.

Con frecuencia es preciso reconducir a las personas porque se centran en las *señales de alarma* y en sus causas o porque entran en una sucesión de *pensamientos sin solución*, dado que en estos casos la solución, de haberla, está en la acción.

Epston y White fueron los primeros autores que yo leí que referían que las personas acudían a consulta con *narrativas saturadas de problemas*, focalizándose en todo lo que iba mal. Ellos abogaban por el estudio sistemático de las *soluciones intentadas* y de los *acontecimientos extraordinarios*. Encontraban que las personas que atendían aplicaban de distintas formas las mismas soluciones fallidas y, a pesar de que todos sus intentos de cambio iban en la misma dirección, una dirección que se había mostrado errada varias veces, planteaban que habían hecho todas las cosas que se podían hacer. No apuntaban en otra dirección. Cuando exploro con

las personas a las que atiendo las *soluciones intentadas*, encuentro lo mismo que Epston y White. Suelo entonces decir dos frases: “el hombre es el único animal que tropieza dos millones de veces con la misma piedra” y “dicen que un tío que se llamaba Albert Einstein comentaba que si quieres los mismos resultados haz siempre lo mismo, pero que si quieres resultados distintos debes hacer cosas distintas. Pero bueno, esto lo decía un tal Einstein, que no era psiquiatra ni psicólogo”. La recurrencia a la broma para favorecer una huella mnésica que facilite el cambio es muy característica de la terapia sistémica y parece ser bastante efectiva.

Además, Epston y White se afanaban en encontrar *acontecimientos extraordinarios*, ocasiones igual ignoradas pero siempre infravaloradas en las cuales un cambio conductual había inducido un cambio de resultado. El equipo de O’Hanlon también plantea que dar mucha importancia a esas ocasiones en que todo fue mejor, remarcándoselo a las personas que atendemos e intentando que no dejen en una anécdota lo que hicieron entonces, sino que lo hagan más para ver si se repite el resultado positivo, es un buen y eficaz motor de cambio. Aunque estamos hablando de autores que refieren hacer psicoterapia, con independencia de cómo lo llamen lo cierto es que parece que obtienen resultados rápidos igual incluso en una única sesión en muchas personas, las cuales, por la descripción que hacen de sus casos, pueden ser consideradas dentro del concepto de *trastornos (des)adaptativos*.

El equipo de O’Hanlon plantea que el lenguaje debe emplearse de forma que la resolución del problema no sea un condicional, una posibilidad, sino un hecho cierto aunque no haya ocurrido todavía. No dirían: “si llegaras a estar mejor...”. Dirían: “cuando estés mejor que vas a estar haciendo”. Emplean estrategias como la proyección a futuro, precisamente para comprobar que cosas podría hacer la persona que podrían ayudarle a salir de su situación actual. Un aspecto importante es la normalización. “¿Cómo no voy a tener una enfermedad mental si me siento mal y pienso en hacerme daño o en pegarle una hostia a alguien?”. Muchas veces ante una pregunta así yo les pregunto cómo creen que deberían estar ante situaciones así. También pregunto cómo lo lleva otra gente. Si otra gente lo lleva igual o peor que esa persona y parece que nuestro interlocutor puede “encajar” bien se puede plantear: “sois más con enfermedad mental que sanos”. No es una frase que siempre se pueda emplear. Otras veces puedo plantear que imaginen como estaría yo, de profesión profesional de la Salud Mental, en esa situación. Eso permite ver la existencia de ideas sobrevaloradas al respecto suyo o de los demás. Muchas personas que realizan esa tarea reconocen que incluso un profesional estaría fastidiado si viviera la misma situación. Puede ser terapéutico proseguir la tarea pidiéndoles que imaginen que pronóstico tendría la situación y que consejos me darían si en ese contexto empezara a realizar conductas de enfermedad o si empezara a hacer conductas de salud. “Y eso que me dices que podría hacer yo en esta situación, ¿qué te impide hacerlo?”. En pacientes hipercríticos hacia sí mismo y que se sienten culpables por lo que consideran que son reacciones propias desmedidas, cuando en esa tarea plantean que el otro ideal no reaccionaría de ninguna manera, se les puede plantear de forma controladamente tajante: “Sí claro, y entonces tú crees que yo, profesional de la Salud Mental, pondría la otra mejilla”, o “Es decir, me comportaría como el santo Job”. Si la respuesta es comprensible aunque intensa porque la situación es muy anómala hay que generar un mensaje potente y normalizador que signifique: “lo que tú sientes o tus conductas son normales”.

Más concretamente refiriéndome a un modelo público y gratuito de Salud Mental, donde es frecuente el recurso tanto a la valoración psiquiátrica y al empleo de medicación, veo necesario remarcar varios aspectos:

- La necesidad de la despsiquiatrización: muchas personas agradecen mucho un mensaje como el que sigue: “Yo soy psiquiatra. Muchas personas cuando vienen aquí piensan que las mandan aquí porque tienen una enfermedad mental o porque están locas. Pero no. Los psiquiatras diagnosticamos si alguien tiene una enfermedad mental y tú no la tienes. Tú no estás loco. Pero tienes un problema de c... (grande). Eso es real. Es una crisis y las *señales de alarma* te martirizaran... mientras dure la crisis. ¿Quieres estar mejor? Haz que cambie”. Les alivia la sentencia profesional de que son personas normales con respuestas intensas a situaciones insensatas y que alguien les diga que no están “locos”.
- La necesidad de un diagnóstico: el diagnóstico es inevitable en la sanidad pública. A mí me gusta explicar que no tienen ni una depresión ni un trastorno de ansiedad y que no permitan que nadie diga que tienen una depresión o un trastorno de ansiedad. “A una respuesta así a una situación tan enloquecedora la llamamos trastorno adaptativo. El diagnóstico se refiere a ti pero lo que está loca en todo caso es la situación... o tu relación con la situación”. Como ya referí en otro apartado de este texto me preocupa que varios casos de *trastorno (des)adaptativo* sufridos por la misma persona puedan condicionar un diagnóstico de endogenicidad psiquiátrica y un tratamiento de por vida.
- La necesidad de explicar la medicación: por ejemplo: “Como ya te he comentado, la medicación puede intentar aliviarte las *señales de alarma*. Pero tu problema no son esas *señales de alarma*, sino la situación sin resolver. Seguro que cuando la situación se resuelva no necesitarás la toma de medicación”.

Exploración de conducta y entorno

En la línea salutífera impulsada por Milton Erickson en relación a que las personas tienden a la salud y a ser expertas en lo que les viene bien, sus seguidores recomiendan huir de los consejos, pero exploran con detenimiento que conductas o actividades realizaba esa persona cuando estaba bien, cuales realiza ahora que se encuentra mal y cuales piensa que realizará cuando se encuentre bien. Algunos profesionales llaman a esto *conductas de salud* y *conductas de enfermedad*. Las *conductas de salud* son las que se hacen cuando uno se encuentra bien. Las *conductas de enfermedad* son las que se hacen cuando uno se encuentra mal. El señalamiento a las personas de esas *conductas de salud y enfermedad* y la recomendación al respecto de que dejen de practicar las *conductas de enfermedad* y empiecen a realizar las *conductas de salud* es una estrategia que favorece también el cambio.

Dice el psicoterapeuta Teodoro Herranz que Jacob Levy Moreno, creador del psicodrama, empleaba con las personas que atendía lo que denominaba *átomo social*. Les pedía que dibujaran una circunferencia y, poniendo una representación de sí mismos en medio, pusieran a menor o mayor distancia en función de la cercanía o lejanía a las personas, actividades o situaciones importantes en su vida. Luego les pedía que pusiera una flecha para afuera si esa persona, actividad o situación ahora les generaba daño, así como una flecha hacia adentro si esa persona, actividad o situación ahora les generaba bienestar. Según Teodoro Herranz la mayor parte de las personas a las que atendía Jacob Levy Moreno tenían un mismo esquema: tenían muy cerca de sí lo que les generaba daño y más alejado lo que les hacía bien. La solución era

sencilla: alejar lo que generaba daño y acercar lo que les hacía bien. Evidentemente es muy simplista y su asunción al pie de la letra puede provocar que personas con personalidades inmaduras intenten retirarse de sus obligaciones y quedarse solo con los aspectos más dionisiacos de la vida, pero el recurso al *átomo social* puede servir para la identificación del patrón de asunción de las conductas de enfermedad y del habitual abandono de aquellos aspectos de nuestra vida que nos equilibran cuando podemos empezar a encontrarnos mal. También permite identificar específicamente a aquellas personas o actividades que son beneficiosas para el adecuado desarrollo de esa persona.

La identificación en la persona de un patrón de abandono de actividades, conlleva la recomendación de activación conductual. Se debe insistir en que sin activación conductual no hay cambio posible y que sin cambio no hay una solución factible al *trastorno (des)adaptativo*. Muchas veces la instauración en el no cambio tiene que ver con la expectativa desacertada con respecto a que el cambio va a tener lugar porque otra persona lo va a propiciar. Las expectativas poco probables pueden incluir el retorno de la pareja a la relación aunque no haya habido petición de perdón o acercamiento, la readmisión en el puesto de trabajo previo o en las condiciones previas, la desaparición de la persona o personas a las que se acusa de acoso, el cambio para bien sin motivo alguno de una pareja violenta, la consecución de un trabajo sin buscarlo, o que los familiares se vayan de su propia casa y lo dejen a uno en paz. Se debe insistir en que el cambio puede ocurrir sin la participación de uno, “también puedes salir a la calle y encontrar un boleto extraviado con el premio del Euromillón”, pero que, “siendo francos”, parece más probable si es la propia persona que sufre la que inicia y avanza en el proceso de cambio que ella elija.

Terapia centrada en soluciones

En este apartado se enumeran estrategias terapéuticas que los expertos en la terapia centrada en soluciones William Hudson O`Hanlon y Michelle Weiner-Davis exponen en su libro “*En busca de soluciones. Un enfoque en psicoterapia*”, que es posible encontrar en castellano en la colección Paidós Terapia Familiar.

Este libro, ameno, comprensible y fácil de leer, es sumamente recomendable para todo aquel profesional que se plantee estimular el cambio en las personas que atiende que están aquejadas de un *trastorno (des)adaptativo*.

Estas estrategias de uso recomendable con las personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* son:

- Normalizar y despatologizar.
- Co-construir con la persona atendida objetivos alcanzables en forma de conductas concretas objetivables y modificables.
- Referirse al cambio como una certeza, no como una posibilidad.
- Presuponer que el cambio ya se ha iniciado.
- Dar por seguro que el cambio es inevitable, preguntando por lo que ocurrirá cuando el cambio acontezca.
- Hablar del problema en tiempo pasado y de la solución en tiempo presente o futuro.

- Emplear el lenguaje en positivo, evitando el lenguaje en negativo (p.e. “cuando estás contento” vs “cuando no estás triste”).
- Explorar con detenimiento tanto las soluciones intentadas como los consejos aportados por sus personas significativas para descartar líneas de intervención ineficaces o poco deseables para la persona atendida.
- Explorar con detenimiento las excepciones para encontrar los recursos personales útiles para superar el problema.
- Buscar en otros contextos vitales de la persona las capacidades y el “saber cómo hacer” que se necesita para resolver su problema.

¿Cuándo es necesario iniciar una psicoterapia en un trastorno (des)adaptativo?

Sin duda este será otro apartado muy polémico. Evidentemente la respuesta no puede ser: “Nunca”.

Posiblemente sea más fácil llegar a un acuerdo entre los distintos profesionales en aquellos casos donde el diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo* sea el único. Es decir, en una persona que nunca ha tenido mayores problemas psíquicos y que en relación a un factor estresante aislado tiene *señales de alarma* constitutivas de un *trastorno (des)adaptativo*, pero no presenta síntomas de enfermedades del antiguo eje I o de rasgos marcados o abierta caracteriopatía que formen parte constituyente de un trastorno de personalidad, no debería ser de entrada candidato a recibir un tratamiento psicoterapéutico.

Ya he hecho mención en otra parte del texto que en el caso de cuadros claramente reactivos que terminan presentando psicosis autolimitada, sobre todo si esto sucede más de una vez y los síntomas psicóticos generan sufrimiento, alteración conductual y alteración del funcionamiento, yo sí aprecio la situación de la suficiente gravedad como para realizar un trabajo psicoterapéutico que evalúe y aborde los factores precipitantes que conllevan la precipitación de la psicosis.

En aquellos casos donde el *trastorno (des)adaptativo* sea comórbido con trastornos de personalidad o con enfermedades mentales sí considero necesario el abordaje terapéutico. También en aquellos casos en los cuales lo que se ha producido ha sido un patrón de abuso no esporádico y ansiolítico de sustancias para disminuir la vivencia desagradable de las *señales de alarma*. Me preocupa el riesgo de que un abuso de sustancias ansiolítico termine evolucionando hacia una dependencia a sustancias al aprender la persona que lo realiza que el consumo es una vía fácil y rápida para disminuir el malestar. El cerebro, en lo que respecta a su sufrimiento es muy cortoplacista y no contempla el largo plazo. Comenta con frecuencia el psicólogo Juan José Belloso que le sorprende la escasa cantidad de pacientes con trastorno mental grave que realizan una psicoterapia reglada por parte de un psicólogo clínico. A mí también me sorprende, y no solo porque la psicoeducación, el trabajo con los sesgos cognitivos, el abordaje metacognitivo de la clínica psicótica y el abordaje conductual de hábitos inadecuados es muy importante, sino porque probablemente los pacientes con trastorno mental grave estén más en riesgo de sufrir *trastornos (des)adaptativos* y porque esto confiere un mayor riesgo ya no solo de descompensación sino de recibir más medicación de la que realmente puedan necesitar.

Sin embargo, estoy en contra de la tendencia actual de “poner un psicólogo en tu vida” cuando alguien presenta *señales de alarma* ante procesos médicos o quirúrgicos. No es sensato que una mujer sea atendida en Salud Mental si le acaban de diagnosticar un cáncer de mama solo por el hecho de haber recibido un diagnóstico de una enfermedad. Hay derivaciones que se producen con una finalidad que parece casi preventiva, “para evitar que se deprima”. Si bien no hay que olvidar que las personas con enfermedades orgánicas tienen un mayor riesgo de experimentar depresión o ansiedad y que ese riesgo se incrementa a mayor número de comorbilidades, no todas las personas, por muy enfermas que estén, desarrollan síntomas ansioso-depresivos o *señales de alarma* características de un *trastorno (des)adaptativo*. En la Interconsulta Hospitalaria es frecuente encontrar una primera interacción con la persona atendida similar a la siguiente: “Me muero de dolor, ¿para qué quiero yo un psiquiatra?”. De hecho, las *consultas sin patología* son una constante de la atención psiquiátrica a los pacientes ingresados en otros servicios. En otras ocasiones una persona con una enfermedad orgánica o en espera de ser intervenido quirúrgicamente o tras una operación sí tiene un *trastorno (des)adaptativo*. Habrá que explorar con detenimiento si lo que presenta no es realmente un proceso endógeno, pero si lo que se confirma es que sufre un *trastorno (des)adaptativo*, no por ello debe recibir ni un seguimiento ni un tratamiento con psicofármacos o con psicoterapia. Solo en aquellos casos donde existan aspectos del cuadro que presenta la persona que justifiquen, incluso para una persona que no padece una enfermedad orgánica, el inicio de una intervención psicoterapéutica, tiene sentido empezar una psicoterapia.

En personas que presentan solo un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo* hay características que hacen pensar en que el cuadro no se va a resolver de forma satisfactoria y que por ello la situación y el malestar generado por las *señales de alarma* va a continuar. Desde mi punto de vista deben valorarse la duración de la situación inevitable, el número de desencadenantes, la capacidad real de influencia de esa persona en la situación y el proceso de cambio.

- Duración de la situación inevitable: hay que considerar si la situación parece que va a ser limitada en el tiempo o si parece que va a mantenerse en el tiempo. Así, no es lo mismo un cuadro que surge ante la inminencia de un suceso que tiene una duración limitada con un principio y un fin definidos, que un cuadro que surge ante una situación inevitable que podría prolongarse mucho en el tiempo y del cual no es posible conocer su duración estimada. Que te operen en unas semanas de un proceso que puede ser maligno puede implicar que la persona padezca una enfermedad orgánica grave, pero en unas semanas se podrá saber el resultado y podrían desaparecer las *señales de alarma* ante un resultado satisfactorio, o desaparecer o atenuarse las mismas ante un diagnóstico malo pero frente al cual se ofrecen unas menores o mayores posibilidades de tratamiento, lo que permite una reducción de las angustias de control. Sin embargo, tener que cuidar a una persona que se ha quedado parapléjica y con una gran limitación funcional pero para la cual no existe un pronóstico infausto, no pone en peligro la vida del cuidador que presenta un *trastorno (des)adaptativo*, pero la acumulación en el tiempo de la tarea relacionada con el origen del sufrimiento puede terminar siendo mucho más lesiva a nivel psíquico. A fin de cuentas, unas gotas de agua que caen en el mismo sitio durante mucho tiempo terminarán horadando una roca.

Me inclinaría más hacia una actitud no intervencionista en lo psicoterapéutico (y también en lo farmacológico) cuando se espera un final de la situación crítica, mientras que en aquellos casos con una duración incierta, fundamentalmente en aquellos casos que tengan como protagonista a un cuidador de un paciente crónico cuando la estimación sea que no puede sino empeorar, me inclinaría más por la intervención, aunque solo fuera para evaluar y prevenir a la persona de aquellos aspectos más relacionados con la sobrecarga del cuidador crónico y que ha descrito de forma clara Frank Pittman en lo que denominó *crisis de desvalimiento*.

- Número de desencadenantes: el *trastorno (des)adaptativo* tiende a ser más complejo, como le ocurre por ejemplo al duelo migratorio, conforme hay un mayor número de aspectos alterados. Si solo se afectan los aspectos laborales se puede compensar más fácilmente recurriendo a aquellos aspectos vitales que tengan un funcionamiento no alterado, pero si están afectados los aspectos laborales, familiares y conyugales, por ejemplo, la capacidad compensatoria se reduce y la afectación de varios aspectos fundamentales puede generar una sinergia negativa que empeore el estado de la persona. Además habría mayor riesgo de prolongación en el tiempo porque no todos los problemas se solventarán al mismo tiempo y es posible que algunos empeoren mientras que otros mejoren de forma simultánea, por lo que es de esperar que ocurra con mayor probabilidad un bloqueo del *impulso de cambio*. Si además los aspectos variados de la vida de la persona que están afectados están intrínsecamente relacionados entre sí, como ocurre en ocasiones en conflictos en una *familia-empresa*, será más complicado el que se puedan resolver las diferentes situaciones críticas sin ayuda. No obstante, que sea más probable que la resolución no sea rápida o completa a mayor número de desencadenantes no quiere decir que eso sea así para todas las personas a las que atendemos, por lo que tendría que ser éste un aspecto a considerar juntos con otros aspectos, pero no una condición que en exclusiva justificara el inicio de un abordaje psicoterapéutico.
- Capacidad real de influencia de la persona en la situación: hay que diferenciar la capacidad de influencia que cree tener la persona de la capacidad de influencia que cualquier persona podría tener en esa situación y de la capacidad de influencia que esa persona tiene en relación a sus rasgos caracteriales, así como las características relacionales de esa persona con otras personas u otros aspectos de la vida. Habitualmente las personas que atendemos en Salud Mental tienden a considerar que tienen menos capacidad de influencia de la que en realidad tienen, y esa asunción de baja influencia probablemente influye en la aparición de las *señales de alarma*. A menor sensación de agencia, más riesgo de incremento de las angustias de control y mayor riesgo de presentar un *trastorno (des)adaptativo* y de que las *señales de alarma* del mismo sean intensas. La primera entrevista es fundamental para abordar este sesgo cognitivo y, de haberlo y ser corregido, posiblemente aumente la posibilidad de que esa persona pueda, sin requerir más ayuda, incrementar su *impulso de cambio* y solventar la situación de crisis.

En otras personas se observa que por sus propias características personales o por la manera que tienen de relacionarse con las personas o con las situaciones con las

cuales está relacionado el problema, hay tanto una menor creencia en la capacidad de influencia en la situación como una menor capacidad real de influencia dado que esas circunstancias no lo permiten. Aunque no estén diagnosticados previamente, es frecuente que el primer contacto de una persona con un trastorno de personalidad no conocido previamente sea en la forma de un *trastorno (des)adaptativo*. Hay que recordar que la propia definición de trastorno de personalidad informa de la dificultad para relacionarse con el entorno, es decir, tienen las personas que sufren un trastorno de personalidad un mayor riesgo de presentar problemas que se manifiesten como *trastornos (des)adaptativos*. Pueden ser pacientes de cualquier cluster, con una vida que puede haber estado muy controlada, limitando las posibilidades de desbordamiento al intentar ajustar el estilo de vida a las características de la persona, pero que pueden sufrir de forma inesperada cambios importantes que pueden ser incluso irreversibles y que se escapan por completo de su control y que por ello acaben presentando *señales de alarma* intensas.

En determinadas ocasiones las personas que sufren un *trastorno (des)adaptativo* no tienen ninguna o tienen escasa capacidad de influencia sobre la situación dada, por ejemplo si presentan una sobrecarga como hijos únicos al cuidado de un anciano con una enfermedad crónica y discapacitante pero no letal a corto plazo. Es cierto que en muchos casos de este tipo no se han explorado las posibles ayudas sociales que pudieran estar a su disposición, pero en otros muchos casos se ha evaluado la perspectiva social y la situación y el sufrimiento de las personas persisten. Quizás no podamos estimular un cambio conductual que haga superar una situación complicada cuando nos encontramos ante una *situación inevitable*, pero es posible que un trabajo psicoterapéutico sobre ese cuidador pueda aliviar en parte su sufrimiento crónico.

Otro aspecto a considerar tiene que ver con la situación que genera las *señales de alarma*. Así, es muy frecuente la presencia de *trastornos (des)adaptativos* en cuidadores habituales de personas que presentan alteraciones de conducta. Por ejemplo, y tal y como plantean entidades como la Fundación María Wolff, la mayor parte de las alteraciones conductuales en personas que padecen demencia tienen que ver con una interacción inadecuada que no considera las necesidades del enfermo, traduciéndose las *necesidades no cubiertas* en conductas que pueden ser más o menos disruptivas y que pueden provocar en el cuidador un *trastorno (des)adaptativo*. Si las conductas que terminan generando *señales de alarma* tienen su origen en una *relacionopatía*, es esperable que un abordaje relacional minimice la conducta etiquetada de patológica y desaparezca la situación crítica. En esa línea, el trabajo en residencias geriátricas abordando las interacciones inadecuadas ha reducido las conductas disruptivas en personas con demencia y eso, a la par que disminuye el empleo de psicofármacos en demencia (con respecto a este tema recomiendo los artículos publicados de los criterios CHROME), disminuye el malestar en los cuidadores. Yo hipotetizo que un abordaje grupal ambulatorio, con familiares cuidadores de personas con demencia que presentan conductas disruptivas, que se focalice en las interacciones entre cuidador y cuidado puede disminuir no solo las alteraciones de conducta en las personas cuidadas, sino también el sufrimiento y el consumo de psicofármacos en los cuidadores sobrecargados con quejas ansioso-depresivas o somáticas, pudiendo además prevenirse la aparición futura de *trastornos (des)adaptativos* en los cuidadores. A ese abordaje hipotético yo lo

denomino *Grupos DARC* (Dificultades en la Adquisición del Rol de Cuidador) y es una vieja aspiración mía para una Unidad de Psicogeriatría.

- El proceso de cambio: de cara a ponderar la capacidad de la persona a superar el *trastorno (des)adaptativo* que presenta se debe considerar cual es el posicionamiento de la persona dentro de la crisis en relación con el cambio. Si se acepta que el *trastorno (des)adaptativo* es una reacción, en la cual las *señales de alarma* informan de la existencia de un problema y no son el problema en sí mismo, nos interesa observar el proceso de interacción entre la persona y la situación que lo desborda, dado que la clave de la mejoría del sufrimiento estará bien en la superación de la situación desbordante, bien en la adaptación a una situación que, al menos en su interacción con la forma de ser de esa persona en concreto, es una situación patógena. Aunque la *indicación de no tratamiento* sea el punto de partida, la entrevista no siempre consigue reforzar o estimular un *impulso de cambio* que parezca lo suficientemente bueno como para ayudar a la persona a solventar la crisis. A mí me ayuda recurrir a la catalogación del proceso de la persona según los estadios propuestos por Prochaska y DiClemente. Entiendo que la primera vez que una persona acude a consulta en Salud Mental puede achacar sus problemas a otras personas, situaciones o incluso a una enfermedad mental, a pesar de que su sufrimiento pueda ser englobado dentro de los *trastornos (des)adaptativos*. Esa persona, aún en un estadio precontemplativo, requiere que se aplique una intervención que intente desbloquear su proceso de cambio. Una primera entrevista en la que a una persona que sufre un *trastorno (des)adaptativo* se le da el alta de Salud Mental a pesar de presentarse esa persona como precontemplativa para el cambio, suele ser una “patada hacia adelante” que no ayuda a solventar el proceso que sufre esa persona y puede ser más iatrogénica que terapéutica. Considero sensato dar una *oportunidad necesaria* a esa persona no orientada al cambio con al menos una segunda o incluso una tercera entrevista para intentar promover que la persona se posicione en la *senda del cambio*. Puede ocurrir que tras esas intervenciones breves no se consiga el objetivo terapéutico, momento en que debe plantearse si hay que seguir con la misma intervención, plantear una intervención psicoterapéutica o no hacer nada en absoluto.

La *indicación de no tratamiento* debe ser la norma para aquellas personas que permanezcan en un estadio precontemplativo sin ni tan siquiera plantearse hacer algún cambio que aminore su sufrimiento. No tiene sentido forzar una intervención psicoterapéutica si no hay implicación en el proceso de cambio, a no ser que se constate la presencia comórbida de un trastorno de personalidad moderado o grave. Además, tal y como planteaba Whitaker, si el terapeuta se planta obliga a un cambio en la otra parte de la diada, en la persona que acude a consulta, mientras que seguir dando citas o poner medicación por si acaso es un cambio tipo 1 que deja a la persona en la misma situación crítica.

En aquellas personas que aun intentándolo están bloqueadas en el proceso de cambio, puede estar indicada la realización de una psicoterapia. En mi casuística creo haber identificado 3 grandes grupos de situaciones en las cuales se produce un bloqueo del *impulso de cambio*: cuando en la persona el *trastorno (des)adaptativo*

asienta sobre un trastorno de personalidad de base; cuando lo marcadamente patológico es la situación, presentando la persona *señales de alarma* comprensibles ante la gravedad de la situación; y cuando el problema está en la *relacionopatía* que se establece entre una persona con rasgos marcados de personalidad pero sin criterios de caracteriopatía y una situación mala pero no necesariamente patológica. En los 3 grupos de situaciones es posible una intervención psicoterapéutica, no necesariamente la misma en cada caso. Así, en un conflicto no violento en una pareja, si una de las personas que la conforman presenta *señales de alarma* compatibles con un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo*, la mejor solución podría ser un abordaje sistémico de pareja, abordaje este último inadecuado en una relación con violencia de por medio. Para los casos de conflicto laboral, como plantea Guillermo Rendueles, la intervención debe ir más dirigida a estimular la organización de ayudas no psicológicas, si no laborales, al conflicto, lo que puede conllevar la sindicación, las negociaciones con la empresa o el recurso a la valoración de la situación por parte de abogados laboristas. Me preocupa esa transformación que apunta Guillermo Rendueles de trabajador sano a enfermo e incapacitado, y quizás por ello hago especial hincapié en este tipo de casos, siendo más probable que los mantenga en seguimiento para estimular el cambio y evitar en lo posible ese devenir catastrófico.

Intervención terapéutica en los trastornos (des)adaptativos crónicos

Ante una persona que presenta un episodio que podamos catalogar como código Z, reacción de adaptación o *trastorno (des)adaptativo agudo* lo recomendable de antemano sería realizar una *indicación de no tratamiento*. En otro apartado ya se han valorado los posibles problemas de esa intervención recomendada. Sin embargo, en aquellos casos donde se pueda establecer un diagnóstico inicial de *trastorno (des)adaptativo crónico* o en aquellos otros donde la exploración de un diagnóstico previo de distimia lleve a considerar que en realidad hay un problema crónico de adaptación, la *indicación de no tratamiento* no debe ser la intervención recomendada por defecto. No hay que olvidar que muchos profesionales tienen una actitud nihilista hacia las personas que presentan un diagnóstico de distimia, lo que lleva a que bien intenten dar el alta de Salud Mental por imposibilidad de mejoría o a que se limiten a aportar unas intervenciones asépticas, centradas en la sintomatología y no focalizadas en fomentar el *impulso de cambio*.

Si existe un *trastorno (des)adaptativo crónico* no parece probable (pero no necesariamente es imposible) que en todos los casos la situación vaya a resolverse sin una intervención terapéutica o por el efecto “sanador” de una intervención única o muy breve por muy orientada al cambio que esté dicha intervención.

Uno de los aspectos que hay que valorar en estos casos es si el *trastorno (des)adaptativo crónico* está asentado sobre la base de un trastorno de personalidad, dado que en ese caso la persona podría ser susceptible de mejora con un abordaje psicoterapéutico que habitualmente no es breve.

Otro aspecto a considerar es si el cuadro se ha cronificado por la persistencia en una situación o en una relación patológicas pero subsidiarias de ser modificadas o evitadas mediante un cambio que podría ser fácil de implementar. Ejemplificando esto, recuerdo el caso de una mujer inserta en una relación de pareja patológica en la cual ella trabajaba, se encargaba de su

hijo y de todos los aspectos de la casa mientras que él, asumiendo un rol de enfermo, no se encargaba de ningún aspecto familiar. Ella sufría ante su propia ambivalencia con respecto a la relación. El mensaje transgeneracional de que “una mujer no es nada sin un hombre al lado” llevó al descubrimiento en una sesión dedicada a realizar su genograma de un patrón transgeneracional consistente en mujeres que se habían separado de sus parejas y habían podido sacar adelante a sus hijos ellas solas, aunque se lamentaran de la ausencia de un varón a su lado. Anuló la siguiente sesión por franca mejoría tras consumir la separación de su pareja. Este caso ejemplifica como un sufrimiento puede ser continuado, pero si se encuentra la causa del bloqueo incluso una intervención breve puede desbloquear y acelerar el *impulso de cambio*.

Es fundamental contemplar la actitud hacia el cambio que tiene la persona, tanto si el *trastorno (des)adaptativo* es agudo como si es crónico. Como ya explique previamente, me resulta útil clasificar a las personas que atiendo en función de los estadios del *modelo transteórico de cambio* de Prochaska y Di Clemente. En el caso de los *trastornos (des)adaptativos* una persona que al final de la sesión permanezca en un estadio precontemplativo para el cambio es una persona que con gran probabilidad no mejorará sin una ayuda terapéutica, luego es una persona a la que no está indicado darle el alta en una primera consulta. El empleo de técnicas de entrevista motivacional puede modificar el estadio de cambio en el que se encuentra la persona, por lo que estaría indicada su realización.

Probablemente en el caso de los *trastornos (des)adaptativos*, aún crónicos, tenga sentido clínico dar el alta terapéutica a una persona que no está bloqueada en ningún estadio y que además está en una fase de acción o de preparación para el cambio, mientras que sea más adecuado para la persona mantener la intervención si está bloqueada en algún estadio de cambio o bien está aún en una fase contemplativa o precontemplativa. A diferencia de en los procesos endógenos, donde el contacto con el profesional debería existir al menos hasta la remisión clínica, a mi entender el abordaje en personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo* no debe mantenerse hasta la desaparición de las *señales de alarma*, dado el riesgo inherente de psicologización y/o psiquiatrización de los problemas que acontecen a las personas, riesgo que de consumarse restaría autonomía a las personas para poder desenvolverse en el futuro por sí mismas ante situaciones que puedan desbordar su capacidad de adaptación. El profesional de Salud Mental no debe hacer sombra a los intentos de la persona de solventar por sus propios medios los problemas que la aquejan, no puede ser el experto que tome las decisiones porque eso conllevaría el establecimiento de una relación complementaria rígida con la persona atendida en posición “down”, lo que perjudicaría el crecimiento personal. En síntesis, el profesional no debe focalizarse en la resolución de las *señales de alarma*, sino que su función es encargarse del estudio del *proceso desadaptativo*, estimulando su desbloqueo y favoreciendo el *impulso de cambio*, es decir, “no debe dar peces, sino enseñar a pescar”.

Por último, mi opinión es que en aquellas personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo crónico* debe plantearse interrumpir la intervención en los dispositivos de Salud Mental si a pesar de intentar de varias maneras fomentar el cambio la persona sigue instalada bien en un estadio contemplativo o en un estadio precontemplativo, no solo porque una asistencia sanitaria solo tiene sentido si genera un cambio, sino para reducir iatrogenias y también por equidad, para favorecer el sostenimiento del sistema público de salud no empleando un tiempo en personas no proclives al cambio que podría ser invertido en otras personas que sí podrían beneficiarse de la asistencia profesional.

Refractariedad al cambio: motivo de alta terapéutica

Es muy habitual en las consultas de Salud Mental encontrarse a personas que, sin presentar un trastorno mental cíclico de carácter marcadamente endógeno o un trastorno de personalidad grave, llevan años y años en seguimiento y la impresión clínica es que el proceso de esas personas está “estancado”. Muchas de esas personas presentan un diagnóstico de distimia, otros tienen un diagnóstico de depresión o ansiedad sin especificar, o incluso de depresión mayor, y casi ninguno tiene un diagnóstico de *trastorno (des)adaptativo crónico*, pero la práctica mayoría se caracterizan por la presencia de un factor estresante más o menos continuado como origen probable de los síntomas, estando la persona en una situación de crisis permanente, la cual tiene su proceso de cambio bloqueado, por lo que esa crisis se mantiene en el tiempo y la persona no avanza. A veces también nos encontramos con un bloqueo en el proceso de cambio en personas con un *trastorno (des)adaptativo agudo*.

Bien sea el *proceso desadaptativo* agudo o crónico, lo que parece sensato ante una situación donde la dificultad de mejora más probable es la presencia de un bloqueo del proceso de cambio, es intentar nuevas estrategias que permitan avanzar a la persona en el proceso de cambio para superar la crisis. Si la implementación de variadas estrategias de cambio no consigue desbloquear el proceso de cambio, si no se consigue la estimulación del *impulso de cambio*, a pesar de que exista sufrimiento en la persona y en sus familiares y también a pesar de la demanda por su parte de mantener la atención psiquiátrica o psicológica previa, lo sensato parece ser la interrupción del tratamiento. Eso se debe a varias razones. La razón terapéutica es que si no se puede inducir cambio la intervención no es eficaz y, dado que toda intervención que no sume resta, bien sea por la psicologización, psiquiatrización o por la pérdida de autonomía de la persona, lo conveniente es la retirada de la intervención para evitar la iatrogenia. Además, a veces una retirada de la intervención tiene una acción paradójica, ya anticipada por los terapeutas sistémicos, produciéndose un desbloqueo del proceso de cambio. La hipótesis sistémica al respecto de la capacidad de inducir un cambio mediante la retirada de la intervención se sustenta en la creencia de que la intervención puede sin proponérselo equilibrar un sistema relacional patológico en desequilibrio que pugna por no ser cambiado. Así, para una persona que acude a consulta quejándose reiteradamente de su pareja pero sin plantearse ningún cambio en la relación o en la separación, ¿qué sentido tiene la asistencia? Probablemente aporte un cierto alivio para que nada cambie y se mantenga el sistema.

Otra razón es de carácter asistencial. Disponemos de escasos recursos y, una vez fracasados los intentos de movilizar un cambio, a tenor de la necesidad de manejarnos con equidad en la asignación de recursos, es injusto para otras personas que potencialmente se pudieran beneficiar de un tratamiento o de disponer de más tiempo para ellas mismas, el que se dedique tiempo a personas que en un momento determinado no están en situación de beneficiarse de la atención dado que existe un intenso bloqueo del proceso de cambio.

Siguiendo a Prochaska y DiClemente, estas personas se encontrarían en un estadio precontemplativo según el modelo transteórico de cambio que plantean estos autores. Si no es posible que avancen según este modelo del estadio precontemplativo al estadio contemplativo no es posible la intervención.

Por las razones esgrimidas parece sensato que ante un cuadro de características adaptativas atendido en Salud Mental, tras haber intentado infructuosamente estimular durante un tiempo un proceso de cambio, se proceda a dar el alta a la persona en cuestión del dispositivo de Salud Mental, al no haber posibilidad de tratamiento.

Reflexión final

Es un hecho probado el que en buena parte de las nuevas consultas que son atendidas a nivel ambulatorio por Psiquiatría o Psicología Clínica o no se constata la presencia de enfermedades mentales, o sí las presentaron pero han remitido o están en vías de remisión, o presentan los denominados “problemas de la vida”, en algún lugar denominados “infortunio corriente”. Algunas personas a las que atendemos entrarían dentro de una categoría limítrofe entre la salud y la enfermedad que es la de los *trastornos (des)adaptativos*, si bien no existe una definición comúnmente aceptada acerca de lo que es y lo que no es un *trastorno (des)adaptativo*.

A lo largo de este manuscrito he intentado remarcar el hecho constatado en la práctica clínica de que los *trastornos (des)adaptativos* no son entidades poco frecuentes, sino todo lo contrario: todas las personas, tengan o no una enfermedad mental, pueden tener un *trastorno (des)adaptativo*. Si es un diagnóstico muy frecuente debemos dejar de considerarlo como una categoría marginal y focalizar nuestra atención sobre él. A diferencia de otras especialidades médicas en las que los profesionales tienen un conocimiento sobrado de las entidades clínicas más frecuentes, en Psiquiatría y Psicología Clínica no ocurre lo mismo. Lo fiamos todo a la conceptualización de los *trastornos (des)adaptativos* como fenómenos marginales, por lo que no estudiamos las causas de los mismos, los procesos subyacentes, los errores típicos de manejo o la mejor manera de realizar ante ellos un abordaje individualizado, dejando de aplicar el “café para todos”. Ni todas las personas con *trastorno (des)adaptativo* deben ser dadas de alta en la primera consulta ni todas deben recibir psicoterapia, ni en todas debe evitarse el empleo de medicación, ni en todas se debe prescribir antidepresivos o ansiolíticos.

Este manuscrito es mi aportación personal, no basada en la evidencia, a la formación de los residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica con respecto a los *trastornos (des)adaptativos*. Existe muy poca literatura científica en castellano al respecto, en comparación con la publicada para cada una de las enfermedades mentales más frecuentes. Tampoco suele ser un tema en el que los psiquiatras y psicólogos clínicos especialistas profundicen en la docencia a sus residentes. Hasta donde llega mi conocimiento, solo Alberto Ortiz Lobo y sus colaboradores y Guillermo Rendueles han abordado en profundidad el asunto de las consultas sin patología psiquiátrica clara en la asistencia ambulatoria. Los artículos acerca de la *indicación de no tratamiento* son, a mi entender, una referencia y deberían ser de obligada lectura para todos aquellos residentes que se formen en las especialidades de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. Mi intención es, partiendo de eso, ir más allá, para favorecer el debate necesario al respecto de los posibles abordajes de los *trastornos (des)adaptativos*.

Lecturas recomendadas

Para dar por cerrada (temporalmente) esta disertación acerca de aquello que según los estándares internacionales se denomina trastorno de adaptación y que yo denomino a mi pesar *trastorno (des)adaptativo*, cuando según mi conceptualización del problema el término más correcto que se me ocurre es *proceso desadaptativo*, creo conveniente hacer una serie de recomendaciones acerca de lecturas que me han incitado a replantearme mi manera de actuar ante la presencia en mi consulta de casos compatibles con un *proceso desadaptativo*. No es mi intención aportar una bibliografía ni completa ni correctamente reseñada, solo reconocer las aportaciones teóricas de mis “maestros” a distancia en este tema.

Así, en primera instancia recomiendo la lectura del modelo de las crisis familiares y el desarrollo teórico de los distintos tipos de crisis que plantea Frank Pittman, y que yo disfruté leyendo en su libro *“Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis”*, de Paidós Terapia Familiar. Considero que es la base de mi conceptualización de los *trastornos (des)adaptativos*.

Los artículos de Alberto Ortiz Lobo acerca de la *indicación de no tratamiento*, como los recogidos en el libro *“Trastornos mentales comunes: manual de orientación”*, publicado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), así como otros textos del mismo autor en revistas españolas específicas de Salud Mental, me ayudaron (mucho) a pensar (mucho) en el manejo de los *trastornos (des)adaptativos* en un contexto público de atención.

Los aportes de la terapia centrada en soluciones, leídos y releídos continuamente del libro *“En busca de soluciones”*, de William Hudson O’Hanlon y Michele Weiner-Davis, publicado en Paidós Terapia Familiar, me han sido francamente útiles en el abordaje clínico de las personas que presentan un *trastorno (des)adaptativo*.

Además, los artículos de Guillermo Rendueles en las revistas de Salud Mental me han permitido acercarme a una realidad acuciante hoy en día, la patologización de los conflictos laborales.