

ánimo deprimido como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales, con síntomas acompañantes, pero no de una gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor. Para los adultos se requieren 2 años de duración; para los niños y adolescentes es suficiente un año.

3. Trastornos afectivos atípicos

Son categorías residuales, para los sujetos que no pueden ser diagnosticados de un trastorno mayor específico.

VIII. TRASTORNOS POR ANSIEDAD

1. Trastornos fóbicos o neurosis fóbicas

El rasgo esencial es el miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica. Lo cual da lugar a un deseo compulsivo de evitar el objeto, la actividad o la situación temidas (el estímulo fóbico).

El propio individuo reconoce este miedo como excesivo o irracional respecto a la peligrosidad real del objeto, actividad o situación.

1.1. Agorafobia con crisis de angustia.

1.2. Agorafobia sin crisis de angustia:

El rasgo esencial es un miedo de estar solo o de hallarse en lugares públicos, de los que puede ser difícil escapar u obtener ayuda en caso de una incapacitación súbita.

1.3. Fobia social:

El rasgo esencial es un miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar aquellas situaciones en las cuales el individuo puede hallarse expuesto a la observación por parte de los demás.

1.4. Fobia simple:

El rasgo esencial es un miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar un objeto o situación distinta de la de hallarse solo en lugares públicos lejos de casa, o de sufrir humillación o embarazo en determinadas situaciones sociales.

BIBLIOGRAFIA

WATER PÖLCHINGER: *Compendio de psicofarmacoterapia*. Ed. Roche.

J. VALLEJO; A. BULLBENA: *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Ed. Salvat, 1984.

VICENTE SIMÓN: *Apuntes de psicofisiología: Neurotransmisores*. Departamento de Psicología Fisiológica. Facultad de Psicología de Valencia.

DR. GASPAS CERVERA

ENTREVISTA

Paco Santolaya y Paco Conesa

El doctor Gaspar Cervera, que ejerce como psiquiatra en el ambulatorio del Puerto de Sagunto, a raíz del curso que realizó sobre psicofarmacología en el Colegio Oficial de Psicólogos, de Valencia, tuvo la amabilidad de acceder a una entrevista donde le planteamos algunas cuestiones de candente actualidad en psiquiatría.

¿Cómo ves el panorama actual de la psiquiatría? ¿Crees que se adelanta a grandes pasos o que se avanza lentamente?

Desde una perspectiva histórica se adelanta a grandes pasos.

Ten en cuenta, por ejemplo, que la psiquiatría biológica tiene una historia muy reciente. La historia de los psicofármacos empieza al final de los años cincuenta, por lo que muchos hallazgos son muy recientes. También hay que decir que en este campo se va al com-

pás de hallazgos técnicos que se van descubriendo poco a poco. Pensemos, por ejemplo, en el TAC, con él se está trabajando con ciertas formas de esquizofrenia, las llamadas de tipo I y tipo II, de buen pronóstico y mal pronóstico. El TAC parece que de-

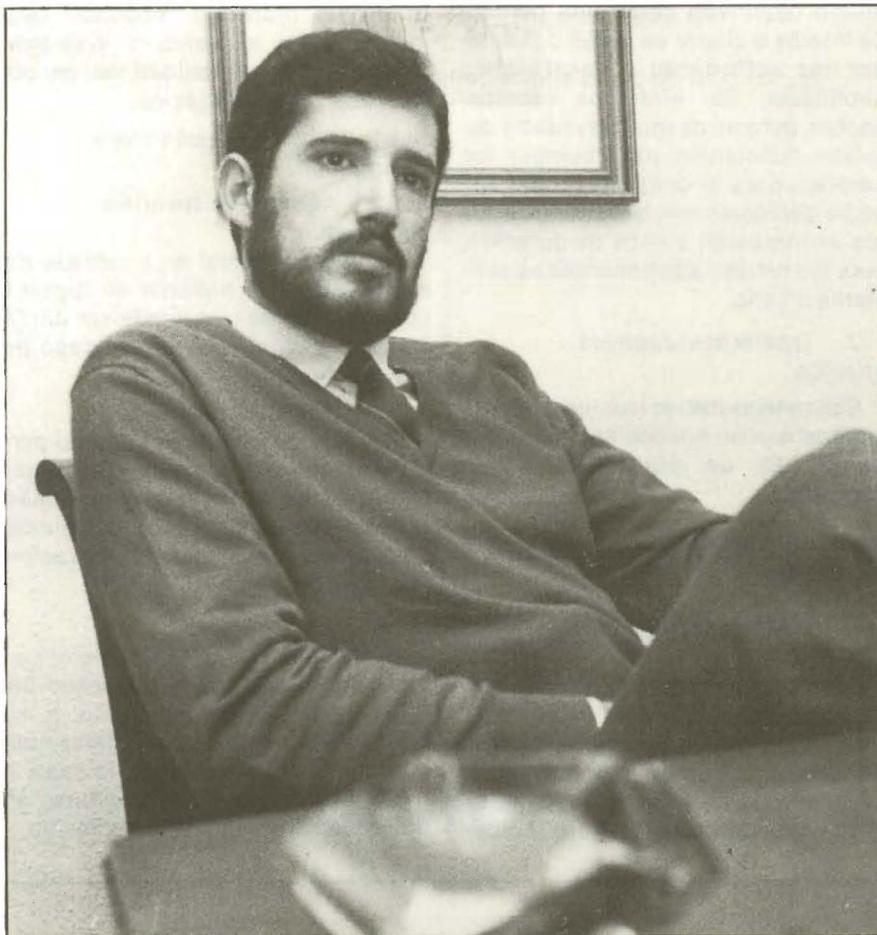
muestra que la esquizofrenia de tipo II es una forma específica, donde hay atrofia cerebral, dilatación de los ventrículos, etc., pienso que se está alcanzando unos niveles muy altos y de un modo muy rápido, porque los hallazgos van siendo más constantes en ciertos trastornos. En otros trastornos puede que estemos al nivel que estábamos hace un siglo, aunque esto tampoco es del todo cierto, porque pienso que todas las técnicas psicoterapéuticas, en las que los psicólogos estáis mejor preparados, son muchas de ellas relativamente recientes e incluso se avanza en estas técnicas. La psiquiatría es una de las ramas de la medicina que avanza con una velocidad importante.

Con respecto a la misma pregunta, ¿crees que la psiquiatría ya es una ciencia?

El problema es delimitar qué es ciencia y qué no lo es. Evidentemente, en psiquiatría habrá partes que serán ciencia, puesto que por la definición de ciencia habrá hechos que se ajusten a la experimentación científica. En cambio, sin negar la cientificidad de otras disciplinas, la psiquiatría se apoya o tiene otras ramificaciones, también en la sociología, psicología, psicopatología, etc., campos donde es más difícil llevar a la práctica los requisitos que nos permitan hablar de ciencia. Pero, indudablemente, pienso que sí, que es una ciencia.

Cuál es a tu juicio el papel de los psicofármacos dentro de las enfermedades mentales?

Los psicofármacos en algunas enfermedades mentales son la mayor aportación que se puede hacer desde el punto de vista terapéutico. Todo el mundo reconoce que en un cuadro esquizofrénico, una psicosis maníaco-depresiva, una depresión mayor, el tratamiento farmacológico no solamente es conveniente, sino que es imprescindible. Lo que pasa es que los psicofármacos han dado todas sus posibilidades, y si sigue existiendo algún tipo de patología, y a ella no llegan, habrá que buscar otras medidas terapéuticas (desde el punto de vista social, psicoterapéutico, etc.). Te lo resumiría como lo he comentado



Gaspar Cervera.

© JOSE LUIS PERALES

anteriormente, es tan absurdo curar una neurosis de carácter o una fobia social siempre con psicofármacos, como intentar controlar una esquizofrenia con unas medidas que no sean farmacológicas en el período agudo. En el primer caso sólo podremos controlar la ansiedad con que lleva esta patología. En el segundo caso, en el enfermo psicótico o con otras alteraciones dentro de los cuadros psiquiátricos de primer orden, la psicofarmacología puede producir una restitución *ad integrum*. Por supuesto, en algunos casos pueden quedar secuelas. De igual manera que no se desecha la idea de combinar desde el principio tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia. Pero no utilizar un tratamiento farmacológico, éticamente, es inmoral, sobre todo cuando hoy en día se sabe de la base bioquímica o neuroendocrínica de muchas de estas enfermedades. Todos los estudios que se han hecho (doble ciego, con placebo, etc.) demuestran que no hay base para rechazar el tratamiento farmacológico.

Ha habido siempre cierta polémica en torno al electroshock. ¿Se sigue utilizando? ¿Crees que es un método adecuado?

El electroshock está totalmente en desuso, pero lo que pasa es que la bibliografía sigue refiriendo su uso en algunos casos muy específicos, como pueden ser alguna depresión inhibida grave con riesgo de suicidio, en la cual no hay respuesta psicofarmacológica, o en cuadros psicóticos con gran agitación. Pero en definitiva, su uso es muy restringido. Por ejemplo, en una clínica de Múnich, en los años cincuenta registran una media de 2.500 electroshocks al año, ya en los setenta se había reducido la media anual a 250.

Por otro lado, el electroshock es una técnica que en principio suena casi inhumana, pero hoy en día es mucho menos peligrosa y molesta, dado que se da electroshock unilateral, bajo anestesia, con relajantes musculares, etcétera.

De todas maneras, ¿no es cierto que produce daño en las neuronas, que puede haber demencia después de un uso continuado?

Parece ser que produce una amnesia de cierta duración. Pero hoy en día se ponen unos niveles muy pequeños y en cuanto se produce una respuesta moderada se busca un tratamiento alternativo. Sí que es cierto que en el pasado se abusó y se utilizó con enfermos que no eran para ello. Pero hoy en día el electroshock está restringido a dos tipos de pacientes casi con exclusividad: cuadros depresivos que no responden o que por tener alguna lesión orgánica importante no admiten fármacos y algunos cuadros psicóticos con una agitación muy manifiesta.

¿Cuál es la enfermedad mental que responde mejor a los psicofármacos?

En principio hablaríamos de dos grupos de enfermedades: los trastornos afectivos mayores, tanto unipolares como bipolares, por un lado, y por otro las psicosis, particularmente las esquizofrenias, en todas sus vertientes. Hoy en día un cuadro depresivo mayor, cuando está diagnosticado como tal, la respuesta que tiene a los antidepresivos es verdaderamente espectacular en dos o tres semanas. Posiblemente, en dos meses el enfermo esté asintomático y en seis meses le desaparezca el trastorno si es una primera fase depresiva. En los trastornos bipolares, en la psicosis maníaco-depresiva, el litio, como normotímico, tiene demostrada su efectividad de manera incuestionable. También en la esquizofrenia, sobre todo en la aguda, los neurolepticos y antipsicóticos tienen una indicación totalmente incuestionable.

Pienso, por tanto, que en psiquiatría podríamos establecer que en unas enfermedades el tratamiento psicofarmacológico tendría una indicación del 100% y en otras podría estar casi en el 0%. De la misma manera, otros tipos de terapias serían efectivas en orden inverso.

Con esto te quiero decir que la persona que trabaja en salud mental, sea psiquiatra o psicólogo, debe ser una persona con unos crite-



rios eclécticos, con una formación amplia y que, aunque tenga una línea de trabajo muy delimitada o específica, pueda darse cuenta en cualquier momento cuando es necesario incidir en otra terapia que posiblemente no entre dentro de su línea y tenga por tanto que remitir al paciente a otro especialista.

¿Cuál es la enfermedad más grave dentro del campo de la psiquiatría?

Para mí quizá sea la neurosis obsesiva.

¿Existe alguna medicación para las obsesiones?

Específica ninguna. Por ejemplo, se utilizan antidepresivos y a veces neurolepticos, puesto que en estudios biológicos se ha demostrado que ciertas formas obsesivas tienen hallazgos biológicos muy parecidos a los de ciertas formas depresivas. Asimismo, también está demostrado que ciertas formas depresivas llevan asociados ciertos rasgos obsesivos.

¿Qué opinas de los cursos de formación para postgraduados? ¿Crees que deberían ser comunes a psicólogos y psiquiatras?

Yo creo que la formación de los psiquiatras clínicos y de los psicólogos clínicos debería tener por lo menos algunas cosas en común. No te hablaría ya de técnicas psicoterapéuticas, sino de técnicas psicodiagnósticas. Pienso que en este aspecto la formación del psiquiatra es deficiente. Por otro lado, el psicólogo debería tener unos conocimientos sobre psicofarmacología y psiquiatría clínica, porque pienso que más peca el psicólogo de desconocimiento sobre psiquiatría clínica que el psiquiatra sobre psicología clínica.

¿Cuál es el lugar que puede ocupar el psicólogo dentro del tratamiento de la enfermedad mental?

El psicólogo dentro de la salud mental, en general, tiene un cometido que no está en contraposición con el del psiquiatra. El psicólogo tiene más formación que el psiquiatra en estadística y en investigación. Las técnicas de psicodiagnóstico, en principio, el psicólogo debe dominarlas mejor. Pienso que el psicólogo tiene una función diagnóstica que, como mínimo, es complementaria a la del psiquiatra, después una función terapéutica, y después tiene un papel importante en la investigación, por sus conocimientos sobre metodología, estadística, etcétera. Por tanto, pienso que el psicólogo dentro de un centro de salud mental es una pieza clave.

¿Qué personas deberían formar un equipo interdisciplinar en salud mental?

Un psiquiatra, un psicólogo, un ATS psiquiátrico y una asistente social.

Es de agradecer al doctor Gaspar Cervera que haya participado en esta entrevista, así como sus manifestaciones en relación a lo gratamente sorprendido que quedó con el ambiente del cursillo, la participación de la gente, el hecho de que no se plantease en ningún momento una disyuntiva entre psiquiatría-psicología, así como su deseo de que se trabaje en salud mental con equipos interdisciplinares.