

| Psiquiatría Privada



asepp

Asociación Española de Psiquiatría Privada
Psiquiatría Personalizada



N18 | Septiembre 2021

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

JUNTA DIRECTIVA DE ASEPP

Presidente

Dra. Laura Ferrando Bundio

Vicepresidente

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Secretario

Dra. María Inés López - Ibor Alcocer

Tesorero

Dr. Alfonso Sanz Cid

Vocales

Dr. Manuel Arias Bal, Dr. Félix González Lorenzo,
Dr. Juan Luís Mendivil Fernández, Dr. Juan Sánchez Sevilla

REVISTA PSQUIATRIA PRIVADA

Director

Dr. Josep Ramon Domènech Bisén

Consejo editorial

Dr. Ricard Bordas Reig, Dr. Francisco Ferre Navarrete, Dr. Jesús de la Gándara Martín,
Dr. Antonio Luís Galbis Olivares, Dr. Félix González Lorenzo, Dra. María Inés López-Ibor
Alcocer, Dr. Manuel Masegoza Palma, Dr. Ángel Moríñigo Domínguez, Dra. Enriqueta Ochoa
Mangado, Dr. Alfonso Sanz Cid, Dr. Albert Solà Castelló

Nota sobre ASEPP

- La Asociación Española de Psiquiatría Privada nace de la inquietud de un grupo de profesionales de la psiquiatría que ejercen una parte de su actividad en el marco de la medicina privada.
- Es una asociación profesional de ámbito nacional que pretende actuar como medio de exposición de los intereses de médicos psiquiatras en el ejercicio libre de su profesión.
- Es apolítica y puede ser complementaria con otras asociaciones académicas e instituciones.
- Surge para cubrir la necesidad de disponer de un instrumento de representación de la psiquiatría privada que sea capaz de entender sus intereses, canalizar iniciativas y trabajar conjuntamente en los ámbitos de utilidad común.
- Sus objetivos fundamentales de actuación se centran en: velar por los intereses de sus socios en la práctica libre de la profesión; promover entre los asociados espacios de colaboración y complementariedad; actuar como lobby de participación e influencia, tanto en instituciones públicas como privadas; establecer alianzas estratégicas con instituciones públicas y/o privadas, cuyas actividades puedan ser de interés para ASEPP; realizar y dar apoyo a actividades científicas, culturales y empresariales, en los ámbitos que le sean propios.
- Pueden ser socios de ASEPP todos aquellos médicos con actividad profesional privada en el ámbito de la Psiquiatría y de la salud mental.

N18 | Septiembre 2021

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PSIQUIATRÍA PRIVADA

- 5 EDITORIAL**
XIV Congreso Nacional ASEPP
Dr. Juan Luis Mendivil Fernández
- 7 IN MEMORIAM**
Dr. Josep Ramon Domènech Bisén
- 8 VOLCÁN LA PALMA**
Verónica González Benítez
- 12 REPORTAJE CAT BARCELONA**
Dr. Manuel Mas-Bagà
Dr. Carlos Mur
Dra. Yolanda Costa
- 18 EI CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA**
Dr. Alfonso Sanz Cid
- 23 CUENTO**
Dr. Jesús J. de la Gándara Martín
- 29 MEDICINA DE PRECISIÓN EN PSIQUIATRÍA**
Dra. María Inés López-Ibor Alcocer / Silvia Vilches Sáez AB Biotics
- 34 ENTREVISTA**
Dr. Miguel Casas Brugué

DECÁLOGO DE ASEPP

Los miembros de la ASEPP están comprometidos a:

1. Mantener en su ejercicio profesional los principios de la correcta praxis médica (lex artis), fundamentada en el humanismo, haciendo prevalecer la atención integral del paciente sobre cualquier otro tipo de interés.
2. Aspirar permanentemente a la excelencia profesional mediante la actualización continuada de sus conocimientos y habilidades, y desarrollando una actitud acorde a la misma.
3. Garantizar para sus pacientes el mejor tratamiento disponible, aplicándolo él mismo cuando posea los conocimientos y habilidades necesarios, o colaborando lealmente con otros profesionales en caso necesario, o derivándolo a otros dispositivos asistenciales cuando así lo requiera el diagnóstico o el estado del paciente.
4. Reservar y mantener la confidencialidad de todo cuanto el paciente le haya confiado en el ejercicio de la profesión, sin otros límites que los exigidos legalmente.
5. Ejercer su actividad profesional respetando en todo momento las convicciones y creencias del paciente.
6. Establecer con los pacientes a los que atiende un contrato terapéutico, explícito o implícito, en el que se determinen con claridad los servicios que se van a prestar y las contraprestaciones económicas que suponen para el paciente.
7. Facilitar en todo momento la información adecuada y necesaria, adaptada a las condiciones específicas de cada paciente, de forma que éste pueda decidir libremente sobre la atención que se le presta.
8. Incentivar el interés, mantenimiento y avance de la especialidad entre otros profesionales sanitarios, en las universidades, hospitales generales y psiquiátricos, y en cualquier otra institución pública o privada relacionada con los aspectos médicos, sociales y legales de los trastornos emocionales y mentales.
9. Apoyar la investigación, prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, así como la promoción de la salud mental.
10. Intervenir en los medios sanitarios y en la sociedad para mejorar el conocimiento y comprensión de estas enfermedades, a fin de eliminar el estigma de la enfermedad mental y trabajar para la mejor integración del paciente.

FUNDAMENTOS DEL DECÁLOGO

La Asociación Española de Psiquiatría Privada elaboró un decálogo, aprobado en la junta ordinaria celebrada con motivo del Congreso Nacional en Valencia en mayo de 2012. Dicho decálogo tiene el objetivo de exponer los valores que se consideran consustanciales a la práctica de la actividad psiquiátrica en el seno de nuestra sociedad. Expresan, de forma resumida, la aspiración a la excelencia profesional –que se considera irrenunciable, en todos los campos de actuación del psiquiatra–, en especial en la atención a los pacientes, pero también mediante el desarrollo de actividades docentes e investigadoras, y en el marco de la sociedad en general, donde cabe nuestra actuación individual y colectiva. Elementos como la confidencialidad, la formación continuada, el respeto a los valores del paciente, el consentimiento informado y, en general, la buena praxis, se consideran la base de nuestro quehacer. El decálogo supone un compromiso personal y colectivo con todos ellos.



EDITORIAL

XIV CONGRESO NACIONAL ASEPP

Dr. Juan Luis Mendivil Fernández (Presidente Congreso)

Psiquiatra
Director de Centro TADI
Bilbao

La Pandemia provocada por el COVID 19 ha generado una situación inédita, nunca se había vivido una coyuntura similar con los avances científicos, medios de comunicación y telemáticos como los que existen en la actualidad. Las consecuencias de las necesarias medidas socio-sanitarias, las restricciones de movimiento, la gran incidencia de afectados y la incertidumbre que se ha generado están provocando reacciones tanto individuales como sociales de un profundo calado. Todo lo que estamos viviendo como sociedad tiene su cumplido reflejo en la Salud Mental de la población, modificando en ocasiones la evolución de los procesos que tenían las personas que antes de la Pandemia sufrían alguna enfermedad psíquica y originando sufrimiento en otras, que por las circunstancias, no han sabido adaptarse a una situación que les sobrepasa.

La Sociedad se está viendo sometida a un escenario que está provocando tener que enfrentarse a consideraciones que en nuestro entorno no se había visto obligada plantearse desde hace varias generaciones. Nos ponemos frente a frente a la finitud, a la enfermedad, a la fragilidad de nuestro estado de bienestar y en definitiva del ser humano. Nos hemos visto obligados a pensar más allá de lo evidente, impelidos por un elemento, el virus, que aun siendo material, no se ve. Los psiquiatras, acostumbrados a lidiar con elementos que no se ven, estamos hechos a que parte de la sociedad nieguen su existencia. Desgraciadamente hay personas que se alinean con estas tesis. En estos momentos afortunadamente poseemos los avances técnicos que nos permiten entender qué provoca esta situación, no necesitamos recurrir a explicaciones místicas o esotéricas para justificar la epidemia que estamos padeciendo. De la misma manera, los avances que se han producido en la comprensión del funcionamiento psíquico nos permiten especular sobre cuales han sido los condicionantes originarios de las distintas maneras de reaccionar a esta situación extraordinaria. No podemos negar que más allá de las consecuencias directas de la infección que ha provocado esta Pandemia, también se presentan Trastornos que pertenecen al terreno de lo psíquico y así mismo cambios en la esfera de lo social. Esperamos que para bien.

La Psiquiatría tiene mucho que decir en esta tesitura. El privilegiado lugar que ocupamos los psiquiatras en la sociedad nos permite vislumbrar aspectos más profundos del daño puramente físico, siendo testigos de la herida emocional que ha generado en algunas personas la vivencia de dramáticas consecuencias personales o familiares y de las dificultades que otras exhiben para manejar las tensiones creadas por las limitaciones impuestas por las Autoridades Sanitarias, la alarma social con la que se vive todo lo que ocurre, la avalancha informativa, contradictoria y en muchas ocasiones dañina que deja al ciudadano expuesto a la incertidumbre e inerme ante la exhibición de la ignorancia de la comunidad científica que no puede mostrar certezas absolutas y deja ver sus propias inseguridades. Esta coyuntura incide directamente en el equilibrio psicológico de parte de la sociedad y debe ser atendido por la Psiquiatría cuando genera un grado de sufrimiento que puede ser entendido como patológico.

El desarrollo de nuestra especialidad está parejo con el de nuestra evolución como sociedad, abandonando posturas alejadas de lo científico y sin embargo teniendo en cuenta aspectos que incluyen el entramado de lo emocional.

En este momento la Psiquiatría debe convertirse en un efectivo aliado de la Medicina que se centra en el tratamiento de lo somático, para ayudar a restablecer el equilibrio íntegro, tanto de las personas que han padecido la enfermedad, como del entorno que ha sufrido únicamente las consecuencias psíquicas.

En nuestro medio la Psiquiatría Privada ha luchado juntamente con la Pública contra las negativas consecuencias generadas por la Pandemia, asumiendo las directrices generales y atendiendo resueltamente las necesidades que han sobrevenido, tratando en todo momento contribuir con su ayuda a la Salud Mental de la población en estos momentos tan críticos.

La Asociación Española de Psiquiatría Privada se constituye en un elemento aglutinador y se convierte en una herramienta más con la que podemos contar los profesionales que nos dedicamos a la práctica de la Psiquiatría privada. En este momento la Asociación pasa por una etapa de regeneración, buscando llegar a un punto de desarrollo más amplio que permita crear un respaldo efectivo para la Práctica Clínica de los miembros asociados. Las distintas iniciativas que está tomando la Asociación pretenden convertirse en una ayuda al psiquiatra que ejerza su profesión en el ámbito privado de forma independiente, no sujeta a ninguna presión que no sea la propia labor asistencial.

El Congreso de este año 2021, que se celebrará los días 14,15 y 16 de octubre en Bilbao, versará sobre esta temática. Con el título "Cambio social: Psiquiatría y COVID" aludimos al impacto que la Pandemia está teniendo en nuestra sociedad, acercándonos a la idea de que este va a ser el origen de Cambios desde los que se irá vertebrando una nueva etapa, en lo social y en particular en nuestra especialidad. En este punto de unión pretendemos crear el apropiado ambiente de reflexión para llegar a conclusiones que nos sean fructíferas y convertir esta problemática etapa en un elemento que sirva para replantearse modelos de acción y ayuda al paciente psiquiátrico. En el Congreso pretendemos hacer un repaso de la influencia que la Pandemia ha tenido en distintas patologías, así como mantener el espacio de Formación Continuada que promueve nuestra Asociación.



IN MEMORIAM

"1200 KILÓMETROS DE VIDA,
CIENCIA Y AMABILIDAD"

DEP/ACS Profesor Juan Gibert Rahola

El último domingo del mes de agosto (29/08/2021) el whatsapp de la Junta Directiva de ASEPP empezó a sonar demasiado pronto, extraño en vacaciones y domingo. El contenido: desolador, el Dr. Alfonso Sanz nos anunciaba el fallecimiento súbito en Rosas de nuestro compañero de ASEPP el Profesor Juan Gibert Rahola.

El **Profesor** Gibert Rahola se había ganado a pulso el reconocimiento mundial en el ámbito de la neuropsicofarmacología (mención especial en el área Panamericana), con el planteamiento de que en el haber del buen psiquiatra la investigación clínica y la psicofarmacológica debían converger.

Antes de poder estrecharle sus manos, diría que lo tuve entre mis manos y me acompañó a través de las diferentes ediciones de un libro innovador, un complemento imprescindible o viceversa al Tratado de Psicofarmacología esencial de Sthal: "Todo lo que usted quiso saber sobre los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar". Fue por su categoría y experiencia (clínica y docente) que entró a formar parte muy activa de ASEPP al aceptar nuestra propuesta de Responsable del Servicio de Información y Asesoramiento en Psicofarmacología de ASEPP.

El fichaje del **Catedrático** Gibert Rahola nos ayudó a expandir nuestra asociación. Sus respuestas rápidas, didácticas y fundamentadas a todas nuestras cuestiones sobre temática diversa: interacciones farmacológicas, posibles riesgos y toxicidades, uso de psicofármacos en situaciones especiales, pautas y maniobras de potenciación recomendadas, etc. nos aportaban un plus de calidad a nuestra práctica clínica diaria. Sólo un ejemplo de todo lo comentado: la última pregunta realizada fue por el Dr. Chiclana el 16 de julio de 2021 a las 8:07, la emisión del informe del Dr. Gibert Rahola 53 minutos después.

Su participación estelar en los Congresos de ASEPP era esperada con anhelo; el saber unir ciencia con su capacidad de comunicación genuina y amena sólo está al alcance de personas geniales y brillantes.

En las cenas del Congreso aprovechaba para sentarme a su lado y así poder conocer más a fondo a una persona carismática que incrementaba su magnetismo en la corta distancia. Una persona orgullosa de todos sus viajes, incluso aquellos que unían sus dos hábitats de nuestro país alejados en 1200 km. Personalmente preferí siempre el teléfono al email en nuestra comunicación, y así tenía rápida respuesta con comentario añadido a mis dudas, y permitidme un pequeño secreto que compartíamos, poder expresarnos en nuestra lengua materna a tanta distancia incrementaba la potencia de la relación.

Sobre su calidad humana, evidenciada en múltiples ocasiones, tuve una muestra más en mi última conversación con el **Amigo Juan Gibert** en conversación telefónica el día 20 de agosto para solicitarle una visita urgente en Cádiz para el hijo de un amigo psiquiatra: sin agenda en mano permitió que le facilitara su móvil personal y que el lunes 6 de septiembre (primer día de consulta) le llamase y le visitaría. Desde el más allá, el Dr. Gibert y su colega habrán unido sus talentos para aplicar el tratamiento con más fundamento.

VOLCÁN LA PALMA

UN SÓLIDO E IMPENETRABLE MANTO DE MAGMA HA SEPULTADO PARA SIEMPRE RECUERDOS, ANHELOS E ILUSIONES.

Verónica González Benítez

El pasado día 19 de septiembre, a las 15:13 horas de la tarde y después de anunciarse con un enjambre sísmico que se hizo sentir por la zona de Cumbre Vieja durante la semana previa, entra en erupción en pleno del Pinar de Cabeza de Vaca, un nuevo volcán en la Isla de la Palma, aun no bautizado, pero para el que ya se han propuesto, entre otros, los nombres de Cabeza de Vaca, Tacande, Jedey o Tajogaite (Montaña Rajada).

Muy cerca de allí, justo en la falda este de Cumbre Vieja, reside Félix González Lorenzo, miembro de Junta directiva de la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP) que además ejerce como Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital General de la Isla.

Dr. González, como se está viviendo en la isla este inusual acontecimiento del volcán en La Palma?

Quizá no tan inusual. En el siglo pasado en la isla irrumpieron dos volcanes. El de San Juan/Nambroque en 1949 y el Teneguia en 1972. Las dos generaciones que nos preceden han presenciado cada una, dos erupciones. Podría pensarse, por tanto, que hay cierta aceptación de que esto puede ocurrir en cualquier momento y también tenemos el conocimiento de que hasta la actualidad la letalidad de los volcanes no ha sido importante. Lo que sí ha cambiado drásticamente el volcán actual en el sentir la población, es justamente la percepción de perjuicio. En esta ocasión, la erupción ha brotado en la parte alta de una zona ampliamente poblada y esto ha supuesto un importante daño afectivo y material. Casas, carreteras, fincas, producciones agrícolas... arrasadas. Y con ellas la lava se ha llevado barrios prácticamente enteros, viviendas que son una parte significativa de la biografías familiares. Creo que el mayor desafío, además de afrontar la devastación económica, será el de intentar aceptar que donde naciste, donde te criaste, luchaste, amaste, proyectaste tus anhelos, constituiste tu familia o simplemente viniendo desde otro lugar te instalaste porque te gustó el lugar, ya no lo veras más. Todo ha quedado sepultado para siempre. Como ocurre en los entierros, pero esta vez no ha sido afortunadamente tras el funeral de un ser querido. La ausencia de víctimas, quizás, pueda ayudarle a reconfortarse a quien ha perdido para siempre, bajo un sólido e impenetrable manto negro de magma, la imagen presencial de sus recuerdos, sus ilusiones y el fruto de su trabajo.



Nos decía que los volcanes en esta isla no han sido especialmente mortales. ¿Cree que esa circunstancia puede contribuir a tener más confianza y fortaleza ante este reto que nos ha deparado la naturaleza?

El primer volcán del que tenemos referencia en la Isla fue el de Tacande, en época prehistórica, entre 1430 y 1440. Se suceden desde entonces siete erupciones más, incluyendo la actual. Las muertes que se han reportado fueron las de 4 personas, sin causa conocida en 1677 a consecuencia del de San Antonio y dos asociadas al Teneguia en 1971. En este último caso, uno de ellos sí se sabe que fue la pérdida de un conocido apasionado de la fotografía, víctima de la inhalación de gases mientras hacía un reportaje. También, y por la misma causa, falleció un vecino del aldeaño Barrio de Las Indias.

Si consideramos todo el archipiélago, según los registros históricos, 24 personas han muerto en total, como consecuencia de las erupciones ocurridas en Canarias desde el siglo XV, figurando como la causa más frecuente de muerte, la inhalación de gases tóxicos por acercarse demasiado al volcán. Salvando estas desgracias personales no hay, en la memoria colectiva, la percepción de que los periodos volcánicos impliquen una alta peligrosidad para las personas.

En este sentido hemos visto a gente muy asustada frente a otra que se lo toma con mas tranquilidad. Como si hubieran vacunado con doble dosis de Pachorra Palmera?

Sí. Se pueden observar las dos actitudes ante una situación potencialmente amenazante. Quienes se han angustiados mucho y quienes dicen que no han dejado de dormir a pesar de escuchar permanentemente los rugidos del volcán, porque continúan viviendo en los núcleos más cercanos a la atronadora explosividad y de los que aún no han sido desalojados. El pasado domingo día 12, durante la mañana, irrumpió en la zona Montaña Rajada un derrumbe premonitorio y posteriormente, sobre las 15 horas, una imparable columna de humo, ya hacía inminente la apertura del cráter. Casi inmediatamente después, circuló un corto video, con audio además, cuyo contenido me parece ilustrativo. Era la hora del almuerzo y en la imagen se ve que alguien esta filmando la erupción. Se escucha la voz alborotada de unas mujeres que evidenciaba la agonía que, como vecinos cercanos a la explosión, empezaron a sentir. Seguidamente se escucha aquella frase ya famosa de un hombre con voz segura y pausada que ante la desesperación dice, tratando de calmar la situación y con el afán que se retome nuevamente la reunión en torno a la mesa: "hay tiempo de comer... hay tiempo de comer ... Sin problema".

Una personas tendrían una reacción de huida más inmediata y otras de calma. ¿Dos maneras de afrontar el peligro?

Y las dos entendibles. Y complementarias. Hay que moverse del lugar pero quizás no conviene hacerlo supeditados a la desesperación. La forma de comportarnos ante situaciones extremas depende de muchos factores. De nuestra forma de ser, de nuestra capacidad de tolerar la angustia y de controlar la impulsividad. En definitiva, de nuestra personalidad. El suboficial Doria, de la Fuerza Aérea Argentina, que vive entre nosotros, y que logró sobrevivir a la dura experiencia de batirse con su ejército en la guerra de las Malvinas contra la Royal Navy, nos decía que el hombre del video, ya viral, tenía una buena razón, quizá instintiva, con insistir en terminar de almorzar: "si quieres estar preparado para correr y afrontar una batalla tienes que ir comido, si no el hambre es lo que termina por minar tus fuerzas". En este sentido, mi abuela, que había visto en el 49 pasar el río incandescente de colada, prácticamente por el patio de su casa, nos decía: "la lava da tiempo. Puede ir una vieja hilando delante de ella". La generación que escuchó este tipo reflexiones quizás logre pasar por este trance de forma mas serena.

Puede ser de ayuda la sabiduría popular en este caso?

Sí. El legado de nuestros padres y abuelos, que ya lo vivieron, nos puede acompañar para afrontarlo mejor. Aunque muchas veces estos mensajes están también cargados de metáfora. Con lo que sabemos hoy, que la velocidad de las coladas depende de muchas variables: fluidez de la lava, grado de pendientes por donde fluye...no sería muy inteligente tomarse en sentido literal, estos sabios consejos que emanan de la experiencia. Mas bien, debemos atender y seguir las indicaciones de los formidables científicos. Geólogos, Vulcanólogos..., que nos están asesorando en este campo con criterios científicos.



Nos podría hacer alguna previsión de las consecuencias de este acontecimiento tan estresante en la población sobre todo el impacto que se pudiera esperar los niños?

Hay que tener en cuenta que aún estamos en medio de una pandemia que ha consumido una buena parte de nuestras energías. Además un reciente incendio con características inusuales, en cuanto a que obligó a desalojar viviendas, asoló también a los municipios de El Paso y de Los Llanos. Al respecto se escuchaba decir hasta hace poco, con cierta socarronería ante tanta adversidad: "ahora solo falta que explote un volcán". Pues aquí está.

Si nos vamos a los datos, podríamos hacer una estimación en función de lo que sabemos sobre los efectos de los terremotos en la Salud Mental de niños y adolescentes. En Nepal, por ejemplo, se analizó la relación de la exposición a los terremotos de 2015, pasado un año, en la aldea de Phulpingdanda y los desórdenes psíquicos derivados de los mismos. Pues bien, únicamente entre el 3 y el 5 % de los entrevistados mostraron síntomas de depresión y trastorno de estrés postraumático. En cambio, un alto porcentaje, en torno al 80 %, puntuaba alto en resiliencia, es decir que resistieron mejor de lo previsto el impacto de haber sido desplazados de su hogar y ser testigos de graves daños, tanto en sus hogares como en la aldea.

Por otra parte, respecto a los terremotos de Nueva Zelanda en 2010 y 2011, cuyos efectos fueron devastadores para los habitantes de Canterbury, se observó, que después de los mismos, no se acentuaron de forma significativa los trastornos mentales o la angustia psicológica con una gravedad suficiente como para precisar un incremento sustancial de los tratamientos a los niños y adolescentes con medicación psiquiátrica.

Si bien se notó un sutil efecto de incremento en la dispensación de antidepresivos, no ocurrió así con la de antipsicóticos, ansiolíticos, sedantes, hipnóticos o metilfenidato, cuya prescripción se mantuvo estable.

Esta información invita entonces al optimismo?

Pues sí. Aunque desde los dispositivos de Salud Mental, estaremos atentos sobre la repercusión de lo que le está ocurriendo a cientos de familias directamente afectadas, lo datos sobre la investigación llevados a cabo en otras zonas del planeta devastadas por calamidades naturales, son de alguna manera tranquilizadores.



REPORTAJE

CAT BARCELONA, CENTRO DE ASISTENCIA TERAPÉUTICA

Dr. Manuel Mas-Bagà – Director General CAT Barcelona

Dr. Carlos Mur – Director médico CAT Barcelona

Dra. Yolanda Costa – Directora terapéutica CAT Barcelona



En CAT aplicamos métodos especializados para el tratamiento y rehabilitación de personas tanto de España como de otros países y solucionar así su problemática concreta.

Hace 35 años, cuando la adicción a los opiáceos y otros trastornos tenían una incidencia enorme en nuestro país, CAT Barcelona (www.cat-barcelona.com) fue fundado por el Dr. Manuel Mas-Bagà, médico psiquiatra que acababa de regresar de la Universidad de Yale (EE. UU.), donde cursó el Máster sobre Drogodependencias. CAT-Barcelona (en adelante CAT) nació para dar respuesta a personas con problemas de adicción, y con ello, la apertura de la primera comunidad terapéutica en ámbito rural, pionera en la aplicación de la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual) del Dr. Albert Ellis. Con el tiempo, CAT ha ampliado sus servicios de salud mental, especializándose en Patología Dual y Trastorno límite de la personalidad entre otros.

En CAT aplicamos métodos especializados para el tratamiento y rehabilitación de personas tanto de España como de otros países y solucionar así su problemática concreta. Vemos el consumo como la punta del iceberg. Debajo se esconde un problema de fondo, un trastorno de personalidad o un dolor oculto que hay que resolver. Nosotros no nos contentamos solo con aliviar el sufrimiento, sino que tratamos las causas subyacentes y resolvemos el problema, damos el antibiótico y no el analgésico. Gracias a nuestros programas terapéuticos específicos para cada patología y a una metodología altamente eficaz con la TREC de Albert Ellis como eje de actuación; nuestros tratamientos han resultado exitosos en más de 3.500 pacientes que han pasado por los 5 centros de CAT-Barcelona. Nuestra mejor

referencia son los resultados terapéuticos. Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epicteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A, el acontecimiento y C, la consecuencia, siempre está B", siendo B el sistema de creencias de la persona.

Además de la afiliación con el centro Albert Ellis de Nueva York, CAT mantiene estrechas relaciones y convenios de colaboración con otros centros académicos, como la Universitat Abat Oliba, la Universitat de Barcelona, la Universitat Ramon Llull, la Universitat Internacional de Catalunya, la Universidad de Nuevo Méjico en los Estados Unidos o el centro Coolmine en Irlanda. Se han establecido convenios de cooperación académica entre Universidad y Clínica, para desarrollar y coordinar diferentes programas de prácticas dentro de la asistencia clínica de CAT, tanto en sus centros de Barcelona, como en el centro residencial rural de la Palma de Cervelló, para los estudiantes de la Facultad de Psicología y posgraduados del Máster en Psicoterapia.

Los programas terapéuticos específicos para cada patología y una metodología altamente eficaz nos convierten en una solución fiable y factible para todos los pacientes. En sus inicios, la actividad clínica en CAT estuvo muy centrada en recuperar la funcionalidad, el proyecto vital y la salud global de personas con problemas de abuso y dependencia de sustancias. Actualmente, seguimos dando respuesta terapéutica a todos los problemas subyacentes derivados de la adicción tales como: la dependencia, los cambios de conducta o los trastornos de personalidad; pero también y con el mismo

nivel de calidad a problemas de salud mental tales como: la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos psicóticos, el trastorno límite de personalidad...

Las drogas y el alcohol son expresión y síntoma de problemas subyacentes. Por ello, la abstinencia de todo tipo de tóxicos y de alcohol es esencial como paso preliminar para el tratamiento de la dependencia y de los problemas psicológicos derivados o previos a ella. El deterioro producido por el consumo de drogas puede ser corregido a través de un proceso terapéutico, totalmente personalizado. En CAT hacemos un traje a medida para cada uno de nuestros pacientes. Nuestro éxito en el tratamiento de las adicciones y de problemas de salud mental depende del compromiso que se establece entre terapeutas, pacientes y CAT-Barcelona. Las bases de éste se reflejan en un Código Ético y Deontológico que consideramos imprescindible para desarrollar la práctica terapéutica con las garantías necesarias para alcanzar el objetivo: ayudar a superar la adicción o llevar una vida el máximo de autónoma posible.

El primer paso dentro de la atención integral centrada en la persona que tiene lugar en CAT es el Programa Residencial. En él se desarrollan terapias de personas con adicciones, problemas psiquiátricos o de salud mental, a veces con comorbilidades como el trastorno límite de personalidad o los trastornos de la conducta alimentaria.

El programa terapéutico residencial se ocupa de toda la persona: de los aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como de sus necesidades emocionales. Disponemos de diferentes centros, con más de 100 plazas residenciales, para tratar en profundidad problemas de adicciones o problemas psiquiátricos de salud mental. El Programa Residencial tiene dos fases, la primera en

Las drogas y el alcohol son expresión y síntoma de problemas subyacentes. Por ello, la abstinencia de todo tipo de tóxicos y de alcohol es esencial como paso preliminar para el tratamiento de la dependencia y de los problemas psicológicos derivados o previos a ella.

nuestro centro de la Palma de Cervelló, a unos 20 km. de Barcelona, y la segunda ya en la fase de reinserción en nuestro edificio en la ciudad, con capacidad para 40 camas. El tratamiento residencial en sus diferentes fases incluye: terapias individuales, terapias de grupos, seminarios y conferencias, terapias de pareja, tratamiento médico, evaluación psicológica y tratamiento, programa de Seguimiento, programa de Reinserción, programa de Prevención de la Recaída y el Seguimiento continuado en el tiempo.

Por lo que respecta al Programa de Día, se imparte en nuestro centro de la ciudad de Barcelona. En horario de 10h de la mañana a 18h de la tarde e incluye los siguientes aspectos: terapias individuales, terapias de grupos, seminarios y conferencias, evaluación psicológica y tratamiento, terapias de pareja, tratamiento médico y programa de Seguimiento. El Programa de Día está desarrollado específicamente para personas que necesitan de un seguimiento continuado para abordar temas específicos, seguimiento farmacológico, o reintegración temporal a la estructura del programa terapéutico más intenso.

Asimismo, completa nuestra cartera de servicios el Programa de tarde, destinado también a todas las terapias de personas con adicciones o problemas psiquiátricos,

salud mental o trastornos de alimentación. Es un Programa Terapéutico que se imparte en nuestras instalaciones de la ciudad de Barcelona, con horario de 16h a 18:30h de la tarde, especialmente dirigido a jóvenes y universitarios que puedan combinar estudio/trabajo y terapia. Por último, los pisos terapéuticos y pisos tutelados completa una estructura en la cual el paciente va ganando progresivamente autonomía y trabajando la prevención de recaídas.

En los últimos años, tras la puesta en marcha del centro CAT Pomaret, hemos atendido a cientos de casos de trastorno mental grave (esquizofrenia y trastorno bipolar, sobre todo), Patología Dual y problemas cada vez más prevalentes como el Trastorno Límite de la Personalidad y algunos casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). También damos respuesta terapéutica a Trastornos Obsesivos Compulsivos graves.

En CAT tratamos el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) a través del modelo cognitivo asociado con la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) del Dr. Albert Ellis y con la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha Linehan. Ello se hace de forma precoz, con intervenciones diseñadas para cada momento evolutivo del paciente. En estos casos, los pacientes pueden acceder

En los últimos años, tras la puesta en marcha del centro CAT Pomaret, hemos atendido a cientos de casos de trastorno mental grave (esquizofrenia y trastorno bipolar, sobre todo), Patología Dual y problemas cada vez más prevalentes como el Trastorno Límite de la Personalidad y algunos casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). También damos respuesta terapéutica a Trastornos Obsesivos Compulsivos graves.



a la prestación sanitaria del seguro escolar obligatorio. Éste cubre el tratamiento a alumnos/as de 14 a 28 años, en régimen de hospitalización, hospital de día y ambulatorio, que estén cursando una formación reglada.

Desde hace muchos años, CAT ha complementado sus actividades terapéuticas con la difusión de buenas prácticas y de los peligros que entraña el abuso de sustancias muy extendidas, como el cannabis. Campañas como “La maría no t’estima” y los posicionamientos claros sobre la adicción a la cocaína o el juego por Internet, muestran la fiabilidad y coherencia de CAT en el abordaje de todo tipo de adicciones.

La inminente puesta en marcha de un piso terapéutico más, y de dos centros especializados más en el distrito de Sarriá de la ciudad de Barcelona, abren nuevas oportunidades para ampliar el abordaje integral a los crecientes problemas relacionados con la salud mental y las adicciones, en especial tras la pandemia COVID 19. Todas las estadísticas apuntan a una elevada incidencia de trastornos mentales, circunstancias que hacen más necesario si cabe un modelo integral de atención a la persona con la experiencia acumulada en CAT Barcelona. Un modelo que pone a la persona en el centro, donde todo paciente

Ampliar el abordaje integral a los crecientes problemas relacionados con la salud mental y las adicciones, en especial tras la pandemia COVID 19.



haya cultivado el autoconocimiento, con la percepción no sólo de lo que piensa sino de lo que siente, y que le permita tomar la mejor decisión posible en cada situación. Un análisis de los factores bio-psico-sociales de su enfermedad, sin descuidar el plano espiritual, el trabajo de fondo, el cambio de filosofía de vida junto con el aprendizaje de las herramientas terapéuticas son los ingredientes necesarios para que nuestros pacientes puedan vivir una vida lo más plena posible que dure en el tiempo. Somos la respuesta optimista.



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA

Dr. Alfonso Sanz Cid

Especialista en Psiquiatría.

Especialista en Valoración del Daño Corporal y Peritaje Médico

Área Legal de ASEPP

Muchas veces el psiquiatra piensa que “lo del consentimiento informado es para los cirujanos, traumatólogos...” en fin, para pacientes que van a sufrir una intervención quirúrgica que se pueda complicar.

En psiquiatría estamos muy poco acostumbrados, demasiado poco tal vez, a considerar la importancia del consentimiento informado. Muchas veces el psiquiatra piensa que “lo del consentimiento informado es para los cirujanos, traumatólogos...” en fin, para pacientes que van a sufrir una intervención quirúrgica que se pueda complicar.

Parece que lo percibamos como algo muy nuevo que aún tiene que implantarse y desarrollarse. Nada más lejos de la realidad.

Seguramente no estamos acostumbrados a pensar que la relación entre el médico y el paciente implica que ha quedado formalizado un contrato entre ambos. En efecto, el Código Civil

establece que “el contrato existe desde que una o más personas consienten en obligarse, respecto de una u otras, a dar alguna cosa o prestar un servicio” (art. 1.254). Es obvio que el psiquiatra recibe al paciente a fin de prestarle un servicio. Con el nacimiento de la relación profesional queda implícitamente formalizado un contrato entre el psiquiatra y el paciente. Se trata, pues, de un contrato de servicios en el que, a diferencia del contrato de obra, la remuneración se genera sea cual fuere el resultado. Pero también nace, con la relación y el contrato, la obligación por parte del facultativo de poner los medios adecuados para el mejor fin del paciente. Es lo que se denomina obligación de medios, no de resultados.



Consentimiento es el acceso libre y voluntario del paciente o su representante legal al tratamiento u otra actividad sanitaria propuesta por el médico (art. 1.261 del Código Civil). Puede ser objeto del contrato la exploración que se efectúa, el tratamiento, las indicaciones, etc. Tan solo el internamiento involuntario y el tratamiento a menores y el de pacientes tutelados transfieren la potestad del contrato al juez y a los padres o representante legal en el caso de los menores y al tutor en el tercer caso. Excepción particular va a ser el contrato en el caso del paciente que participa en ensayos clínicos, por las características intrínsecas al contrato (circunstancias) que específicamente se han de establecer en el mismo.

En 1948 ya se estableció la Declaración Universal de los Derechos Humanos que venía a recoger el interés de las Naciones Unidas, la OMS y UNESCO con el fin de que se promoviera, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades que se vertebran en el reconocimiento, entre otros derechos del individuo, a la protección del derecho a la salud y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina suscrito el 4 de abril de 1997, lo que en España entró en vigor en enero

del año 2000. El Consejo de Europa, en su Recomendación de 13 de febrero de 1997, relativa a la protección de los datos médicos, después de afirmar que deben recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, indica que la información puede restringirse si así lo dispone una Ley y constituye una medida necesaria por razones de interés general. Obsérvese que ya está haciendo referencia al consentimiento para la recogida de los datos del afectado (paciente).

En nuestro país se consolida en la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”. Dicha ley, en algunas comunidades autónomas, como es el caso de Cataluña, tiene ciertas peculiaridades, aunque habitualmente se refieren a temas de plazos y no a la esencia de la ley. Y esta ley recogía ya los principios de la Recomendación del Consejo de Europa haciéndolos propios.

Debe hacerse notar que el artículo 2 de la Ley 41/2002 especifica que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.

DEFINICIÓN.

El art. 3 de la ley de autonomía del paciente define: "Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud".

LIMITACIONES.

1. La ley especifica que el consentimiento ha de ser previo y por escrito tras facilitar al paciente información adecuada. Así pues, parece preciso, por obvio que lo creamos, que al inicio de la visita se informe al paciente de que sus datos van a quedar recogidos en un archivo, la finalidad de tal recogida de datos y debidamente cumplimentado con la firma de conformidad del paciente.
2. En materia de protección de datos se considera suficiente al paciente mayor de 14 años, lo que tan solo autoriza la recogida y registro de los datos.
3. En el caso de menores el consentimiento deberá estar firmado por el o los progenitor/es que ostenten la guarda y custodia.
4. En el supuesto de pacientes incapacitados el consentimiento debe de quedar firmado por el tutor o representante legal.
5. Si se trata de presuntos incapaces, es decir, personas que el facultativo considera que no está plenamente

capacitado para consentir y firmar porque su capacidad cognoscitiva no es normal (delirium, brote psicótico, demencia, etc.) el consentimiento lo ha de firmar un familiar allegado y si fuera preciso se recurre a un testigo.

6. Una excepción parcial constituye el caso del paciente hospitalizado. Si bien determinadas responsabilidades cargan sobre el centro, el psiquiatra tiene que tener la certeza de que está debidamente aceptado por el paciente el procedimiento que el facultativo se propone a realizar, de lo que obviamente es el responsable final.

LEX ARTIS

Se entiende por lex artis aquel criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico (Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo 18 de diciembre de 2006). "Comporta no sólo el cumplimiento formal y protocolario de las técnicas previstas, aceptadas generalmente por la ciencia médica y adecuadas a una buena praxis, sino la aplicación de tales técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza." (Sentencia de Tribunal Supremo de 23 de mayo de 2006, Rec. 2761/1999) Debe tenerse en cuenta que por definición la lex artis medica sigue la evolución del progreso técnico-científico de la Medicina así como las peculiaridades personales de cada paciente y las caracte-

rísticas del profesional. En sentencia del Tribunal Supremo de marzo del 2012 se formulaba en una condena el pago a una indemnización, diferenciando un daño moral por alta del consentimiento informado (60.000 euros) así como por el quebranto de la lex artis en la atención sanitaria (1.000.000 de euros).

La legislación considera que "cuando no se informa de los riesgos y éstos se materializan causando un daño, al faltar la voluntad del paciente, los riesgos pasan a ser asumidos por el paciente. Se considera pues que al no informar al paciente o no permitir que consienta se le priva del derecho a decidir, lo que supone que es el médico el que asume los riesgos y deberá indemnizar los daños derivados.

MEDICINA DEFENSIVA ?

Nada más lejos de ello. No se trata de una medicina defensiva. Se trata de las obligaciones que asume siempre el psiquiatra en toda relación médico-paciente.

REQUISITOS DEL CONSENTIMIENTO.

El documento de consentimiento informado, inherente a la historia clínica, debe de ser claro, preciso y veraz.

1. Debe figurar el nombre, apellidos y DNI o NIE del facultativo (o número de colegiado) y del paciente o en su caso del representante legal. Es recomendable que conste debidamente registrado el domicilio de ambos (domicilio profesional del médico).

2. Debe estar debidamente consignado qué es aquello de lo que el paciente ha sido informado y autoriza libre y voluntariamente (pruebas diagnósticas, psicoterapia, medicación, etc. Especialmente deben de quedar registrados los riesgos del cada procedimiento terapéutico.
3. En caso de existir otras opciones terapéuticas debe de quedar consignado que el paciente ha sido informado de ello y de que se ha convenido la siguiente....
4. El consentimiento informado debe de recoger todos los riesgos, muy particularmente los que pudieran ser mortales, graves y/o irreversibles, y se han de especificar suficientemente y no por omisión.
5. En caso de pacientes con riesgos particulares por cardiopatía, hepatopatía, insuficiencia renal, trastornos de la coagulación, etc. que pudieran tener consecuencias derivadas de la implantación del tratamiento, ello debe de dejar la oportuna constancia escrita lo relativo a la posible interacción y posibles complicaciones.
6. En caso de electroconvulsoterapia es preciso que quede debida constancia del tratamiento que se propone al paciente, de su elección y de todas las posibles complicaciones y sus peligros, inclusive el exitus.
7. Igualmente debe de quedar adecuado registro en aquellos supuestos en los que se propone al paciente un tratamiento u hospitalización y el mismo lo rechace.

8. Finalmente, debe de quedar debido registro de que el paciente ha sido informado de todo lo anterior de forma clara y que se la he respondido por completo a las preguntas formuladas, por lo que otorga su firma al consentimiento.
5. Y, si cabe, debe de quedar constancia de la periodicidad que se estima procedente para el adecuado tratamiento.
6. Si el documento de consentimiento informado ocupa más de una página, en todas ellas debe de constar la fecha y firma.

OTRAS RECOMENDACIONES.

1. Debe quedar constancia de la fecha, total y claramente legible.
2. En caso de tratamientos largos en el tiempo es recomendable actualizar el tratamiento con cierta periodicidad (al menos anual) o bien cuando se haya producido un cambio notorio en el paciente o en lo consentido.
3. El narcoanálisis debe de estar rigurosamente informado, al igual que, como se ha mencionado, el electroshock.
4. Prestar atención a los riesgos del tratamiento con litio, neurolépticos (disquinesias), alteraciones cardíacas, alteraciones de la glucemia...

Bibliografía

SENTENCIAS DEL TS 4.04.2000, 20.04.2007, 4.07.2007, 23.10.2007, 22.10.2009, 2.10.2012, 25.05.2015.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL PSIQUIATRA, GÓMEZ JARA, M., ATELIER, BARCELONA, 2009
RESPONSABILIDAD PENAL DEL PERSONAL SANITARIO, BRANDARIZ GARCIA, J.A. Y FARALDO CABANA, P. NETBIBLO, A CORUÑA, 2002.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RESPONSABILIDAD MÉDICA. AGÓN LÓPEZ, J.G., WOLTERS KLUWER, MADRID, 2017.



CUENTOS ACUÁTICOS

Dr. Jesús J. de la Gándara Martín

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Burgos

En los años 2020 y 2021 el agua ha sido la protagonista de los mayores riesgos del cambio climático. En los próximos años agua y vida, agua y muerte serán parejas en la danza más macabra o quizá, si sabemos hacerlo, la más bella de la historia de la vida del planeta. Si no tenemos conciencia de ello y compromiso sólido y constante con la preservación del agua, el planeta, la vida y la humanidad lo pagarán. Estos cuentos breves los escribo con admiración y respeto por ella.

LA FUENTE BAÑO

Me llama la Fuente Baño¹. Soy una fuente corriente, que nace pura y abundante en un recodo yerboso y soleado de un pueblo sencillo, que abre un valle salpicado de veneros.

Acuden hasta mí niños alegres, mujeres parlanchinas, jubilados aburridos y parejas de enamorados.

Los niños juegan a rociarse alegremente, los viejos a enredar el tiempo, las chismosas a afilar el diccionario y los enamorados a empaparse de dulzuras.

También recibo muchas visitas de personas que vienen a coger mi agua limpia y salúfera, para llenar sus cántaros panzudos y sus frescos botijos.

Con frecuencia, algunas de ellas, dadas a las melancolías poéticas, se entretienen en sacar a mi vera cantares ingeniosos:

*Si la boca llevas seca
y te pesa el corazón,
ven a la fuente que mana
agua dulce de limón.*

Había un niño al que, bien a su pesar, su madre enviaba con frecuencia a llenar botijo con mi agua fresca para el uso del día.

En una ocasión, al llegar se encontró aquí con una niña de ojos negros, pelo negro y piel morena. Bella y brillante, como una ninfa de agua.

Él, de natural tímido y ensimismado, empezó a notar que se sonrojaba y trató de disimular, mas ella le miró, le sonrió y le invitó a acercarse.

Llenó en silencio el botijo, se demoró lo que pudo tontamente, y cuando ya se marchaba sin decir ni pío, la niña le dijo:

*Y si quieres volver vuelve,
que te vas a divertir,
en el caño de la fuente
de ver el agua salir.*

Desde ese día el niño buscaba cualquier pretexto para ir a llenar su botijo, esperando encontrarla, pero ella, desgraciadamente, nunca volvió a aparecer.

Quizá por eso, cada vez que acude al pueblo viene a visitarme, pero a menudo lo hace acompañado de una bella mujer morena, de piel suave y ojos dulces, y entre ambos me roban unos tragos de mi agua fresquísima.

¹ La Fuente Baño existe de verdad, está en Tornavacas, el primer pueblo del famoso Valle del Jerte, y es conocida por la alta calidad de su agua, limpia y nutritiva.

EL MARINO Y LA SIRENA

Había una vez un marinero muy pobre que apenas pescaba. Un día atrapó una sirena encantadora y junto con ella sus redes se llenaron de sardinas.

Fascinado por sus cantos se enamoró de ella, y, agradecido, la liberó a cambio de que volviera, y ella, sumisa, volvió y le cantaba un bolero:

Este amor apasionado

Anda todo alborotado

Por volver.

Voy camino a la locura y aunque todo me tortura

Se perder.

Tú tenías mucha razón

Le hago caso al corazón...

Quiero volver, volver, volver².

Mas como a pesar de sus anhelos no podían acoplarse, la sirena le dijo que, si quería poseerla de verdad, tendría que abandonar su barco y entregarse al mar, y él así lo hizo.

El pescador se sumergió y nadó y bailó con la sirena al ritmo de las olas, mas llegado el momento culminante, ella siempre se escurría.

Y así pasaron días, meses, semanas... "y él desesperando, y ella contestando, quizás, quizás, quizás"³.

Al cabo de los años la sirena plateada se marchitó, las barbas del marino platearon, y el ruido de las olas se interpuso entre ellos.

Un día, harto de tanto marear, el pescador quiso volver a tierra, "tan solo unos días" - dijo -, pero la sirena, escamada, se largó con las sardinas, y el pescador, de tanta mar amojamado, se quedó sin barco, sin sirena y sin sardinas.

Moraleja: Si te arriesgas con la mar, ya sabes... ¡quizás, quizás, quizás!

² Fernando Z. Maldonado Rivera (Cárdenas 1917 - Cuernavaca 1996), 1972.

³ Osvaldo Farrés: "Quizás, quizás, quizás", 1946.

EL NIÑO DE LA NIEBLA

Érase una vez un niño pequeño que se quedó huérfano de madre, y desde ese día siempre estaba tan triste y pensativo como una mañana de neblina.

Su padre, hombre de talante adusto y de carácter práctico, se casó pronto con una joven de voz clara, ojos transparentes y pelo luminoso. Tan bella que a todos deslumbraba, ¡menos a su hijastro neblinoso!

Ella se sentía insegura, tratando de conciliar sus papeles de esposa y de madrastra. A veces se engalanaba primorosa para solaz de su marido. Otras, resplandecía para alejar del niño la neblina. Pero nunca lo conseguía.

Y ella lo miraba, y lo miraba, y de tanto mirarlo sus ojos se enturbiaron.

Y otras veces lloraba, y lloraba, y de tanto llanto se formó a su alrededor un velo nebuloso.

Al cabo de un tiempo, la madre y el hijastro competían en neblinas.

Pero un día, el sol, apenado de ver tanta tristeza, se infiltró entre las veladuras de ambos y las convirtió en halos de brillantes oropeles, y, por fin, hijo y madrastra, rieron al unísono.

Poco tiempo después, al amanecer de otro día de celajes rosados, el hijastro pensativo y la madrastra esplendorosa, se ocultaron cómplices en la neblina y escarparon juntos hasta los cielos azules.

Desde ese día nadie los ha vuelto a ver, mas si os fijáis con cuidado, notaréis que hay días que entre la niebla se adivina una doble claridad sutilísima. Son los brillos dorados de sus almas, que vagan entre la niebla borradora.



AGUAS MÁGICAS

Hace muchos, muchos años, había dos jóvenes que vivían en un alto y verde valle de las montañas de Cantabria. Él era el hijo de un humilde pastor y ella la hija de un acaudalado señor de la villa.

Desde niños se miraban distraídos y despistados, pero, cuando la impetuosa pubertad asomó a sus cuerpos, él se convirtió en un zagal gallardo y ella en una hermosa damisela.

Enseguida, incitados por los ardores hormonales, se enamoraron perdidamente, y, desde ese momento, como sin querer, sus pasos se cruzaban en los caminos, y sus cuerpos se dedicaban algo más que miradas inocentes.

Mas, como él era tan guapo, pronto fue pretendido por una malvada anjana⁴; y como ella era tan linda, enseguida se convirtió en un tesoro que su padre reservaba para un pretendiente de mayor abolengo.

Mas ellos, cada vez menos distraídos, y ya nada despistados, se atolondraban gozosos en sus escauceos campesinos.

Enterados la anjana y el señor de tal enamoramiento, turbada ella por el deseo y él por los peligros, acordaron impedir su unión, mas con dicha oposición no consiguieron sino fomentar el fogoso amor que ellos se profesaban.

La poderosa anjana, llena de rabia y despecho, y compinchada con el severo villano, decidió usar sus malvadas artes para separar a los dos jóvenes. Los encantó, engañó y encerró en sendas cuevas, cada una en una vertiente opuesta de la montaña que culmina el valle, para que así nunca más pudieran verse, ni oírse, ni mucho menos olerse.

Mas su infame artimaña no surtió efecto, pues al día siguiente, otra anjana bondadosa, defensora de los amantes desgraciados, y recurriendo a la fuerza del amor que todo lo puede, hizo que de ambas cuevas empezaran a brotar dos abundantes manantiales.

Uno abrupto y varonil, saltando desde un alto paredón en forma de cascada; otro suave y femenino, brotando como una serena alfaguara en medio de una pradera.

Ambos caudales se precipitaban por dos gargantas opuestas, como dos torrentes de aguas cantarinas que descendían impetuosos por cada lado de la montaña.

Intrigada por el suceso, la anjana malvada siguió el curso de ambos arroyos, y, cuál sería su sorpresa, cuando al cabo de unas cuantas leguas, comprobó que los dos riachuelos rodeaban la montaña y se unían en un único y abundoso río.

La anjana mala, enfurecida, ascendió alocadamente por una de las gargantas, intentando llegar hasta las fuentes para tratar de cenegarlas, mascuando atravesaba una lechosa cascada resbaló, se precipitó y se ahogó.

Inmediatamente el hechizo maligno se deshizo, y los dos jóvenes recobraron su ser y se reunieron jubilosos, mientras la anjana buena los observaba sonriente desde la orilla del río.

El padre, conmovido, les regaló una bonita cabaña, con una fuente abundante, un huerto generoso y un amplio prado, donde cuidaban sus cabritas y cultivaban sus patatas.

Y así vivieron muchos, muchos años, rodeados de verdes praderas y blancas montañas, y siempre amándose mucho... como la trucha al trucho.

⁴ Las anjanas son personajes fantásticos de la mitología cántabra, protagonistas de cuentos y leyendas pastoriles de los altos valles fluviales. Se representan con largas trenzas adornadas con cintas de seda y coronas de flores. Generalmente son bondadosas, pero también hay anjanas malvadas, que poseen palacios y tesoros ocultos en torcas y cuevas de las que nacen veneros de agua. Se dice que ayudan a los animales heridos, a los árboles partidos por las tormentas y a los enamorados que sufren males de amores.

SOY GARGANTA

Hay una breve y angosta garganta, que llaman de Becedas, en la que aprende a hablar el río Jerte.

En ella se escucha ese armonioso idioma que solo entienden las truchas, las nutrias y algunas personas sabias.

En un recodo de esa garganta había un chozo en el que vivía un viejo muy extraño, al que los lugareños apodaban el Oscuro, por su extraña condición de insociable y taciturno.

Malvivía de su huerto y de lo poco que pescaba.

Algunas veces, un niño y su hermano iban a visitarle con su abuelo, y le llevaban pan y tabaco, y él les correspondía con misteriosas sentencias que apenas comprendían.

Un día les dijo:

“Ni aun recorriendo todos los ríos, llegarás a dar con el secreto del agua: tan profundo misterio tiene”.

Y no entendieron nada.

En otra ocasión les explicó:

“En el mismo río entramos y no entramos, pues somos y no somos los mismos”.

Y de nuevo se quedaron pasmados.

Pasado algún tiempo fueron a verle y ya no estaba, pero había dejado una nota en la puerta del chozo, con un recado para los niños:

“Si queréis llegar a ser sabios, aprended el lenguaje del agua, pues todas las cosas fluyen a manera de ríos”.

De nuevo se quedaron in albis.

Meses después volvieron con la esperanza de que el anciano hubiera regresado, pero fue en vano. Preguntaron por allí y les dijeron que había enfermado, y que le habían recogido en un asilo donde al parecer había muerto de hidropesía.

Afligidos se acercaron al chozo, la puerta estaba desvencijada y el interior enmohecido. Vislumbrando a tientas encontraron algunos enseres oxidados y unas páginas raídas de un viejo libro, en las que se adivinaba el nombre de un tal Heráclito⁵, y había una frase subrayada: “Todo fluye, nada permanece”.

⁵ Heráclito de Éfeso, apodado “el Oscuro”, h. 540 a.C.-Éfeso, id., h. 470 a.C.



ARTÍCULO CIENTÍFICO

MEDICINA DE PRECISIÓN EN PSIQUIATRÍA

Variabilidad interindividual en la eficacia y la tolerabilidad de fármacos psiquiátricos

Dra. María Inés López-Ibor Alcocer / Silvia Vilches Sáez AB Biotics

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada cuatro personas en el mundo se verá afectada por trastornos neuropsiquiátricos en algún momento de su vida. Actualmente, aproximadamente 450 millones de personas sufren un problema de salud mental¹, constituyendo una de las principales causas de enfermedad y discapacidad en todo el mundo. Los tratamientos actuales en salud mental, especialmente los que utilizan psicofármacos, no son siempre efectivos en todos los pacientes. Los fármacos psicoactivos existentes, incluidos los antidepresivos, los antipsicóticos y los estabilizadores del estado de ánimo, son eficaces solo en un subconjunto de pacientes o producen una respuesta parcial, y a menudo se asocian con efectos secundarios debilitantes que afectan la adherencia de forma negativa².

En el trastorno depresivo mayor (TDM), la esquizofrenia y el trastorno bipolar (TB) solo aproximadamente un tercio de los pacientes alcanzan una remisión de síntomas completa y estable, y no interrumpen el tratamiento³⁻⁵. En el caso de los pacientes con depresión, un 30-40% no responden al tratamiento de primera o segunda línea con antidepresivos. La depresión resistente al tratamiento, generalmente definida como el fracaso de dos productos farmacológicos sucesivos a una dosis y duración adecuadas, representa al menos el 20-30% de los casos de TDM⁶. Por

otra parte, en más del 50% de los casos los antipsicóticos no son eficaces y/o conducen a efectos adversos graves que contribuyen al abandono del tratamiento.

“el tratamiento adecuado, para el paciente adecuado, en el momento adecuado”

LA MEDICINA DE PRECISIÓN COMO NUEVO MODELO MÉDICO

La medicina de precisión es un nuevo modelo médico que propone la personalización de la salud, con decisiones médicas, tratamientos, prácticas o productos adaptados al paciente individual, en lugar de un modelo estándar único y homogéneo para todos los pacientes. Con relación al tratamiento, la medicina de precisión tiene como objetivo proporcionar “el tratamiento adecuado, para el paciente adecuado, en el momento adecuado” mediante la estratificación del paciente a partir de la incorporación de diferentes elementos, como son la información molecular (genómica y derivada de otras “ómicas”), pero también los datos clínicos, ambientales y del estilo de vida del paciente.

En el campo de la oncología, por ejemplo, décadas de investigación han demostrado que los cambios genéticos en el tumor de

un paciente pueden no coincidir con los de otro paciente con el mismo tipo y etapa de cáncer, por lo que los dos pacientes podrían responder al mismo tratamiento de manera diferente. En este sentido, la medicina de precisión ofrece a los profesionales de la salud la oportunidad de orientar los tratamientos a personas específicas con características clínicas específicas.

Entre las ventajas que plantea la medicina de precisión encontramos cambiar el énfasis de la medicina de la reacción a la prevención, prevenir la progresión y cronificación de las enfermedades, prescribir medicamentos más eficaces y evitar los medicamentos con efectos secundarios previsibles.

IMPACTO DE LA FARMACOGENÉTICA (FG) EN LA RESPUESTA A LOS FÁRMACOS

Parte de la variación interindividual observada en la respuesta a los fármacos se debe a variantes genéticas heredadas. Se estima que las variantes genéticas afectan entre el 20 y el 95% de la variabilidad de la respuesta según el fármaco⁷. La farmacogenética es el estudio del impacto de la variabilidad genética en la respuesta/efectos secundarios de los medicamentos con el objetivo de proporcionar tratamientos personalizados, maximizando así la eficacia y la tolerabilidad.

Las variantes que influyen en la respuesta farmacológica se localizan predominantemente en genes que codifican enzimas que metabolizan fármacos y proteínas transportadoras de membrana (los genes ADME, para Administración, Distribución, Metabolismo y Excreción), dianas farmacológicas o alelos de antígenos leucocitarios humanos (*Human Leukocyte Antigen, HLA*). Existen variaciones en las regiones reguladoras del gen que afectan su nivel de expresión, así como polimorfismos en la región codificante que impactan en la función de la proteína resultante, dando lugar a una exposición alta

o baja al fármaco, aumentando la formación de metabolitos tóxicos, aumentando o disminuyendo las interacciones con las dianas farmacológicas, o activando el sistema inmunológico y conduciendo a reacciones idiosincrásicas.

La aparición del término farmacogenética comenzó a aumentar exponencialmente a partir del año 2000, cerca de la finalización del Proyecto Genoma Humano en 2003. El vasto conocimiento actual en este campo ha dado como resultado un amplio reconocimiento de su utilidad clínica, y tanto agencias reguladoras como grupos internacionales de expertos desarrollan y mantienen recursos y guías para facilitar la implementación clínica de los hallazgos en farmacogenética. De este modo, el Consorcio para la Implementación Clínica de la Farmacogenética (CPIC, por sus siglas en inglés) es un consorcio internacional de expertos en el campo de la farmacogenética clínica dedicado a la traslación de los estudios farmacogenéticos a la práctica clínica. El CPIC desarrolla y mantiene actualizadas guías de práctica clínica detalladas, basadas en evidencia y publicadas en revistas revisadas por pares. Estas guías siguen formatos estandarizados, incluyendo la gradación sistemática de la evidencia y las recomendaciones clínicas asociadas.

La lista completa de las guías del CPIC está disponible gratuitamente en su página web (<https://cpicpgx.org/>), así como en la base de datos de referencia en farmacogenética, PharmGKB (<https://www.pharmgkb.org>). En cuanto a las guías específicas existentes para psiquiatría, el CPIC ha elaborado guías para la dosificación de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y de antidepresivos tricíclicos (ATC) en base al genotipo de *CYP2D6* y *CYP2C19* (genes de la familia citocromo P450 que codifican enzimas metabolizadoras de fármacos), sobre el uso de carbamazepina y oxcarbazepina en función de la presencia de determinados alelos de genes del complejo mayor de

histocompatibilidad, para la dosificación de fenitoína en base al genotipo de *CYP2C9* y *HLA-B*, y sobre el uso de atomoxetina en función del genotipo de *CYP2D6*⁸⁻¹².

Otros grupos de expertos en el campo de la farmacogenética, como el Grupo de Trabajo en Farmacogenética de Holanda (*Dutch Pharmacogenetic Working Group, DPWG*) de la Asociación Real de Farmacéuticos Holandeses (KNMP) o la Red Canadiense de Farmacogenómica para la Seguridad de los Medicamentos (CPNDS), revisan la evidencia clínica y científica actual sobre la utilidad de la información farmacogenética en diferentes especialidades médicas, incluyendo la psiquiatría.

Del mismo modo, las diferentes agencias del medicamento se han hecho eco de la importancia de los biomarcadores genéticos en la prescripción de medicamentos. Así, un número significativo de todos los medicamentos autorizados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) contienen información farmacogenómica en las correspondientes fichas técnicas de producto. Un

análisis de los medicamentos evaluados de acuerdo con el procedimiento centralizado de la EMA, entre octubre de 1995 y octubre de 2013, mostró que, de 534 productos, 24 contenían información farmacogenética en la sección de la ficha técnica que describe las indicaciones terapéuticas, 29 en la sección de posología y administración, y 30 en contraindicaciones. Alrededor del 15% de los productos contenían información farmacogenética con un impacto directo en el tratamiento del paciente. Esto demuestra que la farmacogenética se ha convertido ya en una parte integral de la fase de desarrollo y post-autorización de varios medicamentos, contribuyendo a la gestión de sus beneficios y riesgos en el uso clínico¹³.

Para promover aún más la integración científicamente sólida de la farmacogenómica en el desarrollo de productos y para garantizar que se dé la debida consideración a la genómica en el tratamiento de los pacientes, la EMA ha establecido recomendaciones y requisitos para la investigación e incorporación de la farmacogenómica en el desarrollo y la vigilancia de fármacos (farmacovigilancia)¹⁴⁻¹⁵, publicando su primera guía sobre el uso de metodologías farmacogenéticas en la evaluación farmacocinética de medicamentos en 2012.

Por su parte, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) mantiene en su página web una lista de medicamentos para los cuales el etiquetado aprobado correspondiente incluye información farmacogenética (<https://www.fda.gov/drugs/science-and-research-drugs/table-pharmacogenomic-biomarkers-drug-labeling>). Esta lista incluye varios medicamentos psicoactivos: antidepresivos (ATC, ISRS, venlafaxina y vortioxetina), varios antipsicóticos (aripiprazol, brexpiprazol, clozapina, haloperidol, iloperidona), anticonvulsivos (carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína) y analgésicos (codeína, oxicodona, tramadol).



NEUROFARMAGEN®

Toda la evidencia clínica en farmacogenética existente en la actualidad debe seleccionarse y categorizarse, utilizando criterios estandarizados para traducir solo la evidencia sólida en recomendaciones clínicas.

Además, existen factores adicionales de naturaleza ambiental y endógena que afectan la predicción del fenotipo de un paciente a partir del genotipo, entre ellos, la biodisponibilidad del fármaco, el flujo y función sanguínea hepática, la función renal, la dependencia de la vía metabólica particular, la presencia de comedición y/o determinados componentes de la dieta, o el cumplimiento del paciente, entre otros. Por lo tanto, la implementación de la prescripción personalizada debe considerar tanto variables genéticas como ambientales y/o intrínsecas del paciente.

Neurofarmagen®, desarrollado por AB-Biotics, es un software de medicina de precisión que ha demostrado en ensayos clínicos que aumenta la eficacia y reduce los efectos adversos de los tratamientos con psicofármacos¹⁶⁻²³. Especialmente desarrollado para el área de neuropsiquiatría, ayuda a optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes, proporcionando a los profesionales de la salud una herramienta online que combina información derivada del perfil genético del paciente con alertas de interacciones farmacológicas y sobre el impacto que tienen factores del estilo de vida y clínico-fisiológicos del paciente en el éxito de la medicación.

La información del perfil farmacogenético del paciente proviene de un análisis de ADN (realizado a partir de una muestra de saliva), a partir del cual Neurofarmagen® genera un informe basado en (i) guías farmacogenéticas de referencia emitidas por organizaciones de referencia en el área (por ejemplo, las guías CPIC para los ajustes de dosis basados en genotipos combinados), información sobre biomarcadores genéticos incluida en la ficha técnica de los fármacos aprobados por las agencias reguladoras, y otros estudios clínicos seleccionados, y (ii) un enfoque

de seguridad que prioriza la información relativa a la seguridad farmacológica.

La integración en el software de los resultados farmacogenéticos con los factores no genéticos se realiza de forma dinámica, permitiendo al médico seleccionar en la interfaz del software en tiempo real los diferentes factores que pueden impactar en la respuesta final al tratamiento. De esta manera, la plataforma de medicina de precisión Neurofarmagen® permite seleccionar diferentes alternativas farmacológicas para cada paciente, proporcionando recomendaciones de dosificación específicas según el perfil metabolizador del paciente y ayudando a anticipar información sobre seguridad y/o eficacia farmacológica.

La utilidad clínica de Neurofarmagen® ha sido evaluada en el TDM mediante ensayos clínicos aleatorizados con cientos de pacientes¹⁷⁻²⁰. Además, estudios adicionales apoyan estos datos en pacientes psiquiátricos con otros diagnósticos^{16,21-23}. Todos los ensayos clínicos han demostrado mejoras estadísticamente significativas tanto en la eficacia como en tolerabilidad en aquellos pacientes cuyo tratamiento había sido guiado con Neurofarmagen® en comparación con pacientes que habían recibido el tratamiento habitual (control).

a El estudio GENEPSI fue aprobado por el CEIm del Hospital Clínico San Carlos en Madrid (código del protocolo: ALMPSI201301, fecha de aprobación: 20/12/2013)

b El estudio AB-GEN fue aprobado por los CEIm de todos los hospitales participantes, actuando el CEIm del Hospital Clínico de Barcelona, como CEIm de referencia (código del protocolo: ABGEN2013, fecha de aprobación: 15/11/2013).

c El estudio de Corea fue aprobado por el CEIm de Bucheon St. Mary's Hospital de Corea del Sur (número de aprobación: HC16EIMI0015, fecha de aprobación: 02/03/2016).

REFERENCIAS

- World Health Organization. WHO | The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization; 2001.
- Corponi F, Fabbri C, Serretti A. Pharmacogenetics in Psychiatry. In: *Advances in Pharmacology*. ; 2018. doi:10.1016/bs.apha.2018.03.003
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005;353(12):1209-1223. doi:10.1056/NEJMoa051688
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1905-1917. doi:10.1176/aip.2006.163.11.1905
- Thase ME. STEP-BD and bipolar depression: What have we learned? *Curr Psychiatry Rep*. 2007;9(6):497-503. doi:10.1007/s11920-007-0068-9
- Johnston KM, Powell LC, Anderson IM, Szabo S, Cline S. The burden of treatment-resistant depression: A systematic review of the economic and quality of life literature. *J Affect Disord*. 2019;242:195-210. doi:10.1016/j.jad.2018.06.045
- Arwood MJ, Chumnumwat S, Cavallari LH, Nutescu EA, Duarte JD. Implementing Pharmacogenomics at Your Institution: Establishment and Overcoming Implementation Challenges. *Clin Transl Sci*. 2016;9(5):233-245. doi:10.1111/cts.12404
- Hicks JK, Bishop JR, Sangkuhl K, et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) guideline for CYP2D6 and CYP2C19 genotypes and dosing of selective serotonin reuptake inhibitors. *Clin Pharmacol Ther*. 2015;98(2):127-134. doi:10.1002/cpt.147
- Hicks JK, Sangkuhl K, Swen JJ, et al. Clinical pharmacogenetics implementation consortium guideline (CPIC) for CYP2D6 and CYP2C19 genotypes and dosing of tricyclic antidepressants: 2016 update. *Clin Pharmacol Ther*. 2016. doi:10.1002/cpt.597
- Phillips EJ, Sukasem C, Whirl-Carrillo M, et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium Guideline for HLA Genotype and Use of Carbamazepine and Oxcarbazepine: 2017 Update. *Clin Pharmacol Ther*. 2018;103(4):574-581. doi:10.1002/cpt.1004
- Caudle KE, Rettie AE, Whirl-Carrillo M, et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium Guidelines for CYP2C9 and HLA-B Genotypes and Phenytoin Dosing. Vol 96. 2014/08/08.; 2014:542-548. doi:10.1038/clpt.2014.159
- Brown JT, Bishop JR, Sangkuhl K, et al. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium Guideline for Cytochrome P450 (CYP) 2D6 Genotype and Atomoxetine Therapy. *Clin Pharmacol Ther*. April 2019:cpt.1409. doi:10.1002/cpt.1409
- Ehmann F, Caneva L, Papaluca M. European Medicines Agency initiatives and perspectives on pharmacogenomics. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(4):612-617. doi:10.1111/bcp.12319
- Medicines Agency E. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) Guideline on Key Aspects for the Use of Pharmacogenomics in the Pharmacovigilance of Medicinal Products Draft Agreed by Pharmacogenomics Working Party.; 2015. www.ema.europa.eu/contact.
- Medicines Agency E. Concept Paper on an Addendum on Terms and Concepts of Pharmacogenomic Features Related to Metabolism to the Guideline on the Use of Pharmacogenetic Methodologies in the Pharmacokinetic Evaluation of Medicinal Products (EMA/CHMP/37646/2009); 2017. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2015/11/WC5001.
- Espadaler J, Tuson M, Lopez-Ibor JM, Lopez-Ibor F, Lopez-Ibor MI. Pharmacogenetic testing for the guidance of psychiatric treatment: a multicenter retrospective analysis. *CNS Spectr*. 2017;22(4):315-324. doi:10.1017/S1092852915000711
- Perez V, Salavert A, Espadaler J, et al. Efficacy of prospective pharmacogenetic testing in the treatment of major depressive disorder: results of a randomized, double-blind clinical trial. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):250. doi:10.1186/s12888-017-1412-1
- Menchon JM, Espadaler J, Tuson M, et al. Patient characteristics driving clinical utility in psychiatric pharmacogenetics: a reanalysis from the AB-GEN multicentric trial. *J Neural Transm*. 2018. doi:10.1007/s00702-018-1879-z
- Han C, Wang S-M, Bahk W-M, et al. A Pharmacogenomic-based Antidepressant Treatment for Patients with Major Depressive Disorder: Results from an 8-week, Randomized, Single-blinded Clinical Trial. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2018;16(4):469-480. doi:10.9758/CPN.2018.16.1.469
- Vilches S, Tuson M, Vieta E, Álvarez E, Espadaler J. Effectiveness of a pharmacogenetic tool at improving treatment efficacy in major depressive disorder: A metaanalysis of three clinical studies. *Pharmaceutics*. 2019;11(9). doi:10.3390/pharmaceutics11090453
- Ielmini M, Poloni N, Caselli I, et al. The utility of pharmacogenetic testing to support the treatment of bipolar disorder. *Pharmacogenomics Pers Med*. 2018;11:35-42. doi:10.2147/PGPM.S160967
- Callegari C, Isella C, Caselli I, Poloni N, Ielmini M. Pharmacogenetic Tests in Reducing Accesses to Emergency Services and Days of Hospitalization in Bipolar Disorder: A 2-Year Mirror Analysis. *J Pers Med*. 2019;9(2):22. doi:10.3390/jpm9020022
- Blasco-Fontecilla H. Clinical utility of pharmacogenetic testing in children and adolescents with severe mental disorders. *J Neural Transm*. 2018. doi:10.1007/s00702-018-1882-4



ENTREVISTA

Dr. Miguel Casas Brugué

El Profesor Miguel Casas Brugué, es uno de los referentes esenciales en el ámbito de la psiquiatría en nuestro país, acompañado de un notable prestigio científico a nivel internacional.

En la actualidad es Director del Programa SJD MIND Escuelas, Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual y Catedrático Emérito de Psiquiatría de la UAB.

Autor de numerosos libros y publicaciones científicas, ha liderado diferentes proyectos de investigación. En esta entrevista le conoceremos un poco más ...

¿Por qué decidió estudiar Medicina y por qué Psiquiatría?

Desde siempre se consideró en mi familia que yo sería médico y yo siempre lo acepté con naturalidad y agrado. De manera que cuando tuve que elegir después del famoso Preu (Preuniversitario, ya puede pues deducir mi edad), no recuerdo haber dudado ni un segundo. No obstante, creo que si hubiera sido bueno en dibujo, quizás hubiera pensado en Arquitectura, pero como era una nulidad, no tuve ninguna posibilidad. Siempre he estado muy

satisfecho de ser médico, a pesar de que cuando me enfado aseguro que hubiera preferido ser cualquier otra cosa.

El porqué escogí Psiquiatría fue debido, en primer lugar, a la serendipia y, en segundo lugar, a un progresivo y largo proceso de reflexión sobre como esperaba yo entender el cerebro. Me explico. Soy de la primera generación de alumnos de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. Empezamos la carrera en el año 1968 en el Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau de Barcelona, que ya había sido sede de otra Universidad Autónoma antes de la Guerra Civil. Fuimos recibidos con gran alegría y entusiasmo por parte de sus facultativos y, como éramos solamente unos cien alumnos, nos cuidaron como si fuera una escuela. A cada alumno nos adjudicaron un tutor que nos ayudara y acompañara en los estudios, y la serendipia quiso que me tocara el insigne neurólogo el Prof. Luis Barraquer Bordas. Rápidamente se despertó en mi el interés por el funcionalismo del SNC y el Prof. Barraquer me ofreció acompañarle en su consulta privada por la tarde, una vez terminábamos en el Hospital. Estuve años en su despacho viendo como atendía a sus pacientes y, progresivamente, fui convirtiéndome en un colaborador que le ayudaba en sus exploraciones elementales. Aprendí neurología como hay que aprender la medicina, con una buena base teórica y una praxis supervisada de altísima calidad. Sin embargo, ya durante los cursos clínicos de la carrera, la Psicología Médica y, después, la Psiquiatría despertaron mi máximo interés, y cuando al finalizar tuve que decidir la especialidad, me di cuenta que el conocimiento "mecánico" del cerebro (el que se podía obtener con la neurología de hace 40 años) no colmaba mi curiosidad sobre su

funcionalismo más sofisticado, es decir, sobre como se generaban los procesos mentales y su patología. Hay que recordar que el mismo Prof. Barraquer ejercía muchas veces más de psiquiatra que de neurólogo, por lo que no me fue difícil explicarle que quería ser psiquiatra y, aunque supongo que con gran pesar, fue comprensivo con mi elección.

Se conoce que es un hombre interesado por la cultura. ¿Qué le gusta y qué nos recomendaría?

No me considero una persona especialmente culta. Tengo enormes carencias que me lo impiden. Cuando joven y hasta que terminé Medicina leí todo lo que me caía en las manos, tanto literatura popular (me encantaban las novelas policíacas a las que mi padre era muy aficionado, por lo que las tenía todas en casa y las de viajes y aventuras, sin desdeñar las del "oeste"), como también obras clásicas, ya que tuve un magnífico profesor de literatura en bachillerato. Durante la Residencia en Psiquiatría dejé, no sé explicar porqué, de leer novela y me concentré en la literatura profesional. Recuerdo el descubrimiento de las obras completas de Freud, de una editorial sudamericana que leí con fruición y las de sus discípulos psicoanalistas, tanto ortodoxos como heterodoxos, simultaneándolo con las obras de los autores denominados "anti psiquiatras" o las de los filósofos franceses comprometidos políticamente.

Sin embargo, desde hace ya más de 30 años leo preferentemente historia, espiritualidad, religión y ensayos biográficos. No he vuelto a la novela ni al teatro. Una pena.

¿Una ciudad a la que siempre volvería?

Por mis viajes profesionales y de turismo conozco, naturalmente, muchas ciudades, pero aunque parezca un tópico muy tópico, soy un incondicional e irremediable enamorado de París (y, también, de Francia y de los franceses, a pesar de su fama de chauvinistas). Mi familia sabe muy bien que si un día "me pierdo", me tienen que buscar en París.

¿Qué hace en un día libre?

Intento no hacer nada que no sea estar en silencio o bien leer y escuchar música y relajarme. Nada de viajes, nada de aventuras, solo familia y cuidado de mi mismo. Máximo, ir al mercado a pasear, curiosear y comprar comida fresca que me resulte apetecible. Cuando era joven practiqué la Meditación Trascendental, lo más parecido que conozco a la actual "mindfulness" y, actualmente, lo sigo haciendo, si bien, por desgracia, de un modo poco ortodoxo y, por lo tanto, supongo que menos efectivo. Pero me sirve... y estar en silencio conmigo mismo es mi máxima "afición".

Muchos lo recuerdan siempre con una Coca-cola en la mano...

Realmente me gusta esta bebida. No obstante, debo precisar, y no es una disculpa, que no es por una dependencia a la cafeína, ya que no tomo prácticamente nunca café, té u otras bebidas con xantinas y que si no tengo la marca, nunca tomo otras bebidas de cola. Sin embargo, tengo que reconocer que soy un auténtico "connoisseur" de la bebida, ya que diferencio tipos de envases, países y, hasta hace pocos años, embotelladoras españolas (ac-

La psiquiatría avanzará con gran rapidez y efectividad siempre que siga integrada en el marco de las Neurociencias.



tualmente ya no es posible porqué solamente hay una embotelladora). También, y esto es clave para degustarla adecuadamente, detecto perfectamente el mes de su producción ya que, al revés del vino, las recientes son mucho mejores que las embotelladas hace tiempo, si ha sido correctamente almacenada o si, por accidente, ha quedado congelada en las neveras de los "chiringuitos" de playa. Naturalmente, nunca la tomo con hielo ni limón y me horroriza la forma americana (USA) de servirla con hielo picado. Se asombraría Ud. del número de cenas y apuestas que he ganado, cuando era joven, con aquel típico juegucito de los años 70 preguntándome si yo podría diferenciar entre las diversas marcas de colas. Qué tiempos... qué buenos recuerdos!!

¿Cómo se ve usted, la psiquiatría y las enfermedades mentales dentro de quince años?

La psiquiatría avanzará con gran rapidez y efectividad siempre que siga integrada en el marco de las Neurociencias, aceptando, no obstante, el gran enriquecimiento conceptual que pueden aportar escuelas o tendencias, dentro de las diversas corrientes ideológicas que conforman el amplio abanico teórico en que se mueve la salud mental, que no se consideran integradas en las denominadas ciencias que siguen el modelo científico-natural.

La mejor teoría es la que obtiene los mejores resultados terapéuticos y, sin lugar a dudas, actualmente las mejores teorías se desarrollan dentro de las denominadas Neurociencias, contempladas en toda su complejidad, diversidad y amplitud.

¿Cuáles son las áreas de la psiquiatría que más le han interesado?

Como a la mayoría de los médicos, nuestra propia especialidad nos interesa en su globalidad y siempre estamos atentos a sus avances conceptuales y terapéuticos.

Sin embargo, también como les sucede a la mayoría de los médicos, nuestra especialidad es tan compleja y diversa que nos tenemos que subespecializar para ser el máximo de competentes posible.

Por tanto, en mi vida profesional he atendido pacientes de todas, o de la gran mayoría, de las entidades nosológicas existentes en psiquiatría. Sin embargo, tengo que reconocer que me han interesado preferentemente, a nivel de actividad investigadora, las Adicciones, los Trastornos de Personalidad y los Trastornos del Neurodesarrollo y, muy especialmente, el TDAH y sus consecuencias a lo largo del ciclo vital.

¿Cuál es la teoría que mejor explica las enfermedades mentales?

La mejor teoría es la que obtiene los mejores resultados terapéuticos y, sin lugar a dudas, actualmente las mejores teorías se desarrollan dentro de las denominadas Neurociencias, contempladas en toda su complejidad, diversidad y amplitud.

¿Cómo deberían coexistir los modelos de psiquiatría pública y privada? ¿Cómo un solo modelo quizás?

Si bien sería deseable una asistencia psiquiátrica pública y universal, disponiendo de los recursos necesarios y perfectamente incardinada en las neurociencias, es evidente que estamos muy lejos de poder alcanzar estos objetivos. Seguramente debido a muchos y diversos motivos, que considero pueden concretarse en tres principales: 1.- El miedo atávico que la sociedad tiene a lo que denomina vulgarmente "locura", 2.- El gran estigma y marginación que ello genera hacia las personas que sufren problemas mentales, lo que facilita que las autoridades sanitarias y gestores públicos puedan siempre relegar, sin penalización social, sus necesidades al último lugar de priorización de los recursos disponibles, algo realmente impensable cuando se trata de graves enfermedades orgánicas, y 3.- La gran prevalencia de la patología mental, cifrada por la OMS en más del 25% de la población general, lo que "asusta y retrae" a cualquier gestor que solamente contemple su responsabilidad pública en función de los cortos periodos electorales en los que debe conseguir unos frutos inmediatos en forma de votos.

Por ello, durante muchos años será necesaria la coexistencia de la psiquiatría pública con la psiquiatría privada, siendo deseable que se contemplen como complementarias y que se apliquen, en las dos redes, los mismos protocolos asistencia-

les, las mismas normativas de calidad y las mismas exigencias éticas que están actualmente vigentes tanto a nivel nacional como internacional, a fin de poder garantizar las máximas garantías sanitarias a los pacientes y a sus familias.

Háblenos de uno de sus proyectos en relación con la salud mental.

Han sido múltiples y muy gratificantes los proyectos que he iniciado y que, afortunadamente, han seguido los amigos y compañeros profesionales que me han acompañado en mi trayectoria profesional.

Ciertamente, como posible auto-crítica que yo mismo me efectúo, siempre he trabajado dentro de lo que yo denomino, como broma caricaturesca, “psiquiatría marginal”, en contraposición a la gran “psiquiatría clásica, normativa y aristocrática”. Me refiero a que siempre, excepto unos primeros años como responsable de una sala de pacientes psicóticos crónicos en el ya desaparecido Instituto Mental de la Santa Creu de Barcelona, he desarrollado mi labor investigadora, primero en el Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau y, en los últimos 20 años, en el Hospital Universitari Vall d’Hebron, ambos de Barcelona, en el campo de las adicciones, de los trastornos de personalidad, del TDAH en el adulto, de la marginalidad y, en los últimos 10 años, en los trastornos del neurodesarrollo a lo largo del ciclo vital, desde la infancia, pasando por la adolescencia y terminando en la edad adulta.

Háblenos de sus proyectos de futuro.

En estos momentos estoy desarrollando un gran programa de investigación clínica en el que puedo aplicar todos los conocimientos y experiencias acumuladas en mis 40 años de actividad profesional en el campo de la psiquiatría, denominado: “Trastornos del Neurodesarrollo y

Alteraciones Conductuales de etiología no psicótica a lo largo del Ciclo Vital”. Los Trastornos del Neurodesarrollo están directamente relacionados con las dificultades del aprendizaje, con el acoso escolar (bullying), con el elevado consumo de cannabis y bebidas alcohólicas en la población adolescente, con los embarazos no deseados, con la dificultad para acceder al permiso de conducción, con las conductas de riesgo y la accidentalidad vial, con la violencia adolescente de causa no psicótica (maltrato a padres y familiares, violencia de género, conductas antisociales, pertenencia a bandas urbanas, etc.), con presentar importantes dificultades laborales (dolencias médicas repetitivas, absentismo, inadaptación profesional, desempleo de larga duración, etc.) siendo, también, responsables de una gran parte del actual aumento de la marginalidad y la delincuencia en adolescentes y en adultos jóvenes.

Habiendo ya terminado y publicado diversos estudios en adultos, actualmente mi interés está centrado en el proyecto “Trastornos del Neurodesarrollo, Bajo Rendimiento y Fracaso Escolar en Alumnos de Educación Primaria y en Alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO)” que tiene, como objetivo principal, delimitar la relevancia de los Trastornos del Neurodesarrollo (TEA, TDAH, dislexia, discalculia, trastornos de la comunicación, etc.) en el bajo rendimiento y el fracaso escolar en una población de alumnos de entre 6 a 16 años de edad que no alcanzan las competencias específicas marcadas para cada ciclo académico. Se ha efectuado ya una primera fase, con el estudio de 12.000 alumnos, en la que se evidencia, como principal resultado, que los trastornos del neurodesarrollo están infra-diagnosticados y muy escasamente tratados en la población infanto-juvenil con bajo rendimiento escolar, lo que puede explicar las grandes dificultades académicas que presentan estos alumnos.

¿Cree que es necesario establecer nombres, criterios y/o diagnósticos para las enfermedades mentales?

Ciertamente si, ya que solamente con un acertado y personalizado diagnóstico de la dolencia del paciente conseguiremos avanzar en abordajes terapéuticos eficaces, efectivos y eficientes. No termino de entender que algunos compañeros profesionales sigan considerando los diagnósticos en psiquiatría como “etiquetas estigmatizadoras”. No obstante, no soy estrictamente “categorialista”, ya que también acepto, y practico clínicamente, la aproximación dimensional para muchas de las patologías que tratamos. No son posiciones incompatibles. Lo que no creo éticamente correcto es negar a nuestros pacientes un diagnóstico fiable que posibilite un abordaje terapéutico rápido y efectivo.

¿Cómo intuye qué será la pandemia emocional de la covid?.

Soy muy determinista en este sentido. Para la mayoría de la población, la pandemia será un gran revulsivo intelectual, con amplias repercusiones a nivel emocional, pero que no tienen porque ser necesariamente patológicas. Al contrario, seguramente para la gran mayoría de personas comportará una importante y provechosa parada en la vorágine del “inmediatismo” en que nos hallábamos inmersos debido a la globalización y a las imparables TICs. Una necesidad de reflexión “forzada” sobre quienes somos y hacia donde vamos. Una nueva oportunidad, como ocurre siempre después de grandes guerras o catástrofes, para reubicarnos en nuestros deseos, expectativas, esperanzas y creencias. Un agudo grito de alarma para obligarnos a repensar y reconducir la masiva destrucción de la naturaleza que estamos provocando y poder así evitar el dramático cambio climático que se avecina. Una

nueva oportunidad para re-humanizar la maltrecha humanidad de las últimas décadas.

Sin embargo, como profesionales de la psiquiatría tenemos que ser claramente conscientes del gran daño emocional que la pandemia de la COVID-19 provocará, en algunos casos de manera irreversible, sobre las personas con una especial vulnerabilidad individual para desarrollar psicopatología, ya sea a causa de una predisposición de base epigenética o como resultante de sus dificultades idiosincrásicas para afrontar situaciones estresantes. Por ello, la totalidad de los recursos sanitarios actualmente disponibles en salud mental deberán ser incrementados y mejorados para bien de los pacientes afectados, sin descuidar, punto crucial y demasiadas veces olvidado, nuestro cuidado, “el cuidado del cuidador”, mejorando nuestra formación en los aspectos psíquicos de la COVID, aumentando nuestras plantillas de profesionales y procurándonos un reconocimiento “real y efectivo”, a todos los niveles, que nos permita evitar el denominado “burn-out” y seguir “amando” nuestra profesión.





XIV Congreso Nacional ASEPP

**Cambio social:
Psiquiatría y Covid**

**Bilbao, 14 al 16 octubre de 2021
Sociedad Bilbaína**