

Mesa redonda 1. Salud mental. Reto de futuro en Atención Primaria

Moderador: Ramón González Correales

Introducción

Ramón González Correales

Médico de Familia. Centro de Salud Piedrabuena (Ciudad Real).
Coordinador del Grupo de Salud Mental de SEMERGEN.

La demanda de problemas relacionados con la salud mental crece cada día en las consultas del médico de familia. Hay estudios que hablan de que 30 de cada 100 pacientes que acuden a nuestras consultas tienen algún problema de este tipo, que muchas veces se presenta enmascarado entre diversos síntomas orgánicos. A esto habría que añadir la repercusión psicológica de la enfermedad orgánica de la que cada vez hay más evidencia de que afecta al pronóstico. Con frecuencia se acude a la metáfora del iceberg para referirse a los muchos pacientes que nunca nos van a consultar por estos problemas, y que quizá sean la mayoría.

Asistimos nuevos estilos de vida precipitados por los cambios sociales. Muchas personas padecen la aparición de problemas nuevos que tienen que ver con la consulta del médico de familia (que a pesar de todo sigue siendo el profesional más accesible para los ciudadanos) pidiendo ayuda para problemas de la vida que antes se resolvían en el sistema de apoyo social. Problemas relacionados con el trabajo (*mobbing*, etc.), con nuevas adicciones, con cambios en la estructura de la familia (soledad maltrato, etc.) o la composición social (patología relacionada con la emigración). Algunos son problemas en los que es difícil establecer la línea de la patología, otros quizás sean una nueva expresión de la ansiedad de siempre.

En esta mesa se van a analizar algunos de los nuevos retos, y uno tan antiguo como el hombre, y sin embargo, tan pendiente de abordaje en la actualidad como es el duelo. A pesar de todos los avances de la Medicina, o quizá por ello, la sociedad evita la idea de la muerte. En otra mesa de este congreso se tratarán también los cuidados terminales que tanto tendrían que mejorar para garantizar el derecho a una muerte digna. En ésta hablaremos de lo que el médico de familia puede hacer para ayudar al proceso de duelo normal y patológico.

El *mobbing* (acoso laboral) ha encontrado un lugar privilegiado en los medios de comunicación porque se presta a todo tipo de interpretaciones, y por tanto de reivindicaciones. Desde el punto de vista médico se trataría de un trastorno adaptativo por una determinada forma de estrés

laboral. En la consulta del médico se presenta el resultado de ese estrés (ansiedad, depresión, etc.) pero al médico le puede ser difícil objetivar las causas aunque puede ser requerido para que haga lo que puede ser fuente de conflictos y de intentos de manipulación. De ahí la importancia de conocer bien el problema y tener clara la forma de manejarlo y las repercusiones medicolegales.

En los últimos años también han aparecido problemas con perfiles nuevos. Nuevas adicciones (internet, videojuegos, etc.), trastornos de la alimentación y nuevas manifestaciones de la ansiedad. Dilucidar qué hay de inédito en todo esto, situar la línea de lo patológico y aclarar qué papel desempeña el médico en asuntos muy relacionados con estilos de vida social es algo fundamental para saber responder con equilibrio a unas expectativas sociales cada vez más exigentes.

Acoso laboral. Aproximación al *mobbing*

Víctor Manuel González Rodríguez

Médico de Familia. Centro de Salud Villoria (Salamanca)
Coordinador del Grupo de Neurología de SEMERGEN.

INTRODUCCIÓN

El mundo contemporáneo gira alrededor de las relaciones interpersonales que se establecen en el mundo laboral, y lógicamente éste puede convertirse también en una fuente de posibles conflictos. Paralelamente se están produciendo una serie de cambios en las condiciones de empleo con formas atípicas, cuando no ilegales, de contratación que permite la aparición de riesgos laborales ocultos, que coexisten con los riesgos más tradicionales y conocidos. En ese contexto la existencia de actitudes hostiles de forma sistemática, duradera y con unas consecuencias variables (sufrimiento psíquico, accidentabilidad, absentismo laboral, etc.), es lo que se ha denominado como *mobbing*. Constituye una situación muy compleja al requerir la presencia de varios "actores": el acosador, o acosadores y el acosado, o acosados y la interacción de los mismos, y sus consecuencias pueden diferir dependiendo de diversas variables. El resultado final se traducirá en un proceso de

destrucción psicológica tras una serie de conductas que, de forma aislada, podrían parecer intrascendentes, pero de forma repetida y constante, tienen efectos perniciosos.

El *mobbing* no debe ser confundido con el exceso de trabajo, los roces o problemas de relación con algunos compañeros del mismo, la presión de nuestros superiores o de nuestros clientes – pacientes – usuarios, la angustia que se experimenta ante situaciones complicadas, etc. Este aspecto es importante porque cuando un vocablo especializado alcanza un empleo cotidiano y generalizado, es frecuente que se utilice para todo tipo de asuntos relacionados con el mismo, introduciendo elementos de confusión y generalización en los que los profesionales no deberían caer.

El médico de Atención Primaria debe conocer la existencia de este problema y estar capacitado para realizar un primer abordaje diagnóstico que no será fácil. El diagnóstico diferencial entre el *mobbing* real y el falso *mobbing* será el primer reto al que deberá enfrentarse. Posteriormente, la diferenciación con otras patologías como el estrés laboral, el *burnout*, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, etc. Por último, deberá también conocer las consecuencias que el *mobbing*, en caso de existir, ha producido en el paciente. Esta complicada labor diagnóstica tiene como objetivo la implantación de planes de cuidados dirigidos a los problemas detectados: actividades preventivas, tratamientos psicológicos, farmacológicos, necesidad de incapacitación laboral transitoria, consejo legal, etc. Las claves para una atención adecuada, una vez más, se encuentran en las propias bases conceptuales de la Atención Primaria, que atiende al individuo en el nivel más accesible, desde un punto de vista integral (biopsicosocial) e integrado (al tener en cuenta aspectos preventivos y de promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y reinserción social), y para lo que será preciso el trabajo en equipos interdisciplinarios de Atención Primaria (Medicina de Familia, Enfermería, Trabajo Social), y contar con la inestimable colaboración del especialista en Psiquiatría cuando ello fuera preciso.

EPIDEMIOLOGÍA DEL *MOBBING*

El *mobbing* es un importante problema social por su repercusión en la salud de la persona afectada, los elevados costes indirectos que ocasiona, e incluso desde un punto de vista epidemiológico por el elevadísimo número de personas que pueden estar sufriendo las consecuencias del mismo. En España, según los datos de la encuesta sobre la violencia en el entorno laboral, desarrollada por Piñuel en la Universidad de Alcalá, más de 1,5 millones de personas son víctimas de hostigamiento laboral, lo que supone más del 12% de los trabajadores en activo¹. Además, uno de cada tres trabajadores manifestó haber sido víctima de maltrato psicológico en su vida laboral con una frecuencia semanal, y cerca del 77% de los afectados señaló un apoyo escaso o nulo en sus organizaciones. El número de trabajadores afectados podría ser incluso mayor, puesto que muchos de ellos no se atreven a denunciar estas situaciones por el temor de perder su puesto de trabajo. Estudios

recientes señalan que entre el 5% y el 11% de la población occidental trabajadora podría ser víctima de este tipo de violencia, habiendo cifrado Anderson en un 8% la población europea que sufre el acoso psicológico en el trabajo²⁻⁴. La encuesta de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo de 1996 cifraba en 12 millones de personas el número de afectados por el acoso moral⁵. En este sentido Leymann llevó a cabo un estudio con 2.428 sujetos y encontró que un 14,41% lo había padecido⁶. En cualquier caso, las cifras varían mucho de unos estudios a otros, dependiendo en gran medida de los criterios definitorios empleados y la metodología del estudio.

En el ambiente sanitario se han comunicado riesgos muy elevados de acoso moral al tratarse de un entorno muy competitivo, con estructuras piramidales muy marcadas, casi feudales, y donde con cierta facilidad pueden promocionarse los “mediocres obedientes”, que reúnen perfiles afines a los del acosador y que pueden aflorar en situaciones en las que puedan ver peligrar su posición o “autoridad”. Así, en 1999, un estudio publicado en el *British Medical Journal*, y realizado sobre 1.100 trabajadores sanitarios concluía que el 38% tenía experiencias de uno o más tipos de acoso moral sufridos durante el año anterior, y que el 42% había sido testigo de hostigamiento psicológico a otros compañeros⁷⁻⁹.

Por otra parte se estima que aproximadamente un 10% de los suicidios consumados es atribuido a conductas relacionadas con el *mobbing*¹⁰.

¿QUÉ ES EL *MOBBING*?

El concepto de *mobbing* proviene del verbo *to mob*, cuya traducción literal podría hacerse mediante los siguientes términos: atropellar, molestar, acosar, maltratar, linchar, atacar en masa, etc. Tiene su origen en los estudios realizados por el etólogo Konrad Lorenz, que lo describió al estudiar las conductas de supervivencia de algunas especies animales, que empleaban el ataque de coaliciones de miembros débiles de una misma especie animal contra individuos más fuertes que ellos. Posteriormente, Heinz Leymann retoma este concepto y lo aplica al ámbito laboral, definiéndolo como aquella situación en la que una persona, o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática (al menos una vez por semana) y recurrente (como mínimo de 6 meses) sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir el entramado de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona, o personas, acabe abandonando el lugar de trabajo. Entre las características más destacables de las conductas del *mobbing* destacan: la intencionalidad, la repetición, la persistencia en el tiempo, la asimetría y su objetivo final que es la destrucción psicológica del acosado y el abandono “voluntario” de la organización por parte de éste. Leymann lo describe como “un proceso de destrucción que se compone de una serie de actuaciones hostiles que aisladamente po-

Tabla 1. Ejemplos prácticos de estrés en el medio laboral no provocado por *mobbing*

M. H. S.: Enfermera del Servicio de Urgencias de un Hospital:

"Resulta insoportable el trabajo diario, prácticamente no hay un momento de descanso. Cada día hay cientos de pacientes, muchos de ellos en situación vital límite, y en ocasiones no disponemos ni siquiera de espacio físico para ubicarlos. En ocasiones, los pacientes no son muy considerados con nosotros, y ya ha habido varias denuncias en el Servicio por presuntas negligencias..."

Es evidente que no se trata de un acoso psicológico laboral, sino que MHS está sobrepasada (quemada) por un trabajo poco o nada gratificante, y que podría estar sufriendo los efectos de un síndrome de *Burnout*, pero no los de un hostigamiento psicológico o *mobbing*

J. F. M.: Administrativo de un Centro de Salud:

"En la reunión del Equipo de Atención Primaria, en la que se trataban cuestiones relacionadas con la Cartera de Servicios y los complementos de productividad, hice un comentario poco afortunado, y el Coordinador me lo recriminó delante de todos los compañeros; me he sentido muy avergonzado y humillado..."

Se trata de un hecho muy concreto, que se ha producido en público, como respuesta a una equivocación que el propio trabajador reconoce. La situación es recriminada por el compañero que tiene la responsabilidad de hacerlo, el Coordinador del Equipo. Si esta circunstancia no se repite sistemáticamente, no debe considerarse como acoso psicológico

L. F. R.: Médico residente de Medicina de Familia y Comunitaria:

"Mi tutor se ha tomado demasiadas confianzas conmigo, no para de mirarme y de decirme lo bien que me sienta la ropa, el peinado, estoy harta..., insiste en que vaya a su casa a terminar los trabajos que tenemos pendientes y ha llegado a hacerme alguna proposición deshonestas. En una ocasión amenazó con evaluarme de forma negativa si no aceptaba acompañarle a una cena..."

La médico residente refiere una situación que no es infrecuente en el ámbito laboral, y que podría confundirse con *mobbing*, sin embargo no se trata de un acoso moral, sino sexual, puesto que el objetivo no parece ser (al menos aparentemente) la destrucción psicológica de la víctima, sino conseguir favores sexuales aprovechando la posición de poder que, en este caso, su tutor ostenta. Este comportamiento es un delito, tipificado en el Código Penal

M. H. M.: Médico de familia en un centro de salud rural:

"Por culpa de la inundación en el Centro de Salud me han cambiado el despacho, y lo han habilitado en una sala existente en el Ayuntamiento. Es muy incómoda puesto que no dispone de luz natural, apenas existe espacio y el ruido es insoportable; no sé cuanto tiempo podré aguantar así..."

No se trata de una situación de aislamiento en el trabajo. Parece evidente que las condiciones laborales no son las idóneas, pero se han producido por una situación de fuerza mayor, y es previsible que ésta se solucione lo antes posible, por lo que no se puede considerar que le estén acosando psicológicamente

– Actividades de acoso para reducir las posibilidades de la víctima de comunicarse de forma adecuada con los demás, incluido el acosador (preguntas 1-11 del LIPT).

– Actividades de acoso para evitar que la víctima tenga la posibilidad de mantener contactos sociales (preguntas 12-16 del LIPT).

– Actividades de acoso dirigidas a desacreditar o impedir a la víctima mantener su reputación personal o laboral (preguntas 17-31 del LIPT).

– Actividades de acoso dirigidas a reducir la ocupación de la víctima y su empleabilidad mediante la desacreditación profesional (preguntas 32-38 del LIPT).

– Actividades de acoso que afectan a la salud física o psíquica de la víctima (preguntas 39-45 del LIPT).

En España, González de Rivera completó el LIPT de Leymann con 15 ítems más (LIPT-60), aportando cuestiones clarificadoras sobre las conductas relacionadas con el *mobbing* para la población española¹⁷. Van Dick y Wagner sintetizaron el cuestionario de Leymann en sólo 4 ítems¹⁸. Zapf, Knorz y Kulla han recogido las 34 conductas que pueden ser consideradas como acoso moral en el trabajo en una lista similar a la de Leymann, y es la que se ha utilizado para la elaboración de la nota técnica de prevención 476 (NTP 476) del Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales¹⁹. En España otra referencia fundamental es el trabajo de Piñuel, de la Universidad de Alcalá de Henares, autor del Barómetro Cisneros (Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales). Sus resultados se valoran como la "radiografía" de la situación del acoso psicológico en el trabajo en nuestro medio^{1,20,21}.

Existen otras situaciones que también se producen en el entorno laboral, pero que no podrían calificarse como *mobbing*. La diferenciación de éstas, o la detección de los individuos que tratarían de rentabilizar situaciones de conflictibilidad es otro de los retos de la Atención Primaria. De forma práctica, queremos presentar unos ejemplos de algunas situaciones que podrían confundirse con acoso psicológico en el trabajo, y que a pesar de haberse producido en el marco laboral no podrían ser atribuidas al *mobbing* tabla 1.

EL ORIGEN, DESARROLLO Y LOS TIPOS DE *MOBBING*

El origen del *mobbing* no tiene una explicación sencilla, y será diferente en cada caso. Se han propuesto factores relacionados con los perfiles profesionales y personales de los protagonistas del acoso. Así, se han identificado rasgos narcisistas, psicopáticos y paranoides en la personalidad de los acosadores, y no existen evidencias para afirmar que existan trabajadores que, por sus características personales, puedan ser etiquetados apriorísticamente como víctimas propiciatorias. Por tanto, desde esta premisa, cualquier persona podría verse afectada por este problema. Sin embargo, la reacción del hostigado y las consecuencias que se derivan sí que pueden variar en función de unas determinadas ca-

drian verse como anodinas pero que al ser constantes tienen efectos perniciosos¹¹⁻¹⁵. Con esta definición se podrían descartar los incidentes leves, propios de la conflictividad dinámica cotidiana de las organizaciones modernas, que sin embargo explican el origen de muchas de las situaciones calificadas de acoso psicológico, lo que llamaría Piñuel las organizaciones tóxicas¹⁶.

Leymann determinó, en una lista de 45 actividades que definió como *Leymann Inventory of Psychological Terrorism* (LIPT) aquellas conductas que podían considerarse *mobbing*. Estas conductas pueden diferenciarse en 5 apartados:

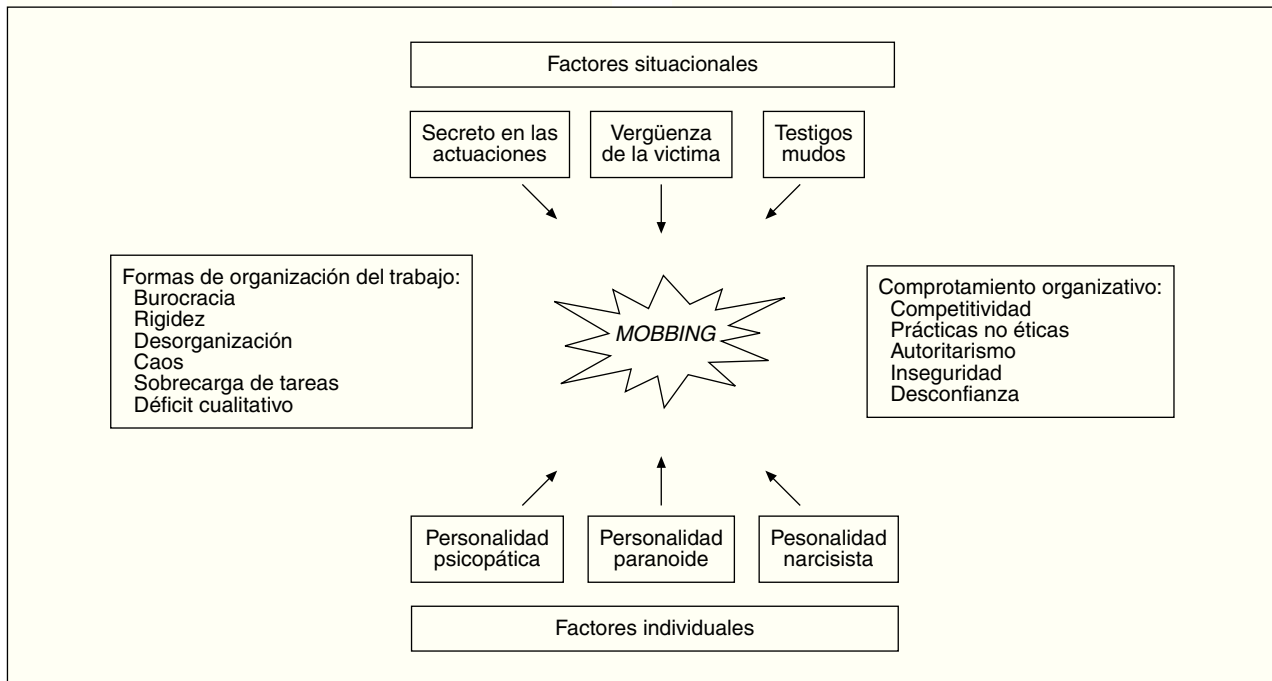


Figura 1. Modelo integrador explicativo del *mobbing*. Adaptada de Viana AT, et al²⁹.

racterísticas personales (vulnerabilidad, sensibilidad, empatía, autoexigencia, etc.)²²⁻²⁸. Existen también unos factores situacionales que son precisos para que el *mobbing* pueda producirse: el secretismo de las actuaciones, la autoculpabilización de la víctima y la existencia de testigos mudos (cómplices). Al mismo tiempo la existencia de sistemas de organización “pobres” (burocratizados, rígidos, con exceso de trabajo, etc.), facilita la aparición de situaciones de acoso psicológico en el trabajo²⁹ (fig. 1).

Con esas premisas el *mobbing* puede desarrollarse y su proceso puede dividirse, didácticamente, en 4 fases³⁰ (fig. 2):

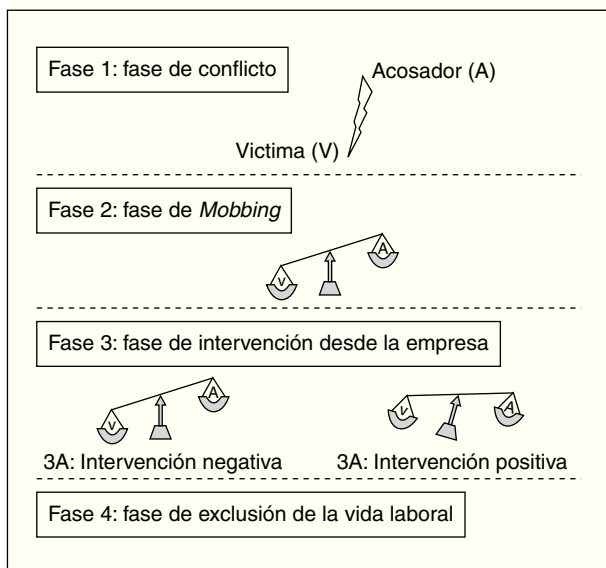


Figura 2. Fases de desarrollo del *mobbing*.

– Primera fase: de conflicto. El origen y el motor del mismo son los conflictos interpersonales, y el acosador no parará hasta lograr su objetivo final, esto es, la destrucción psicológica del trabajador afectado.

– Segunda fase: de *mobbing* o de estigmatización. Implica la recurrencia de las actitudes hostigadoras y la paralización de la víctima por conductas de evitación o de negación. De esta manera es fácil que la balanza se incline siempre hacia el mismo lado.

– Tercera fase: de intervención desde la empresa. Es una fase de encrucijada. Desde un nivel jerárquico superior se puede actuar de dos maneras: positivamente, por ejemplo, fomentando el diálogo, permitiendo un cambio de puesto de trabajo, etc., o negativamente, intentando “quitarse el problema de encima”, aplazando la resolución del conflicto, con bajas médicas sucesivas, el despido del trabajador, etc. Al elegir este camino la empresa habrá sido cómplice de los objetivos del acosador, puesto que mantendría la situación de desequilibrio y favorecería la entrada en la cuarta fase.

– Cuarta fase: de marginación y/o exclusión de la vida laboral. En la que el trabajador convivirá con las secuelas que las conductas de hostigamiento le produjeron, además de permanecer excluido definitivamente del mercado laboral.

En función del lugar que ocupan los protagonistas del *mobbing* en la escala jerárquica de las organizaciones se han distinguido varios tipos de acoso, que son los siguientes:

– Descendente: o *bossing* (del inglés *boss* – jefe). Es la situación más habitual en la que el acosador posee una posición de superioridad, jerárquica o de hecho, frente al acosado.

– Ascendente: se trata del acoso psicológico sufrido por personas que ostentan rangos jerárquicos superiores que

Tabla 2. Consecuencias individuales, familiares y comunitarias del *mobbing***Consecuencias individuales****Psíquicas**

Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
 Trastorno adaptativo con ansiedad
 Trastorno por estrés postraumático
 Trastorno por ansiedad generalizada
 Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento
 Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y del comportamiento
 Trastorno adaptativo no especificado

Otros**Físicas y psicosomáticas**

Olvidos frecuentes
 Déficit de atención
 Irritabilidad
 Sentimientos de inseguridad
 Dolores epigástricos y abdominales
 Estreñimiento
 Diarrea
 Náuseas
 Vómitos
 Astenia
 Anorexia
 Dolores torácicos
 Dolores de espalda
 Dolores musculares,
 Trastornos del sueño (dificultades para conciliar el sueño, sueño interrumpido, despertar temprano, etc.)
 Disnea
 Fatigabilidad
 Temblores, etc

Consecuencias familiares

Incremento del sufrimiento psicológico de la víctima por las dudas de la familia sobre la veracidad de los hechos
 Conflictos de relación (de pareja, de padres e hijos), problemas escolares de los hijos, separaciones matrimoniales, divorcios, etc.

Consecuencias comunitarias y empresariales

Costes indirectos (pérdida de fuerza de trabajo, de población activa, gastos derivados de bajas laborales, despidos, absentismo, accidentabilidad, incapacitaciones, etc.)
 Disminución en la calidad de la atención de las empresas donde existen situaciones de *mobbing*, mal clima sociolaboral, necesidad de formar nuevos trabajadores, etc.

se ven agredidos por subordinados. Habitualmente se produce cuando esta persona se incorpora a la empresa procedente del exterior, y sus métodos no son aceptados por los trabajadores, o el puesto era deseado por alguno de ellos.

– Horizontal: es el acoso psicológico que se produce entre trabajadores del mismo nivel, si bien es habitual que el acosador ejerza una posición superior como líder del grupo.

LAS CONSECUENCIAS DEL *MOBBING*

No solamente el trabajador implicado se convierte en víctima de los efectos del acoso, también la familia, la comunidad (y las organizaciones), se verán afectados. Se podría decir que es un problema familiar y comunitario, por lo que los profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria deben conocerlo para poder diagnosticarlo e implantar

las medidas más efectivas en cada caso. Las consecuencias más habituales se reflejan en la tabla 2.

¿CÓMO EVALUAR E INTERVENIR SOBRE EL *MOBBING* O SUS CONSECUENCIAS?

Los profesionales de Atención Primaria ocupan un lugar privilegiado para el diagnóstico de las conductas de acoso psicológico en el trabajo. El papel del médico de familia en estos casos será determinar la existencia o no de estas conductas y las consecuencias de las mismas, para poder así elaborar un plan de intervención adecuado a cada caso.

Para su diagnóstico se prestará especial atención a la entrevista clínica abierta, en la que se centrará el interés en todo lo que se ha ido señalando anteriormente, y se pueden utilizar algunas herramientas estructuradas, que pueden servir como guión, como el LIPT, el LIPT-60, la relación de conductas de Zapf, Knorz y Kulla, el Barómetro Cisneros, etc. En la evaluación de las consecuencias del *mobbing* se debe determinar si el paciente cumple o no los criterios diagnósticos del cuadro clínico sospechado, según las clasificaciones internacionalmente aceptadas, para lo que serán útiles otras herramientas como las escalas de ansiedad y depresión (Zung, Hamilton, Beck, etc.), los test de salud general (Goldberg, etc.).

En cuanto a la intervención sobre las consecuencias ésta necesita un abordaje múltiple, por lo que precisará la participación de casi todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria, la Red de Salud Mental, y la imprescindible coordinación entre todos ellos:

Tabla 3. Quince estrategias personales para superar el *mobbing*

Identificar el problema del *mobbing* como tal: informarse y formarse sobre el problema
 Documentar y registrar las agresiones de que se es objeto lo antes posible
 Hacer públicas las agresiones que se reciben en la intimidad y en secreto, y comunicarlas a los compañeros, jefes, directivos, asesores, pareja, amigos, familiares
 Desactivarse emocionalmente, evitar reaccionar con ataques
 Controlar y canalizar la ira y el resentimiento (la ira es la aliada del acosador)
 Hacer frente al *mobbing*: el afrontamiento hace retroceder al hostigador, que es cobarde en el fondo
 Ser asertivo, responder a las calumnias y críticas destructivas aunque sin pasividad ni agresividad
 Proteger los datos, documentos y archivos del propio trabajador, desconfiando de las capacidades manipulativas de los hostigadores
 Evitar el aislamiento social: salir y afrontar socialmente la situación de acoso
 Evitar la autoinculpación; si se produce utilizar mecanismos de extroyección
 No intentar convencer o cambiar al hostigador
 No caer en la inhibición ni en la paralización, hablar del acoso y expresar las emociones (risa, llanto) que sus conductas provoca
 Autoestimular la capacitación profesional, acudir a cursos, mantenerse actualizado, etc.
 Evitar la destrucción, solicitar ayuda médica, psicológica y legal para diseñar el plan terapéutico más indicado (actividades preventivas, tratamiento farmacológico, baja laboral, etc.)
 Perdonar al acosador como forma de liberación final

Adaptada de Piñuel I²⁰.

– Probablemente será necesaria la utilización de ansiolíticos, y antidepresivos (de fácil manejo, última generación y con un adecuado perfil de efectos secundarios). En ocasiones será preciso, y durante unos días, la prescripción de un hipnótico que facilite el descanso de la persona que puede llevar meses sin dormir bien.

– Asimismo, se complementará esta intervención con otra, dirigida tanto a mejorar el análisis de la situación como el afrontamiento de las dificultades y obstáculos con que se encuentra (intervención cognitivo-conductual básica), de modo que se limiten las consecuencias el máximo posible.

– También deberá explorarse sobre las consecuencias familiares e incluso en ocasiones tratar de dirigir al paciente hacia una intervención familiar.

En la tabla 3 se proponen algunas estrategias que pueden ser útiles para superar el *mobbing*²⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- Piñuel I. Informe Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral. Resultados preliminares del Barómetro Cisneros II. Universidad de Alcalá de Henares, 2002.
- Prins R, De Graf A. Comparison of sickness absence in Belgium, German and Dutch firms. *Br J Ind Med* 1986;43(8):529-36.
- Rossi M, D'Andrea R. Mobbing: a problem in occupational health. *Recenti Prog Med* 2001;92(1):49-51.
- Anderson SI. Appraisal, coping, motivational factors and gender in vocational rehabilitation. *Scand J Soc Med* 1996;24(3):161-8.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo. Segunda Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1997.
- Leymann H. Everybody leaves because of mobbing. *Vardfacket* 1988;12(6):37-8.
- Carrillo JM, Collado S. Mobbing (acoso laboral): implicaciones para la salud física y mental. *JANO* 2003; Vol LXV, nº1480.
- Esser A, Muller A. Mobbing in hospital and nursing. *Pflege Aktuell* 2001;55(3):158-60.
- Gilioli R, Adinolfi M, Bagaglio A, Boccaletti D, Cassitto MG, Della Pietra B, et al. A new risk in the occupational medicine setting: mobbing. *Med Lav* 1992(1):61-9.
- López García Silva JA, Camps del Saz. Aspectos clínicos y preventivos del psicoterror laboral. *Mapfre Medicina* 1999;10:253-60.
- Leymann H, Gustafsson A. Mobbing and the development of PTSD. *Eur J Work Org Psychol* 1996;5:251-75.
- Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict* 1990;5(2):119-26.
- Leymann H. Mobbing. La persecution au travail. Paris: Ed. Du Seuil, 1996.
- Leymann H. Silencing of a skilled technician. *Work Env In Sweden* 1984; 4:236-8.
- Leymann H. When the job becomes unbearable. *Working Environment* 1993:2930.
- Piñuel I. Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Maliaño (Cantabria): Editorial Sal Terrae, 2001.
- González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M. Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: El LIPT-60. *Psiquis* 2003;24:59-66.
- van Dick R, Wagner U. Stress and strain in teaching: a structural equation approach. *Br J Educ Psychol* 2001;71(Pt 2):243-59.
- Zapf D, Knorz C, Kulla M. On the relationship between mobbing factors and job content, social work environment and health outcomes. *Eur J Work Org Psychol* 1996;5(2).
- Piñuel I. Mobbing. Manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Aguilar S. A. de Ediciones, 2003.
- López MA, Vázquez P. Mobbing: cómo prevenir, identificar y solucionar el acoso psicológico en el trabajo. Ediciones Pirámide, S. A., 2003.
- Albini E, Benedetti L, Giordano S, Punzi S, Cassitto MG. Dysfunctional workplace organization and mobbing. 4 representative cases. *Med Lav* 2003;94(5):440-9.
- Bach S. On the narcissistic state of consciousness. *Intern J Psychoanalysis* 1997;58:209-33.
- Baumeister R. Relation of threatened egotism to violence and aggression: the dark side of high self-esteem. *Psychological Review* 1996;103:5-33.
- Carreras MV, Cosculluela A, Freixa M, Gómez J, Lucaya D. Acoso moral en el trabajo, mobbing. *Aula Médica Psiquiatría*, 2002.
- Field T. Bully in sight: how to predict, resist, challenge and combat workplace bullying, success unlimited, wantage. Oxfordshire, 1996.
- Fornes J. Mobbing. Psychologic abuse in the work setting. *Rev Enferm* 2001;24(11):20-6.
- Kernberg OF. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 1967;15:641-85.
- Viana AT, Gil MV. Mobbing: psicoterror laboral o acoso psicológico en el trabajo. *Semerger* 2003;29(9):471-84.
- Martín F, Pérez J, López JA. Nota Técnica de Prevención 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. Instituto Nacional de Seguridad en Higiene en el Trabajo, 1998.

Manejo del duelo en Atención Primaria. Conceptos básicos

Enric Zamorano Bayarri

Médico de Familia. Psiquiatra.
Centro de Salud Sant Antoni de Vilamajor (Barcelona).

CONCEPTO DE DUELO

Se conoce como duelo "La pérdida de un familiar o un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida".

Aunque los procesos de duelo pueden asociarse a pérdidas de índole muy diversa (empleo, vivienda, bienes, situaciones, etc.), en nuestra cultura se refiere en general a una pérdida afectiva y a los sentimientos y demostraciones de pesar frente a la misma.

Los procesos psicológicos que comienzan con la pérdida terminan con la aceptación de la nueva realidad y suponen la elaboración del duelo.

CUADRO CLÍNICO DEL DUELO

Los procesos de duelo son muy frecuentes en Atención Primaria. El duelo es una reacción normal ante la pérdida de un ser querido, que puede presentar algunos síntomas depresivos:

- Bajo estado de ánimo, tristeza, desinterés.
- Sentimientos de culpa: centrados en lo que el superviviente podría haber hecho o no hizo en el momento de la muerte del ser querido.
- Ideas de muerte: pensamientos en torno al deseo de haber muerto en lugar de la persona perdida o de haber fallecido con ella.
- Anorexia, pérdida de peso.
- Insomnio.

- Abandono de las actividades sociolaborales.
- Pueden producirse trastornos sensorio-perceptivos transitorios en forma de alucinaciones en las que el paciente refiere ver o escuchar la voz de la persona fallecida.

La persona considera sus sentimientos depresivos como “normales”, pero puede buscar alivio sintomático (insomnio, anorexia, etc.).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA DEPRESIÓN MAYOR

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor se debe plantear cuando el cuadro depresivo persiste más de dos meses desde el fallecimiento y concurren los síntomas siguientes:

- Sentimientos de culpa inapropiados por las cosas más que por las acciones recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
- Pensamientos de muerte diferentes a sentir que mejor estaría muerto.
- Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- Inhibición psicomotora acusada.
- Grave deterioro funcional.
- Alucinaciones complejas y persistentes distintas a la aparición del difunto.

ETAPAS DEL DUELO NORMAL

Se distinguen tres estadios o etapas en la evolución temporal del duelo:

- Fase de impacto (Silverman) o impasibilidad (Parkes y Clayton): dura desde unos días a un mes. Viene definida por los sentimientos derivados de la “negación o incredulidad, el rechazo y el autorreproche”. Puede cursar tanto con embotamiento como con liberación emocional intensa, y se caracteriza por la incapacidad para comprender qué ha ocurrido, y en consecuencia responden de manera inadecuada, alejándose de la realidad, distanciándose de las personas próximas, con respuestas frías e incluso inadecuadas. El individuo está como perdido, parece un autómatas al que todo da igual, “como si tuviera un sueño terrible”.

- Fase de depresión (Clayton) o de repliegue (Silverman): se prolonga a lo largo de varias semanas o meses. Se inicia con sintomatología depresiva inhibida seguida de episodios de protesta-irritación y aislamiento. Los rituales socioreligiosos han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc.

- Fase de recuperación, curación o restitución: suele aparecer después del año. Comienza la aceptación de la nueva situación como algo irremediable, recupera el interés por otras actividades y establece nuevas relaciones. Se retorna al nivel de funcionamiento previo y es capaz de establecer nuevos lazos afectivos.

No existe rigidez en las etapas establecidas sino que hay solapamiento y fluidez entre ellas. El proceso de duelo no suele tener un tiempo de duración establecido y hay aspectos que persisten indefinidamente sin interferir en el funcionamiento de la persona.

FACTORES DETERMINANTES

El curso de la reacción de duelo viene influenciado por diversos factores:

- Personalidad y cogniciones del sujeto: vinculación ansiosa, ambivalencia obsesiva.
- Características de la muerte: la reacción no es la misma ante una muerte esperada que si es repentina o calamitosa (por homicidio, suicidio o accidente).
- Edad del difunto: más intensa si es prematura: niño, adolescente o joven.
- Naturaleza del vínculo de relación: nivel de apego al ser querido fallecido.
- Antecedentes personales del deudo: duelos anteriores y elaboración de éstos. Experiencias infantiles predisponentes a elaboración insuficiente y/o psicopatología.
- Redes sociales de contención (familia, amigos, profesionales, etc.).
- Acontecimientos vitales intercurrentes.
- Edad, sexo, salud, etc., del que sobrevive.

PREDICTORES DEL DUELO PATOLÓGICO

- Pérdidas múltiples o acumuladas.
- Crisis concurrentes.
- Enfermedad física o psiquiátrica previa o actual.
- Duelo no resuelto de pérdida previa.
- Falta de sistemas de apoyo emocional y social.
- Relación altamente ambivalente o dependiente con el difunto.
- Muerte repentina e imprevista, incluyendo suicidio.
- Situación socioeconómica conflictiva.
- Obligaciones múltiples (crianza de los hijos, economía familiar, etc.).
- Personalidad premórbida poco adaptativa.
- Mayor fragilidad en el varón.

TIPOS DE DUELO PATOLÓGICO

Cuando fracasa el proceso mental de adaptación frente a una pérdida considerada fundamental, aparece el duelo patológico, imprevisible en cuanto a duración, consecuencias y secuelas. Puede ser una intensificación de la respuesta adaptativa o un alargamiento del tiempo de resolución, en cuyo caso hablamos de duelo complicado o no resuelto, o la aparición de cuadros psiquiátricos complejos (duelo psiquiátrico).

Duelo complicado o no resuelto

Son las alteraciones en el curso e intensidad del duelo, bien por exceso (es decir, manifestaciones excesivas o atípicas, duración más allá de lo socialmente aceptado), o

bien por defecto (ausencia de manifestaciones de pesar). Se da entre el 5% y el 20% de las reacciones de duelo. Las diferentes modalidades de duelo complicado son:

- Duelo ausente o retardado: se produce una negación de fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.
- Duelo inhibido: se produce una “anestesia emocional”, con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
- Duelo prolongado o crónico: con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.
- Duelo no resuelto: similar al anterior, permaneciendo el paciente “fijado” en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.
- Duelo intensificado: se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
- Duelo enmascarado: se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.
- Reacciones de aniversario, anormalmente dolorosas: más allá del primer año se presupone que las reacciones de aniversario no deben conllevar un serio recrudecimiento de las emociones.

Duelo psiquiátrico

En esta forma de duelo se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico. Se distinguen varios tipos clínicos:

- Histérico: identificación con la persona fallecida, presentando un cuadro parecido al que motivó su fallecimiento.
- Obsesivo: tendencia a los rituales como intento de controlar el recuerdo del fallecido. La ambivalencia emocional crea en él fuertes sentimientos de culpa, que suelen abocar en una depresión grave y prolongada.
- Melancólico: destaca la pérdida de la autoestima y la ideación suicida.
- Maníaco: negación sostenida. Se produce un cuadro de excitación psicomotriz y humor expansivo que evoluciona posteriormente a un cuadro depresivo.
- Delirante: delirios y alucinaciones distintas a la voz e imagen de la persona fallecida.
- Paranoide: reivindicativo y con querulancias sostenidas.
- Somatizador: con tendencia a las somatizaciones.

PERSPECTIVA DEL DUELO

La mayoría de las personas superan el duelo sin tratamiento. El apoyo proviene de familiares y amigos. Los ritos funerarios, propios de cada cultura, cumplen un papel primordial si no son excesivamente rígidos:

- Facilitan la expresión de la aflicción y las emociones (contrarrestan la negación).

- Canalizan la redistribución de bienes y ayudan a concluir asuntos no acabados con el difunto.
- Tienen valor simbólico y de comunicación.
- Facilitan las expresiones de pesar de la comunidad (cohesión social).

ATENCIÓN AL DUELO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El médico y la enfermera de Atención Primaria tienen un papel destacado en la atención de los procesos de duelo, gracias a su gran accesibilidad. No todos los duelos deben “profesionalizarse”. El equipo de Atención Primaria de Salud debe concentrar sus atenciones en:

- Acompañar el duelo de los pacientes que lo comunican o soliciten ayuda.
- Prevenir la aparición de algunos duelos patológicos, al menos en los cuidadores de ancianos, pacientes graves y terminales.
- Intentar reconducir duelos que toman un curso patológico.
- Valorar la aparición de psicopatología que precise atención en el CSM.

ACTITUD ASISTENCIAL ANTE EL DUELO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Actitud receptiva, observadora y empática.
- Facilitar la comunicación verbal de vivencias.
- Valorar los factores de riesgo.
- Si hay graves trastornos del sueño: medidas higiénicas, y si es necesario benzodiacepinas (máximo 3-4 semanas y no en personas dependientes).
- Diferenciar la evolución del duelo normal y del duelo patológico.
- En el caso del duelo normal realizar un seguimiento a los 6 meses y al año.
- En el duelo patológico valorar la posibilidad de solicitar interconsulta al CSM.

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN UN PROCESO DE DUELO

- Existencia de red social que facilite la readaptación.
- Forma de aceptación de la pérdida actual.
- Duelos anteriores y su elaboración.
- Manifestaciones de pena y sufrimiento.
- Posibilidad de expresión de los sentimientos (*culpa, ira, dudas, protestas*).
- Patologías previas (físicas y mentales).

ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

- Plantear grupos de autoayuda en caso de déficit socio-familiar.
- Los enfoques psicoterapéuticos propuestos son breves y de duración definida.
- Incluyen un componente educativo: ayudar a saber “qué esperar”.

Tabla 1. Consejos al paciente y a sus familiares

Abordaje	No se debe hacer	Se debe hacer
Visitas	Largas e intensas	Breves y frecuentes visitas
Despedida del cadáver	Impedir la despedida del cadáver	Facilitar la despedida del cadáver
Acudir al entierro	Impedir acudir al entierro	Facilitar la presencia en el entierro
Sedantes primeras reacciones	Administrar sedantes	No administrar sedantes
Verbalizar el duelo	Impedir verbalizar el duelo	Facilitar verbalizar el duelo
Exteriorizar sentimientos	Impedir exteriorizar sentimientos	Animar a exteriorizar sentimientos
Explicar síntomas de duelo	Dar por entendidos los síntomas del duelo	Explicar la normalidad de los síntomas del duelo
Llanto	Impedir el llanto	Consolar el llanto
Hablar de la pérdida	Impedir/ocultar hablar de la pérdida	Provocar hablar de la pérdida
Reacciones tardías	Obviar o banalizar las reacciones tardías	Prestar atención a las reacciones tardías
Reacción anticipada	Impedir/Ocultar las reacciones anticipadas	Respetar las reacciones anticipadas
Ideas suicidas	Favorecer ocultando ideas suicidas	Reconocer, expresar las ideas suicidas
Últimos deseos	No facilitar, no cumplir últimos deseos	Respetar los últimos deseos
Vida laboral y social	Forzar/Impedir incorporación a la vida laboral	Facilitar incorporación a la vida sociolaboral

- Alientan la expresión del espectro completo de emociones y afectos del duelo.
- Intentan ayudar al sujeto a lograr armonía en su nueva relación con el difunto.
- Enfatizan la nueva identidad de la persona y su integración en el mundo.
- En caso de complicación con un episodio depresivo se puede considerar la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual.

CONSEJOS AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

- Facilitar el que el paciente hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte.
- Propiciar la expresión emocional del paciente, siendo frecuente además de las vivencias de tristeza, pesar o desesperación, los sentimientos de hostilidad hacia el fallecido y la cólera hacia el médico o el hospital donde se produjo la muerte del ser querido.
- Explicación al enfermo de que los síntomas que padece como: ansiedad, sentimientos de culpa, preocupación por la imagen del difunto, son reacciones normales y que desaparecerán con el paso del tiempo.
- Asegurar que aunque inicialmente puede ser necesario que reduzca sus compromisos laborales o sociales, se debe facilitar el retorno a sus actividades habituales en un plazo de 3-6 semanas.
- Recomendar el acompañamiento de familiares y amigos y facilitar la realización de las tareas domésticas durante el periodo inicial.
- En las reacciones agudas de duelo la contemplación del cuerpo de la persona fallecida evita la cristalización de fantasías, imaginaciones o temores a lo desconocido, ya que para poder iniciar el duelo muchas personas necesitan la oportunidad de decir “adiós” (tabla 1).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los fármacos se usan para tratar los problemas asociados.

La prescripción de antidepresivos debe retrasarse un período de tres meses o más, y es necesario que existan síntomas significativos de depresión durante más de tres

meses, excepto en caso de episodio depresivo grave o si hay antecedentes de depresión mayor. El tratamiento antidepresivo no inhibe la aflicción, sino que cuando está indicado facilita los procesos de adaptación y previene la interferencia ocasionada por la depresión en el afrontamiento. Como primera elección son aconsejables los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) dentro de los cuales son recomendables los que tienen mayor poder ansiolítico como la paroxetina.

La prescripción de ansiolíticos puede provocar una sedación - ansiolisis excesiva e interferir la elaboración de la pérdida en los primeros momentos y provocar sentimientos de culpa posteriores. En consecuencia, su uso no está recomendado salvo de forma aislada, con dosis pequeñas de benzodiazepinas, en caso de ansiedad o insomnio importante o que interfiera en funciones cognitivas u otras actividades de la vida cotidiana. Los fármacos recomendables son:

- Insomnio: Zopiclona® o Zolpidem®.
- Ansiedad: Halazepán® o Ketazolán®.

No existen evidencias que apoyen las afirmaciones de que la medicación suprima el proceso de duelo o interfiera con el resultado adaptativo.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL CENTRO DE SALUD MENTAL

- Cuadro depresivo grave cuyos síntomas persisten de manera significativa después de 6 meses, a pesar del tratamiento con antidepresivos.
- Presencia de un trastorno psicótico.
- Existencia de alcoholismo u otra drogodependencia.
- Riesgo suicida.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bourgeois ML. Le Deuil Clinique Pathology. Press Universitaire de France, 1996.
- Brothers J. Vivir sin él: cómo superar el drama de la viudedad. Grijalbo, 1992.
- Charlton R, Dolman E. Bereavement: a protocol for primary care. Br J Gen Pract 1995;45(397):427-30.
- Gamo E. Teoría y Clínica del Duelo. Ciudad Real: Artes Gráficas ANGAMA 1999.

- Kaplan, HL, Sadock BJ. Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: Kaplan HL, Sadock BJ, editores. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta psiquiátrica clínica 8th Madrid: Ed. Médica Panamericana. Williams & Wilkins, 1999;p. 78-83.
- Lee C. La muerte de los seres queridos: cómo afrontarla y superarla. Plaza & Janés, 1995.
- Macías Fernández JA, et al. Perfil clínico del paciente con reacción de duelo. En: Informaciones Psiquiátricas, nº 146.
- Parkes CM. Bereavement in adult life. BMJ 1998;316(7134):856-9.
- Tizón J. El duelo en la Atención Primaria a la Salud (I). Formación Médica continuada 1996;3(9):547-66.
- Tizón J. El duelo en la Atención Primaria a la Salud (II). Formación Médica continuada 1996;4(10):642-63.
- Tizón J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez-Barquero JL, editor. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Grupo Aula Médica, S.A., 1998;p. 519-39.

Patologías emergentes en Salud Mental. ¿Modas, enfermedades o trastornos psicosociales?

Jesús J. de la Gándara Martín^a
y M^a Teresa Álvarez Álvarez-Monteserín^b

^aJefe de Servicio de Psiquiatría. ^bServicio de Atención al paciente. Hospital General Yagüe (Burgos).

“Lo único que se necesita para tener un manicomio, es una habitación vacía y la gente apropiada”.
Gregory de la Cava (1936)

¿NUEVAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS?

Los psiquiatras y la Psiquiatría estamos de moda: estrés, depresión, anorexia, impulsividad, terrorismo... Sin embargo, al mismo tiempo, a la gente le da vergüenza ir al psiquiatra; en ese caso van al psicólogo, y tras un tiempo de visitas, charlas y minutas acaban recurriendo al psiquiatra. Los psiquiatras y los psicólogos somos los gurúes de la postmodernidad. Lo “Psi” está de moda. Pero detrás de todo esto ¿qué es lo que se oculta?, ¿realmente estamos ante una epidemia de nuevas patologías psiquiátricas?, ¿es una plaga contagiosa?, o ¿no son más que los viejos fantasmas de las azoteas humanas cargados con nuevas cadenas?

A nuestro modo de ver lo que se oculta tras todo este ropaje es la angustia de siempre, las viejas neurosis, la eterna infelicidad, eso sí, tamizadas, matizadas, decoradas por los condicionantes sociales y plasmadas en “trastornos de conducta” a través de la flexible patoplastia psíquica. En el fondo, cuando los seres humanos enfermamos siempre tenemos sufrimientos, limitaciones y necesidades. Esas tres cosas se asocian a la angustia y la infelicidad, y los médicos, o los periodistas –no siempre por este orden– les ponemos nuevos nombres y entonces se convierten “oficiosamente” en enfermedades. Muchas de esas situaciones no son estrictamente enfermedades, pero es cierto que nos hacen sufrir, nos limitan y nos obligan a recabar ayuda humana o técnica.

Pero, independientemente de las discusiones sobre si realmente son nuevas o si son enfermedades o no, ¿cuáles son estas nuevas patologías? Pues bien, fundamentalmente nos referimos a tres tipos de problemas o trastornos: los relacionados con el estilo de vida actual (estrés, soledad, etc.), las nuevas adicciones de comportamientos o cosas (por ejemplo adicciones electrónicas), y los trastornos relacionados con la autoimagen (por ejemplo la vigorexia).

DESCRIPCIONES

Haremos una simple descripción de estas “nuevas patologías” sin entrar en especulaciones acerca de sus causas, criterios diagnósticos, validez y fiabilidad nosológica, etc.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA MODERNO

El estrés

El estrés no es una enfermedad, es un proceso de relación. El estrés surge cuando la persona no consigue adaptarse a las exigencias de la vida. La relación entre estímulos y respuestas es inadecuada y patógena cuando las situaciones o sucesos de la vida son percibidos como amenazantes por el individuo, lo que pone en marcha una respuesta de alarma y acción excesivas, inapropiadas, etc. En definitiva, el estrés es un proceso “transaccional”. Lo verdaderamente importante es la forma en que el individuo percibe e interpreta los estímulos ambientales o las situaciones personales (amenazantes o no) y cómo usa los recursos para responder a las demandas planteadas. El estrés no es una enfermedad, pero sí condiciona el riesgo de enfermar. Del estrés se derivan depresiones, angustias, agotamientos, rupturas, fracasos personales y profesionales, etc. Alguien ha dicho que junto con las enfermedades reumáticas y respiratorias, el estrés constituye la tríada de la llamada “malaria urbana”.

En la actualidad ciertos trastornos específicos motivados por estados de estrés son reconocidos oficialmente como enfermedades, por ejemplo, el actualísimo “trastorno por estrés postraumático”, de infausta actualidad por culpa de los 11 S y M. También los “trastornos por estrés grave”, secundarios a situaciones como los abusos y malos tratos, las catástrofes y accidentes, los actos de violencia y terrorismo, etc. En tercer lugar estarían los mal llamados “trastornos adaptativos”, es decir, los problemas emocionales y comportamentales que se derivan de la incapacidad de las personas para “adaptarse” a determinadas situaciones “estresantes” habituales, como problemas laborales, económicos, familiares, etc.

Dentro de los nuevos trastornos relacionados con el estrés, se encuentra el denominado *burnout* o síndrome de agotamiento por desgaste profesional, o “síndrome del quemado”. Se trata de una de las patologías emergentes más en ciernes y más preocupantes, ya que no sólo afecta a muchos profesionales, sino que lo sufren especialmente todos los que prestan sus servicios a otras personas, tales como maestros, profesores, personal sanitario, cuerpos de

seguridad, funcionarios, etc., y hay que tener en cuenta que los servicios sociales son prioritarios en las sociedades modernas. El *burnout* se caracteriza por la aparición de síntomas relacionados con tres factores o dimensiones típicas: el agotamiento psicofísico, la proyección hostil hacia los beneficiarios del propio trabajo (deshumanización) y sentimientos de fracaso profesional y personal. Las complicaciones más frecuentes son depresiones, trastornos de angustia, enfermedades “psicosomáticas”, consumo de alcohol, drogas o fármacos, rupturas profesionales o familiares. La prevención y tratamiento son posibles, pero exigen cambios profundos a nivel laboral, profesional, institucional, y sobre todo ajustes de los mecanismos de adaptación propios que pasan por el aprendizaje de métodos de afrontamiento del estrés, la mejor preparación profesional, la mejoría de las condiciones psicofísicas y el abordaje médico de las complicaciones sobrevenidas.

La soledad

La soledad tampoco es una enfermedad, pero igualmente condiciona riesgos importantes para la salud de las personas, especialmente para los grupos más vulnerables como los niños, los ancianos, o los enfermos mermados en sus capacidades de adaptación. A modo de ejemplo valga saber que en la actualidad la soledad es el principal problema de los ancianos, más que la economía o la salud, tal y como rezan las encuestas y es percibido por las autoridades sanitarias y sociales.

La soledad puede ser subjetiva y objetiva, puede ser deseada y productiva o puede convertirse en una tortura. Sería preciso distinguir entre soledad normal y soledad patológica o deletérea. En las últimas décadas se han descrito situaciones de soledad patológica en los ancianos, como el llamado síndrome de Diógenes, que es una especie “soledad maligna” que se caracteriza por deterioro de las relaciones, aislamiento absoluto, rechazo de las relaciones y ayudas, abandono higienicodietético y grave deterioro de la salud, que muchas veces acaba con la muerte en soledad y convirtiéndose en escabrosa noticia de prensa.

Menos dramático, pero no menos sufriente es la situación de los denominados “ancianos golondrina” o “ancianos maleta”, es decir, los que cambian de domicilio a temporadas, “a-meses-con-las-hijas”, de casa en casa de ciudad en ciudad, en todos los sitios transeúnte, en ninguno importante, sin habitación propia, sin domicilio fijo, sin su médico de cabecera, sin sus amigos, sin su “mando a distancia”.

Y que decir de los niños, de esos “niños-de-la-llave-al-cuello”, que salen solos, vuelven solos, comen solos, ven la tele solos, y sólo duermen pero nunca hablan. O de esos jóvenes adolescentes, o esos hijos únicos, que viven en el ático de los adosados de sus padres divorciados, con una madre biológica que trabaja mucho y habla poco, con un padre que no es el suyo y no habla nada, y que de vez en cuando preguntan ¿mamá, qué es un hermano? Y conste que esto no es literatura, es esa vida que llamamos “moderna”, y de ello a la patología no hay más que un paso, el de la angustia. Muchos niños, jóvenes y viejos lo dan, y luego no saben volver, y entonces necesitan un psicólogo

o un psiquiatra que les alivie sus sufrimientos y limitaciones, al tiempo que calman los sentimientos de culpa de hijos, o padres, o de la anónima sociedad.

ADICCIONES DE COMPORTAMIENTOS O COSAS

Los seres humanos somos “drogadictos potenciales”, no sabemos vivir sin drogarnos, ya sea con sustancias químicas o con actividades que produzcan placer o alivio de las tensiones humanas. Las adicciones son hábitos patológicos, dependencias que implican la pérdida de la libertad de abstenerse. Frente a lo que comúnmente se piensa las adicciones a drogas –tabaco, alcohol, etc.– no son las más frecuentes, de hecho todos los seres humanos ostentamos o padecemos dependencias de costumbres (hábitos, manías), de personas (dependencias emocionales) o de cosas (aparatos, ropas, libros, etc.).

En la actualidad las adicciones comportamentales, también llamadas de “drogas sin droga”, son uno de los grupos de patologías emergentes más preocupantes. Una de las más conocidas y deletéreas es la adicción a los juegos de azar, la ludopatía o juego patológico, que merecerá un abordaje específico. No obstante, podríamos describir tantas adicciones de conductas como rarezas pueda ostentar el ser humano, pero sin duda las más impactantes son las que podríamos denominar, genéricamente, como “dependencias electrolúdicas”, refiriéndonos a las situaciones de abuso y dependencia de aparatos electrónicos, tales como la televisión, los ordenadores, los teléfonos y móviles, los juguetes electrónicos, la radio, etc. Todas ellas se describen como nuevas adicciones no tanto por el tipo de comportamiento patológico, ya que la característica común es la pérdida de libertad para ejercer el autocontrol sobre un impulso, sino por los objetos adictógenos que son peculiares de la era moderna.

Televisión, zapping, etc.

Cuando la contemplación de la televisión, vídeos, etc., desde una simple apetencia pasa a convertirse en una necesidad absoluta e imperiosa se habla de teleadicción, teledependencia o telemanía. El individuo se deja llevar pasivamente por ese deseo placentero y cuando trata de resistirse a él o no puede realizarlo por alguna razón, comienza a sufrir sintomatología de abstinencia con irritabilidad, nerviosismo, sintomatología digestiva (pesadez, estado nauseoso), insomnio, aturdimiento o cefalea. Si por algún motivo exógeno se ve impedido a llevarlo a cabo, aparece una reacción de agresividad típica similar a la que sucede para otras adicciones. La población más susceptible son los niños y adolescentes, las amas de casa y los inactivos laboralmente (jubilados y parados). Se describen los siguientes patrones patológicos:

- Teleabuso: patrón de uso excesivo y regular que origina una especie de “intoxicación crónica” de pantalla y secundariamente favorece un estado de pasividad (con ausencia de iniciativa y actitud crítica) y apatía (indiferencia y falta de motivación).
- Telefijación: hábito anómalo de contemplar la televisión (actitud inmóvil, en penumbra, en solitario o sin con-

tactar con las personas acompañantes) que provoca una absorción absoluta de la mente a la pantalla. En este caso lo que se produce es una “intoxicación aguda”, con sensación de embriaguez y con un estrechamiento del campo de la conciencia tal que el individuo parece hipnotizado.

En la edad infantil la interferencia escolar es notable, con disminución de los rendimientos en gran parte por la actitud de pasividad y descenso de concentración. En los adultos pueden influirse los rendimientos laborales, así como las relaciones sociales por la tendencia al aislamiento y la comunicación. Por otra parte, progresivamente se desarrolla un estado de apatía y pasividad que anula la capacidad de una correcta crítica. Las pequeñas contrariedades o frustraciones pueden poner al teleadicto fuera de sí y originar una reacción agresiva o antisocial.

En otras ocasiones, la persona adicta al televisor, sobre todo si es hombre, no es capaz de resistir la necesidad imperiosa de cambiar de canal de forma rápida y repetitiva a través del mando a distancia, sin apenas dejar tiempo real para asimilar cada uno de ellos. Esta conducta implica cierta forma de supremacía respecto al resto de convivientes, lo que causa problemas y frecuente agresividad o violencia.

Videojuegos, Game-Boy, etc.

Existe controversia a la hora de considerar la potencialidad de los videojuegos para crear adicción y consecuencias dañinas. Algunos autores creen que producen dependencia en sentido estricto, pero como cualquier otra actividad agradable sí pueden llegar a producir pérdida del control del impulso de jugar, lo que conlleva un aumento del tiempo, un uso abusivo, estrechamiento del campo de la conciencia, síndrome de abstinencia (irritabilidad, rabietas, reacciones de agresividad, etc.), e interferencia socio-familiar y escolar. Ahora bien, no está claro si a largo plazo el uso continuado o abusivo es perjudicial para el desarrollo cognitivo y conductual, aunque pueda considerarse una costumbre anómala educativa o socialmente.

Teléfono

El teléfono es un instrumento de comunicación que secundariamente favorece y satisface las relaciones sociales, lo que resulta atractivo. Cuando su uso se realiza con una necesidad interna imperiosa e irresistible, y sin una verdadera obligatoriedad comunicativa, se convierte en una adicción. La persona pasa mucho tiempo hablando a pesar del gasto desmedido y de ser innecesario o superfluo. Cuando pasa cierto tiempo sin poder utilizarlo manifiesta un verdadero síndrome de abstinencia con ansiedad, inquietud, irritabilidad... que cede tras administrarse una nueva dosis telefónica. El deterioro familiar y económico puede hacerse cada vez mayor, y la persona suele justificar sus llamadas como “absolutamente necesarias”. Es más frecuente en el sexo femenino, no necesariamente se asocia a la soledad, pero sí a sentimientos de vacío, baja autoestima o rasgos neuróticos de personalidad.

Los teléfonos móviles han facilitado la reiteración y accesibilidad, lo que ha agravado este problema. Los adictos no se caracterizan tanto por necesitar llamar, sino por la de

sentirse “receptores” constantes de probables llamadas “absolutamente necesarias” (normalmente relacionadas con el trabajo u otros temas similares). No son capaces de desprenderse del teléfono móvil incluso en situaciones técnicamente dificultosas (ir al baño o conducir) y comprueban repetidamente la cobertura o la batería. Si por algún motivo no pueden disponer del instrumento manifiestan irritabilidad y sentimientos de desprotección que no se calman hasta recuperar la posibilidad comunicativa. Suele asociarse a otras conductas como la adicción al trabajo, y en este caso es más frecuente en varones jóvenes de un nivel y cultura medio-altos.

Internet

La consideración del uso de internet como abusivo y adictivo precisa de las condiciones básicas de toda adicción comportamental, tales como la existencia de un impulso irrefrenable, la sensación de placer y bienestar mientras se usa, el aislamiento del entorno y el estado de conciencia alterado, así como la abstinencia cuando no puede utilizarse. Las consecuencias son la interferencia familiar, social, laboral y económica. Se estima que es una adicción frecuente y en crecimiento preocupante, sobre todo en varones, con ciertos rasgos de personalidades introvertidas y que sufren cambios de carácter por su uso patológico. Un factor atractivo, y por lo tanto adictógeno, lo constituye el anonimato, que incita a la desinhibición. El patrón típico de un adicto a internet es una persona joven, urbana, con conocimientos de inglés y manejo de ordenadores, de profesión liberal y de clase media-alta. Otro tema distinto lo constituye el uso de internet con una finalidad concreta secundaria a otro tipo de adicción, como puede ser el sexo, la compra, las parafilias o el juego. En este caso lo primordial es la conducta problemática inicial y la utilización de internet se modera cuando se normaliza el trastorno nuclear. Para más información se puede consultar la página: www.adictosainternet.com.

Una explicación: “la cadena umbilical”

La idea es la siguiente: cuando nacemos pasamos de una vida paradisíaca, “con lecho, comida y sauna gratis”, a un mundo frío, hostil y lleno de incomodidades. Al cortarnos el cordón umbilical nos obligan a pasarnos el resto de la vida buscando compensar esa carencia. Buscamos comodidades, seguridades, felicidades... y para ello lo mejor es que alguien o algo nos asegure la existencia, nos dé sin pedir, nos proteja cálidamente, nos quiera y se deje querer. Nos pasamos el resto de la vida atando el cordón a cosas y personas como si echáramos un ancla; nos encadenamos a las cosas y personas para buscar sustitutos de la “droga umbilical”, por eso acabamos siendo adictos a las cosas y personas en las que depositamos la esperanza de nuestro bienestar. No es extraño que nos hagamos dependientes de cualquiera de ellas.

Las dependencias de las cosas son conductas muy extendidas. El ser humano se siente mejor si posee ciertas cosas, si las incorpora a su propia persona, asumiendo que “poseer” es sinónimo de poseerse y sentirse seguro. Así

pues no es extraño que nos hagamos dependientes y adictos a cosas (libros, regalos, ropas, discos, coches... o lo que sea) que “amplían” –real o fantásticamente - nuestra persona y personalidad. De ese modo se entiende que la especie humana sea la más coleccionista de todas las existentes, que coleccionemos de todo, incluyendo basura (silogomanía), y que tan acendrada costumbre pueda llegar a ser un hábito de vida.

Las dependencias de los demás son modos de relacionarse que pueden llegar a ser desadaptadas o morbosas cuando se convierten en “cadenas umbilicales” que nos atan a los demás, incluyendo animales, hasta hacernos perder nuestra capacidad de obrar libremente, condicionados por la opinión o estima que nuestros actos o decisiones merezcan en los otros. Sólo así se comprende la intensa dependencia “emocional” que ata a ciertas madres y sus hijos, o a los componentes de ciertas familias “mutuales”, o a la esposa maltratada y masoquista con su “pobre” marido alcohólico y sádico.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA AUTOIMAGEN

“La buena salud es un estado transitorio que nunca conduce a nada bueno”. Eso dicen que decía el gran Letamendi con fina ironía, y no le faltaba razón, pues de ella sólo se puede llegar a la enfermedad o a la muerte. Curiosamente esto parece que en la actualidad le sucede a muchas personas patológicamente obsesionadas por la salud, la belleza y la perfección. Vivimos en la era de la imagen, y por tanto es lógico que aparezcan trastornos de la “autoimagen”, lo que podríamos llamar, sin ninguna pretensión científica, “el síndrome del espejo”.

Por ejemplo, en la actualidad, un trastorno clásico como la dismorfofobia o “síndrome de Tersites” encuentra terreno abonado para extenderse, y muchas personas terminan cayendo en manos de algunos cirujanos poco “avezados”, que acaban operándoles de defectos nasales, auriculares, faciales, corporales... que sólo existen en sus mentes, o siendo víctimas de clínicas privadas poco éticas que intervienen la celutitis o la obesidad, cuando en realidad lo que hay es una “obsesividad”.

Estos mecanismo también explican la aparición de los comportamientos anoréxicos y bulímicos que padecen muchas personas. La anorexia y la bulimia nerviosas (enfermedades) no son más que la punta del iceberg de esa enorme epidemia de conductas que rayan lo anormal y a las que muchas personas se someten con dietas rígidas, restricciones anoréxicas, atracones bulímicos, sentimientos de culpa, nuevas y más severas restricciones, dietas saludables, clínicas de adelgazamiento, fraudes... El panorama es desconsolador. En este ambiente es comprensible la aparición de dos “nuevos” trastornos: la orthorexia y la vigorexia.

La vigorexia fue descrita por H. G. Poppe, psiquiatra de Harvard, en varios trabajos publicados entre 1987 y 1993, inicialmente bajo la denominación de complejo de Adonis, anorexia reversa o anorexia masculina. La presentan personas que practican mucho ejercicio físico, especialmente de

tipo culturista, pesas, etc. y que acaban estando patológicamente preocupados por la imagen corporal y por el desarrollo muscular, de tal manera que a pesar de que el volumen de sus músculos aumente considerablemente se sienten mal con su cuerpo, e invierten mucho tiempo, energía, dinero, etc., en hacer más y más ejercicio, siempre disconformes con su imagen, sometidos a planes de musculación exigentes, a dietas estrictas, hidrocarbonadas e hiperprotéicas, carentes de grasa, etc., para desarrollar más sus músculos. Como aun así se sienten mal, acaban consumiendo anabolizantes y hormonas para continuar con su desarrollo muscular obsesivo. Al parecer afecta a varones de 17-28 años y no se sabe cuántos hay, pero se cree que millones en EE.UU. y miles en España. Desde un punto de vista psicopatológico la enfermedad empieza cuando se pierde el control y se cae en la obsesión y en la dismorfia corporal, lo que genera una adicción comportamental al ejercicio, al espejo y a las dietas. Muchas de estas personas presentan trastornos de la personalidad previos, depresiones subsecuentes, y tienen riesgos somáticos graves derivados del uso de anabolizantes, como hipercolesterolemias, accidentes vasculares, lesiones hepáticas, atrofia testicular, disfunción eréctil o cáncer de próstata. En definitiva, una enfermedad producida por la búsqueda excesiva, obsesiva y patológica de la perfección física.

La orthorexia es otro de estos trastornos de la búsqueda de la salud a toda costa. La palabra viene de “Orthos” (recto, justo, equilibrado) y “orexia” (apetencia), y la introdujo en 1996 S. Bratman en un libro que se hizo famoso: “Health Food Junkies”. Consiste en una preocupación desmedida por lo sano, lo natural, lo biológico, que conlleva una repulsa de lo artificial, lo transgénico, etc. El problema surge de nuevo cuando la preocupación se convierte en obsesión y se pierde el control. Entonces se cae en una selección dietética excesiva, con exclusión de carne, grasas, verduras cultivadas con abonos artificiales, pesticidas, etc. La preocupación excesiva acaba generando malestar físico y psíquico y sentimientos de culpa si se come alguna transgresión dietética, acabando por consumir sólo dietas naturistas y vitaminadas, no siempre tan sanas como se cree. El modelo psicopatológico es el mismo: se empieza por preocupación y se acaba en obsesión, en adicción comportamental. Entonces se padecen complicaciones como depresión, ansiedad, agresividad, anemias, cansancio, disminución de defensas, etc.

El tratamiento de ambos trastornos es posible mediante fármacos como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y psicoterapia de conducta y asertividad, pero el problema es que casi nunca aceptan estar enfermos y someterse a terapias.

Un modelo explicativo: “la patología del autocontrol”

Los seres humanos practicamos nuestras costumbres con tanta asiduidad que llegamos a convertirlas en “hábitos”, los cuales, si se evalúan moralmente pueden ser tildados de “vicios” o se les considera adicciones o “enfermedades” en el caso de que se tenga a su carácter como morboso o insano. En relación con esta cuestión, Hull, un psicólogo muy in-

fluyente en el campo del aprendizaje y la motivación, desarrolló una “teoría mecánica de la conducta”, según la cual la tendencia a actuar depende de la fuerza del impulso y de la fuerza del hábito. Dicho de otra manera: nuestras conductas dependen de nuestros deseos y de nuestras costumbres. Más tarde él mismo introdujo un nuevo elemento en la fórmula: el incentivo. Si tenemos un ser humano con deseos y costumbres y le aplicamos algún incentivo repetirá su conducta, por lo que caerá en el hábito o en la adicción.

En definitiva, lo que nos mueve a hacer y repetir no es otra cosa que la costumbre reiterada de búsqueda de placer (incentivo), o la compensación de sufrimientos (del cordón a la “cadena umbilical”). Lo que ocurre es que con frecuencia pasamos de “practicar” una costumbre a “cometerla”, deslizándonos del “placer” al “sufrimiento”. Los expertos explican todo esto con términos mucho más sesudos y eruditos, más científicos, pero no más certeros. Se aducen teorías psicológicas profundas (psicodinámicas), o teorías de aprendizaje (conductuales) o desequilibrios entre razón y sentimiento (cognitivas), o desajustes neuroquímicos (biológicas) o incluso se recurre a la herencia (genéticas), pero en el fondo todo nos remite a un denominador común: la insondable y extraña disposición humana a complicarse la vida, lo cual debe tener algo que ver con el desarrollo de esa parte de su anatomía llamada “cerebro”, un órgano con un “manual de uso” tan complicado que ni siquiera la mayoría de sus propietarios están capacitados para entenderlo.

Por eso tal vez la forma más acertada de considerar estas nuevas costumbres patológicas sea la de “temeridades o imprudencias”, es decir, formas inapropiadas, inadaptadas, anómalas o morbosas de autoconducirse. En efecto, todo consiste en un problema de autogobierno, de autocontrol. Sabemos que la mayor dignidad del ser humano es la de gobernarse a sí mismo, y que para ello es preciso obrar con un mesurado equilibrio entre lo que “podemos-hacer” (saberes, capacidades), lo que “debemos-hacer” (normas, frenos), y lo que “queremos-hacer” (impulsos, deseos). Sabemos que la disposición y uso correcto de estas tres potencias o cualidades es el mejor indicio de un buen “equilibrio-mental”. Sin embargo no todos los seres humanos disponen y usan adecuadamente la capacidad de autogobierno; o mejor dicho, ningún ser humano dispone y usa todo el tiempo de esta “dignísima cualidad”, de tal manera que todos, en alguna medida, en algunos momentos, somos “imprudentes” o “temerarios”, y nos conducimos olvidándonos de los “frenos”, guiándonos sólo por los “impulsos”, sin importarnos los riesgos y perjuicios que ello pueda suponer. Esa es para muchos la “salsa de la vida”. Ahora bien, sin excesos, pues podemos caer en “la enfermedad”, y hacer buena la curiosa frase del legendario director de cine Gregory de la Cava (1936).

TRATAMIENTOS

El secreto de la felicidad es tener muchas pasiones y ninguna dependencia, o como aconsejaba San Agustín: “Peca, pero no tengas vicios”, pero esas recomendaciones son poco prácticas. Se pueden utilizar:

Diversas técnicas de intervención psicológicas

– Técnicas operantes: tratan de controlar la realización de las conductas a través del control de las consecuencias de éstas. Las primeras que se utilizaron son las técnicas aversivas que asocian una conducta a una estimulación negativa (por ejemplo un castigo físico o una prohibición si se realiza la conducta anómala).

– Exposición en vivo con prevención de respuesta: se trata de llevar al sujeto hasta la situación donde se produce la conducta (las “tragaperras” para la ludopatía, “haber comido” para la bulimia, etc.), pero impidiéndole que se produzca la conducta adictiva, con el objetivo de ir reduciendo la ansiedad frente a estos estímulos y mejorando su control.

– Terapia cognitiva: se centra en la detección de los pensamientos o creencias inadecuados, bien sean éstas generales o acerca de su adicción para conseguir su cambio. Las técnicas más empleadas son la terapia racional emotiva de Ellis o la terapia cognitiva de Beck.

– Entrenamiento en habilidades sociales: programas estandarizados para el desarrollo de habilidades sociales adecuadas.

– Entrenamiento en solución de problemas: de forma genérica o aplicado a los distintos aspectos de la vida: relaciones personales, laborales, de pareja, etc., aporta al sujeto mayor capacidad para resolver problemas y tomar decisiones y así mejorar su autoconcepto, autoconfianza y autoestima.

– Técnicas para la prevención de recaídas:

1. Identificar las situaciones de alto riesgo de y prevenir la conducta a seguir.

2. Tener prevista la posibilidad de recaída como parte del proceso de curación.

3. Reconceptualizar las recaídas para que no lleven a la desesperanza y se analicen como un hecho del cual aprender y fomentar la capacidad de control y aprovechar las estrategias adquiridas.

– Por último, hay técnicas para mejorar el autocontrol:

1. Autoobservación.

2. Establecimiento de objetivos sobre la conducta conflictiva.

3. Entrenamiento en técnicas concretas y criterios de ejecución.

4. Aplicación de las técnicas en contexto real.

5. Revisión de las aplicaciones con el terapeuta.

Tratamientos farmacológicos

Los tratamientos farmacológicos están apoyados por evidencias obtenidas a partir de estudios de la función cerebral de ciertos neurotransmisores (serotonina, endorfinas dopamina) y por evidencias empíricas de la utilidad de ciertos fármacos.

– Los ISRS: Fluoxetina, Fluvoxamina, Citalopram, Sertralina y Paroxetina.

– Los antagonistas opiáceos: Naltrexona.

Su uso debe ser controlado siempre por psiquiatras y deben realizarse siempre junto a las medidas psicológicas e intervenciones familiares y sociales.