

ENTREVISTA A JOSEP TORO

TdP



Psiquiatra especialista en niños y adolescentes, el Dr. Josep Toro ha desarrollado una vasta trayectoria profesional, que abarca desde la clínica a la docencia y la investigación. Dentro de la orientación cognitivo-conductual, se ha destacado por su dedicación a la adolescencia y a los trastornos de la conducta alimentaria. Fue creador de la Unitat de Trastorns de la conducta Alimentària del Hospital Clínic de Barcelona, pionera en su especialidad.

Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad de

Barcelona, El Dr. Josep Toro ha dirigido y participado en numerosos grupos de investigación. El reconocimiento a su labor en este campo y a su trabajo clínico se ha traducido en numerosos premios, entre los que destacaríamos el premio Pavlov de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament y el premio AITANA por su contribución a la psicología clínica infanto-juvenil.

Temas de Psicoanálisis.- ¿Cuáles han sido sus maestros en psiquiatría? ¿Qué autores han influido más en su práctica clínica?

Josep Toro.- El Dr. Montserrat Esteve me inició en lo que podía ser una psiquiatría científica (en aquella época). Con mayor distancia geográfica también soy deudor de las enseñanzas de Antonio Colodrón y su medicina *córtico-visceral*. Pero los autores que encauzaron mi trayectoria profesional fueron psicólogos, sobre todo Eysenck (me enseñó a ser crítico con todo lo no demostrado), junto con Skinner y Bandura (estudié Psicología antes que Psiquiatría). En cuanto a la psiquiatría infantil, sin duda Michael Rutter, y en psicología clínica Ollendick. Todos ellos sentaron los cimientos de mi formación básica hasta bien entrados los años setenta. A partir de ahí se acabaron las personas funcionando como “maestros”, fueron sustituidas por equipos de investigación. Los que más he seguido han sido los encabezados por Rutter en psicopatología general; Vandereycken, por un lado, y Garner y Garfinkel, por otro, en trastornos del comportamiento alimentario; Puig Antich y Birmaher en trastornos afectivos; Biederman al principio y Taylor después en trastornos de atención e hiperactividad; y un larguísimo etcétera ampliable afortunadamente cada día.

TdP.- ¿Qué condiciones, situaciones y relaciones de la infancia considera son más importantes para favorecer la salud mental del individuo? ¿Y cuáles considera que con

mayor probabilidad pueden ocasionar el desarrollo de psicopatología?

J. Toro.- Sin duda, el principal factor de riesgo, es decir, de mayor probabilidad de psicopatología, es la presencia de padres con trastornos mentales. Este hecho suele comportar la influencia patógena de factores genéticos, posiblemente también epigenéticos, situaciones de estrés tanto agudo como crónico, vinculaciones inseguras, estilos educativos de riesgo y, con frecuencia, circunstancias sociales adversas.

TdP.- ¿Nos puede decir algo, aunque sea brevemente, acerca de cómo concibe la interrelación entre los factores genéticos y socioambientales (relaciones familiares sobre todo) en la génesis de la psicopatología infanto-juvenil?

J. Toro.- Es éste un tema amplísimo y complejo. Sabemos que no hay psicopatología sin algún grado de riesgo genético. Tampoco la hay sin algún grado de riesgo ambiental. Los progresos en el estudio de la relación herencia-experiencia están obteniendo resultados apasionantes. Se están delimitando polimorfismos de riesgo y polimorfismos protectores cuyas respectivas funciones sólo se manifiestan cuando el sujeto vive determinadas experiencias de riesgo. Por otro lado, se han empezado a definir aquellas épocas del desarrollo (embrionario y primera infancia) en que circunstancias adversas pueden producir cambios en la expresión genética, por ejemplo, tabaco, alcohol o ansiedad maternos durante el embarazo o estrés agudo en los primeros meses de vida. También se piensa que la pubertad bien pudiera constituir otro de estos períodos críticos. Sin embargo, si se atiende a modelos animales, cabe la posibilidad de que este género de influencias ambientales pudieran afectar la expresión genética en cualquier momento de la vida, aunque con probabilidades diferentes. También se ha dicho que los cambios fenotípicos así establecidos serían transmisibles, pero en los últimos meses se han manifestado dudas al respecto. Claro está que en todo ello la familia, especialmente la madre, desempeña el papel principal, tanto bioquímicamente (embarazo) como emocional y conductualmente.

TdP.- ¿Cómo valora el actual consumo de psicofármacos en la población infantil con edades entre los 0 y los 12 años de edad? ¿En qué casos lo considera indicado? ¿Qué riesgos tiene la prescripción de psicofármacos en estas edades? ¿Y en la población adolescente?

J. Toro.- Ante el incremento progresivo en el consumo de psicofármacos en población infantil me siento ambivalente. Satisfecho porque en parte se debe a los progresos en la investigación farmacológica: cada vez tenemos más recursos y sabemos más sobre ellos. Pero también me siento incómodo por ser bastantes los casos en los que no está justificado su uso, por no ser satisfactoria la formación en psicofarmacología de algunos profesionales, por utilizarse a veces abusivamente debido a no contar con recursos psicosociales adecuados, no saber implementarlos, o ni siquiera conocer su utilidad.

Los riesgos no dependen de las edades, sino de si la prescripción está justificada por diagnóstico/gravedad, la dosis es acertada y el control de efectos y resultados es suficientemente riguroso. Dicho esto, es muy difícil hallar justificación a la prescripción de psicofármacos en menores de 6 años de edad: la investigación disponible es muy escasa o nula, depende del trastorno.

TdP.- ¿Qué opina del aumento del uso de psicofármacos como el metilfenidato, las anfetaminas y la atomoxetina para la población infanto-juvenil con un trastorno por déficit de atención con -o sin- hiperactividad?

J. Toro.- Esta pregunta queda bastante contestada en la anterior. La prescripción de metilfenidato y atomoxetina (las anfetaminas no cuentan) ha aumentado significativamente. Es algo plenamente justificado ante un TDAH bien diagnosticado. La sintomatología intrínseca al TDAH es muy escasamente abordable mediante intervención psicosocial. Lo que sucede es que el TDAH, el auténtico TDAH, genera sistemática y mayoritariamente múltiples consecuencias sociales, familiares, académicas, emocionales, etc., que exigen intervención psicosocial. El problema de los fármacos no es que se administren en el TDAH, sino que se administren a niños y adolescentes que no

presentan este trastorno, lo que estamos viendo con frecuencia a veces lamentable.

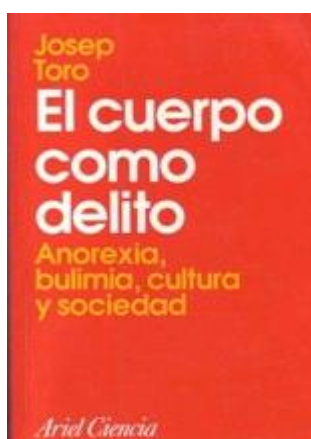
TdP.- ¿Y qué opina de la controversia existente acerca del síndrome TDAH: está infradiagnosticado o existe un sobrediagnóstico?

J. Toro.- Pues tristemente suceden las dos cosas. Todavía estamos viendo casos de mayorcitos y adolescentes con TDAH que no fueron diagnosticados con anterioridad, pero junto con otros que sí lo han sido, que han estado o están tratados farmacológicamente, y que no sufren tal trastorno. El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, pero cada una de sus manifestaciones se puede dar, y de hecho se da, en la normalidad. Eso lleva a confusiones diagnósticas. Por otro lado, ciertas manifestaciones de otras patologías, por ejemplo, los trastornos por ansiedad o estados hipomaniacos pueden semejar un TDAH. En tales casos (y en otros que son simples disfunciones temperamentales o educativas) algunos profesionales tienden a diagnosticar el TDAH por ser lo más frecuente, lo primero que se tiene en mente ante un niño “difícil”...

TdP.- En 1996 publicó El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. En este libro analiza los condicionantes culturales que han favorecido el aumento espectacular de los trastornos de la alimentación. Desde 1996, ¿han cambiado estos factores culturales? ¿Qué nuevos factores desde entonces han incidido en la presentación de dichos trastornos?

J. Toro.- Los factores culturales que pretendía poner de relieve en el libro se mantienen plenamente vigentes. Alrededor del 80% de nuestras adolescentes siguen queriendo ser más delgadas y obran en consecuencia... Han cambiado, eso sí, algunas características del modelo estético corporal femenino. Por ejemplo, en los años noventa la anatomía femenina debía ser lo menos curvilínea posible; en la última década se mantiene esa idealización pero salvando el pecho que debe ser más bien voluminoso y suficientemente explícito.

No hay “nuevos factores”; sí hay nuevos conocimientos. Hoy sabemos cosas que no sabíamos en los noventa o que sólo se intuían remotamente. Por ejemplo, que la disposición genética juega un papel relevante, que las influencias familiares de riesgo se ejercen antes de la pubertad, que la bulimia nerviosa puede desencadenarse por estados emocionales negativos, que la homosexualidad masculina es un factor de riesgo, etc. Es decir, se ha avanzado mucho, como en toda la psicopatología, en la multicausalidad de los trastornos del comportamiento alimentario.



TdP.- En este mismo libro, El cuerpo como delito, aporta un recorrido por la historia sumamente interesante y sugerente. Cuando se refiere a la “anorexia santa”, menciona la biografía de Catalina de Siena, en quien equipara su rechazo a la comida a otros castigos que se infligía por haber “pecado”. Creemos que este enfoque puede transferirse a determinadas pacientes anoréxicas, cuyo mecanismo es muy parecido, ya que parecen castigarse por cometer el “pecado” de necesitar y depender. Nos gustaría conocer su opinión al respecto.

J. Toro.- Este paralelismo se ha hecho y se sigue haciendo y puede hacerse en bastantes casos. Los sentimientos de pecado de muchas pacientes anoréxicas se refieren al hecho de comer, rompiendo su “sagrado” propósito de adelgazar. No se olvide que su

perfeccionismo, con frecuencia radical, les lleva a una autoexigencia, no sólo alimentaria, sino extensible a otras áreas de su vida, por ejemplo, la académica. Algunas conciben sus deseos y propósitos (su enfermedad) desde un notable ascetismo. Perfeccionismo, autoexigencia, sacrificio, fuerza de voluntad..., son características que acercan los perfiles de las anoréxicas al de muchas “santas mujeres”, anoréxicas o no.

TdP.- ¿Qué lugar ocupa en el tratamiento de dichos pacientes la terapia familiar? O ¿cómo debe ser la participación de la familia en dicho tratamiento?

J. Toro.- En las pacientes adolescentes es imprescindible la intervención sobre la familia. De todos los recursos terapéuticos que se utilizan en pacientes anoréxicos adolescentes sólo la rehabilitación nutricional y la intervención familiar han demostrado auténtica eficacia terapéutica. Pero la intervención familiar no debe identificarse con terapia de familia. La terapia de familia estará indicada en aquellos casos en que resulte aconsejable por las especiales características de la dinámica familiar, pero no porque se trate de un trastorno alimentario. La intervención familiar implica psicoeducación, ayuda a la contención emocional, normas para el régimen alimentario, resolución de las situaciones conflictivas y de estrés familiar, etc.

TdP.- ¿Ha observado anorexia nerviosa durante el embarazo?

J. Toro.- Personalmente, no. Se habla (pero no está comprobado) que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de trastornos alimentarios post-parto en intentos de recuperar “la línea”. En tales casos, sin duda, se trata de mujeres que ya habían sufrido algún trastorno previo o contaban con características de riesgo. Lo que sí está descrito es el riesgo para las hijas/os de las madres anoréxicas embarazadas. Se considera como una forma de perpetuar familiarmente el trastorno.

TdP.- ¿Qué factores podrían aumentar el riesgo de padecer este trastorno?

J. Toro.- El incremento de cualquiera de los factores que intervienen en su causalidad. Téngase en cuenta que nos encontramos ante los trastornos mentales en que se han detectado más cantidad de factores de riesgo/causales: genéticos, susceptibilidad al estrés, anomalías perinatales, obsesividad y neuroticismo altos, ansiedad, influencias familiares y de coetáneos, deportes estéticos y ballet, índice de masa corporal alto, etc. Y, claro está, los factores culturales. Pero estos afectan a todos por igual. Ante esta igualdad el aumento de riesgo se ha de considerar individualmente, en función de los factores que vaya acumulando el sujeto.



TdP.- Como hemos mencionado antes, en sus numerosas publicaciones sobre trastornos del comportamiento alimentario concede un papel causal muy determinante a los condicionantes culturales imperantes en los países desarrollados respecto al cuerpo. También se refiere, en menor medida, a aspectos psicogenéticos. Nuestra pregunta es: ¿qué papel otorga a los conflictos emocionales como causa de la anorexia?

J. Toro.- Hay que partir de la base de que cultura y genética son los dos ingredientes fundamentales. Desde el punto de vista emocional la ansiedad, la evitación de daños, es un factor de riesgo, como también lo es un neuroticismo elevado, es decir una visión “depresiva” del mundo y de las cosas. La evitación de daños es un factor temperamental

estrechamente asociado a la susceptibilidad para experimentar ansiedad y tender a evitar desadaptativamente todo aquello que se supone la genera Pero no se trata de factores específicos de riesgo. Sí lo son los dos primeros: cultura y genética. La paciente anoréxica padece importantísimos síntomas emocionales e incluso una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresivos, obsesivos, etc., que, claro está, deben ser abordados terapéuticamente. Pero se trata de consecuencias de su anorexia, no su causa.

Es muy distinto lo que sucede con la bulimia nerviosa. Tanto el trastorno en sí como los episodios bulímicos pueden y suelen estar causados por alteraciones emocionales que, lógicamente, aumentan al constituirse el trastorno, estableciéndose un peligroso círculo vicioso.

TdP.- ¿Y qué papel otorga a los trastornos de personalidad asociados?

J. Toro.- Cuando se presentan comórbidamente, y eso ocurre en alrededor de la mitad de los casos, como sucede en toda la psicopatología empeoran la clínica y hacen más difícil, menos eficaz, el tratamiento. En anorexia nerviosa predominan el trastorno obsesivo de personalidad y el de evitación. En bulimia nerviosa el perturbador trastorno límite.

TdP.- En 1961, el psiquiatra y psicoanalista Pere Bofill escribió su tesis doctoral (Universidad de Barcelona, Departamento de Psiquiatría) sobre la anorexia. La tesis se titulaba Estudio psicoanalítico sobre la anorexia mental y fue dirigida por Ramón Sarró. ¿Conoce este estudio? ¿Qué opinión le merece?

J. Toro.- Lamentablemente no conozco ese estudio. Me gustaría conocerlo.

TdP.- Como psiquiatra especialista en niños y adolescentes, y con una vasta trayectoria profesional en la asistencia pública, ¿qué diagnóstico hace de la actual red pública de CSMIJ (Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil) desplegada en Catalunya? ¿Cuáles son sus puntos fuertes y cuáles son, en su opinión, aspectos a revisar o mejorar?

J. Toro.- Tal como estaba y sigue estando en España la asistencia en salud mental de niños y adolescentes, creo que disponemos de una red francamente satisfactoria desde un punto de vista estructural. Además, con el tiempo ha ido mejorando. He sido muy crítico en cuanto a sus comienzos, puesto que se constituyó sin la necesaria acreditación de centros y profesionales. Se aprovechó lo que ya había, fuera bueno o no lo fuera. Repito, creo que la formación profesional ha mejorado, pero todavía se observan lagunas e insuficiencias. Este ha sido y es mi caballo de batalla de siempre, quizás por sesgo profesional. Las hospitalizaciones, totales o parciales, se han extendido notablemente y, aunque a menudo resultan insuficientes, debo recordar que hemos partido de cero. (Este relativo optimismo histórico no tengo más remedio que ponerlo entre paréntesis ante el panorama de los recortes actuales en sanidad).

TdP.- Hay estudios que afirman que el abuso sexual, sobre todo si es intrafamiliar, no es suficientemente detectado a pesar de que la persona abusada presente cuadros psicopatológicos diversos, incluso intentos de suicidio, y sea atendida en dispositivos de salud mental. ¿Cuál es su experiencia en este tema?

J. Toro.- No puedo decir que tenga especial experiencia en este tema. Sí puedo apuntar que la insuficiente detección es un problema universal. Se plantea en todos los países que lo han estudiado. También opino que muchos profesionales mantienen una especie de pudor (o tabú) y no se atreven a interrogar sobre ello. Ocurre algo parecido a las dificultades que durante muchos años han impedido que se preguntara a los padres de un niño o adolescente si tenían problemas con el alcohol o las drogas.

TdP.- ¿Considera necesario que se explore si ha habido maltrato o abuso sexual en el caso de adolescentes que presenten intentos de suicidio?

J. Toro.- No especialmente en los intentos de suicidio. Está documentado que todos los trastornos mentales (últimamente se ha observado que también los trastornos psicóticos) pueden haber estado influidos en su génesis por maltrato físico, sexual o emocional. Esto

es así especialmente en mujeres. Por tanto, con la discreción y arte que convenga, la recogida de información al respecto debiera ser casi de rutina.

TdP.- ¿Cómo ve los adolescentes de ahora, y el futuro de la adolescencia, en el entramado social tan complejo que vivimos?



J. Toro.- El mundo en que se están desarrollando está evolucionando y cambiando a gran velocidad. El esfuerzo de adaptación de los adolescentes debe ser superior al de otras épocas. Sus padres los van a entender progresivamente menos. Ellos van a estar y están cada vez más influidos por las redes de comunicación social, por Internet y por sus coetáneos. Obsérvese que todos estos factores ya cuentan en cualquier listado de circunstancias influyentes en muy distintas conductas de riesgo y trastornos. Es un tema apasionante para quien guste del estudio de los adolescentes. En mi libro *El adolescente en su entorno* he intentado profundizar algo en ello.

TdP.- Siendo un testigo privilegiado de la psiquiatría española durante la segunda mitad del siglo XX, ¿cómo valora la influencia y el desarrollo que ha tenido el psicoanálisis en nuestro país?

J. Toro.- Creo que ha tenido un predicamento y expansión muy notable, especialmente en la segunda mitad del siglo veinte. Entre nosotros, la influencia francesa ha sido definitiva. Quienes no éramos de orientación psicoanalítica nos encontrábamos no sólo en absoluta minoría, sino incluso algo agobiados por su omnipresencia. Creo que en los últimos años esta influencia se ha reducido y que se está estabilizando (y enriqueciendo), como ha ocurrido en la mayor parte del mundo desarrollado occidental.

TdP.- ¿Ha tenido alguna relación profesional con psicoanalistas o terapeutas de orientación psicoanalítica a lo largo de su carrera? Si la respuesta es afirmativa, nos interesaría conocer cómo ha resultado la experiencia.

J. Toro.- He tenido más relaciones personales que estrictamente profesionales. Me he considerado amigo de algunos psicoanalistas ya fallecidos. He tenido el honor de dirigir alguna tesis doctoral de colegas psicoanalistas, primero, y buenos amigos después. Profesionalmente, la relación no ha pasado de compartir o derivarnos mutuamente algún paciente.

TdP.- Partiendo de su prestigio profesional en el ámbito de la terapia cognitivo-conductual, ¿le ha interesado la teoría psicoanalítica? Nos gustaría conocer qué conceptos o autores rescataría o valoraría más de la orientación psicoanalítica.

J. Toro.- Hay aportaciones del psicoanálisis que están suficientemente integrados en la psicología científica y psiquiatría actuales, por ejemplo, ciertos aspectos de los mecanismos de defensa, la relevancia de las primeras experiencias de vida para la personalidad ulterior, la realidad y consecuencias de una vinculación o apego seguro o inseguro, etc. En este sentido creo que el psicoanálisis ha sido un gran suministrador de hipótesis a la investigación. Algunos de sus supuestos han quedado demostrados, otros están por verificar y otros se ha demostrado que eran erróneos. En cuanto a autores, he leído con sumo interés y provecho las aportaciones de Anna Freud y Erikson al conocimiento de la adolescencia.

TdP.- Desde su dilatada experiencia docente, ¿cómo valora la formación MIR en psiquiatría? ¿Cree que tiene en cuenta y aborda suficientemente la dimensión psicosocial del ser humano?

J. Toro.- La formación MIR (y PIR) es muy irregular. Depende en gran parte del Centro u Hospital donde prestan sus servicios. Desde la perspectiva de la psiquiatría infantil, su formación es absoluta y totalmente insuficiente. Pese a ello, son contratados para ejercerla. Su formación psicosocial es muy débil. La formación en psicoterapias suele brillar por su ausencia.

TdP.- Usted recibió en 2011 el premio AITANA como impulsor de la investigación. ¿Qué considera que se necesita en investigación, o de qué forma podría avanzar la investigación en psiquiatría y psicología para tener más consistencia? ¿Cuáles son los déficits actuales?

J. Toro.- No hay investigación sin formación de investigadores. Los últimos años han contemplado un paso de gigante en este punto, especialmente en psiquiatría infantil y juvenil. Pero falta mucho por hacer. La investigación es cara y, aquí y ahora, sólo nos faltaban los recortes y compañía. En cuanto a temática, seguimos con muy escasa investigación dirigida a verificar la eficacia de una gran parte de intervenciones psicoterápicas. Se exige un gran rigor a la investigación farmacológica, tanto por razones estrictamente metodológicas como por implicaciones éticas. Y no puede prescribirse un fármaco sin suficiente verificación de eficacia y escasez de efectos adversos (aunque haya quienes se salten la norma). Pero en psicoterapia, hay una especie de barra libre en que quienquiera puede hacer lo que guste, aun sin formación profesional suficiente, sin cimentación empírica que lo justifique, como si las intervenciones psicosociales no pudieran tener efectos negativos. En la práctica asistencial se están (estamos) haciendo muchas cosas que nunca han sido verdaderamente verificadas. Por todo ello creo que a veces se está rozando o cayendo dentro de la infracción deontológica (y sigo sin olvidar

los errores o imprudencias farmacológicas).

TdP.- ¿Cómo ve el futuro de la Psiquiatría infantil?

J. Toro.- Después de bastantes años de pesimismo o notables dudas, me siento muy esperanzado. Nunca como hasta ahora se había investigado tanto; los recursos asistenciales se han multiplicado; la formación de profesionales ha mejorado; la sociedad está más concienciada de la necesidad de esta asistencia y facilita el diagnóstico precoz. Si me limito a nuestro país, urge, como siempre desde siempre, la creación de la especialidad. Dicen que, como siempre, está a punto de cocinarse...

TdP.- Y para terminar, Dr. Toro, ¿qué cree que le condujo a usted a ser psiquiatra?

J. Toro.- Exactamente no lo sé. Sé que cuando inicié los estudios de Medicina ya había decidido dedicarme a la psiquiatría. Creo que tenía una visión más humanista que científica y estaba influido por algunas lecturas de Freud. Recuerdo que pedí consejo a Delfí Abella y, tras “estudiarme”, me dijo que probablemente me convenía más matricularme en Filosofía y Letras. El caso es que desde segundo curso de carrera entré como alumno interno en el Servicio de Psiquiatría y allí pasé toda la carrera. Pero la Psiquiatría que vi y viví me gustó tanto que decidí... dejarla momentáneamente y en Madrid estudié Psicología. De regreso, me titulé en Psiquiatría. Y a partir de aquí...