

¿ES POSIBLE LA PREVENCIÓN EN UN DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL DE ADULTOS?

Ana Costa

La presión asistencial en los dispositivos de Salud Mental Pública, como el nuestro, nos lleva en muchas ocasiones a quedar atrapados en la cronicidad, en la atención a pacientes muchas veces inaltables y nos cuestiona también el papel de la posible prevención. En nuestra zona de atención, un barrio de Barcelona de 22.000 habitantes, con cuatro Áreas Básicas de Salud (Zona Franca, La Marina, Les Hortes y Manso-Poble Sec), aún con los recursos humanos con los que contamos –siempre escasos– ¿hubiéramos podido evitar la escalada de los trastornos, al menos en cuanto a su gravedad? ¿Qué falla en los dispositivos o en las políticas sanitarias para que, sabiendo de los factores de riesgo a padecer trastornos mentales, no se incida en ellos desde la infancia? ¿Qué podríamos hacer, una vez instalados en la psicopatología grave, en relación a los hijos de estos pacientes para ejercer una prevención primaria?

Estas fueron las cuestiones que motivaron el presente artículo, –basado en un estudio para la prevención de enfermedades mentales en hijos de pacientes con trastornos afectivos y psicóticos¹– que intenta reelaborar los datos y adaptar las ideas que puedan ser de utilidad para aplicarlas en dispositivos de Salud Mental de Adultos (CSMA), en el intento de prevenir la cadena de transmisión de la patología mental, que no es inevitable.

¹ Costa, A., Blanqué, J.M., Anguera, T. (2008), *Estudio para la prevención de enfermedades mentales en hijos de pacientes con trastornos afectivos y psicóticos*, financiado por Fundació Baby SOS mediante Fundació Jordi Gol, Menció Especial Premio Ferran Salses 2008.

El objetivo del estudio era valorar el estado emocional de los hijos menores de dieciocho años cuyo padre o madre estaba afectado de un trastorno mental severo (TMS) y elaborar un plan de prevención (Blanqué, J.M., Picanyol, M. y Costa, A., 2000). Los diagnósticos incluidos fueron: trastorno depresivo mayor recidivante, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico no especificado.

Breve ficha y resultados

La muestra estuvo formada por 39 hijos de padres TMS, de edades comprendidas entre los 3 y los 17 años. En 31 de los casos la madre estaba diagnosticada de TMS. En 8 casos el padre. Pero en 17 de los casos detectamos al otro progenitor con un trastorno no filiado.

Muchos de los padres convocados (entre todos sumaban treinta y tres hijos en total) rechazaron participar verbalizando suspicacias paranoides, quizá por resistencias ante posibles sentimientos de culpa si detectáramos algún fallo en la crianza de sus hijos, dato que hay que tener muy en cuenta en nuestras intervenciones. Así pues, participaron los hijos de pacientes más vinculados y pensamos que los que rechazaron podrían tener más dificultades aún.

Para el proceso diagnóstico se programaron de 4 a 5 visitas en las que se realizó una anamnesis y se aplicaron: el cuestionario Achenbach, Wisc, dibujo de la familia, dibujo libre, test de Rorschach y un cuestionario propio

9 de los menores resultaron básicamente “sanos” y treinta de ellos –un 77% del total– estaban afectados en diferentes grados psicopatológicos. Según la clasificación de la escala FENET, se agruparon en las siguientes categorías:

- . E2, Estructura inmaduro-regresiva: 13
- . E3, Estructura fóbico-paranoide: 4
- . E5, Estructura ciclotímica: 4
- . E 6, Estructura obsesiva: 2
- . E7, Estructura psicopática: 1

. E9, Estructura psicótica: 6

Coincidiendo con diversas publicaciones al respecto, entre éstas Manzano y Lavile (1983), los resultados de nuestro estudio nos indican que los hijos de padres afectados de TMS, tienen el 76,9% de probabilidad de sufrir algún trastorno.

Muchos niños entre esas categorías presentaban como síntoma principal una alta ansiedad. Me pregunto cuántos de ellos no habrán cargado con la etiqueta TDH, y con los fármacos correspondientes. Y cuántos ahora serán ya usuarios de los servicios de Salud Mental de Adultos.

Las dificultades de simbolización están en la base de muchos de esos cuadros y fueron muy mayoritarias en nuestro estudio. Por ejemplo, recuerdo un niño que en el dibujo de la familia hizo la suya propia, pero él no estaba; al preguntarle sobre ello, me dijo: “¿Cómo voy a estar ahí si estoy aquí dibujando?”.

El primer momento crítico es el embarazo y el nacimiento. La prevalencia de depresión post-parto es de más del 50%, con el riesgo de que las primeras relaciones madre-bebé resulten alteradas desde el inicio (González Marín, 1990). En 20 de los casos apareció verbalizado un contexto negativo en el nacimiento: o rechazo materno por creer que el hijo no era suyo, o intento autolítico, o agudización de crisis de pareja. Otra característica fue que presentaban cortos períodos de amamantamiento, por la fantasía de no ser madres suficientemente alimenticias: “No tengo leche” o “mi leche no le alimenta”.

En las visitas diagnósticas con los padres, la minimización y negación de dificultades evidentes en muchos de sus hijos fue constante. Tanto es así que en el cuestionario Achenbach se valoraron como “sanos” a 20 de los hijos, cuando para nosotros solo eran 9 los sanos, que además no coincidían con los suyos. En nuestro estudio concluimos que este tipo de cuestionarios subjetivos usados para pacientes tan graves no eran fiables. Un ejemplo de ello: una chica adolescente de diecisiete años, que valoramos como “sana” ya que solo vivía una crisis de adolescencia no comprendida, puntuaba en todas las escalas patológicas del cuestionario respondido por sus padres, “por rebelde y cuestionadora hacia sus padres”. Sin embargo, tenía buen nivel de CI, estudios exitosos y estaba muy vinculada a una banda

de música. “Es mi otra familia”, decía. Por suerte, ese grupo de músicos fueron sus factores protectores.

Por todo ello, puede ser muy pertinente realizar algunas visitas rutinarias a los hijos de pacientes TMS en el CSMA.

El momento de la adolescencia es especialmente crítico para la familia y es importante tenerlo presente para prevenir descompensaciones en todos ellos. Hay que explorar con los padres, por ejemplo, si el adolescente es “muy bueno” y muestra actitudes de sometimiento hiperadaptado, “como si”, de pseudo adulto, de cuidador de los padres –muy frecuente en estos casos–, porque entonces tiene peor pronóstico.

De igual manera, es importante acompañar en la elaboración de los duelos frente a la diferenciación de los hijos, ayudar a los pacientes a entender algo mejor la necesidad de autonomía de éstos. Se trata de familias que habitualmente suelen ser muy simbióticas y generan culpas persecutorias al adolescente cuando intenta construir su propia identidad.

Recuerdo una clase del Dr. J. Thomas sobre terapia familiar, en la que decía que la única posibilidad de un adolescente para no acabar enfermando en una familia psicótica era independizarse de ella lo antes posible, cosa a la que todo el grupo se opondría férreamente para mantener sus equilibrios patológicos.

En ese momento pueden reactualizarse otros duelos: los duelos migratorios, separaciones, muertes, pérdidas de trabajo –tan frecuentes–, etc. En definitiva, sería importante poder ayudar a ejercer lo mejor posible a nuestros pacientes/padres sus funciones *mar-parentales* y a sostener los cambios en sus hijos –y en ellos mismos– en este momento vital de resignificación biográfica que es la adolescencia.

De la muestra, 16 de los chicos ya habían consultado en algún servicio psicológico, pero solo 8 recibieron tratamiento en algún momento. En el tiempo del estudio, creo recordar que ninguno de ellos lo recibía, aunque 30 de ellos lo requerían, y así se les indicó.

Me pregunto si no sería menos costoso desde todos los puntos de vista invertir en más CSMIJ, CDIAP, UPPIJ, UPPA², en más y mejor formación de pediatras y médicos de familia, maestros, etc.

Otro dato que se mostró mayoritario es que los chicos estaban mucho tiempo solos en casa –¿replegados?– viendo la televisión o enganchados a las pantallas con pocas actividades lúdicas o relacionales. Todo lo contrario de lo que apunta la literatura como factores de resiliencia a recomendar: actividades grupales con iguales fuera del entorno familiar y contacto con otras figuras de identificación más sanas, tales como tutores, entrenadores, monitores de *esplai*, etc.

Correlación estadísticamente significativa (0,05) entre la patología de los padres y la psicopatología del hijo

Existen variables que mostraron una correlación del 0,05, estadísticamente significativa (Prueba Fisher para pequeñas muestras), con el grado de psicopatología del hijo. Pensamos que dichas variables pueden ser útiles como signos de posible alarma en el desarrollo infanto-juvenil, y que se podría preguntar a los padres sobre ellas. Fueron las siguientes:

- o Bebés pasivos, definidos como “muy buenos” (podría indicar que están deprimidos).
- o Separación de la madre y concurrencia de otros hechos traumáticos, orgánicos o psicológicos, en el primer año de vida.
- o Dificultad en las separaciones o cambios.
- o Rendimiento escolar bajo.
- o Antecedentes de patología mental en familia extensa y en ambos padres.

² CSMIJ (Centro de salud mental para niños y jóvenes); CDIAP (Centro de desarrollo infantil y atención precoz); UPPIJ y UPPA (Unidades de psicoterapia psicoanalítica, para niños y jóvenes o para adultos, de Sant Pere Claver-Fundació Sanitària).

- o Indicador CDI Rorschach: habilidad/inhabilidad social³.
- o No se les explica nada, o no adecuadamente, del trastorno del progenitor.

Un dato con el que nos encontramos fue que, en la entrevista de devolución a los padres, muchos de nuestros pacientes nos dijeron que sus hijos estaban mejor. Sabemos que el proceso diagnóstico es en sí terapéutico, y el hecho de invitar en el estudio a padres e hijos a pensar y hablar sobre sus relaciones y los conflictos que sufrían, les alivió. Un ejemplo: una niña de doce años desarrolló una fobia muy seria a los ruidos intensos y a la explosión de petardos, que habían intentado tratar sin resultado. En este proceso diagnóstico, a través de dibujos y de los sueños que fue explicando, los ruidos aparecían asociados a los gritos y al estruendo de romper cosas cuando su padre se descompensaba. En pocas sesiones pudimos relacionarlo y la fobia remitió.

Estudios sobre resiliencia apuntan que dos visitas familiares anuales en los dispositivos de Salud Mental de los padres, pueden ser suficientes para prevenir. Hablar y explicar adecuadamente la enfermedad y contenerles en los momentos de crisis y/u hospitalizaciones –especialmente en la primera situación– es preventivo. Y además permite detectar cuándo es el momento de derivar a los hijos a otros dispositivos.

Para ello hace falta un tiempo en los CSMA y CSMIJ del que, o no disponemos, o no somos suficientemente eficaces en gestionarlo, o ambas cosas. Dotarnos de una agenda flexible en esos momentos de crisis y sufrimiento es imprescindible. Como también lo es crear espacios de interconexión entre otros equipos asistenciales y los de la propia comunidad, que son vitales para no actuar parcialmente. Priorizar estas visitas puede ser muy terapéutico, y aún más cuando a menudo nuestra acción sobre la cronicidad de los padres solo se puede focalizar higienizando la relación con los hijos.

³ Esta variable mide la habilidad o inhabilidad social, las dificultades para enfrentarse eficazmente a las demandas del entorno y a todo lo que es relacional. A largo plazo, chicos que puntúan alto en este indicador desarrollan sentimientos de desalimiento o baja autoestima que pueden derivar en cuadros depresivos. Presentan también dificultades en los procesos de control emocional, lo cual podría entenderse como un caldo de cultivo de trastornos tan frecuentes ahora como son los de la organización *borderline*.

Correlación estadísticamente significativa (0.01) con el grado de psicopatología del hijo

- Tener relaciones interpersonales difíciles, tanto en la escuela como en la familia, es una variable que correlaciona directamente en muy alto grado de probabilidad con la psicopatología detectada.
- La gravedad⁴ de la patología del progenitor correlaciona inversamente: a mayor gravedad del padre o de la madre, menor grado de psicopatología en el hijo.

Este dato nos sorprendió. Una posible hipótesis es que el núcleo extenso se moviliza ante la gravedad o cronicidad de la patología del progenitor que pasa largos periodos hospitalizado o en servicios de rehabilitación comunitaria. Se crea un núcleo familiar alternativo o se busca protección a través de la DGAIA⁵ y por ello, posiblemente, los niños están más protegidos del contacto con las alteraciones psicóticas.

Por el contrario, la clínica nos muestra que los padres con trastornos psicológicos a priori menos graves, como los trastornos de personalidad *borderline*, narcisista, histriónico, neurosis obsesivas, que quizá ni siquiera ingresen nunca porque tienen áreas conservadas, provocan tanto o más sufrimiento emocional a sus hijos que los pacientes psicóticos a los suyos, dado que sus funciones parentales pueden estar muy resentidas, pero el entorno no está tan movilizado para protegerles (Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell y Levine, 2011).

Una propuesta preventiva para adolescentes y jóvenes dentro del Pla de Suport a la Primària (PSAP)

⁴ Gravedad definida por ítems: edad de la primera crisis anterior a los 25 años; 4 o más crisis post paternidad; más de 3 ingresos; y conciencia de enfermedad nula o baja.

⁵ En Catalunya, Dirección general de la atención a la infancia y adolescencia.

Por último, mencionaré los objetivos básicos del plan formativo en el capítulo de la prevención, que hemos elaborado en estrecha colaboración con los médicos de familia y enfermería, tras 8 años de intenso trabajo conjunto:

- Los médicos de familia deben tener en mente a “toda la familia” de los pacientes con trastornos de salud mental que atienden.
- Es necesario preguntar por los hijos para detectar posibles trastornos.
- Realizar una exploración psicológica de sus pacientes adolescentes (atienden a partir de 15 años). Escuchar “más allá del síntoma”, para determinar la existencia de somatizaciones, de relaciones escolares/laborales dificultosas, traumatismos reiterados, ansiedad, insomnio, ideación autolítica, etc.
- Vincular primero y derivar rápido después.
- Abordar preventivamente temas como tóxicos, sexualidad segura, duelos migratorios u otros. Se trata de sensibilizar para la demanda psicológica.
- Diferenciar la crisis de adolescencia “normal”.
- No suministrar medicación de entrada.

Si intentamos incidir en la prevención, habría que poder dar una respuesta adecuada después, en cuanto a recursos de tiempo y en personal capacitado. En mi opinión, desde el PSAP, y posteriormente desde el CSMA, sería deseable reforzar las intervenciones preventivas de los diferentes niveles asistenciales –primaria, secundaria y terciaria– para conseguir que los CSMA no se conviertan en centros de prevención cuaternaria, que sería dedicarnos a atender las recaídas, y acabar siendo básicamente especialistas en la cronicidad.

Referencias bibliográficas

Blanqué, J.M., Picanyol, M. y Costa, A. (2000), “Proposta de recerca i programa de prevenció de trastorns psiquiàtrics en fills de pacients de la Unitat de Salut Mental de l’Hospitalet de Llobregat”, *Revista de Psicoteràpia Psicoanalítica de l’ACPP*, núm. 3, pp. 135-187.

González Marín, E. (1990), “Influencia de las madres afectadas de depresión sobre el desarrollo de sus hijos”, *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 119, pp. 57-60.

Manzano, J. y Laville, J. (1983), “Les jeunes mères psychotiques et leurs enfants”, *L’information Psychiatrique*, núm. 59, pp. 671-685.

Stepp, S.D., Diana J. Whalen, D.J., Pilkonis, P.A., Hipwell, A.E. y Levine, M.D. (2011), “Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention”, *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, vol. III, núm. 1.

Resumen

En el artículo se plantea la cuestión de cómo introducir la prevención en salud mental desde un dispositivo público de adultos poniendo la mirada en los hijos. Se apuntan ideas, a veces sencillas y no muy costosas, que pueden ser útiles para intentar evitar la eclosión psicopatológica en hijos de pacientes graves, dado que tienen alto riesgo de desarrollar trastornos mentales. Estas ideas se basan en un estudio sobre hijos de pacientes afectados de psicosis y trastornos afectivos graves. Asimismo, se esbozan propuestas para prevenir desde las Áreas Básicas de Salud, dentro del Programa de Suport a la Primària (PSAP) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, dando formación a los Médicos de Familia para detectar y derivar rápidamente a adolescentes y/o jóvenes, e intentar detener en lo posible la escalada psicopatológica.

Palabras clave: cronicidad, prevención, área básica de salud, trastorno mental severo, afectación en los hijos.

Ana Costa

Psicóloga especialista clínica, psicoterapeuta.

Centro de Salud Mental Adultos (CSMA) Montjuïc, Sant Pere Claver-Fundació Sanitària.

acosta@fhspereclaver.org