

# EL DUETO: paseo por los almacenes de la memoria

AQUELLO QUE EL VIENTO NO SE LLEVÓ. ENTREVISTA CON EL DR. JOSEP TORO

## INTRODUCCIÓN

Si Ramón Bayés (el Duetto, nº 88) nos sumergió en el apasionante –y nada fácil– mundo de los pioneros de la Psicología Científica en España, Josep Toro es el necesario contrapunto del mismo recorrido pero en el ensamblaje con la Psiquiatría. No se puede entender Bayés sin Toro; y los dos sin Massana ni Colodrón, a los que esperamos también poder entrevistar. Estamos ante un sólido cimiento sobre el que se ha asentado un edificio singular por sus orígenes y su estructura.

Toro es un entusiasta como Bayés, dos optimistas inteligentes (para fraseando el título de la monografía de M<sup>a</sup>. Dolores Avía); en el otoño de su vida, siguen empeñados en permanecer en el mundo del trabajo, de los proyectos docentes, de investigación e ... ¡incluso clínicos!. Escriben como los ángeles y enseñan con la ilusión de un maestro que aun piensa que a sus alumnos les pueden nacer rosas en las manos. Un sin parar que solamente puede explicarse por unos temperamentos abocados a la acción y a la esperanza.

Josep Toro es el principal referente que tenemos en este país para entender la eclosión y consolidación de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, una especialidad en la que la soledad de sus miembros sólo puede compensarse con la seriedad y convencimiento profesional con la que la ejercen. Y es a su vez un nombre fundamental en la detección de la epidemia anoréxica que se apoderó antaño de nuestros jóvenes adolescentes y que aún prosigue, aunque hayamos adivinado mejor las fronteras nosológicas y terapéuticas. El libro “La anorexia nerviosa” (en colaboración con el endocrinólogo Vilardell) marcó un hito en el ya lejano 1987; nueve años más tarde, en 1996, Toro volvió a la carga con una joya como “El cuerpo como delito...”; cuyas tesis principales siguen plenamente vigentes.

Conocí a Josep Toro hace la fiolera de 40 años. Yo aún era un estudiante que poco le podía aportar, pero no obstante me invitó a subir a su nave con la generosidad y el ímpetu que le caracterizan. Naturalmente me sedujo de inmediato, no solamente por la fortaleza de sus argumentos, sino por la magia que destilaban unos proyectos imposibles que él transformaba en tangibles, tal era su entusiasmo. Dialogante hasta hacer tautología del intercambio de ideas, siempre nos mostraba una inteligencia lúcida sobretodo por la libertad de criterio que segregaba. Y así hasta ahora: a Toro y a sus compañeros de viaje les debemos la fascinación por las teorías evidentes que revelaban los orígenes del comportamiento humano. Tuvimos así noticias de Pavlov y el condicionamiento, pero sobretodo del brillante ejemplo del estudio experimental de las causalidades que rigen la materia viva: tú y tus colegas fuisteis responsables del maravilloso momento en que caen en nuestras manos las “obras escogidas” del genial ruso, que proclamó y fundó un método biológico objetivo para el estudio de la Actividad Nerviosa Superior. Aún ahora, en tiempos de nostalgia, sé que muchos de nosotros acariciamos los lomos gastados de aquella colección insuperable que intitulasteis como “Conducta Humana”. Y conocimos a Bykov y su teoría corticovisceral (sustantivo e investigaciones con los que se pretendía liquidar el dualismo psicosomático), a Eysenck, sus tipologías y los libros desmitificadores de tanta especulación que nos ahogaba, el giro copernicano de Gray, que nos ha permitido acercarnos a modelos de la ansiedad, aún vigentes y refugiados en parte en la famosa susceptibilidad al castigo. Pero también a Skinner y su imprescindible análisis de la conducta operante. Nos introdujisteis también en las bases psicofisiológicas con Kimble y los inefables Lader-Wing, merced a los cuales comprendimos las bondades de la exposición. Nada se os escapaba; en esta década prodigiosa en la que nos transportasteis por los campos del saber y del buen hacer, nos fascinasteis con las historias casi imposibles de Luria o a través de la lateralidad de Benton nos introdujisteis en la neuropsicología. Incluso nos acercasteis a la sexualidad con el impagable estudio tra n s-

---

cultural de Ford y Beach (¡cuántos mitos cayeron!, ¡qué forma más certera de flexibilizar nuestros futuros!) y el estudio pionero de Schofield sobre el comportamiento sexual de los jóvenes.

Inolvidables historias, Josep Toro. Gracias por permitirnos compartir las contigo. Pero sobre todo gracias por transmitirnos la pasión por el método científico aplicado a unas especialidades como las nuestras que tanto han sufrido –y sufren– la agresión del oscurantismo. Gracias por tu sentido del humor –bastante socarrón, por cierto–, por tu sabia sencillez, por concedernos siempre tu tiempo con espléndida, por involucrarnos con el manto de la acción y dejarnos abocar cualquier atisbo de creación. Gracias por enseñarnos a no olvidar nuestros orígenes, por tu casi escandalosa coherencia; en un mundo instalado en la cultura del consumo y del éxito, en el culto al individualismo narcisista, en la pérdida de valores y la competencia despiadada, nos ha quedado la idea básica de la que has hecho el centro de tu vida: lo que importa es la voluntad de servicio y la solidaridad con los que sufren, y sobre todo en un oficio como el nuestro.

Recuerdo que cuando salimos de tu despacho, después de agotarte con nuestras inacabables preguntas, nos dimos cuenta que tú aun eras más curioso que nosotros, que mantenías unas antenas especiales para detectar los cambios en este mundo incierto al que te has entregado, el de la psicopatología de niños y adolescentes. Y nosotros dos que somos impenitentes habladores, permanecemos en un silencio que no queríamos vulnerar: Enric estaba simplemente fascinado (¡él, que tantos personajes de toda condición ha entrevistado!), yo era simplemente feliz por haber reencontrado la perennidad de tu temple. E hicimos recuento de la profundidad y belleza de tus palabras (¡que bien hablas, maldito!, y que me perdonéis tú y los lectores la licencia que me permito), de la clara vitalidad que nos habías transmitido, de los secretos que nos habías revelado, de las certezas que aun quieres conocer, fascinado como estás ante el imparable avance de la ciencia del comportamiento. Sentimos que había valido la pena haber experimentado juntos aquellas horas que nos permitiste compartir. Pero también supimos que habíamos dejado anclada en un puerto que siempre nos evocará una atractiva mezcla de afecto y razón. Y como Bayés nos nombró a San Agustín, permítanme que termine con un frase suya que es muy oportuna para definir el talante de nuestro entrevistado, una frase que es una defensa y un canto a la libertad de pensamiento, el diálogo, a la convivencia y al respeto: **“In necessariis unitas, in dubiis libertas, in omnibus charitas: en lo necesario unidad, en lo dudoso libertad y en todo, caridad”**.

J.M. Farré (JMF)

**Exhibe un físico delgado y sorprendentemente fibroso para su edad. Todo ello envuelto en un punto de elegancia que probablemente no es deliberada. La diferencia entre un violín nuevo y uno que lleva años de cuerdas tensadas en infinitud de melodías, es que al primero se le nota el paso del aire, el ruido de algo nuevo y perezooso; en cambio en un violín con horas entra el aire sin pestañear y fluye por la caja al más mínimo gesto del arco con las cuerdas. Así me sonó la entrevista con el Prof. Toro.**

Nos recibió en un Hospital Clínic del que se siente orgulloso, no solo por pertenencia, sino también por excelencia. Entramos por la venerable Facultad de Medicina que ha dejado de confundirse por la poca luz que la bañaba, con la entrada de una basílica, hoy, la luz natural, la rehabilitación de sus paredes la deviene brillante, como las enseñanzas y los inmensos profesores que las han impartido a lo largo de su ya ancha vida. En medio del vaivén de estudiantes y de los médicos con sus batas blancas, no tan planchadas como antaño, nos acogió Josep Toro, en un mundo en el que se siente indiscutiblemente feliz.

Enric Tomás (ET)

**E.T. Sus apellidos, Toro y Trallero no son precisamente muy habituales...**

J.T. *Yo soy hijo y nieto de emigrantes aragoneses para más señas. El primer apellido, Toro procede de Zaragoza y Trallero de Huesca. En Huesca se llama “trallero o tralleros” a las personas que, tiempo ha, se encargaban de transportar por los ríos de aquella provincia los troncos, ya limpios y listos para convertirse en vigas o para hacer muebles o lo que fuera...*

**E.T. Vamos, como los “ra i e rs” del Pirineo, un oficio que se ha convertido en una atracción turística ...recuerdo al ex ministro socialista Borrell encima de una ristra o tralla de troncos bajando por el Segre rememorando aquel oficio...**

J.T. *Pues sí. Volviendo a mis apellidos. El abuelo Toro, que era barbero, fue el que emigró a Barcelona y abrió el negocio en el Paseo Nacional, hoy Avenida Juan de Borbón, en el barrio de la Barceloneta, donde también se crió mi padre y donde nació yo en un año, vamos a decir especial, 1936. Allí, viví con mis padres, hasta cumplir los seis meses y tuvimos que marcharnos de aquella vivienda por la sencilla y brutal razón -por eso os decía lo del año especial- de que quedó hecha añicos por un bombardeo durante la Guerra Civil. La Av. Juan de Borbón está muy cerca del puerto de Barcelona. Y nos salvamos toda la familia por los pelos, mejor dicho mi madre y yo, porque mi padre no estaba allí, estaba movilizado en el frente.*

**E. T. Y sin casa, ¿a donde fueron?**

J.T. *A las pocas semanas mi madre encontró una casita en el barrio de Horta. Casualidades, fuimos vecinos de un personaje muy conocido en la posguerra, los Blume, aquel gimnasta que murió muy joven, en la década de los años 50 en un accidente de aviación. Más tarde nos trasladamos a una vivienda en la calle de la Princesa. Y cuando volvió mi padre de la guerra después de pasar unos años en el campo de concentración, de los vencedores, en Deusto...*

**E. T. ¿Cuántos años estuvo preso su padre?**

J.T. *Tres años, desde el final de la Guerra Civil, en el 1939 hasta 1942. Lo apresaron en el frente del Ebro. Una mañana de ese año, 1942, estaba saltando encima de mi cama y veo a un señor que entra en mi habitación acompañado de mi madre que sin más, me dijo: “Mira, este es tu padre”. Quizá sea mi primer recuerdo visual, que ha sido perenne: aquellos saltos encima de la cama. Años más tarde, en 1945 no trasladamos a un piso en la Rambla de las Flores de Barcelona, hasta que me casé.*

*Cuando inicié el bachillerato mi padre quiso que fuera a una escuela, por decirlo con el lenguaje de la época, a una escuela “buena” y me matriculé en los jesuitas de la calle de Caspe. Hice todo el bachillerato con los jesuitas y fui la primera promoción de estudiantes que en lugar de pasar el “examen de Estado”, cursamos por primera vez el Preuniversitario, conocido popularmente como “el Preu”. Y de ahí a la Facultad de Medicina.*

**E. T. ¿Por qué eligió Medicina?**

J.T. *En casa escuché una y mil veces a mi padre decir que le hubiera gustado estudiar medicina, yo creo que eso me influyó. Pero de lo que no puedo decir el porque es que a partir del quinto curso de bachillerato tenía claro que quería estudiar Psiquiatría.*

**E.T. En los años 50, hablar de Psiquiatría era nombrar algo especialmente extraño, supongo?**

J.T. *Sí, es cierto, pero quería hacer psiquiatría, quizás porque me gustaba mucho la literatura y, en definitiva, era una de las ramas más humanistas de la medicina... quizá fuera por eso!*

**E.T. Ya en la Facultad, ¿cuál es su recuerdo de las clases de Psicología Médica, teniendo en cuenta que Vd. ha sido durante muchos años profesor de esa materia aquí en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (U.B.)?**

---

**J.T.** Como estudiante tanto las de Psicología Médica, como las de Psiquiatría, mi recuerdo es muy claro, no me gustaban. Y tiene su explicación. Ya en el primer curso de Medicina yo entré como interno en el área psiquiátrica de esta casa; es más yo mientras estudié siempre fui un “interno”. Mis primeros trabajos en este pabellón no pasaban de ser los propios de un auxiliar de enfermería. La figura del estudiante “interno”, sobretodo la aprovechaban los compañeros que se querían dedicar a la Medicina Interna. Se trataba, naturalmente de aprender mirando, escuchando... Ocurren dos hechos importantes para mi vida profesional. El primero, la experiencia directa en aquella época (finales de los años cincuenta) con los pacientes psiquiátricos era traumática. Lo que vivimos en las salas, de 6 a 10 camas, era impactante. Por ejemplo, a los esquizofrénicos se les trataba con comas insulínicos. Mi trabajo consistía en esperar a que el paciente entrara en coma y, para reanimarlo, suminístrale una papilla con unos compuestos mezclados con azúcar...

Lo soportaba muy mal y estuve solamente unos meses. Empecé a trabajar en los dispensarios de Psiquiatría y allí descubrí al Dr. Enrique Cerdá, psiquiatra que me introdujo en el mundo de los tests. A través de él, por tanto, tomé mi primer contacto con la psicometría. El Dr. Cerdá fue el que adaptó por primera vez en España la prueba de Wechsler y validó otros tests en el Departamento que entonces dirigía Ramón Sarró. Cerdá, de origen asturiano, se formó aquí en esta Facultad, pero con el tiempo se dedicó a la selección de personal. Con él se formó el Dr. Corominas, un personaje esencial para entender la consolidación de la evaluación psicológica en nuestro ámbito.

**J.M.F. Por tanto estamos hablando del germen de la psicometría en España...**

**J.T.** Cerdá me introdujo y sobretodo me influyó en un ámbito muy importante de la psiquiatría, el de la medición. Fue mi primera relación con una estructura científica, lo cual era muy importante en el mundo especulativo en el que estaba anclada la salud mental.

El segundo hecho que influyó decisivamente en mi modelaje fue la lectura de “Usos y Abusos de la Psicología” de Eysenck. Era un libro desmitificador y absolutamente rupturista. Lo leo cuando el responsable de la cátedra de Psiquiatría era el Prof. Sarró, que estaba plenamente identificado con la línea especulativa. Por ejemplo, se hablaba de Psiquiatría desde la perspectiva existencialista de Heidegger; para luego aplicarlo a los pacientes. Y a mí eso no me cuadraba, que a través del filósofo citado pudiese entender a un enfermo mental.

Terminada la carrera de Medicina me planteé si estudiaba Psicología, que en aquel tiempo sólo se podía cursar en Madrid.

**J.M.F. Para obtener algunas de las especialidades bastaba con apuntar en el Colegio de Médicos...**

**J.T.** ¡Pero no tenías el título de la especialidad en que te apuntabas! Éste te lo daba el Ministerio después de pasar por la correspondiente Escuela Profesional de la especialidad. Así pues yo me matriculé en la de Psiquiatría.

**J.M.F. En la cual debiste conocer a Joan Massana...**

**J.T.** No, yo ya lo conocía en la Facultad pero por razones conspirativas, vamos por razones políticas. Era dos años mayor que yo, pero nuestra amistad nace cuando él y Alfonso Carlos Comín me invitan a colaborar en la revista “El Ciervo”, que, para entendernos fue un antecedente de “Triunfo” o de “Cuadernos para el Diálogo”, pero editada en Barcelona.

**E.T.** Tiene una voz algo rota como todo profesor que le ha consumido a raudales en su largo devenir por los ajeteos académicos, un devenir que transcurrió mayoritariamente en estas venerables paredes que nos acogen, las de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, a la que Toro a pesar de los pocos gratos preámbulos que le llevan casi a la avección, ha terminado queriendo con un afecto consolidado que sólo los años, la dedicación y la generosidad consiguen. Pero las flemas de su dicción se olvidan ante la pasión que transmite apresada en un verbo rotundo

pero deliciosamente construido, no en vano es un auténtico “lletrafe rit” (1). Le comentamos que Farré lleva años observando su deambular desde su domicilio al próximo Hospital (son vecinos) leyendo sin parar en plena calle (eso sí, el periódico, que tampoco hay que exagerar el contenido de un continente literario tan periférico) y se ríe con un tono que apenas disimula, un talante que se balancea entre la ironía y un franco sentido del humor.

(1) Literalmente, “letraherido”, expresión catalana que designa a personas adictas a la lectura.

**E.T. ¿Y con Bayés, cuando empieza a relacionarse?**

J.T. *Lo conozco al poco de terminar el bachillerato, porque coincidimos en la Congregación Mariana que estaba situada en los edificios actuales de la Universidad Pompeu Fabra en la calle de Balmes. Entré como él, como católicos convencidos. Pero lo hice con alguna intención más. Organicé con otros compañeros lo que llamamos el “Teatre Fòrum”, porque adoraba la literatura y el teatro. Yo soy corresponsable del estreno en España de “Calígula”, de Camus, también pusimos en escena “Un Tranvía llamado Deseo”, “Esperando a Godot” etc. Llamamos tanto la atención que un par de revistas de extrema derecha, no recuerdo su nombre, aparte de dedicarnos críticas feroces se dedicaban también a denunciarnos en el obispado, en el Gobierno Civil...*

**E.T. Tuvo Vd. una juventud densa...**

J.T. *¡No, hombre, densa no, muy movida! O por decirlo con palabras de mi trabajo, hiperactiva. Porque, hablando en plata, con esa hiperactividad lo que no hacía era estudiar! Era un pésimo estudiante...*

**Reímos los tres y le comentamos que esa última afirmación no saldrá en el “Dueto”...**

J.T. *¡Ya lo podéis poner! Mirad como funcionaba la Facultad. En el último año, como quería casarme y por tanto tenía ganas de terminar la carrera, entre las convocatorias de junio y septiembre, lo recuerdo muy bien, me examiné ¡de 19 asignaturas!*

**J.M.F. Con muchos cafés... y alguna cosa más.**

J.T. *¡Y alguna cosa más! Los populares “Simpatina” y “Centramina”, es decir, anfetaminas.*

**J.M.F. Si te parece, volvamos a la revista “El Ciervo” y hablemos de Joan Massana.**

J.T. *Como ya dije al entrar en “El Ciervo”, no sólo conozco a Massana, sino a otro personaje que tuvo mucha influencia en mí, Comín, que, como yo vivía en las Ramblas: cuando terminábamos las reuniones de redacción de “El Ciervo” paseábamos juntos hasta la amanecida. Alfonso Carlos Comín me influyó mucho; tuvimos afinidades, no sólo políticas, sino que acabamos como auténticos amigos. Era una persona extraordinaria, influía a todo aquel que se le acercase, en fin, un líder nato, o como ahora se dice, un líder carismático.*

**J.M.F. ¿Tu amistad con Massana...?**

J.T. *Juntos nos matriculamos en la Escuela Profesional de Psiquiatría, que entonces estaba ubicada en la misma Facultad de Medicina y juntos entramos en el Dispensario de Montserrat Esteve. La escuela la dirigía el Dr. Sarrò y eran dos años. Massana y yo estudiamos los dos cursos y como era habitual, al terminar el segundo, fuimos al acto de entrega de los diplomas. Llamaron a todos los alumnos, les entregan el diploma y a Massana y a mí no nos llama. Fuimos a preguntar al Dr. Sarrò las razones, pensando que no fuera un olvido, un error y sin inmutarse demasiado, nos dijo: “No, no, ustedes dos no tienen el diploma. Lo he estado pensando y creo que deben añadir un año más”. Era una auténtica sin razón y ahora creo que no nos perdonó que proviniéramos de la escuela de Montserrat Esteve.*

**E.T. ¿A parte de Vd. en el famoso dispensario quien había?**

**J.T.** Estaba Ballús, Costa Molinari, Vallejo, Porta, Corominas, Malgà, Prats, Pascual. Más tarde, muy imberbes, aparecieron Farré, Sender y Valdés. Mi aprendizaje psiquiátrico en el sentido más estrictamente profesional lo inicié con Montserrat Esteve. Poco aprendí mientras estuve interno...

**J.M.F.** ¿*Toda la teoría del condicionamiento y concretamente la figura de Pavlov, los inicia Montserrat Esteve?*

**J.T.** No, no, allí no nos instruyeron en esas teorías. Entramos en ellas a través de un conocido Psiquiatra, el Dr. Antonio Colodrón. En España, decir Pavlov era igual a decir Antonio Colodrón. Era –es, afortunadamente– un tipo impresionante, incluso físicamente. Nuestro primer contacto con el mundo pavloviano, tanto de Massana como mío, fue leyendo su libro “La medicina corticovisceral” (1966), que era un manual con base científica, muy serio, sobre psiquiatría psicósomática de base pavloviana. Por cierto a parte de este libro editado en Madrid, muchos de los relacionados con la psiquiatría de base pavloviana ¡eran clandestinos!. Importados de México...

**J.M.F.** *No obstante, aunque si bien aparentemente se hablaba poco de condicionamiento, estaba constantemente presente en las sesiones y en la praxis clínica. De hecho Montserrat Esteve nos coloca en el lugar adecuado del mapa científico y todos los que salimos de allí, hemos tenido clarísimo que la salud mental debe ser abordado con un modelo llamémosle “pavloviano”, de coalición biología-modelos de condicionamiento. No podemos olvidar que Montserrat Esteve prologa “Reflejos, condiciones e inhibiciones” de Pavlov en la admirable colección de Península-Ediciones 62, ¡editada en 1967!, sin ningún problema de distribución legal, lo cual parece paradójico. A pesar de los caprichos bien conocidos de los censores del Régimen, estos aceptaban muy mal las informaciones partidistas de las ediciones directamente traducidas del ruso que iban siempre acompañadas por comentarios políticos afines al pensamiento soviético. Es curioso que en el mismo año (1967) aparece una obra capital, “Patología corticovisceral”, de Bykov y Kurtsin (de esos libros que se conseguían más o menos clandestinamente) en la editorial Atlante de Madrid, y que contó con una buenísima traducción de José Luis Laín Entralgo y de Carmen Laín; una obra que era un soberbio y profundo ejercicio de explicación de la teoría de Bykov sobre las interacciones funcionales entre la corteza cerebral y los órganos internos. Unos libros que marcaron el futuro de la visión científica de la vieja psicósomática. El prefacio de Kurtsin -que es impecable en su objetividad- se despide con un casi entrañable deseo de comprensión y estrechamiento de los “vínculos científicos entre los investigadores españoles y soviéticos, en bien del progreso, de la prosperidad y felicidad de los pueblos del mundo”.*

**E.T.** Según tengo entendido, Bykov llegó a fundamentar el juego de los procesos que comportan el poder curativo de los médicos con carisma.

**J.M.F.** “Los hechos son el aire del científico”, decía Pavlov. Bykov abundaba en hechos establecidos en el laboratorio y en la clínica.

**E.T.** Permítame un recuerdo en este sentido. En los años 70, si decías que era alumno de Derecho o de Económicas, que asistías a algún seminario de los que organizaba Jordi Solé-Tura en la librería “El 5 d’Oros”, en la Diagonal, se podían comprar las obras completas de K. Marx, por cierto editadas en Moscú.

**J.T.** Pues para comprar los libros que le digo iba un poco más arriba, en la misma Diagonal, en la librería “Ancora y Delfín”. En su rebotica, tenían esos libros que no se podían vender... Allí comprabas, libros de Sastre, Camus o de Pavlov... miren si estaba bien surtida de ese tipo de cultura, médica y no médica!!!

**E.T.** Disculpe la obviedad, Dr. Toro, colijo que estaban prohibidos los libros de Pavlov por la procedencia de su autor, coetáneo de Lenin. Lenin potenció la Torres del Silencio pavloviano, a

pesar de las dificultades de la época (1921). Atacaba el monismo idealista y consideraba la conciencia como una “función del cerebro, el reflejo del mundo exterior” (Materialismo y Empiriocriticismo).

*J.T. En fin... Más tarde tanto Massana como yo, hicimos una gran amistad con el Dr. Colodrón. En aquella época éramos muy pocos los que aplicábamos, para entendernos, la psiquiatría científica. Auténticos solitarios.*

*J.M.F. Es un hombre excepcional y nunca olvidaremos que ofreció estar al frente de esta revista cuando nadie daba un duro por ella; creyó en el proyecto y fue un inestimable apoyo. De hecho, él siguió con su labor casi militante con la publicación de varias monografías, entre las cuales destacan “La acción humana” (1969) o “De la enfermedad como respuesta” (1976), amén de un prólogo delicioso en Actividad Nerviosa Superior, y de otro absolutamente imprescindible, el que escribió para “Los reflejos cerebrales” de Sechenov, que también tuvisteis la valentía de publicarvosotros en 1978, y digo valentía porque podría parecer anacrónico (era una obra de 1863). Así se cumplió el hito que suponía publicar la obra del trípode prodigioso (Sechenov, Pavlov, Bykov).*

**E.T. En su currículum se lee “Diplomado en Psicología”, ¿la estudió en la Escuela de Psicología y Psicotécnica en Madrid?**

*J.T. Exacto. Lo que ocurría es que sólo íbamos a Madrid a examinarnos. Prácticamente no asistíamos a clases. Pero con el título de “Diplomado”, como era de los pocos que lo tenía en Barcelona, cuando el Dr. Siguan abre la Escuela de Psicología, aquí en Barcelona me llamó para impartir docencia; creo que fui de los primeros profesores de esa Escuela...*

*JMF... de la que yo fui alumno. Y donde volví a disfrutar del profesorado de Montserrat Esteve. Coincidió con él en otro lugar muy singular: Montserrat Esteve era el responsable de Psicología en la “Gran Enciclopedia Catalana” y yo trabajaba allí. Recuerdo muy bien que ya en aquellos años, finales de los 60, ya nos recomendaba a los que nos habíamos decidido por la Psiquiatría, que estudiásemos también Psicología... En fin, la pregunta es, ¿crees importante que en la formación MIR de Psiquiatría deberían ampliarse los conocimientos de Psicología, sobretudo en las áreas de terapias psicológicas contrastadas, tipo cognitivo-conductual?*

*J.T. Sí. Entiendo que deberían formar parte de bagaje intelectual en la formación del futuro psiquiatra. A finales de los 60 nuestros primeros trabajos no fueron psicopatológicos sino psicopedagógicos en las escuelas mediante evaluaciones de rendimiento académico y, en cierta manera, de factores de personalidad. Y, de hecho fue casualidad que yo entrara en ese ámbito de la psiquiatría Infantil: El Dr. Montserrat Esteve reclamaba que alguien debería dedicarse a ella. Fue a raíz del Primer Congreso Nacional de Psiquiatría en Madrid, en el que, por cierto, se habló de los trastornos Obsesivo Compulsivos, que el Dr. Montserrat Esteve, me encargó que en esa ponencia yo desarrollara el tema en el ámbito infantil y juvenil. Para redactarla trabajamos conjuntamente con la profesora Edelmira Domènech y con Antoni Malgà, ambos psiquiatras.*

**E.T. Hablan mucho del Dr. Montserrat Esteve y de su magisterio: ¿llegó a la Universidad?**

*J.T. Hubiera sido catedrático, pero fue de los perdedores de la Guerra Civil... Era un hombre con un enorme prestigio, personal e intelectual. Era un apasionado de las teorías cibernéticas, como aplicación del método pavloviano. Lo razonaba al ser la cibernética una ciencia de la autorregulación y el reflejo condicionado de Pavlov.*

**E.T. ¿Podría darnos su visión del nacimiento de la Escuela de Mandos Intermedio (EMI)?**

*J.T. Yo conozco al jesuita Padre Torres, director de la Escuela Profesional del barrio de El Clot, cuando me movía en la congregación mariana de esa orden. En los años sesenta aparte de la escuela, en sus locales, acogía a los sindicalistas ilegales, los militantes de CC.OO. Con Comín y otros yo había*

---

*impartido alguna conferencia a aquellos trabajadores más comprometidos y el Padre Torres me pidió que si podía organizar un cine fórum; los hacíamos una vez al mes y venían entre 200 y 300 personas... y de aquellos fórums... nació EMI, con la intención de cubrir una necesidad del mercado y que esos mandos tuviesen una formación profesional sólida, y socialmente progresista. Una vez puesta en marcha se consideró la necesidad de que la EMI, también dispusiese de un servicio de asesoramiento profesional. Fue un gran éxito.*

**E.T. ¿Estos inicios estaban asociados a su idilio con la Psiquiatría Infanto-Juvenil?**

*J.T. Algunos padres que se formaban en la EMI nos consultaban los problemas escolares de sus hijos y temas de entendimiento en la familiar, consultas relativamente sencillas. Así empezó todo, porque rápidamente, dentro de EMI, casi por generación espontánea se estructuró una consulta en dos ámbitos, psicológico y psiquiátrico. Y conmigo, desde el primer día entra Massana, más tarde Ramón Bayés y Montserrat Cervera, mi mujer.*

*Por cierto, unos de los primeros tratamientos que “importamos”, en ese caso del Maudsley Hospital de Londres, fue el tratamiento conductual de la enuresis. Recuerdo el viaje con el Dr. Massana para traer a Catalunya el aparato; estaba previsto entrevistarnos con Eysenck, pero no nos pudo recibir y lo hizo Rachmann que nos explicó el funcionamiento del aparato y la estrategia conductual.*

**E.T. O sea que, esa fue la primera terapia conductual que aplicaron...**

*J.T. Efectivamente, fue así. Más tarde, vinieron la vasopresina y los tricíclicos, pero el aparato y las normas conductuales siguen.*

**J.M.F. Tengo la suerte de poder unir tus recuerdos y los míos. Tengo muy presente cuando desde Galton íbamos a las escuelas; también la recomendación de un libro “El alumno retrasado” de Kephart.**

*J.T. A partir de ahí detectábamos problemas más allá de la psicopedagogía, aunque la intención era orientar a los alumnos en la propia escuela y, en ocasiones, aconsejarles en su futura orientación universitaria. Aquí, en Catalunya, no se había hecho nunca.*

**ET. Y con Galton aplica a sus pacientes jóvenes y adolescentes, su modelo que no ha sido otro que la integración de la Psiquiatría y la Psicología. ¿Se considera Vd. el fundador en España de la Psiquiatría Infantojuvenil?**

*J.T. No.*

**E.T. ¿Lo dice por modestia?**

*J.T. No, no. Si alguna cosa me considero es de haber iniciado, eso sí, una línea en la Psiquiatría Infantil más coherente, y más científica, de lo que era antes. Por tanto, mi trabajo en esa área ha sido separar, deslindar toda la especulación que estuviese adherida a la Psiquiatría. Esa ha sido mi aportación.*

**J.M.F. En este contexto tú ya estabas impregnado de Pavlov y el conductismo: ¿Qué te aportaron?**

*J.T. ¿Qué me aporta a mí Pavlov y el conductismo? Lo que me aportan a mí y a muchos otros es determinar una actitud positiva y una infraestructura teórica, para orientar un trabajo científico. Y punto. Nos aporta, en definitiva, una metodología para distinguir aquello que es científico de lo que no es. Anterior a mi generación, lo repito, había mucha especulación, justamente porque en este país, no había una Psiquiatría Infantil estructurada.*

**E.T. Ramón Bayès, en su entrevista nos habló de José Germain, un psicólogo, que ejerció durante la II República y que tras la Guerra Civil no se exilió y durante la dictadura, defendió la**

**Psicología de base científica, actuando como puente con las nuevas generaciones de psicólogos. ¿Ocurrió algo semejante con la Psiquiatría Infantil?**

**J.T.** *No. No de ninguna manera. Veamos, en el siglo pasado, ¿qué era la Psiquiatría Infantil hasta mediados los años 50, incluso los sesenta? Se reducía a los “retrasados mentales” vulgarmente conocidos como “subnormales”, y a lo que entonces se llamaba “psicosis infantil”. Ese era el catálogo, aquí en Noruega y en los Estados Unidos de América. Eso no quiere decir que no se cuidasen de ellos. Aquí en Barcelona, por ejemplo había tres clínicos especializados: Jeroni de Moragas, Folch Camarasa y Córdoba, que incluso coordinaban colegios, pero en sus aulas se entremezclaban niños y niñas con autismo, retardo mental, síndrome de Down... etc. Y estaban juntos ¡porque no se había desarrollado un diagnóstico diferencial claro!.*

**J.M.F.** *Se habla de una especialidad, precisamente, de Psiquiatría Infantojuvenil. ¿Hay algo decidido?*

**J.T.** *Las reuniones de la Comisión ministerial, en las que he intervenido, le están dando los últimos retoques para que esa especialidad sea oficial.*

**E.T.** *Este tipo de equipos de profesionales dedicados a la Psiquiatría Infantil, ¿se daban en otras partes de España?*

**J.T.** *Que yo recuerde, debemos hablar más de personas que de equipos. Pero en todo caso aquí en Catalunya, en Barcelona, había ya dos equipos es en los años sesenta: el de San Juan de Dios, encabezado por el psicoanalista Dr. Angulo y el Hospital de la Cruz Roja, por la psicoanalista, Eulalia Torres y más tarde venimos nosotros, en Galton.*

**J.M.F.** *Si la Psiquiatría Infantojuvenil tiene, como mucho, algo más de medio siglo, como nos acabas de recordar, ¿Con qué bagaje contabais en cuanto a los recursos psicofarmacológicos?*

**J.T.** *Nada; no había nada. La psicofarmacología pediátrica tiene 20 años. El primer manual sobre el tema data de 1978, lo publicó Werry, un manual sencillo, muy poco conocido, por cierto.*

**E.T.** *¿Se atrevería a decir que Galton fue el embrión, un modelo, tanto en el ámbito organizativo, como en la manera de hacer psiquiatría infantojuvenil?*

**J.T.** *No, no me atrevo. Si algún modelo ha funcionado es el de aquí, en este Hospital Público que es el Clínic, porque aquí hemos gozado de todo tipo de recursos: Hospitalización, Hospital de día, Consultas externas, Asistencia primaria, etc...*

**J.M.F.** *Lo que sí es cierto es que en Psiquiatría Infantil y Juvenil este modelo, el del Clínic, es el que se está aplicando en muchos otros centros, tanto en Catalunya como en el resto del Estado...*

**J.T.** *Cierto, muy cierto. Porque no lo había hecho nadie antes que nosotros.*

**E.T.** *Rebobinemos, Dr. To ro. ¿En qué año entra como profesor en la Facultad de Medicina de Barcelona?*

**J.T.** *Bien, aparte de las clases que impartí en la Escuela de Psicología con el Dr. Siguan, fue en la Universidad Autónoma de Barcelona, cuando inicié mi andadura docente; era 1973 y lo considero mi entrada en el mundo universitario. Entré como Profesor en la Facultad de Psicología en la asignatura “Psicología Evolutiva”. Lo hice conjuntamente con los doctores Massana y Corominas. Estuve 3 años en la UAB, hasta que el Prof. Obiols gana la Cátedra de Psiquiatría en la UB y nos ficha a todos los que he nombrado para entrar en la Facultad de Medicina. A Corominas y Massana les consigue una plaza hospitalaria y a mi me nombra Profesor Ayudante de Psiquiatría Infantojuvenil. Al poco tiempo fundamos lo que se llamó “Equipo de Psiquiatría Infantil Experimental” con el Dr. Ballús, responsable del Dispensario. Massana trabajaba en un laboratorio de Psicofisiología y Terapia de Conducta. Estamos en el año 1977 o 78. ¿Qué nos permitió el Dr. Obiols? Que durante años trabajásemos en lo que noso-*

---

tros queríamos, atender e investigar los pacientes con las patologías más graves y difíciles que se presentan en esa franja de edad, la infantil y juvenil y que otros colegas o no querían, o no podían, o no sabían atender. Aquí vimos el primer caso grave de anorexia.

### **E.T. Explíquenos algo de esta paciente anoréxica**

**J.T.** *La abordamos con la metodología de una fobia a la comida, a la ingestión de alimentos; creímos que era lo más sensato en aquel momento. No teníamos ninguna experiencia y no había literatura científica que leer, al menos aquí, en Barcelona.*

*Nos confundimos. Sabíamos lo que era una anorexia, estaba ya descrito en los 70. Lo que ocurre es que terapéuticamente jamás había entrado una anoréxica en el Clínic, no se había tratado a ningún enfermo. Sabíamos que tenían que comer, que el entorno familiar era importante, y poco más. Tampoco en los libros teóricos de terapia de Conducta había nada específico sobre el particular. Clínicamente, pues, estaba claro; terapéuticamente estábamos con el contador, a cero.*

### **E.T. No había medline...**

**J.T.** *...eso formaba parte del problema de la época. No había "Google", ni se había inventado, pero aquí en la Facultad tampoco llegaba ninguna publicación científica; no había dinero para suscripciones y lo más grave, tampoco revistas especializadas en Psiquiatría Infantojuvenil. Por no haber, no había ni tradición en la compra de revistas o publicaciones extranjeras. Había un par de españolas, generalistas... nada. En fin que estabas en la inopia, a no ser que fueras a un Congreso Internacional.*

### **E.T...no estamos hablando de principios del siglo pasado. Cuesta creerlo pero hablamos de hace, solamente, ¡40 años!**

**J.T.** *Ya, Ya. Pero hace 40 años, en otros países europeos era mucho más fácil estar al día de los que ocurría en otros; en España, no. Bien, con lo que sabíamos –sobre todo de las técnicas conductuales– abordamos este primer caso de anorexia, como he dicho, como una fobia; por tanto había que relajar a la paciente frente al plato de comida. Y nos los tomamos tan en serio –la muchacha no había manera de que comiese– que iniciamos el tratamiento en su casa. Enviamos a una psicóloga, María Jesús del Río, que había ampliado estudios, siguiendo el patrón conductual, en los Estados Unidos; había tratado algunos niños y niñas, pero a ninguna con anorexia. La muchacha mejoró y me acuerdo de una anécdota: Como es habitual en esos casos, le pedimos a sus padres que no interfirieran en labor de la terapeuta, en si su hija comía o no, si lo hacía o no... bien al cabo de unos días la psicóloga me dice: "La madre, efectivamente, no interviene, pero el padre sí". Y me explicó lo siguiente: "Su padre se esconde tras los cortinajes del comedor... ¡no tapa sus zapatos!"*

### **E.T. ¿A partir de ese caso, cual fue la evolución terapéutica para el tratamiento de esa enfermedad?**

**J.T.** *Creo que fue muy importante la creación en la Facultad de la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil que en buena medida recogía toda la labor de las personas que he mencionado, así como por el hecho de tener una plaza aquí en el Clínic ya como psiquiatra. A pesar del rimbombante nombre Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil, lo cierto es que no teníamos camas; vosotros (se dirige a Farré), los de Psiquiatría de adultos sí que teníais camas. Pero lo resolvimos ingresándolos en la Unidad de Dermatología. Lo que tenía muy claro es que no los ingresaba en la Unidad de Psiquiatría. Un adolescente, es un mundo aparte; lo hacíamos así tanto por el trastorno, la anorexia, como por el hecho de que eran adolescentes. Por otra parte, pudimos ingresarlos en Dermatología, porque tenían camas libres, habitaciones individuales y tuvimos la suerte que el equipo de enfermería se adaptó rápidamente.*

**J.M.F.** *Eran tiempos difíciles y casi heroicos, sobre todo para vosotros. Recuerdo muy bien nuestro trabajo común aprovechando la infraestructura de Dermatología y el voluntarismo muy profesional de sus enfermeras. Conmigo estaba Elena Guimerá, que defendió un tiempo después una tesis docto-*

**ral sobre anorexia y susceptibilidad al castigo. Todo ello consolidó la colaboración UB-UAB en temas de investigación en Salud Mental.**

**E.T. Hay una cronología en la anorexia. Se lo recuerdo porque, en un pis pas, esta enfermedad, sale de las consultas y es noticia principal en los periódicos y televisiones.**

*J.T. Me acuerdo muy bien. Con el Dr. Vilardell, escribimos un libro sobre la anorexia “La Anorexia Nerviosa” (Martínez Roca, 1967); a partir de su publicación tuvimos un auténtico alud de pacientes. Y no sólo vienen de Catalunya, sino de otros puntos de España. Y, conscientes de la gravedad, nació, dentro de la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil, la específica de Trastornos de la Conducta Alimentaria ya restablecida la Generalitat de Catalunya. Ante este incremento de casos iniciados ya los años ochenta y ante la falta de espacio y camas, nos trasladamos a la Maternitat, donde se concentró todo. Allí pudimos inaugurar el Hospital de Día para los Trastornos Alimentarios. Unos 10 años más tarde volvemos al Clínic, con todas las Unidades incluido el Hospital de Día.*

**E.T. En su libro “El Cuerpo como Delito”, explica la etiología, y la cronología de esa enfermedad; es más: describe muy bien la paradoja que representa: que la moda empuje a las mujeres acriticamente a adelgazar y los esfuerzos de médicos, padres, educadores, medios de comunicación, negando que la moda sea un ley de obligado cumplimiento.**

*J.T. Son dos preguntas en una. Una cosa es avanzar con la práctica, con la investigación, el tratamiento de un trastorno, como del que estamos hablando y otra cosa muy distinta es hablar de su prevención. De entrada, hablamos mucho de prevención y sabemos muy poco de ella. Así mi libro “El Cuerpo como Delito”, teóricamente se pensó para prevenir la anorexia, pero en la práctica, ahí está el problema, porque no sabemos cómo. Por otra parte en 1989, cuando se escribió, se sabía mucho menos de su etiología. Muchos psiquiatras hace 20 años, yo mismo entre ellos, frente a ese trastorno dimos más importancia a los factores sociales y culturales. Mi intención, aparte de describir la enfermedad, de cómo tratarla, fue explicar razonadamente como a lo largo de los siglos, hasta llegar al S.XX, estamos dando tanta importancia al cuerpo, a nuestro cuerpo. Bien, ¿cuáles son los cambios de perspectiva? Cuando escribí el libro a penas se hablaba de la disposición genética y de muchos otros factores; ahora estamos viendo la complejidad de ese trastorno; así entender lo que denuncia el libro aún es válido. Lo que no sería válido es quedarse sólo con el libro para interpretar los trastornos alimentarios, ignorando los avances que ha habido en su etiología.*

**J.M.F. En una noticia parecida en la prensa diaria, se informaba que más del 40% de las mujeres españolas siguen teniendo problemas con las tallas, a pesar de la homologación que fue suscrita por el Ministerio de Sanidad en el 2007 con representantes de sector de la moda.**

**E.T. En este tira y afloja con las tallas, la llamada “guerra de la talla 36”, creo que Vd. intervino activamente...**

*J.T....y sigo en ello, interviniendo. Aun cuando no sea noticia, el hecho continúa, estamos batallando con las tallas. Lo que dice el Dr. Farré es importante. Cuando yo escribí ese libro, “El Cuerpo como...”, no sabíamos de la influencia tan potente de las madres sobre las hijas –en la cuestión de las dietas– antes de la pubertad y ni aquí en el Clínic, y no creo que en otros centros hospitalarios, hubiera aparecido una niña con sólo 7 u 8 años, ya anoréxica. Y en los últimos 10 años hemos tenido ingresados a niñas y niños con esa edad.*

**E.T. En parte de ese descubrimiento, de la influencia de las madres sobre la dieta de las hijas, se debe a estudios epidemiológicos sobre imagen corporal realizados por las doctoras Raich, Saldaña y otros... y los que han hecho aquí en el Clínic.... ¿Las campañas sobre prevención de ese trastorno, han conseguido disminuir el número de afectados/das?**

---

**J.T.** *Sobre la primera parte de su pregunta, diré que los estudios que hemos hecho, lógicamente, están centrados sobre adolescentes. En cuanto a la segunda parte, no veo que haya descendido, significativamente, el número de afectados. De todas formas, yo no tengo datos estadísticos, lo afirmo en base a lo que veo aquí en el Hospital Clínic de Barcelona.*

**J.M.F.** *De las preguntas de Enric y de tus respuestas, es obligado recordar aquello que me enseñasteis que se condensa en la afirmación de “nature vs. nurture”.*

**J.T.** *La prevalencia no ha cambiado; las campañas no la han cambiado. De lo que también estoy seguro es que cambiará. No por las campañas, sino porque llegará un momento en que no será moda estar tan delgado; por la misma razón –una moda– en la que la delgadez es el paradigma corporal. La sociedad ya ha empezado a reaccionar: hay consciencia social de que la delgadez no sea sinónimo de cuerpo atractivo, de éxito social...*

**E.T.** **¿Cuáles son los factores genéticos?**

**J.T.** *Cuando hablamos de heredabilidad nos referimos, de hecho, a genética de la vulnerabilidad. Como el resto, ese tipo de trastornos tienen una etiología multicausal, pero la herencia genética explicaría, aproximadamente, del 60 al 65% de los casos. Y es posible que en muchos casos –no para todos, por supuesto– sea una condición necesaria; lo que es seguro es que no es una condición suficiente.*

*¿Cómo hay que interpretar todos esos datos? Este trastorno no es como otros, como el bipolar, por poner un ejemplo. Los genéticos serían factores de riesgo ya muy primarios que influirían en la aparición de factores de riesgo secundarios, los cuales desencadenarían la clínica al interactuar con el ambiente (en sujetos con características de personalidad que muestren un neuroticismo alto, obsesivo o evitadores); pero hay otras características de la personalidad influyentes: vg. reactividad a la desnutrición. No todo el mundo perdiendo la mismos Kgs. de peso, enferma; como siempre hay importantes diferencias individuales, en este caso a la resistencia a la desnutrición. Otro factor importante de riesgo es la entrada precoz en la pubertad y de esa precocidad, en parte, es responsable la propia genética... hasta llegar a las disfunciones del sistema serotoninérgico, un factor, para los especialistas en neuroquímica, muy claro.*

*Ahora bien, imaginemos una persona que se ajustara a todas esas características y recibe influencias que la inician en dietas restrictivas: puede caer fácilmente en un Trastorno de Conducta Alimentaria. Las personas con estos elementos genéticos o de personalidad, en un 80 u 85%, aproximadamente, acaban padeciendo ese trastorno.*

**J.M.F.** *Otro tema es el hecho de que las bulimias sí tienen tratamiento farmacológico, algo no bien establecido en anorexias.*

**J.T.** *Efectivamente no lo hay. Además con las anorexias hay un problema evidente la desnutrición y hoy por hoy no está claro como les afecta en su psique; lo que está claro es que no responden a los fármacos de que disponemos.*

**E.T.** **¿El balance de toda esa investigación, de su aplicación en ese trastorno y, en fin, los resultados de todo ello?**

**J.T.** *Estoy moderadamente satisfecho. Tenemos una ventaja: trabajamos con niños, con jóvenes, no con adultos. Y con ellos tienes margen de maniobra, estoy hablando sobre todo de los casos de anorexia, que no quieren tratarse porque no son conscientes de su trastorno y, si nos ponemos de acuerdo los padres y los terapeutas, en esos casos podemos iniciar el tratamiento, mientras que con los mayores de 18 años se incrementan las dificultades. Hay estudios longitudinales en los que se demuestra que en ese tipo de trastornos hay mejor pronóstico en el caso de adolescentes.*

**E.T.** **¿Por qué le cambió el título a la reedición de su libro sobre la anorexia y lo tituló “El Cuerpo como Castigo”?**

**J.T.** *Porque lo hice en colaboración con una ex anoréxica. Era periodista. Le confeccioné un guión y se entrevistó con un grupo de chicas que habían sido tratadas aquí, en el Clínic: de cómo habían vivido todo el proceso, como había comenzado, que opinaban del tratamiento; también les preguntábamos su opinión de los médicos y psicólogos, etc., etc.*

**E.T.** **Entiendo pues, que gracias a todos estos trabajos se diagnostican los TCA mejor y más precozmente. ¿Hay nuevas consultas en este tema, a parte del clásico binomio anorexia-bulimia?**

**J.T.** *Últimamente se han incrementado las consultas de los TCA no específicos, sobretudo los llamados binge-eating (atracones).*

**E.T. Ud. sabe que para muchos de nosotros, Carlos Castilla del Pino significó muchas cosas, que van más allá de su perspectiva profesional. ¿Lo conoció Ud.?**

**J.T.** *Era una persona muy interesante. Yo le apreciaba, en verdad, mucho; era un aprecio mutuo. Organizaba unas jornadas en Sevilla a través de su Fundación, en las que me invitó a participar con alguna ponencia, unas cuatro o cinco veces. Y aunque no teníamos una relación de amistad y estábamos alejados en nuestra visión metodológica, le puedo asegurar que era una persona muy abierta, en absoluto dogmática. Huía de cualquier endogrupo y no gustaba de sectarismos.*

**E.T. ¿Qué queda del Psicoanálisis?**

**J.T.** *En primer lugar: el Psicoanálisis no es una ciencia. Lo que yo digo y desde hace algunos años... es que el psicoanálisis ha estado un importante emisor de hipótesis y, de lo que carece, es de un método de verificación de estas hipótesis para poderlas hacer creíbles. No dudo que en las Escuelas filosóficas eso funciona, pero cuando hay que descender al ámbito clínico y te juegas la salud del paciente, lo que aplicas debe estar esté bien verificado. El paciente tiene derecho a recibir tratamientos contrastados y evidentes.*

**J.M.F.** **Permite que entremos en un tema en el que te has sumergido especialmente: los PANDAS. (“Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with streptococcal infections”), distinguidos por la mezcla de tics, anomalías neurológicas, exacerbación de clínica obsesiva, y cuyos comienzos bruscos y recaídas episódicas han hecho pensar en una infección estreptocócica. ¿Algo nuevo bajo el sol “obsesivo-inmunitario”?**

**J.T.** *Hay algo de misterio tras esa denominación. Existen, con toda seguridad y probablemente hay varios subgrupos. Hablamos de PANDAS como trastornos en el ámbito obsesivo y tics complejos que parecen precipitados a causa de infecciones por estreptococos; pero algunos estudios nos avisan que los PANDAS pueden precipitarse por una simple infección vírica. Lo que está demostrado es que la reacción del organismo a los estreptococos puede afectar estructuras cerebrales tales como los ganglios basales que como es sabido forman parte de las bases biológicas del trastorno obsesivo. ¿Dónde está el misterio, pues? Este tipo de trastorno, está demostrado, sólo se puede dar antes de la pubertad. A partir de la pubertad ya no tenemos PANDAS. Otro dato importante: los PANDAS, estadísticamente, aparecen por igual en familias con antecedentes de trastornos obsesivos, como en las que no hay ese tipo de antecedente. Podemos decir, pues, que hay una predisposición unida a una infección en o durante la pubertad, pero que una vez superada, la misma pubertad es un factor de protección.*

**J.M.F.** **Se habló de antibióticos como tratamiento**

**J.T.** *Primero se requiere una valoración cuidadosa de una posible infección estreptocócica. Además, debemos diferenciarla de la corea, que requiere profilaxis frente a estreptococos hemolíticos. Si se prescriba antibiótico, funcionan prácticamente igual la penicilina y la azitromicina.*

**J.M.F.** **Se ha hablado también de inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis...**

---

**J.T.** *Son casos muy graves, pero lo más habitual es tratarlos con fluoxetina u otros ISRS, como cualquier obsesivo.*

**E.T.** **Infiero que la farmacología para adultos es la misma, naturalmente adaptada, que para los niños y jóvenes. ¿Por qué esa tardanza histórica en el suministro de psicofármacos en la Psiquiatría Infantojuvenil?**

**J.T.** *En primer lugar, porque no se investigan fármacos específicos ni en los Estados Unidos, ni en otros ámbitos. Y quizás lo más importante: la presión social para evitar los fármacos en los niños es altísima; los psicofármacos eran tabú para ese tipo de paciente y ese tabú, llegaba a los laboratorios farmacéuticos, por lo que la demanda era mínima, y eso redundaba en la investigación.*

*La Psiquiatría Infantil rigurosa con grupos potentes de psiquiatras y psicólogos investigando, tiene cuatro días. En los Estados Unidos de América, uno de los primeros psiquiatras que se dedicó a investigar la Psiquiatría Infantojuvenil es el Dr. Joaquim Puig Antich.*

**E.T.** **¿Era hermano de Salvador Puig Antich, que ajustició la dictadura con el garrote vil cerca de aquí, del Clínic, en la cárcel Modelo en 1974?**

**J.T.** *Exacto. Su hermano mayor que estudió aquí en esta misma facultad y luego se marchó a los Estados Unidos. Bien, Joaquim Puig Antich es el primer médico psiquiatra en el mundo que investiga la depresión infantil, es más, también es el primero en estudiar la imipramina en la depresión infantil. Lástima que muriera tan joven, a los 44 o 45 años. No es de extrañar, por tanto, que los dos grupos norteamericanos dedicados a la investigación psiquiátrica infantojuvenil sean discípulos del Dr. K. Puig Antich, por ejemplo el que encabeza el Dr. Boris Bermhager en la Universidad de Pittsburg, que se completan con los también potentes grupos de investigación de las Universidades de Columbia y Harvard, donde está Biedermann. Y cuando les decía que la psiquiatría infantil tiene cuatro días, es por que el Dr. Bermahger, que para mí es uno de los mejores, tiene unos 50 años de edad...! Fíjense que estamos hablando, a partir de Puig Antich, años 70, de los padres de la psiquiatría científica infantil. Yo he tenido la suerte de vivir, desde sus inicios esta historia.*

**E.T.** **Perdone que le insista en la cuestión de combinar o no, estrategias psicológicas y psiquiátricas. ¿En la infantojuvenil, por ejemplo en un TOC, inician el tratamiento con terapias conductuales y si el TOC es muy severo o grave lo combinan con psicofármacos? ¿En definitiva, en función de la gravedad del caso?**

**J.T.** *Veamos. En el caso de un TOC, si predomina el ritual compulsivo, lo normal es iniciar terapia cognitivo-conductual. Si se observa mayor gravedad o depresión asociada, se opta por un tratamiento mixto.*

**J.M.F.** **Nos has ejemplificado un caso, y bien claro, del uso de terapias combinadas, o mixtas. Para mí es un tema de mucho interés. En tu opinión ¿cuáles deberían ser los protocolos para su aplicación en los pacientes infanto-juveniles?. Porque se comenta, que añadir al principio o asociada en el curso del proceso la terapia cognitivoconductual, siempre es una garantía en el mantenimiento y la prevención de las recaídas, tanto en los pacientes con TOC como en los casos de depresión. ¿Eso que parece claro en los adultos, ocurre igual en los niños?**

**J.T.** *Ocurre lo mismo. Y te diré más, lo tenemos más claro en nuestro ámbito de actuación que en el vuestro, en el de adultos. Hay estudios serios y solventes en los que se ha demostrado que el tratamiento combinado en los casos de trastorno obsesivo compulsivo y de depresión, dan mejores resultados que aquellos pacientes en que no se ha practicado este tipo de terapéutica. El estudio se llama TATS ("Treatment for adolescents with Depression Study", March y cols. 2004), sobre una muestra de más de 500 pacientes. La combinación de TCC más fluoxetina, fue superior y más duradera que la fluoxetina sola, la TCC sola y el placebo.*

**E.T. Hay otra cuestión importante, el trastorno que está de moda, el TDAH. ¿Está sobredimensionado como se dice?**

*J.T. Bien, en primer lugar le diré que es una pregunta, ya típica, que me hacen todos los periodistas. En parte esa afirmación es cierta, en parte está sobredimensionado, ya que probablemente se diagnostiquen más TDAH de los que realmente son, o al menos son falsamente detectados por el entorno y luego no confirmados por los médicos. En el otro extremo continúan habiendo muchos niños con el trastorno que no están diagnosticados. Pero tenemos otra certeza: cuando desde el mundo investigador describen científicamente este trastorno aparece lo que Vd., anunciaba en su pregunta, la moda del TDAH. Y esa moda provoca un problema muy serio: todo el mundo se ve con ánimo de diagnosticar, ahora el TDAH, o, como ocurrió hace unos años, la Depresión. Les recuerdo y creo que he explicado el porqué, hasta los años setenta la Depresión infantojuvenil, no existía, hasta que alguien -recordemos otra vez el Dr. K. Puig Antich- dijo lo contrario. Y no existía la Depresión porque, simplemente se negaba; entrados en la década de los años 70, un congreso de Psiquiatría Infantil en Estocolmo proclamó la Depresión.*

*Esa situación tiene una causa: los psicoanalistas la negaban y su influencia en el campo infantojuvenil era enorme. Aquí, en España, las decisiones, las consecuencias, de ese Congreso no se aplican hasta más tarde, en los años 80 que es, cuando empezamos a diagnosticarla lógicamente y, como ocurre ahora con el TDAH, se sobredimensiona.*

*Volvamos al TDAH. Yo creo que hay un exceso de chicos y chicas diagnosticados con ese trastorno que, o bien no lo tienen, o tienen cosas peores. Conviene hacer bien el diagnóstico diferencial entre el TDAH y el de Manía e Hipomanía; los bipolares infantiles tampoco se diagnosticaban porque “no existían”, aunque, a finales del S. XIX, ya los describió Kraepelin. En todo caso se ha avanzado mucho en los métodos de diagnóstico al punto que podemos decir que, aproximadamente, tenemos una 4% de Trastorno de Déficit Atencional en esa franja de edad; que también es cierto que el tratamiento no abarca a ese 4%. En mi consulta veo cada día más padres que vienen a por una segunda opinión y lo cierto es que la mayoría están bien diagnosticados; contrariamente, ves adolescentes de 13, 14 y 15 años hiperkinéticos, inquietos y problemáticos, con TDAH, y piensas que esos síntomas ya se podrían haber diagnosticado unos años antes.*

**J.F.M. En un proyecto multicéntrico USA sobre TDAH en niños y adolescentes, se examinó la eficacia selectiva y combinada de las intervenciones farmacológicas y psicoterápicas. Dirigido por Janssen, duró cinco años y se estudiaron 579 pacientes, que fueron asignados aleatoriamente a metilfenidato, TC-farmacología y TC en solitario. La intervención farmacológica fue la más eficaz y la TC la potenciaba discretamente. Esto parece sorprendente.**

*J.T. Básicamente estoy de acuerdo con esa apreciación. En el caso que nos ocupa tenemos un fármaco específico, que actúa sobre el trastorno, cosa que no podemos decir siempre; lo que no actúa el fármaco, quisiera recalcarlo, es sobre las consecuencias del trastorno: De tal manera, que a una cierta edad ya no estamos a tiempo, porque han acumulado un historial de fracasos -social, escolar, emocional, consumo de tóxicos, etc.- que hace que la intervención que nosotros llamamos psicosocial sea muy importante, intervención que siempre va en proporción al tiempo, es decir por los años, que no ha sido diagnosticado el paciente. Hay que trabajar con él, pero también con la familia y su entorno social, que incluye la escuela.*

*Ahora bien, si el grado de afectación por el TDAH es importante o grave, hay que tener muy en cuenta que mientras no mejore no se puede hacer nada más, es decir, acceder a tratamientos cognitivos conductuales. Por no hablar de los casos resistentes a las distintas terapias. A mi edad estoy viviendo un par de casos de TDAH que son los más difíciles que como profesional he vivido, y debemos utilizar todo el arsenal que se nos ofrece, incluyendo los neurolépticos.*

**E.T. El “acoso escolar”, el ya famoso Bullying, se asemeja a un tortura metódica y sistemática, agravada por el silencio, la indiferencia o la complicidad de los compañeros. ¿La violencia escolar se ha incrementado realmente?**

---

**J.T.** *En primer lugar, no hay motivos para decir que este tipo de violencia haya aumentado en las escuelas, quede claro. Lo que sí es evidente es que esas actitudes han existido toda la vida en todas las escuelas y ahora se manifiesta públicamente. Diría más, si aquel escolar vasco no se hubiera suicidado, no creo que fuera una tema socialmente relevante. Pero justamente esa publicidad ha hecho que se investigue en las facultades de Psicología, que se promuevan y se subvencionen estudios sociológicos, etc., aunque, lo cierto es que en muchos países, tanto en Europa como en los Estados Unidos, no es un tema de debate ni en la sociedad, ni en las universidades. Pero en todo caso, quien sufre esa agresividad lo consideramos en los grupos de riesgo psiquiátrico, eso es seguro y está comprobado. En nuestro país hay un par de estudios muy correctos sobre la prevalencia del bullying. Uno fue encargado por UNICEF y, el segundo, por la oficina del Defensor del Pueblo; éste último abarca a todas las Comunidades Autónomas. Se demuestra que algunos alumnos afectados por esa violencia pueden desarrollar trastornos de ansiedad, depresivos y otros. El acosado puede vivir aterrorizado por la idea de ir a la escuela.*

**E.T. Un estudio efectuado por José Sanmartín (2005), tipifica que las víctimas de acoso tienen porcentajes altos en características de personalidad negativas vg. inseguridad, soledad, tendencias depresivas, evitadores sociales. ¿Es además, un riesgo psicopatológico?**

**J.T.** *Hay que tener en cuenta que el riesgo psiquiátrico está en todo el grupo que padece la violencia escolar pero que sólo una parte, un subgrupo, se verá afectado por algún trastorno y es sobre ese subgrupo, no en todo el grupo, con el que se calcula el promedio. Lo mismo podemos decir de las niñas o jóvenes que han sufrido abusos sexuales: la mayoría están bien, pero hay un subgrupo que esa gravísima agresión hace que desemboque en un trastorno psiquiátrico. También hay que considerar que con ambos conceptos, bullying y abusos sexuales, se abarcan muchos hechos y en diferentes grados.*

*Pero hay otra manera de estudiar, de valorar, la violencia escolar: ¿Qué tipo de alumnos es más proclive a ser víctima de ese tipo de agresión? Nosotros también creemos que son los alumnos que ya tienen algún problema. Un ejemplo claro sería un niño o niña con un cierto grado de depresión; su comportamiento depresivo en clase frente a los demás le hace candidato. Otro grupo de riesgo los o las, alumnos homosexuales o los que lo parecen. También los obesos pueden ser niños-diana para los agresores, los tímidos, los que tienen escasa asertividad. En los años 40, en mi colegio, tenía un compañero en clase que era obeso y para mayor desgracia se llamaba Bou (Buey); era el niño-diana de la violencia. Más de una vez yo me enfrenté a esos agresores -conmigo no se metían-... pero con los años llegué incluso a pensar que lo hacía no por altruismo, sino porque yo me llamaba Toro y sentía una doble empatía por el compañero.*

**J.M.F. Otro tema que has trabajado a lo largo de tu vida profesional ha sido la educación. Tu libro, “Mitos y errores educativos”, recientemente reeditado, habla largo y tendido de los efectos perversos de algunas ideas ultra liberales sobre la educación de los hijos. Entre otros, uno de los temas centrales es la permisividad en la educación de los pequeños, tanto en el seno familiar, como en las escuelas y eso conlleva un hecho grave: los niños no interiorizan el principio de realidad. No armonizan derechos propios con ajenos, y nos encontramos con niños poco altruistas, con exigencias de gratificaciones inmediatas y proceso de caída libre de los umbrales de frustración. La empatía no aparecerá y la pretensión democrática de los padres convierte a sus hijos en paradójicos anti demócratas, unos niños maleducados, autoritarios y algunos probablemente airados u hostiles. ¿Cuál es tu procesamiento actual sobre este tema?**

**J.T.** *El hecho desencadenante, no fue la escuela activa, sino la hiperactiva, en los años 70; hoy no lo escribiría porque la escuela ha cambiado, por suerte, mucho en este sentido. Y el desencadenante era observar, en la consulta, que la idea subyacente en las escuelas de aquella época era que los niños podían aprender sin influencias de ninguna clase. En otras palabras, a los niños no hay que enseñarles, hay que darles ocasiones para que aprendan, eso es Summerhill, el sistema pedagógico de referencia en aquellos tiempos y era lo que se estaba haciendo aquí, en Catalunya y España, en algunas escuelas. Era*

muy habitual en mi consulta visitar niños de 7 y 8 años que no sabían leer y, por tanto, escribir y atención, me los enviaban porque creían que sus hijos, o sus alumnos, eran disléxicos. En fin, esperaban que sus hijos aprendieran por contacto, o gracias a una cierta ciencia infusa y los que no lo conseguían tenían dislexia...

**E.T. ¿Así pues la música de la canción de las tablas de multiplicar continúa siendo un hit parade?**

**J.T.** ¡Sí, sí, y tanto que sí! Lo que no es verdad es que haya garantías de que un niño aprenda si no se le enseña. Y lo que sí es verdad es que se puede enseñar de muchas maneras. Pero la primera premisa en respuesta a su pregunta se cumple siempre, sea para leer o para verse, como para aprender matemáticas o a ser una buena persona. En el libro aclaré lo que buscaba Summerhill, atendiendo a su tipo de alumnos (muchos de ellos problemáticos), critiqué otros métodos pedagógicos y también cuestioné la sobreprotección a los niños, pero también el estilo pedagógico autoritario y punitivo. Explicaba que ese último método, el “autoritario-punitivo”, era en buena parte responsable que en los años 70 se iniciara un movimiento pendular en sentido contrario. Salíamos de una larga dictadura y todo lo que sonara a libertad se aceptaba, acriticamente.

**J.M.F.** No hace mucho tiempo en una conferencia que presenté y que impartía una alumna tuya, la Dra. Conchita Puig, cuyo título era “Diálogo padres e hijos”, en el coloquio unos padres, pero sobre todo también varios maestros, que estaban codo con codo con sus alumnos, reivindicaron la educación clásica: el respeto al profesor, la vuelta al trato de Vd., en fin, un retorno a la liturgia. Quedé muy impresionado de lo abatidos, cansados o quemados que estaban los profesores de primaria y secundaria. ¿Cómo hemos llegado aquí? O es que la profesión de maestro, como la de médico, ya es estresante de por sí, o es el método de enseñanza el causante de tanta desazón. ¿Cuál es tu diagnóstico?

**J.T.** Mira si es cierta la afirmación que encierra tu pregunta que en mi consulta yo he asistido a profesoras llorando. Se ha dicho mucho últimamente: el oficio de padres es serlo, no ser amigo de los hijos; y los profesores y maestros se han quemado a base de intentar ser amigos de los alumnos. No. Desde pequeños los alumnos deben ver en el maestro una autoridad, sino aquellos pierden su ascendencia frente al alumno y si el profesor pierde ascendencia frente al alumno, deja de influirle y si no influye al alumno no le educa. Así de simple.

Pero hay más datos a añadir a ese panorama. En primer lugar, aunque obvio, ese tipo de educación tendrá sus efectos en la adolescencia. En segundo lugar, en pocos años hemos asistido a cambios brutales, por rápidos, en la dinámica familiar: de no haber, prácticamente separaciones o divorcios en 1975, en la actualidad, en 35 años, estamos en porcentajes de más de un 40% de divorcios. Más: padres o madres solos o en pareja en la que la madre trabaja; cada vez más los hijos de esos matrimonios dejan de tener una supervisión diaria y persistente, de sus padres, y cada vez más la pubertad es más precoz. Hace siglo y medio en Europa, la menarquía, era hacia los 16 años, en 2010 estamos en los 13 años y medio, con lo cual todo aquello que cambia en la vida ahora se produce mucho antes, casi tres años antes. ¿Qué ocurre con ese adelanto de la pubertad? Que encuentra a nuestras jóvenes con mucha menos experiencia en todos los órdenes de la vida, más inmaduras y con menor supervisión familiar que aquellas jóvenes que nacieron aquí o allá, en la Europa de hace 150 años. Y ahora el que manda, en sustitución de los padres, es el grupo; la presión sobre los hijos ha pasado de los padres, al grupo en los que se han acogido nuestros jóvenes de ambos sexos.

**J.M.F.** En el excelente artículo de José Sanmartín que Enric ha nombrado, lo expresa de forma precisa y brillante: “(...) el profesor era una figura de dignidad, incluso en la mayor de las pobreza, porque se le suponía una excelencia alcanzada a través del sacrificio que conllevaba la adquisición de conocimientos y su transmisión (...)”, nuestra sociedad privilegia sobre todo estrellas mediáticas, “en las que el buen hacer y la seriedad sucumben bajo el glamour o la ocurrencia brillante”.

**J.T.** En referencia al futuro no creo que hayan cambiado mucho las cosas. En nuestra generación

---

había también miedo al futuro. Que los jóvenes son temerarios eso es seguro, es una de las condiciones, o características del adolescente, como lo es esa sensación de omnipotencia. Por esa razón es la etapa de la vida con más conductas de riesgo. Por otra parte partimos de una base errónea: no tenemos, no la hay, una definición precisa de lo que es, y no es, la adolescencia. Tal como la entendemos ahora, es decir aquel período entre la infancia y la juventud, es una definición que nació en el S. XVIII. Hasta hace pues unos doscientos años se pasaba de la niñez a la juventud, es decir a trabajar: de soldado, de asistente, de payés o payesa, o ya a casarse. La pubertad viene referida a cambios fisiológicos, la adolescencia se concreta, nace, de cambios sociológicos: cuando en el mundo Occidental y en algunos estados, concretamente en Francia, se inicia la enseñanza obligatoria.

**J.M.F.** Esta teoría de la temeridad cerebral del adolescente, parece ya totalmente implantada desde los trabajos de Reyne y Farley en los que se demostraba que la maduración secuencial cerebral no alcanzaba las áreas frontales hasta los 20 años aproximadamente. Quizá por ello fallan algunos programas de intervención sobre riesgos, ya que se basan en teorías sobre los procesos de decisión conductual, unas teorías que confían en una decisión racional de los adolescentes, con éxitos limitados.

**J.T.** Se inclinan del lado de los beneficios, más que los riesgos... y optan por la conducta peligrosa. Hay una paradoja muy curiosa: los chicos jóvenes (12-13 años) sobrestiman el peligro, incluso por encima del riesgo estadístico real (vg. las ETS), pero esta sobrestimación parece ir declinando a partir de esta edad. Quizá se deba a la experiencia, algo muy típico de las leyes del aprendizaje: La asunción de riesgos sin que se sufran inmediatamente las consecuencias, constituiría un estímulo para repetirla.

La adolescencia es un concepto funcional. Como ya he dicho, hasta mediados del siglo XIX, se pasaba de la niñez a la juventud directamente, no existía la adolescencia como tal, quizás fueran causas culturales, pero seguro que primaron las económicas: la fuerza del trabajo estaba en los hijos; igual ocurría con las niñas: si a los 13, 14 años ya habían tenido la menarquia eran aptas para casarse y se casaban. La esperanza de vida, hace tan sólo unos 300 años, estaba en los 40 años como máximo. Un ejemplo actual. En Estados Unidos, acompañado de los padres se puede conducir un coche a partir de los 16 años y desde los 14 uno puede pilotar un pequeño avión... la adolescencia es muy elástica, como ven. Por tanto, ese período entre la niñez y la adultez viene marcado por las necesidades sociales en cada momento histórico. No hay, por tanto, unas características psicológicas que nos marquen el inicio y el final de la adolescencia. Los hay que tienen 50 años y el patrón es el de un adolescente.

**J.M.F.** Verdí, en la Monografía de “El malestar de los jóvenes” editada por Mingote y col., acuñó el término “adulcentes” para describir la permanencia de la inmadurez en la edad adulta. De hecho, existe una juvenilización en los momentos actuales, en parte por los períodos prolongados de aprendizaje, que además se incardinan en el conflicto –agudizado por la crisis actual– entre sus aspiraciones y sus expectativas.

**E.T.** Hasta los años setenta, es decir hasta el final de la dictadura las normas sociales, o las costumbres, estaban escritas en el calendario, en casa, en la calle. Y más que normas eran casi leyes. Hoy esas normas sociales son casi invisibles.

**J.T.**... vamos, había más programación. Todo eso del carpe diem, eso sólo ocurre en sociedades ricas, de consumo, en las occidentales.

**J.M.F.** Es el “presentismo”, expresión de una actitud muy adolescente. Ahora está jaleado por la fiesta y la música, con el DJ como sacerdote laico, director de los rituales que la acompañan. El problema está en el consumo de alcohol y sustancias...

**E.T.** Pero por otro lado esa misma sociedad de la que estamos hablando, exige a los jóvenes que sean competitivos, muy formados y aún con esas condiciones muchos acaban de mileuristas, con

**contratos de trabajo muy precarios, es decir un futuro laboral y personal muy incierto, inseguro en definitiva.**

*J.T. Lo que está diciendo es una de las grandes diferencias con nuestra época. Ahora se bombardea a la juventud con que su futuro es incierto. En nuestras generaciones, el futuro era incierto, como ahora, pero la incertidumbre de hoy, es decir las condiciones de trabajo eran otras. El mercado laboral no era tan competitivo como ahora, faltaba más de todo... Pero lo que realmente nos diferencia de aquella época es la subcultura adolescente o la cultura del grupo que ya la viven, niños y niñas, a partir de los 12 o 13 años. Funcionan en esa cultura de grupo como nosotros ni soñábamos. Un 60% de los adolescentes beben sistemáticamente durante el fin de semana; el 80% de embarazos no deseados de las adolescentes son bajo el efecto del alcohol. Y, casi huelga decirlo, de ese 80%, el 90% o más termina en abortos o tomándole la pastilla del día después. Es más, ellas ya han asumido que les puede ocurrir y que deberán abortar. No les da miedo; por tanto asumido ese modelo entienden que con su cuerpo pueden hacer –tanto ellos como ellas– lo que quieran.*

**J.M.F. Por tu descripción parece cierto que la teoría del “novelty seekings”, o de la búsqueda continuada de nuevas sensaciones está triunfando; lo que no se si conocemos es el resultado final de estas conductas.**

*J.T. Lo que tengo claro es que una conducta de riesgo incrementa la posibilidad de otras.*

**E.T. Por tanto atienden más conductas adictivas en adolescentes**

*J.T. Sí. Aquí en el Clínic hemos montado la primera Unidad en Catalunya para adicciones en adolescentes y la mayoría que atendemos son por las adicciones al alcohol y cannabis; a la cocaína llegan más tarde.*

**E.T. Frente a esa situación hay estudios, y comentarios, que afirman que gracias a las campañas, se ha observado desde hace unos años, que los jóvenes acuden a consultar sus adicciones mucho antes; ¿es cierto?**

*J.T. Sí. El problema que tienen los adolescentes es que muchos no saben a dónde ir a consultar. Saben donde adquirir la pastilla del día después, pero no tienen a nadie a mano para consultar sus problemas de adicción, porque no pretendamos que acudan para consultar a un centro que ya atiende a persona adictas. De todas formas, a la consulta, la mayoría de adolescentes vienen acompañados de sus padres y, en general, la visita no es por una adicción, es otra causa: apatía, bajo rendimiento escolar, depresión. Tras esos síntomas se esconde la adicción.*

**E.T. ¿Cuáles son las consultas más habituales, tanto en atención primaria, como hospitalaria?**

*J.T. En el hospital atendemos los enfermos infantiles o juveniles graves: trastornos alimentarios, los obsesivos graves, los psicóticos y en el ámbito de la consulta primaria lo más habitual: problemas de conducta alimentaria, déficit atencional, trastornos de ansiedad (sobre todo fobia escolar y ansiedad de separación), disfagias funcionales y, evidentemente depresión. Pero hubo un momento en que en atención hospitalaria, el 80%, eran Trastornos de la conducta alimentaria. Si últimamente no atendemos a tantas pacientes es porque, en Catalunya, la red asistencial se ha extendido por todas las comarcas y, además, los médicos de cabecera diagnostican precozmente. Tanto los médicos de familia como los pediatras, al mejorar su formación psicológica, son los responsables de muchos diagnósticos precoces, no solamente en trastornos alimentarios, sino también en depresiones, etc. Nosotros vivimos una experiencia muy interesante: cada semana los ambulatorios que dependen del Clínic son visitados por un psicólogo para comentar con los médicos de familia y pediatras los casos que diagnostican o las dudas que se les plantean.*

**J.M.F. Ese método es el futuro. O sea que los psicólogos y psiquiatras vayamos a formar a los**

---

**médicos de asistencia primaria que procederán a un primer “screening” y en algún caso serán capaces de iniciar una intervención...**

*J.T. Estoy totalmente de acuerdo.*

**E.T. Por cierto: ¿Cómo han reaccionado en la Facultad de Medicina frente al llamado proceso de Bolonia?**

*J.T. Aquí, en Medicina, prácticamente ni se ha discutido. No ha habido problema alguno. El diálogo sobre Bolonia fue lo suficientemente amplio como para no discutirlo más. Por otra parte ese proceso se adapta a la idiosincrasia de cada país. Insisto aquí, no se ha discutido mucho, ni por parte del profesorado ni de los alumnos. Y ya se ponen en marcha estos planes, que creo que son muy interesantes y deben ser inteligentemente aceptados.*

**Nos vamos de su matría, de su Clínic, de sus pasillos en blanco y negro; nos despide sonriente y afable, y tal parece que va a seguir navegando con fuerza en su particular mar de recu e rdos, quizás pensando que aún es posible encontrar arenas escondidas. Así es este hombre, incombustible, que no parece envejecer gracias a un cuerpo con mirada de brillos juveniles. Y con ella nos quedamos.**

JM. Farré

E. Tomás

### JOSEP TORO I TRALLERO (Currículum Resumido)

#### Acreditaciones académicas profesionales

- Doctor en Medicina
- Diplomado en Psicología Clínica
- Titulado en Psiquiatría

#### Actividades profesionales desarrolladas

- Profesor Titular de Psiquiatría (Universidad de Barcelona)
- Consultor Senior y Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil de l’Hospital Clínic Universitari de Barcelona
- Director del Máster de “Psiquiatria i Psicologia Clínica de la Infància i l’Adolescència” de la Universitat de Barcelona

#### Instrumentos psicométricos

- Toro J, Cervera M. **TALE. Test de análisis de lectoescritura.** Madrid: Pablo del Rio. 1980.
- Cervera M, To ro J, de la Osa i cols. **TALEC. Test d’anàlisi de lectoescriptura en català.** Madrid: Visor. 1991.
- To ro J, Cervera M, Urío C. **EMLE. TALE-2000. Escalas Magallanes de lectura y escritura.** Baracaldo: ALBOR-Cohs. 2002.

## PUBLICACIONES

### Libros

- Toro J. **Mitos y errores educativos**. Barcelona: Fontanella. 1981.
- Toro J. **El comportamiento humano**. Madrid: Salvat. 1981.
- Toro J, Penzo W, Basil C. i cols. **Lecciones de Psicología Médica**. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona. 1981.
- Toro J, Vilardell E. **Anorexia nerviosa**. Barcelona: Martínez Roca. 1987.
- Toro J. **Enuresis: causas y tratamiento**. Barcelona: Martínez Roca. 1992.
- Toro J. **El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad**. Barcelona: Ariel. 1996.
- Toro J, Castro J, García M, Lázaro L. **Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia**. Barcelona: Masson. 1998.
- Toro J. **Psiquiatría de la adolescencia**. Madrid: Aula Médica. 1999.
- Toro J, Artigas M. **El cuerpo como enemigo: comprender la anorexia**. Martínez Roca: Barcelona. 2000.
- Toro J. **Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Psicopatología y tratamiento**. Barcelona: Meeting & Congress. 2001.
- Toro J. **Mitos y errores en la educación**. Baracaldo: Albor-COHS. 2002
- Castro J, Toro J. **Anorexia nerviosa. El peligro de adelgazar**. Barcelona: Morales y Torres. 2004.
- Toro J. **Riesgo y causas de la anorexia nerviosa**. Barcelona: Ariel. 2004

### Capítulos en libros técnicos: 68

### Artículos científicos: 160

- Revistes internacionales: 45
- Revistes nacionales: 115

### Miembro del Consejo Editorial o del Comité Asesor de revistas científicas:

- *Journal of Child Psychology and Psychiatry*
- *Journal of European Child Psychiatry*
- *Eating and Weight Disorders*
- *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*
- *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*
- *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*
- *Revista de Psicología de la Salud*
- *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*.
- *Ciencia Psicológica*
- *Medicina Clínica*

### Reconocimientos a la trayectoria profesional

- Premio "Pavlov", de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament
- Insignia de oro de l'Hospital Clínic de Barcelona
- Presidente de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil
- Medalla "Josep Trueta" de la Generalitat de Catalunya.

Sección a cargo de N. Mallorquí

Secretaría de Redacción

## THE BEST: La nostalgia no es un error

Iniciamos una nueva sección en la que superados los 90 números y los 20 años e iniciando nuevas e ilusionantes etapas, queremos recordar los mejores momentos de "Cuadernos", que es lo mismo que decir los mejores artículos publicados. La selección corre a cargo del Consejo de Redacción y les podemos asegurar que son todos los que están. No obstante si Uds. consideran que hemos excluido alguna excelencia, nos informan y será convenientemente republicada. Lo iniciamos con dos muestras. La primera es del nº 1 (en el lejano 1987) y era una editorial camuflada como "Comunicación Breve" que nos envió David Donovan de la UCLA y que se mostraba en desacuerdo con ciertas decisiones onomásticas que luego no siguieron adelante, entre otras cosas gracias a papeles como ese. No se lo pierdan.

Para no ser tan cronológicas, hemos acudido al nº 20 (1991) con la selección de un curiosísimo artículo de Palazón y Rodríguez, basado en un seguimiento evolutivo<sup>1</sup>. Fascinante.

<sup>1</sup>Este artículo está disponible íntegramente a cualquier lector que lo solicite (en formato pdf) en el e-mail de Editorial Médica: [contacto@editorialmedica.com](mailto:contacto@editorialmedica.com)



## Perspectiva

### Psicología de la salud vs Medicina Conductual

David Donovan. University of California. Los Ángeles

¿Qué es un nombre? Durante el Congreso interamericano de Psicología de 1985 en Caracas, el Grupo de Trabajo en Psicología de la Salud y Medicina Conductual votó eliminar Medicina Conductual del Nombre y dejar éste con el Grupo de Trabajo (o Agrupación) de Psicología de la Salud ¿Son las palabras importantes como símbolos, como claves, las palabras afectan la conducta? Si la respuesta es sí, entonces las palabras pueden alterar el rango de consumo de servicios y el rango de oportunidades para trabajo interdisciplinario. Esta es la situación actual ¿Por qué se cambió esto? Obviamente los términos "conduc-

tual" o "medicina" o ambos son objetables para el grupo, o son objetables para algunos e indiferente para los demás.

NOTA:

Mucho esfuerzo se ha dedicado a tratar de definir las áreas de la psicología de la salud y medicina conductual (e.g. Stone, Cohen & Adler, 1979; Schwartz & Weiss, 1978, Prokop & Bradley, 1981). En la práctica, psicología de la salud parece enfatizar la prevención primaria y la reducción de riesgos, especialmente investigación en esta dirección. El área es dominada por los psicólogos sociales. La medicina conductual

enfatisa cuidado terciario y es dominada por los psicólogos sociales. “Dominada” no significa que sea el dominio exclusivo; sólo se trata de tendencias. Para el propósito de este artículo, sin embargo, cualquier diferencia putativa entre psicología de la salud y medicina conductual no afecta mi argumento. Medicina conductual y psicología de la salud pueden ser consideradas idénticas, completamente diferentes, o a veces algo intermedio. No tiene importancia para los fines de mi objetivo actual.

Yo creo que lamentaremos el haber eliminado el término “Medicina Conductual” del nombre de nuestro grupo de trabajo. Como consecuencia estaríamos dejando la medicina conductual fuera del campo de acción de la SIP. Al hacer esto, abdicamos a una importante arena desde la cual podemos hablar de enfermedad y salud, a la vez que perdemos la posibilidad de desarrollar una estructura institucional para promover la cooperación interdisciplinaria. Lo más interesante de todo, estaríamos dejando el término “Medicina Conductual” para ser usado por grupos de médicos, sin input por parte de los psicólogos.

## **PALABRAS Y ESTRUCTURAS INSTITUCIONALES**

Hay razones prácticas para oponerse a la falta de conexiones formales con medicina conductual por parte de la SIP. Psicología posee una asociación indiscutible con el estudio del comportamiento; la palabra “conductual” en “medicina conductual” crea un punto de entrada para los psicólogos, una palabra que es “nuestra” como grupo tanto como “medicina” es “propiedad” de los médicos. El crecimiento de clínicas de medicina conductual, Juntas de Supervisión y departamentos en la especialidad traen como consecuencia implícita la creación de avenidas de participación por parte de los psicólogos. Es mucho más probable que los departamentos de medicina conductual incluyan unidades de psicología de la salud que a la inversa. Aún así, estamos diciendo que no queremos nada con la medicina conductual. Si lo que creemos acerca de la importancia de la relación mente-cuerpo en la salud global es correcto, nos estamos marginando de lo que podría llegar a ser una poderosa estruc-

tura institucional. Ésta no parece una estrategia evolucionaria ganadora.

Es verdad que los psicólogos de la salud (y sus agrupaciones) pueden hablar de enfermedad y salud, y es verdad que ellos pueden (y a menudo lo hacen) trabajar de una forma interdisciplinaria. Pero basándose estrictamente en psicología de la salud, limita el rango de oportunidades para los psicólogos. La asociación con medicina conductual proveería la estructura para promover el trabajo interdisciplinario, el cual redundaría en nuestro interés científico y profesional.

## **¿POR QUÉ SE ELIMINA EL NOMBRE?**

Puesto que yo no estuve presente en la reunión en Caracas, sólo puedo suponer las razones por las que se eliminó el término “medicina conductual”. Las objeciones pueden deberse a que la palabra “conductual” puede implicar una preferencia por métodos de modificación conductual. Otros pueden sentir que es mejor para los psicólogos marchar por cuenta propia, sin darle un pasaje libre a la medicina (ciertamente mucho del énfasis en investigación se ha originado en el trabajo de psicólogos y se ha cuestionado el hecho de que se podría hacer un mal servicio a nuestra profesión, llamando a nuestro trabajo medicina conductual, en lugar de psicología de la salud). Otra alternativa puede ser la mala relación observada generalmente entre psicología y medicina. Hay una historia de considerable hostilidad entre psicólogos y psiquiatras en particular. Quizás alguna gente se opone al término “medicina conductual” por considerarlo símbolo de dominación de la medicina sobre la psicología en el mundo profesional.

En lo que a conductual se refiere, es falso que esto implique modificación conductual. Yo creo que objetar modificación conductual y terapia conductual es ridículo, pero éste no es el momento de discutir eso. Conductual, en este caso, puede ser mejor entendido en término de “metodología conductual”, con lo cual se supone todo científico razonable debe estar de acuerdo, desde especialista en condicionamiento operante a psicoanalista kleinianos. Uno debe ser ante todo empirista, reconociendo que todo debe ser probado.

Por ejemplo, mucho de mi trabajo en medicina conductual involucra el uso de hipnosis e imaginación dirigida para el control del dolor. Esta es sólo una forma de hacer medicina conductual.

En cuanto a las objeciones relacionadas con asociarse con medicina, yo aún creo que es difícil que mucha gente lo considere deseable aún cuando fuera posible. Puesto que los problemas históricos con medicina en general y los psiquiatras en particular son parte de este asunto, el problema realmente existe. Yo creo que no podemos descartar el dominio de los médicos en el cuidado de la salud, incluso cuando fuera deseable. Lo más razonable a que podemos aspirar es a una parte en la acción, una oportunidad para trabajar cooperativamente y que nuestra contribución sea reconocida con respeto. Las estructuras institucionales interdisciplinarias formales ofrecidas por la medicina conductual proveen la mejor oportunidad para desarrollar este rol por parte de los psicólogos.

## LA RELACIÓN ENTRE PSICOLOGÍA Y MEDICINA

Yo supongo que la relación entre psicología y medicina ha jugado en la decisión de eliminar “medicina conductual” de nuestra agrupación. En general nuestras historias son complementarias no contradictorias. En este contexto es importante separar los asuntos profesionales de los científicos. No hay duda que los psicólogos han recibido un tratamiento injusto por parte de los médicos y que una competencia considerable existe particularmente entre psiquiatras y psicólogos. Esta no es una justificación para cerrar una oportunidad de promover el trabajo interdisciplinario.

Particularmente en cuanto a psicología de la salud y medicina conductual, es crucial distinguir entre relaciones psicólogo-psiquiatra y relaciones psicólogo-médico no psiquiatra. Las relaciones profesionales entre psiquiatras y psicólogos son muy distintas de las relaciones profesionales entre psiquiatras y médicos no psiquiatras. Esta última relación es de interés aquí.

Sería muy bueno para los psicólogos aumentar los contactos sociales, científicos y profesionales con pediatras, cardiólogos, internistas y neurólogos, entre otros. Nosotros tenemos muchas

ventajas sobre nuestros colegas psiquiatras al trabajar con médicos. Por ejemplo, los peores problemas se evitan; el médico no siente que ha hecho algo indebido al referir un paciente a un profesional no médico. En contraste, cuando se refiere a un psiquiatra, a veces existe la impresión de que el médico no ha sido capaz de tratar bien a su paciente, puesto que otro médico debe completar el trabajo. Más aún, los médicos no psiquiatras en general parecen estar más inclinados a favor del tipo de trabajo descriptivo, práctico y basado en datos científicos, que es más natural a los psicólogos como resultado de su entrenamiento científico. Creo que incluyendo medicina conductual como parte de nuestra agrupación y estimulando la participación de los médicos proveería una vía para este tipo de desarrollo. Hay oportunidades para trabajar con médicos no psiquiatras y hay psicólogos que están dispuestos a hacer el esfuerzo. Mientras el cuidado terciario permanezca importante, éste tendrá lugar en hospitales, clínicas y oficinas en gran parte controlada por médicos. Sería inteligente aliarse con ellos dejando nuestras diferencias con los psiquiatras a un lado, como un conjunto de asuntos para ser resuelto aparte. La pérdida de medicina conductual en el grupo de trabajo significaría perder una estructura institucional importante que podría ayudar a promover este tipo de trabajo.

Psicólogos y médicos aportan dos grandes tradiciones en relación a problemas de salud y enfermedad. El método clínico ha sido el enfoque tradicional de los médicos desde tiempos muy remotos. Los psicólogos se han basado en el método científico desde el inicio formal de la disciplina. Las dos tradiciones son de gran importancia; el punto es que los psicólogos podrían hacer (y están haciendo) importantes contribuciones a la medicina.

Más aún, nuestras raíces están en el estudio científico de la normalidad, más que la patología. Titchener llegó a plantear que la psicología es “el estudio de la mente humana normal y adulta”, recordemos que la American Psychological Association (APA) se fundó en 1892 como la “American Psychological Association”. En contraste con esto, la American Psychiatric Association se fundó en 1844 como “Association of Medical

Superintendents of American Institutions for the Insane”. Como psicólogos hemos desarrollado un enfoque holístico, normalizante, orientado a metas, preventivo, desde los tiempos de Wundt y James. No es sorpresa que la psicología de la salud se desarrolle con un énfasis en la prevención y reducción de riesgos. Esto refleja uno de nuestros puntos fuertes en lo profesional y lo científico. Yo creo que la psicología de la salud es parte de la contribución importante que nosotros hacemos en medicina conductual.

Pero toda moneda tiene dos caras: nosotros también debemos reconocer que parte del problema en desarrollar trabajo interdisciplinario se encuentra en nuestros propios prejuicios hacia la medicina. Yo creo, por ejemplo, que constituye un falla profesional el no requerir un examen físico en el caso de un enuresis en un niño, o en el caso de un paciente con disfunción sexual sería antes de intentar algunos de nuestros tratamientos conductuales efectivos. Aún así me pregunto cuántos realmente referimos este tipo de caso antes de iniciar el tratamiento. Más aún, no es acaso obvio la evidencia que existe respecto al valor de algunos medicamentos psicotrónicos como parte de un tratamiento global, no sólo como en casos de esquizofrenia o problemas maníaco-depresivos, sino también en otras alteraciones afectivas. Note que uno puede sostener lo anterior y aún creer, como yo creo, que la práctica de la psicoterapia es beneficiosa y poderosa, o que nuestras teorías conductuales y analíticas respecto a la acción individual y grupal tienen un valor, tanto predictivo, como clínico (Meehl, 1972). Así como los psiquiatras indudablemente fallan en abusar de los medicamentos, los psicólogos fallan en cuanto a insuficiente uso de medicamentos. Trabajando juntos quizás lleguemos a un equilibrio en este tipo de errores correspondientes. El grupo de trabajo nuestro proveía un foro donde este proceso podría promoverse.

¿Por qué habría que poner medicina conductual y psicología de la salud en oposición? Eliminar el término medicina conductual parece más reactivo

que proactivo. Niega más que lo que promueve, trazando una línea donde no es necesario. ¿No estamos acaso preguntando la pregunta equivocada? Quizás sería mejor ver qué es lo que la psicología de la salud podría contribuir en medicina conductual. Si uno considera los desarrollos actuales en el área, desde el rol del síndrome de Tipo A como un causante de las enfermedades coronarias, hasta los estudios de psiconeuroinmunología que sugieran el condicionamiento de las funciones de inmunización, los datos mismos deberían impulsarnos hacia la integración. Más que eliminar medicina conductual del nombre de nuestra agrupación, deberíamos perseguir activamente la participación de los médicos y sociedades médicas en la agrupación misma. Deberíamos estimular a psicólogos y médicos a juntarse y discutir cómo se podría trabajar juntos en favor del bien común. Como un ejemplo simple, podríamos promover el contacto entre pediatras y psicólogos infantiles, a través de congresos, directorios y otros. Debiera existir una alianza natural entre estos dos grupos.

Ha habido un dramático aumento en el interés en estos temas desde que enseñé el curso de medicina conductual por primera vez en Bogotá en 1981. Sería desafortunado si diéramos una vuelta equivocada en este momento, pero son los deseos de la mayoría los que deben prevalecer. Quizás éstos sean correctos. Quizás no. Quizás a la larga todo esto no sea más que una tormenta en una taza de té. En último término se nos conocerá o describirá en base a lo que hagamos.

NOTA AL LECTOR: Me ha sido muy difícil escribir claramente de un tema tan complejo en tan poco espacio. Peor aún, mis sesgos culturales están sin duda actuando. La medicina conductual ha alcanzado una importancia creciente en mi país, pero esto no es necesariamente así en otras partes. Hay sin duda mucho más acerca de Latino-América y las relaciones médico-psicólogo en América Latina que yo no conozco, lo cual puede modificar mi posición. Espero con interés oír de aquellos que deseen hacer comentarios sobre este tópico.

---

# Estudio Longitudinal de los Neonatos de Bajo Peso al Nacimiento

I. Palazón y J. Rodríguez

Servicio Valenciano de Salud. Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.

## Resumen

*Este trabajo analiza la evolución, durante 5 años, de los niños/as de bajo peso al nacimiento (inferior a 1.500 grs.) que nacieron en la provincia de Alicante durante 1982. Se muestran resultados de los 22 individuos supervivientes, realizando una valoración acerca de la calidad de su supervivencia y, en concreto, acerca de su desarrollo psicomotor y cognitivo, junto a una valoración de su conducta, en el momento previo al inicio de su escolarización obligatoria.*

*La inexistencia de estudios longitudinales sobre estos niños representa una laguna de la investigación y justifica las dudas razonadas sobre la calidad de la supervivencia de esta población.*

*Nuestros resultados sugieren que al año de vida el nivel de desarrollo alcanzado es equiparable al de los niños de peso normal al nacimiento; observándose a los cinco años de vida, en cambio un nivel de desarrollo cognitivo sensiblemente inferior al considerado como normal.*

*Se recoge un resumen de las investigaciones más notorias sobre esta cuestión.*

**Palabras clave:** Recién nacidos de bajo peso. Desarrollo evolutivo. Psicología pediátrica.

## Summary

*This work analyzes the 5 years evolution of low weight at birth neonates (<1.500 gr.) who born in Alicante province during 1982. The outcome of 22 surviving individuals is shown, making a valuation about their survival quality and, in short, about their psychomotor and cognitive development, as well as a valuation of their behavior at the previous time to the mandatory schooling beginning.*

*The nonexistence of longitudinal studies about these children is a research gap and justifies the reasoned doubts about the survival quality of this population.*

*Our results suggest that at one year of age the development level reached may be matched to the level of normal weight at birth neonatis; at the age of 5 years, however the cognitive development level observed is sensibly less than the considered normal.*

*A review of the most remarkable researchs on this matter is reported.*

**Key words:** Low weight new borns. Evolutive development. Pediatric psychology.

## Blushing. Cuando sonrojarse duele

El libro del profesor Jadresic (1) rellena un hueco de un problema médico que hasta la fecha no había sido abordado desde la perspectiva que en él se expone.

Desde un núcleo autobiográfico de *blushing*, desgrana, de forma minuciosa y magistral, toda la problemática de éste trastorno. Es un libro dual ya que sirve para los profesionales (psicólogos, psiquiatras y cirujanos torácicos) que tratan a dichos pacientes (*itinerario personal/médico*) y también para los mismos pacientes que encontrarán en él un reflejo cristalino de su problemática (*luz al final del túnel*).

El profesor Jadresic diferencia entre el rubor facial “esperable” en ciertas situaciones y el “patológico” que lo desencadenan estímulos psicológicos menores y que se acompaña de malestar anímico en mayor o menor grado. Hasta un 50% de los pacientes que padecen un trastorno de la ansiedad social se ruborizan con frecuencia; pero incluso, los que no la desarrollan muestran otros síntomas relacionados como: turbación, falta de atención al observador o interlocutor, sonrisa o mueca nerviosa. Se hace también mención a las causas “no emocionales” del rubor facial que deben ser siempre investigadas.

Afirmo, y con él estamos de acuerdo, en la necesidad de la evaluación psiquiátrica prequirúrgica y seguimiento posterior, no necesariamente presencial, sino por vía Internet o de otro tipo.

Respecto a las opciones del tratamiento médico destaca la terapia farmacológica y la terapia cognitivo-conductual, sobre todo la terapia de exposición gradual que pueden asociarse en diferentes estrategias terapéuticas que son detalladas.

La opción quirúrgica (simpatectomía torácica) se plantea cuando no se han logrado resultados con las terapias médicas. Actualmente la simpatectomía endoscópica es una técnica qui-

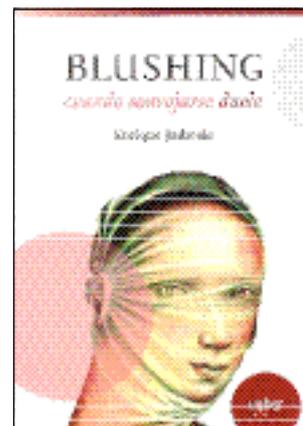
rúrgica de acceso mínimo al tórax, que se llama videotoracoscopia, ya generalizada para diversas afecciones intratorácicas, pero que ha destacado su aplicación para la realización de simpatectomías ya que puede realizarse incluso en régimen ambulatorio. Resaltaría la claridad en la exposición de los detalles de la intervención quirúrgica y en sus efectos secundarios; sobre todo en lo referente a la relación riesgo/beneficio y también en las consideraciones sobre el “consentimiento informado” y las posibilidades terapéuticas en los pacientes que la respuesta a la simpatectomía no fue la adecuada (un 10% de pacientes).

DR. M.A. CALLEJAS

Cirujano torácico y coordinador de la Unidad de Hiperhidrosis y rubor facial del Hospital Clinic de Barcelona

(1) Blushing. Cuando sonrojarse duele. Enrique Jadresic Uqbar editores, 2009.

<http://www.librositio.com/esp/sist/libroGUICtrl.php?id=293468>



☛ No vamos ahora a descubrir aquí las excelencias de la Psiquiatría navarra, este caso concreto de la Clínica Universidad de Navarra. El codirector del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Felipe Ortuño, dirige una monografía con un título que no deja resquicio a la duda: **“Lecciones de Psiquiatría”**. Panamericana, 2010. En el prefacio, Ortuño escribe una carta a un supuesto alumno de Psiquiatría en que le manifiesta los objetivos docentes que marcan la confección del libro. Lo que viene luego es una muestra de excelencia pedagógica solamente al alcance de docentes apasionados y con la mente clara sobre que es lo que debe enseñarse y como hacerlo. Ciertamente también que los papeles se benefician de la arquitectura brillante y atractiva a la que nos tienen acostumbrados los gestores de la editorial., pero ello no obvia el buen hacer de los autores. Unos autores que se nos antoja que la mayoría son jóvenes y que aún tienen impregnada su piel de las huellas discentes, lo cual siempre es garantía de mayor empatía con las alegrías y bloqueos de sus discípulos. Si bien son mayoritariamente de la factoría navarra, también disfrutamos de otras pinceladas universitarias, sean de Madrid, Algeciras, Gran Canaria o el Hospital de Barbastro.

La configuración del libro no engaña: se trata de seguir el programa propio de la enseñanza de la Psiquiatría en las Facultades de Medicina del país, con un “modus operandi” sencillo y coherente, lo cual evita el efecto “ladrillo-tras-otro” tan típico de los libros de encargo con proliferación de autores. Al final del capítulo nos proponen un resumen conceptual y unas preguntas de autoevaluación que permiten consolidar lo aprendido. En el arranque, destaca el capítulo dedicado a la entrevista en la que se siguen los elementos propios de la cuestión, pero con un énfasis bien logrado, tanto de los manejos verbales (facilitadores o no) como de las competencias y habilidades necesarias para conformar un estilo de procesamiento cognitivo y conductual adecuados (Chiclana y Cano son los autores). Los modelos son correctamente considerados por el pro-

pio Ortuño, sin dejarse llevar por excesivos entusiasmos, como debe ser, pero no obviando las críticas contingentes. A partir de aquí, se inicia el recorrido por los diversos cuadros clínicos, ilustrados con los correspondientes casos clínicos insertados de forma ciertamente original, aprovechando fragmentos de la anamnesis para ilustrar los diversos parámetros a diseccionar. A destacar el esfuerzo de Schlatter para conseguir la comprensión en una triple tacada de los trastornos de ansiedad (ahí se nota su trabajo previo que plasmó en una monografía específica: “La ansiedad: un enemigo sin rostro”. Pamplona, 2003) adaptativos y somatomorfos. Al final de un recorrido brillante –en el que destaca la muy difícil especificación de los Trastornos disociativos– da la sensación que le falta espacio, lo cual explicaría la parquedad de líneas dedicadas a la hipocondría y la exclusión del modelo de ansiedad por la salud de Salkovskis, que tan bien ilustra el origen, mantenimiento y estrategias en este trastorno. Notable también el capítulo dedicado a los T. de la Personalidad (Chiclana, Rodríguez, Aubá), aunque podemos mostrar un ligero desacuerdo en el énfasis con el IPDE y la salvedad hacia el PDQ-4 (sólo nombrado), un instrumento que ha abierto una brecha importante en la evaluación, amén de que no hubiera estado mal contar con más espacio y poder explicar algo más de los modelos dimensionales y del substancial TCI. Soberbia la exposición del tratamiento de los TCA por parte de Díez, Soutullo y Figueroa, como son de agradecer los papeles –no siempre fáciles– dedicados a la infancia y adolescencia (García, Díez y Gamazo entre otros). Brillo especial para el capítulo dedicado al TDAH y el comportamiento disruptivo: Figueroa, Díez y Soutullo, en el que las tablas clarificadoras (como la dedicada al diagnóstico diferencial) van encadenadas con una magnífica síntesis terapéutica; algunas líneas dedicadas al adulto, hubieran ya bordado la cuestión. Los capítulos terapéuticos son muy bien resueltos, tanto los biológicos (de Castro y Mateo), como los psicoterápicos (Zapata y de Castro).

La recomendación: Texto agradecido para utilizar sin dudar en la enseñanza de la asignatura. No sobran precisamente las plasmaciones de los esfuerzos didácticos en esta dirección. Un guiño especial para los clínicos nostálgicos que quieren recordar viejos tiempos y de paso reforzar conceptos.

Acuse de Recibo

Fueron publicados:

– **Eyacuación precoz:** Manual de Diagnóstico

y Tratamiento de Koldo Aguirre, Fundamentos, Madrid.

– **“Clinical Manual of Sexual Disorders”** de Balon y Segraves, American Psychiatric Publi.

– **Tratado de Psicofarmacología** de Salazar, Peralta y Pastor. Panamericana. 2ª edición.

Los tres son altamente recomendables; en próximos números los comentaremos como se merecen.