



# FUNDACIÓN ARGIBIDE

## ARTÍCULOS DE INTERÉS

---

2023 / JULIO-AGOSTO

Vol.6

---



---

### Vicente Madoz

Entrevista realizada por Pello Guerra. Publicada en Naiz:

Págs. 2-4

---

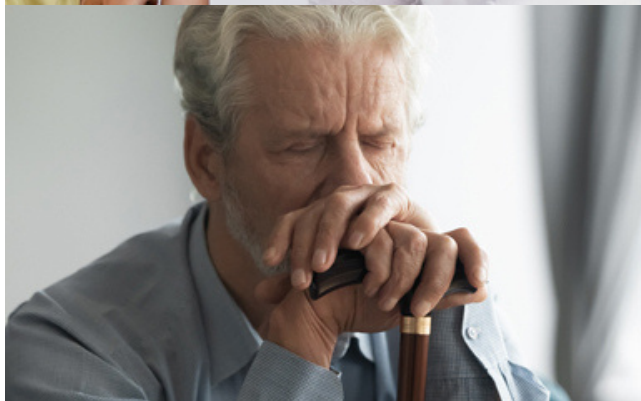


---

### Trastorno del espectro autista y cognición social

Págs. 5-6

---



---

### El mito de la tristeza

Págs. 7-8

---

*«Con la Covid no ha aumentado la patología psiquiátrica, lo que ha puesto de relieve es que hay menos salud mental, menos fuerza interior para afrontar las dificultades, la gente se asusta. Por eso tenemos que recuperar y promocionar la salud mental» Vicente Madoz. Fuente: Naiz:*

# ENTREVISTA VICENTE MADOZ

---

**El pasado mes de marzo recibió la Cruz del rey Carlos III el Noble. ¿Un galardón que reconoce la labor de toda una vida dedicada a la psiquiatría en Nafarroa?**

Más que por mí, me alegró que se reconociera lo que habíamos estado trabajando años, sobre todo por la salud mental en Navarra y por otras muchas cosas. Al mismo tiempo, me descolocó, porque yo estaba muy tranquilo, nadie se acordaba de mí. Pero después lo pasé muy bien el día de la entrega. A continuación vino el libro de Fermín Erbiti y las dos cosas fueron mucho lío, así que estoy deseando que pase todo y volver a mi 'clandestinidad' (risas).

**¿Qué le empujó a estudiar Medicina y terminar especializándose en psiquiatría?**

La tendencia a estudiar Medicina podía ser porque mi padre era médico y en mi familia había muchos médicos. Pero lo que me hizo pensar en la psiquiatría o algo parecido fue que a los 15 años tuve una crisis de desrealización, que es una forma específica de tener angustia. Consiste en que, de repente, puedes ver que está flotando lo que tienes alrededor. Estando en una butaca, empecé a notar eso y se lo dije a mi padre, que era pediatra, y me dijo que me dejara de tonterías y me echó la bronca. En el colegio tampoco me entendían. Aquel sufrimiento era difícil de combatir, no como un dolor, ya que era una situación muy rara. Pensé que no quería que a alguien de mi edad le pasara algo así y no fuera comprendido, y aquel día decidí que iba a estudiar lo que finalmente resultó ser psiquiatría.

**Una vez iniciada su formación, se trasladó a Oxford para especializarse en psiquiatría. ¿Hasta qué punto resultó trascendental en su carrera profesional haber tenido esa oportunidad? ¿Había que salir de Nafarroa para regresar con otra visión?**

Yo había estado desde mitad de la carrera como interno en psiquiatría y entonces el jefe de psiquiatría era Pepe Soria, que veía que aquí la psiquiatría se reducía o manicomio o no manicomio. Así que decidió que nos mandaba a los internos a diferentes países para formarnos y a mí me tocó ir a Oxford. Nos repartimos por el mundo durante tres o cuatro años con la idea de que al terminar las estancias, regresaríamos a Pamplona. Volvimos y nos juntamos, y tuvimos la buena o la mala suerte de que el rector de la Universidad de Navarra encargara a este equipo de psiquiatras formado en todas partes menos aquí, que hiciéramos un programa de salud mental de la universidad. Y lo hicimos, pero demasiado bien.

**Entonces es cuando tuvo un choque muy fuerte con el Opus.**

En ese estudio explicábamos que tenían que intervenir los profesores, que estos trataran con más respeto a los alumnos, es decir, una serie de cosas ciertas y buenas, pero que no encajaban en aquella época. Total que nos echaron de la universidad a todos. A mí me

ofrecieron quedarme de extranjeris, pero dije que no, que me iba como todos.

### **¿Cómo estaba la psiquiatría en Nafarroa cuando inició su labor?**

Cuando volvimos de la estancia fuera, nos encontramos que la psiquiatría en Navarra seguía siendo de manicomio o no manicomio, y que había unas tres consultas privadas de gente que eran neuropsiquiatras. Monté en el Hospital de Navarra durante un año una consulta de psiquiatría siguiendo lo que había hecho en Oxford antes de que nos echaran de la universidad. Entonces creamos una sociedad anónima llamada SMERA, la Sociedad Médica de Estudios Antropológicos, hasta que más adelante pusimos en marcha la Fundación Argibide.

### **Esa situación experimentó un cambio notable en los 80.**

En 1986, con el plan de salud mental, el cambio fue total. Se abrieron nueve centros de salud mental y de repente, había veinte consultas de psiquiatría en Navarra, además de dos hospitales de día y dos centros de internamiento en el hospital. También eliminamos el hospital psiquiátrico. Y poco a poco fue desapareciendo el miedo a ir al psiquiatra, además de que empezaba a haber psicólogos. Desde la Fundación Argibide, trabajábamos en una psiquiatría comunitaria, íbamos a centros de salud, residencias de ancianos, a las casas, a los pueblos... nos movíamos mucho con la comunidad y formábamos a médicos de nuestra zona. Hacíamos labor social. Sin embargo, se ha terminado en un modelo de salud mental antiguo, poco comunitario.

### **¿A qué tipo de problemas se enfrentan los profesionales de la salud mental?**

Tenemos los graves, de tipo bioquímico, como cuando falla una hormona, y que se combaten con medicación. Los primeros antidepresivos los conocí estando en Inglaterra, porque cuando me empecé a formar no había medicinas y dábamos alcohol como tranquilizante: para dormir, coñac y cervezas para tranquilizar, porque tiene efectos relajantes. Y luego están la personas que necesitan ayuda para manejar, por ejemplo, un duelo. Hay gente que lo lleva fatal y haces de espejo, les ayudas a entenderse mejor y a sacar sus propios recursos para conseguir sus propios remedios. Para lograrlo, es muy importante formar la personalidad de una persona.

### **¿Y cómo se consigue algo así?**

En mis tiempos, realizarse era lo más importante para una persona. ¿Y qué era eso? Si yo nazco genéticamente con una serie de cualidades, mi ideal es que cuando me muera, esas posibilidades se hayan convertido en realidades. Para eso hace falta prepararse y en este ámbito, hay tres momentos claves. El primero tiene que ver con los siete primeros años de vida, porque lo que no se forma en ese periodo, ya no se forma. Los padres tienen que estimular al niño con cariño, amor, seguridad, para que tenga un yo fuerte. Así lo preparan para que se individualice entre los 7 y los 11 años, y a partir de ahí, en la

adolescencia, tome la responsabilidad de su propia vida y cree su propio proyecto de vida. Gran parte de los problemas que después aparecen son consecuencia de que no se ha hecho esa preparación en ese momento, porque los padres se han hecho muy vagos.

### **¿Qué consecuencias tiene esa falta de preparación?**

Que ahora mucha gente llega a los 15-20 años absolutamente débiles, frágiles, incapaces de enfrentarse a la vida. Se dice que hay más problemas de salud mental, pero no, lo que hay es más problemas de falta de salud mental. No hay más patologías que antes y los problemas patológicos graves siguen siendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar... Lo demás es gente asustada, no preparada, que se ve con un mundo en el que no sabe qué hacer y que arremete pegándole una patada al otro, gritándole, montando cirios, pero desde su incapacidad, desde su falta de salud.

### **¿La pandemia del covid ha venido a agravar este panorama en salud mental?**

Con la covid no ha aumentado la patología psiquiátrica, lo que ha puesto de relieve es que hay menos salud mental, menos fuerza interior para afrontar las dificultades, la gente se asusta. Por eso tenemos que recuperar y promocionar la salud mental. Me parece que esa es una de las grandes tareas que tenemos por delante y es un error pensar que habrá una inteligencia artificial que va a solucionar esto.

### **¿Ese sería el gran reto de la sociedad de cara al futuro?**

Hay que rehumanizar al ser humano para volver a tener personas fuertes, que manejando bien todos los grandes descubrimientos de la ciencia y la técnica salvarán a la humanidad, porque no sabemos si estamos en un final del mundo anticipado, como algunos sostienen. Hay que cultivar al ser humano para que maneje todo eso, con una naturaleza de bondad, justicia y verdad, unos valores que suavizarían mucho las cosas, habría más paz social. La sociedad actual es muy rara, con gente extraordinaria, excelente, pero también con seres humanos frágiles, mal preparados y con egos tontos. Habría que revolucionar la naturaleza humana, reactualizarla.

### **¿Y qué papel deberían desempeñar los profesionales de este campo y las autoridades sanitarias?**

En Argibide les digo que busquen la forma de promocionar la salud mental porque no estamos creando seres humanos fuertes. En las universidades hay gente muy buena, pero es difícil hacer un programa social global para que esto se estimule. Si fuera consejero de Salud, diría que hay que crear un programa de promoción de la salud mental, además de todo lo demás. Un programa a dos, tres o cuatro décadas formando gente.

# TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y COGNICIÓN SOCIAL

---

El trastorno del espectro autista (TEA) supone en la actualidad un reto clínico, científico y socio-educativo al ser uno de los cuadros neuropsiquiátricos más complejo -a la hora de explicar sus causas- y singular -en su manifestación psicopatológica y neuropsicológica-.



## Cuadro sindrómico del TEA

Las dos clasificaciones diagnósticas (DSM-5 y CIE-11) más utilizadas en salud mental definen la presentación clínica del TEA de forma similar -como trastorno del neurodesarrollo- a través de dos criterios diagnósticos nucleares:

- **Dificultades significativas y persistentes tanto en la comunicación como en la interacción social** que emerge en diferentes contextos (problemas de reciprocidad socioemocional, déficits en la comunicación no verbal y alteraciones en la construcción de las dinámicas y los procesos de interacción personal).
- **Perfil cognitivo-conductual** rígido que se manifiesta en patrones restrictivos y repetitivos tanto en las áreas de interés como en las actividades y conductas mantenidas (estereotipias, inflexibilidad, focalización restringida e hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales que configuran el entorno).

## TEA y cognición social

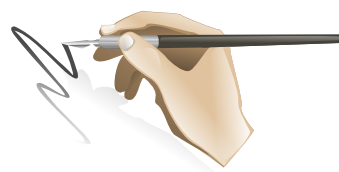
La cognición social es un dominio neuropsicológico que posibilita nuestra adaptación exitosa a los nichos socio-comunicativos que habitamos. La investigación científica ha descubierto que los pacientes con diagnóstico de TEA manifiestan déficits clínicamente significativos en áreas básicas de la cognición social que condicionan su desempeño en los contextos sociales:

- **Percepción social:** los pacientes con TEA perciben de forma atípica los estímulos sociales (v. gr., rostros y emociones). Algunas situaciones que podrían caracterizar estas dificultades son el escaso contacto ocular, el seguimiento alterado de la mirada y los déficits en la interpretación emocional de las claves socio-afectivas.
- **Teoría de la mente:** la capacidad de entender los estados mentales propios y ajenos (intenciones, deseos, conocimiento, creencias...) es deficitaria en los pacientes con TEA. Las consecuencias socio-cognitivas de esta dificultad en la mentalización se evidencian tanto a la hora de responder de forma apropiada a las situaciones sociales como en las dinámicas comunicativas de la interacción social (donde resulta necesario comprender y predecir las conductas de las personas que conforman nuestro entorno socio-comunicativo).

## Escenarios facilitares de la cognición social

El reto terapéutico para desarrollar exitosamente la cognición social en pacientes con TEA consiste en generar escenarios que promuevan la comprensión de las emociones (propias y ajenas), potencien el aprendizaje de habilidades mentalizadoras y faciliten los procesos de interacción socio-comunicativa mediante la puesta en funcionamiento tanto de programas terapéuticos convencionales (en formato individual y grupal) como de nuevas herramientas tecnológicas que adapten a formato visual las estrategias de mentalización y percepción social.

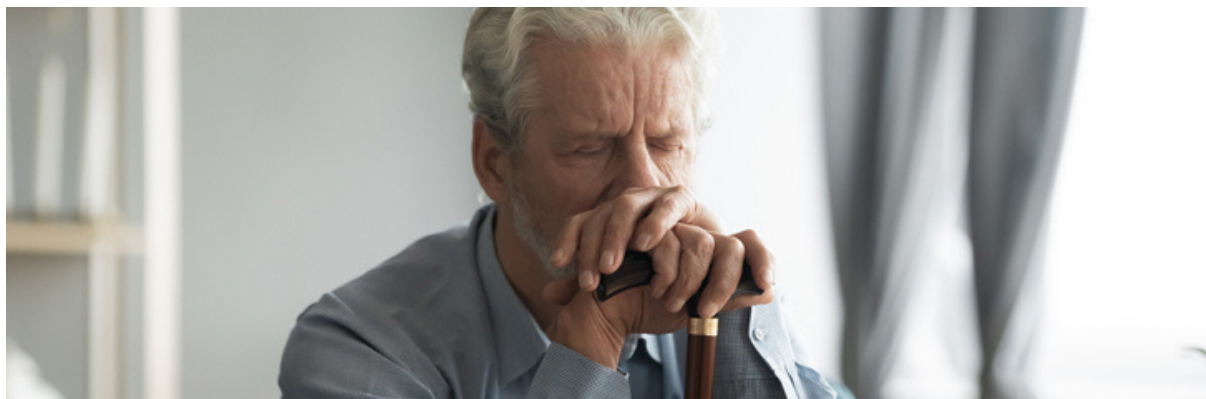
*Fermín Goñi*  
*Psicólogo Clínico*



# EL MITO DE LA TRISTEZA Y EL ENVEJECIMIENTO

---

El pensamiento humano tiende a generar sesgos a la hora de representar y explicar la realidad. Una de las asociaciones cognitivas más habituales y que -sin embargo- no encuentra soporte argumental en la evidencia científica es la "relación directa entre la tristeza y el envejecimiento": el mito de que las personas adultas mayores (AM) son tristes, desvalidas o melancólicas.



## **Ausencia de evidencia e ideas preconcebidas**

Uno de los problemas más significativo que promueve la extensión del mito es la escasez de investigación científica que explore de forma detallada la relación entre psicopatología (v. gr., ansiedad y depresión) y personas AM. La investigación en este grupo poblacional se ha volcado con especial atención en los procesos neurodegenerativos (v. gr., Enfermedad de Alzheimer, Demencia Fronto-Temporal...), mientras que el estudio de los aspectos psicológicos y psiquiátricos del envejecimiento ha sido insuficientemente desarrollado.

La ausencia de información científicamente contrastada posibilita que se mantengan ideas preconcebidas como: las personas AM son rígidas e intransigentes, la depresión es más prevalente en la vejez que en otros grupos de edad, los trastornos de la personalidad se atenúan con la edad, el envejecimiento provoca tristeza y frustración, etc.

## **Tristeza y depresión**

La extensión del mito provoca que se desatiendan los procesos emocionales de este grupo poblacional. Al "naturalizar" la relación envejecimiento y tristeza se asumen como "normales" estados de tristeza -con relevancia clínica- que recibirían en otros grupos poblacionales una atención estructurada en el ámbito de la salud mental (v. gr., psicoterapia, farmacoterapia...).

El primer paso para entender la relación entre envejecimiento y salud mental consiste en partir de una reformulación del mito y estudiar los diferentes estados cognitivo-emocionales que experimentan las personas AM. Identificar el bienestar emocional como estado deseable, flexible y posible en todos los grupos de edad nos permite diferenciar entre la tristeza -no clínica- como estado emocional adaptativo en relación con unas determinadas circunstancias vitales y la depresión clínica como estado psicopatológico.

El consenso actual defiende que la manifestación depresiva en personas AM muestra las siguientes características: los signos y síntomas más prevalentes son la anorexia y la pérdida de peso; en la presentación clínica se dan somatizaciones y alteraciones cognitivas; puede acontecer agitación psicomotora; y la tristeza clínica -como síntoma nuclear de la depresión en otras edades- no es tan manifiesta en las personas AM en las que emerge (i) un estado de pesimismo (acerca de la vida) -con menor tendencia al llanto-, (ii) una moderada anhedonia y (iii) una disminución de la autoestima.

Como conclusión y reformulación del mito podríamos presentar la siguiente sentencia: la tristeza no es connatural al envejecimiento pero el envejecimiento no es inmune a la depresión.

*Fermín Goñi*  
*Psicólogo Clínico*



---

## FUNDACIÓN ARGIBIDE

**Más de 40 años contribuyendo con la  
Salud Mental**

Infancia-Adolescentes-Adultos-Mayores  
Psicología-Psiquiatría-Psicogeriatría-Peritajes

**C/ Iturrama, 7 - entreplanta 31007 Pamplona**



**948 26 65 11**



**[www.fundacionargibide.org](http://www.fundacionargibide.org)**



**[info@fundacionargibide.org](mailto:info@fundacionargibide.org)**



**Fundación Argibide**



**@fundargibide**