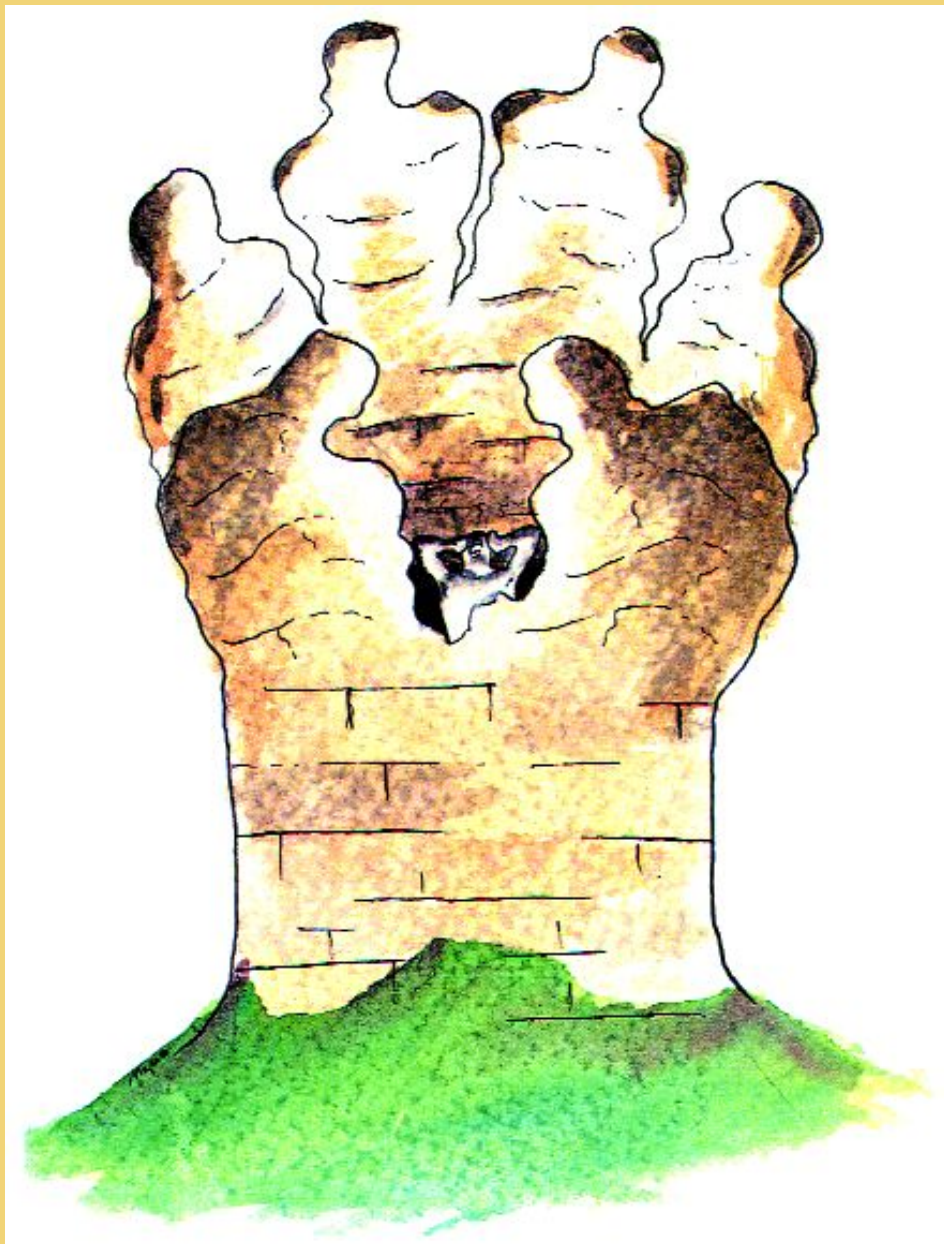


NORTE

Volumen IV N°14 Junio 2002

DE SALUD MENTAL
Revista de la Asociación de Salud Mental
y Psiquiatría Comunitaria



Volumen IV



N°11



N°12



N°13



N°14

Volumen III



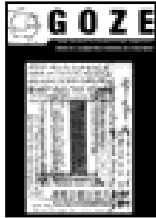
N°9



N°10



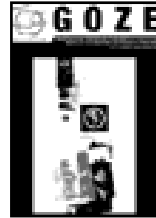
N°5



N°6



N°7



N°8

Volumen II



N°1



N°2



N°3



N°4

NORTE de Salud Mental:

Revista de la Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, OME

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Consejo Editorial:

**Ander Retolaza
German Molina
Jose J. Uriarte
Oscar Martínez-Azimendi
Pilar de la Viña**

**Francisco Chicharro
Jose Filgueira
Mónica Póo
Paz Arias
Victor Aparicio**

**Director
Revista NORTE:**

Iñaki Markez

**Consejo Asesor
y de Redacción:**

**Aparicio, D.
Alvarez, JM
Berrios, G.
Colina, F
Elizagárate, E.
Esteban, R
Guimon J.
Hernanz, M.A.
Jimenez Lerma, J.M.
Malda, C.
Marín, M.
Marquínez, F.
Morchan, J
Pardo, N
Rendueles, G
Santander, F.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.**

**Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
De la Rica, JA.
Erkizia, B.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Iraurgi, I.
Lasa, A.
Marijuan, M.
Marina, P
Medrano, J.
Palomo, Ch
Redero, JM
Sanchez, A.E.
Susparregui, JM
Vega, A.
Ylla, L.**

Sede Social: Apdo. Correos 276, 48990 - Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 4674979
www.ome-aen.org

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de "NORTE de Salud Mental" salvo que esté así especificado.

La revista NORTE es accesible en el Servicio Bibliográfico de:

- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco).

- IME (Índice Médico Español).

NORTE de Salud Mental

Vol IV nº14, Junio 2002

www.ome-aen.org

© Copyright 2002 NORTE de Salud Mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apdo. Correos nº276, 48990 Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Portada:

Muros (Acuarela y tinta).

Autor:

Mike1 Rotaetxe.

Logo Norte de Salud Mental:

E.Chillida.



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental
Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría



ASOCIACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL DE ASTURIAS



Publicación cuatrimestral (3 números por año) no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Publicación gratuita para asociados.

Ejemplar atrasado: 900.- ptas.

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:

- Departamento de Sanidad. Eusko Jaularitza

Colabora:



OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

- Laboratorios farmacéuticos:

Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag,
Lilly, Pfizer, Glaxo SmithKline, Ammirall-Prodes, Wyeth, Pharmacia.

ISSN: 1578-4940

D. Legal:

S U M A R I O

EDITORIAL / PRESENTACIÓN

¿Tiene sentido en el siglo XXI defender el modelo asistencial comunitario en salud mental?.....	9
Oscar Martínez Azumendi	

ORIGINALES

Las crisis asistenciales del nuevo siglo.....	11
Fabricio de Potestad y Ana Isabel Zuazu	
Perfil de los jóvenes transeúntes. Dificultades para la utilización de los servicios sanitarios y propuestas de mejora.....	21
Manuel Romero, M. Ramos y Joan Carles March.	
Depresión infantil. Una investigación, en la provincia de Soria.....	31
Susana Alcalde, Pilar de la Viña, Eduardo Ladron.	

PARA LA REFLEXIÓN Y EL DEBATE

El escenario de la salud mental. De la atención primaria a la sobrecarga asistencial.....	35
Victor Aparicio	
Los contornos de la razón y las políticas de reducción de daños relacionados con las drogas.....	41
Alejandro Sanchez	
Las posibilidades terapéuticas del cannabis.....	45
Iñaki Markez, Mónica Póo, Cristina Merino, Carlos Romera	

REVISIONES

Dilemas en torno a los viejos y nuevos fármacos.....	49
Luis Pacheco, María Etxebeste, Pablo Malo, María Aragües, Maider Prieto y Enrique Aragües.	

CASO

Philippe no quiere llegar tarde a su colegio.....	69
María Verdejo	

INFORMES

OMS: Salud mental. Nuevo conocimientos, nuevas esperanzas.....	73
--	----

CARTAS AL DIRECTOR

Cuando codifican un diagnóstico como 296.2 ¿nos referimos a un episodio depresivo o maníaco?.....	77
J.R. Eizmendi y Oscar Martínez	

ACTUALIZACIONES

Amando Vega.....	79
------------------	----

AGENDA

Próxima cita.....	81
-------------------	----

Normas de publicación

La Revista **NORTE de salud Mental** considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella. Así tendrán cabida dos tipos principales de colaboraciones: 1) *Temas Científicos*. En forma de artículos originales, revisiones, comunicaciones breves o crítica de libros. 2) *Temas Asociativos*. Recogiendo tanto información de las propias Asociaciones y sus actividades científicas, como cartas, comentarios, sugerencias o informes de los socios.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con suficiente antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de **Norte de salud mental** y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Editor de **Norte de salud mental** (Apdo. 276, 48990 Algorta. ekimen@euskalnet.net) 2 copias mecanografiadas a doble espacio en hojas DIN A 4, numeradas correlativamente. Junto a ello se adjuntará un disquette con el fichero de texto del documento.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos (s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 folios y 6 figuras o tablas. Las notas clínicas no superarán los 6 folios y 4 figuras o tablas. Las revisiones podrán contener un máximo de 25 folios o tablas.

Normas de publicación

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal".

Las *tablas y gráficos* se enviarán en hoja aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de "Normas de Vancouver"):

Artículos de revistas*Artículo normal*

Se mencionan los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más. Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencia, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

Sin nombre de autor

Cancer in South Africa [editorial], *S Afr Med J* 1994;84:15.

Libros y otras monografías*Indicación de autores personales*

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Indicación de una organización como autor y editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

Normas de publicación

MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tesis doctoral

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21;Sect. A:3 (col. 5).

Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26^a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 pantallas]. Accesible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

¿Tiene sentido en el siglo XXI defender el modelo asistencial comunitario en salud mental?

Oscar Martínez Azumendi

El 87 % de las personas que han respondido de forma espontánea a esta pregunta, en el sondeo realizado a través de nuestra página Web - www.ome-aen.org - lo han hecho de forma afirmativa. Por otra parte, este punto de vista no se corresponde únicamente con actitudes individuales y el inicio de siglo ha sido fértil en conmemoraciones y publicaciones institucionales a favor de este modelo. Como ejemplos cercanos simplemente citaremos el Informe del Ararteko al Parlamento Vasco sobre la “*Atención comunitaria de la salud mental*” (2000), perfectamente complementado por el Cuaderno Técnico de la AEN: “*Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*” (2000).

A finales del pasado año veía la luz el *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, con el subtítulo “*Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*”, ya que de forma extraordinaria el informe de la OMS fue dedicado en exclusiva a este tema. El mismo año que celebró su Día de la Salud dedicado a la salud mental, se conmemoraba el décimo aniversario de la aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas de los *Principios para la protección de los enfermos mentales* que defienden su no discriminación y su derecho a vivir y trabajar en la comunidad y en todo caso a ser tratado en el ambiente menos restrictivo posible y de la forma menos perturbadora para ellos. Temporalmente coincidente es la publicación, también por la OMS, de la nueva clasificación CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud), que viene a cuestionar en cierta medida la manera tradicional de entender el binomio salud-enfermedad y su impacto sobre el individuo y la sociedad. La CIF complementa la CIE-10, organizándose en torno a tres aspectos primordiales: a) Funciones y estructura corporal. b) Actividades y participación de los individuos. c) Información adicional acerca de la severidad y otros factores ambientales. Todo ello dirigido hacia la necesidad de desplazar nuestra atención hacia la discapacidad presente y las circunstancias ambientales existentes (posibilitadoras o agravantes), más allá de la mera sintomatología existente en un determinado individuo. Pone todas las enfermedades y problemas de salud al mismo nivel en relación a sus posibles consecuencias sobre el funcionamiento individual y desempeño social, colocando de esta forma la enfermedad mental en pie de igualdad a la enfermedad física.

Con un posicionamiento similar (interés por la discapacidad asociada, además del síntoma más evidente) a la hora de entender la problemática derivada de la enfermedad mental a escala internacional, el informe de la OMS focaliza fundamentalmente sobre algunos trastornos graves de alta prevalencia (depresión, esquizofrenia, retraso mental, trastornos de la niñez y adolescencia, toxicomanías,



enfermedad de Alzheimer y epilepsia), examinando la carga actual y futura asociada a ellos así como posibles factores etiológicos. Poniendo un especial énfasis en aspectos preventivos y de tratamiento, su objetivo último sería acabar con la estigmatización y la discriminación, advirtiendo de la necesidad de una adecuada financiación de medidas encaminadas a estos fines. Finalmente acaba con un conjunto de 10 recomendaciones adaptables a todos los países de acuerdo a sus necesidades y recursos y que se reproducen en otra parte de este número de *Norte de salud mental*. La mayoría de estas recomendaciones son aspectos básicos de la línea editorial de la revista, correspondiéndose con el modelo asistencial que desde hace décadas defiende tanto la Asociación Española de Neuropsiquiatría y las asociaciones de diferentes comunidades autónomas.

Si nos fijamos de forma más pormenorizada en las recomendaciones del informe, para algunas de ellas parecería que hemos alcanzado un relativamente aceptable nivel de desarrollo y no requerirían de una atención especial en nuestro entorno (disponibilidad de medicación psicotrópica, políticas asistenciales y legislación a nivel nacional, formación de recursos humanos, servicios de información y notificación sanitaria). Otras de ellas siguen siendo aspectos todavía no suficientemente desarrollados entre nosotros o a todas luces susceptibles de mejorar (potenciación de los tratamientos dispensados desde Atención Primaria, necesidad de sensibilizar y educar a la opinión pública en cuestiones de salud mental, conveniencia de involucrar a familiares y usuarios en la adopción de decisiones, apoyo a la investigación).

Una especial atención, merece la tercera de las recomendaciones que aconseja el contexto comunitario como lugar de tratamiento. A la hora de buscar soluciones para los problemas de salud mental, una cuestión clave destacable en todo el informe es el cambio positivo y económicamente eficiente, recomendado para todos los países y ya observado en algunos, desde la atención institucionalizada a la atención en la comunidad con camas en hospitales generales para necesidades de ingresos agudos. Previendo sobre los posibles riesgos de cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias, llama la atención que el informe ve igualmente peligrosa la creación de recursos comunitarios sin cierre de hospitales. Los dos procesos deberían realizarse de forma coordinada y gradual: previniendo ingresos en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de recursos comunitarios, desinstitucionalización racional de pacientes ingresados y mantenimiento de sistemas de apoyo comunitario. Algunas de las características de la atención en la comunidad para la OMS serían: Servicios cercanos al domicilio, con ingresos agudos en el hospital general y residencias para largas estancias en la comunidad. Intervenciones dirigidas a la discapacidad además del síntoma. Atención personalizada. Amplia gama de servicios. Servicios coordinados con otros organismos comunitarios. Servicios ambulatorios antes que residenciales, incluida la visita a domicilio. Colaboración y apoyo a los cuidadores. Legislación adecuada.

En resumen, nada nuevo desde un punto de vista conceptual pero siempre oportuno de ser recordado, y en esta ocasión reafirmado, desde una institución como la Organización Mundial de la Salud. En nuestra mano queda seguir perseverando en su consecución.

Las crisis existenciales del nuevo siglo

Ana Isabel Zuazu

Psicóloga de la Clínica de Rehabilitación de Salud Mental del Serv. Navarro de Salud.

Fabricio de Potestad

Jefe de Serv. de Psiquiatría y Director del Sector IA de S. Mental del Serv. Navarro de Salud.

Resumen

El narcisismo, la fobia social, la depresión y su consecuencia más grave, el suicidio, constituyen una variedad de problemas psicopatológicos muy comunes, que parecen estrechamente ligados, por lo menos en parte, al devenir socioeconómico de la civilización occidental. Sin pretender huir de los posibles factores neurobiológicos o genéticos involucrados en su génesis, nos hemos centrado especialmente en las formas de reacción clínico-adaptativas, derivadas de acontecimientos vitales desfavorables, no tanto en cuanto a su incidencia puntual, sino a su influencia socio-estructural. Esto es, describimos los tres trastornos adaptativos mencionados como formas existenciales del ser vinculadas a los problemas y características específicas del nuevo siglo.

Summary

Narcissism, social phobia, depression and the most serious of its consequences, suicide, constitute a variety of very common psychopathological problems which seem to be closely connected, at least to a certain extent, to the socio-economic evolution of western civilization. While not trying to disregard possible neurobiological or genetic factors involved in their genesis, we have focused specially in the different forms of clinical-adaptive reactions derived from negative life experiences, not so much in what relates to their immediate impact as their socio-structural influence. That is, we describe the three aforementioned adaptive disorders as existential forms of the individual linked to the specific problems and characteristics of the new century.

Palabras claves.- Narcisismo, fobia social, depresión, suicidio.

Key words.- Narcissism, social phobia, depression, suicide.

Introducción

Tras años de incertidumbre, el hombre moderno afronta el nuevo siglo con una sensación de inquietante angustia colectiva. El siglo XXI ha surgido bajo el impacto de la ciencia, la tecnología y el pensamiento racional. Fenómeno que ha obligado al ser humano contemporáneo a concentrarse en su yo individual y concreto, y a buscar la salvación en su conciencia subjetiva y en la realidad de su mundo interior, pero no en una forma abstracta y universalista a

la manera del idealismo, sino en una forma concreta, original y personal. El ser humano sabe que está ahí, simplemente, sin por qué, sin para qué, sin sentido ni finalidad. Se sabe un ser contingente, perfectamente gratuito, impulsado necesariamente a obrar, a desarrollar una actividad incesante, tendente a construirse a sí mismo en cada momento. El ser humano es consciente de que no es más que el conjunto de sus actos. Es un ser que se lanza libremente hacia un porvenir, solo y sin excusas, con total responsabilidad de lo que hace y

de lo que es, sin la posibilidad de encontrar valores o normas en un cielo inteligible, sin directrices ni en sí ni fuera de sí a las que aferrarse. Sin apoyo alguno ni socorro posible, está condenado a inventarse a cada instante.

El ser humano, cada vez más laicizado, se enfrenta a situaciones de riesgo que nadie en la historia había tenido que afrontar. Muchos de los riesgos e incertidumbres nuevos le afectan independientemente de donde viva y de lo privilegiado o marginado que sea: la mujer está entrando masivamente en el mercado laboral; la familia tradicional está amenazada; se está produciendo un calentamiento global del planeta; las tradiciones, como las vinculadas a la religión, experimentan grandes transformaciones; un fundamentalismo violento nace precisamente en un mundo de tradiciones en derrumbe; el miedo a ser objeto de ataques terroristas se extiende por todo el mundo, mientras el bioterrorismo configura un nuevo frente de intimidación internacional; y, finalmente, un nuevo orden mundial se está instaurando ligado a la globalización política, informativa, tecnológica y cultural, además de económica. Tras años de angustia existencial y de náusea sin esperanza, un fuerte estado transnacional, integrado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, rigen los destinos de un mundo cada vez más exigente y competitivo. El hombre no es ajeno al carácter profundamente cambiante, inexorable y trágico del nuevo siglo, al que mira con recelo y lo percibe como una amenaza. Unos pocos triunfan, algunos se adaptan, pero la mayoría sucumbe.

Características del nuevo siglo. *El mundo tiene prisa y se aceca a su fin*, dijo un arzobispo llamado Wulfstan en un sermón pronunciado en York, en el año 1014. Hoy es fácil imaginar estos mismos presagios, pues hay buenas razones para pensar que atravesamos por un periodo crucial de transición histórica. Al objeto de evitar extendernos de forma innecesaria, nos vamos a limitar a enumerar las características más relevantes que conforman el perfil del siglo XXI.

- Nuevo orden mundial.
 - Extensión planetaria del capitalismo.
 - Globalización de la política, tecnología, cultura, información, comunicaciones, además de la economía.
- Libre comercio.
- Pérdida de soberanía de los estados y naciones.
- Aparición de un fuerte estado transnacional integrado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.
- Resurgimiento de los nacionalismos locales como respuesta a las tendencias globalizadoras.
- Empobrecimiento insostenible del tercer mundo.
- Incesante flujo de inmigrantes legales e ilegales.
- Mercado laboral.
 - Incorporación masiva de la mujer al trabajo.
 - Incremento del trabajo eventual.
 - Empleo precario.
 - Movilización y inestabilidad del empleo.
 - Paro.
 - Mayor división del trabajo y aparición constante de nuevas subespecialidades.
- Medio ambiente.
 - Efecto invernadero y cambio climático.
 - Deterioro de la capa de ozono.
 - Lluvia ácida.
 - Desertización de amplias zonas del planeta.
 - Disminución de la biodiversidad.
 - Contaminación atmosférica de los mares y de las aguas continentales.
 - Contaminación acústica.
 - Crecimiento sostenible como nuevo paradigma del desarrollo.
- Ciencia y tecnología.
 - Consolidación de la Informática.
 - Expansión de Internet.
 - Descubrimiento del genoma humano.
 - Ingeniería genética.
 - Fertilización in vitro.
 - Clonación.
 - Descubrimiento de un nuevo estado de la materia por condensación.
 - Teoría del Big Bang sobre el origen del universo.
 - Descubrimiento de los agujeros negros, probable destino apocalíptico de toda materia.
- Comunicaciones.
 - Telefonía móvil.
 - Correo electrónico.

- Política.
 - Tendencia al bipartidismo.
 - Sustitución de la política de confrontación por la de consenso.
 - Convergencia en materia política, económica y social por parte de los partidos políticos que se alternan en el poder.
- Organización de los partidos políticos como potentes empresas de gestión económica y de administración eficiente de los recursos públicos.
- Religión.
 - Retroceso de las creencias.
 - Destradicionalización de la sociedad.
 - Avance de la racionalidad.
 - Irrupción del integrista, fundamentalismo y teocracia, como respuestas al retroceso de la religiosidad.
- Familia.
 - Familia tradicional amenazado.
 - Aceptación creciente de la homosexualidad.
 - Mayor frecuencia de la cohabitación.
 - Mayor incidencia de la separación y el divorcio.
 - Descenso de la natalidad.
 - Aumento de la esperanza de vida.
 - Igualdad y libertad sexual.
- Una nueva forma de guerra.
 - Armamento altamente sofisticado frente a quimio y bioterrorismo.
 - Enemigo invisible.
 - Choque de civilizaciones: judeocristianismo versus islamismo.
 - Reacciones básicas de terror de alto poder de contagio.
 - Quiebra de la supuesta invulnerabilidad de los EEUU, garante de la civilización occidental.

Formas de derrumbe existencial

Tres formas de desmoronamiento existencial parecen haber cobrado una relevancia especial en este siglo que nos ha tocado vivir: la necesidad de ser más, el temor de ser y la renuncia a ser.

• **La necesidad de ser más**, pretender incrementar a toda costa la identidad personal, ese núcleo diferenciado y original del que nadie participa, sabiendo que el Yo no es más que una leyenda épica, una lucha por hacerlo realidad, o al menos creíble, es una pasión inútil y peligrosa.

Cada ser humano apenas tiene un cierto parecido consigo mismo, pues no es otra cosa que el resultado de una sucesión de enajenaciones, esto es, su propia mentira. El ser humano es tan sólo un hacerse, un devenir y ninguna mismidad. La gente común, en el curso de su existencia, no busca un cambio radical de su historia personal, sino que se conforma con una adecuación al instante presente, que le permita vivir conforme al estándar social establecido, sin evocar ni un ápice de extrañeza u originalidad que le sitúe fuera del ámbito de sus semejantes.

Sin embargo, la abrumadora humillación y descalificación a la que sistemáticamente se ve sometido el ser humano desde su más temprana edad, debida a las exigencias desproporcionadas de una pedagogía apologetica de la devastadora sociedad competitiva, termina por abrir una profunda herida en los cimientos de su autoestima, que le impele a perseguir con patética falta de pudor la reparación de su erosionada personalidad. El egocentrismo contemporáneo, la insolidaridad, la competitividad salvaje, la falta de compasión y, en definitiva, el desamor causan la imperiosa necesidad de ser más, más de lo que realmente se es y se puede llegar a ser. La ideología popular es, sobre todo, la búsqueda desesperada del éxito a corto plazo y a cualquier precio. Las masas han sido educadas para idolatrar el progreso material, el principio de rendimiento y eficiencia, la categoría del éxito, la fama, el poder y la riqueza por encima de cualquier consideración moral. Todo parece valer en esta estúpida carrera por instalarse en la erótica del dinero y del prestigio. En esta sociedad fascinada por el renombre, indiferente a cuán débil y efímera pueda ser la arquitectura de la celebridad, el necesitado de ser más sólo necesita dejarse arrastrar por la arrogancia generalizada y auparse por sorpresa sobre la espalda de los demás.

Hace unas décadas, el **narcisismo** era tan sólo el problema de un puñado de personas que habían sufrido por defecto o por exceso un grave daño en su autoestima, producido por las severas descalificaciones por parte de sus progenitores o por haber sido colmados de una excesiva admiración y reconocimiento. Hoy es un mal cada vez más generalizado. Las exigencias de la era de la globalización económica son tan des-

proporcionadas, que los seres humanos desde su nacimiento llevan grabada en su piel la fecha cercana de caducidad. El sentimiento generalizado de inutilidad y brevedad que les invade, quiebra con facilidad las bases de su personalidad. Después, ponen en marcha una estrategia encaminada a disimular el insufrible sentimiento de inferioridad, precariedad y fugacidad, presentándose ante la sociedad con una máscara de autosuficiencia y superioridad, que tiene como objeto buscar, con vergonzante mendicidad, el aplauso y el reconocimiento de los demás, en un intento desesperado de supervivencia.

Este tipo de ser humano se muestra vanidoso, esclavo de un anhelo de notoriedad permanentemente insatisfecho y de una penosa sensación de insuficiencia general que le empuja a perseguir la adhesión incondicional de sus semejantes. Sin embargo, los momentos estelares de su vida, cuando su vanidad se ve al fin colmada, son tan fugaces, que sólo representan instantes que van de la nada a la nada. Su propia estima es tan frágil que depende de la admiración que los demás le profesen. Necesita ocupar un lugar de privilegio en la mente de sus amigos, de su pareja y de sus compañeros de trabajo; le urge creerse capaz de ocupar puestos de responsabilidad; precisa ser el héroe en los momentos más difíciles; desea sentirse único, diferente y superior a los demás; tiende a rodearse de mediocres aduladores, porque le hacen sentirse importante. Pasa por humilde, por virtuoso o por pacífico, para resultar atractivo a los demás y así conquistar su admiración. Sólo así puede quererse y aceptarse. Depende pues de la constante aprobación de sus congéneres, que son los que dan testimonio de su propia valía. Es mendigo del elogio y sin él no vale nada. Si el suministro de adulaciones le falla, se desmorona y cae en una profunda depresión. Entonces, le invade un total desinterés por todo lo que le rodea y huye de la presencia de los otros seres humanos como de la peste. Es incapaz de amar ni de interesarse sinceramente por nadie ni por algo. Sólo le interesa la gente, el trabajo o las causas nobles, si le sirve para promover su propio prestigio. El anhelo de ser reconocido es, sin embargo, errante. Da igual que sea en esto o aquello. Lo que importa, en última instancia, es que, cuando se deci-

de a desplegar su capacidad en algo concreto, exista la posibilidad real de recibir rápidamente la admiración pretendida, pues la vital necesidad de ser más es muy impaciente. Él, por el contrario, se muestra ingrato y poco proclive a reconocer las cualidades de sus semejantes. Si fracasa, termina por odiar a todos los que decaen en el elogio y a todos los que osan ignorarle. Envidia a todos aquellos que brillan con luz propia, y los envidia de forma solapada y abyecta, lo cual devora día a día lo más indefenso de su personalidad. En su interior no participa de nada, tan sólo finge apasionarse. Los problemas, el dolor y el sufrimiento de sus congéneres son cosas por las que sólo se interesa para sacar provecho.

Vive, sin embargo, en el horror a la soledad, sombría como las tinieblas, que amenaza por sofocar sus pretensiones estelares. Su estrellato, empero, es superficial: prefiere mirarse en las aguas de un estanque, pues su reflejo es más difuminado, irreal, temeroso e indulgente, lo cual hasta le permite idealizarse; que mostrarse ante el espejo real, implacable taller de desguace de autoestimas, que le devuelve una imagen cruda y sin clemencia, y le conduce irremediamente al fallecimiento de la ilusión de ser más que los demás.

No le gusta llevar una vida rutinaria. La rutina está bien para la mayoría de los mortales, pero no para él. Antes prefiere nutrir su biografía de quimeras, de historias inventadas y personajes irreales, que conformarse con una realidad mediocre y prosaica. Su vanidad irrestricta, su pretenciosidad centrada en sus atributos y éxitos, el exhibicionismo constante de sus excelsas cualidades, el irritante brillo de su talento personal y sus exageradas aspiraciones, esconden, no obstante, la dramática necesidad de aceptarse solamente bajo una forma ideal de ser. De ahí, el ánimo depresivo y la rabia apenas contenida que muestran como respuesta ante sus propias limitaciones, el fracaso, la crítica y la indiferencia de los demás.

Su tragedia alcanza su cenit cuando su insuperable necesidad de ser más que los demás, única fuente de satisfacción, le lleva de forma irremediable a revalidar constantemente sus supuestas elevadas capacidades ante los demás, mediante una desenfadada y agotadora carrera por





sobresalir, falsificando incluso su propia historia, si el guión lo exige. Su drama comienza precisamente ahí, cuando se da cuenta de que no le basta con percibirse él mismo como una persona importante, sino que requiere de forma desgarradora que los demás le vean como él mismo se imagina. Y cuando esto no acontece, hecho que ocurre con relativa frecuencia, la perentoria necesidad de restañar su herida narcisista y recuperar su autoestima, le conduce a crueles y retorcidas venganzas, en un tortuoso intento de demostrar su omnímodo poder.

¿Quién puede resistirse a reconocer la santidad de una persona abnegada, generosa, humilde y devota, aunque sea interiormente mezquina? ¿Quién va a negar el voto a un entusiasta político que promete modestamente subvertir el orden de las cosas y proceder a un equitativo reparto de la riqueza, sin despeinarse y sin hacer retórica de los primores del mercado?

La necesidad de ser importante, que tiene, en principio, como destinatario a sus seguidores y después, a cuantos más mejor, acaba resonando ensordecedoramente en su desasosegado mundo interior y en su mediocre e inaguantable realidad que se niega a admitir. Si tiene que elegir entre la verdad y su excelsa quimera se queda indudablemente con su impostura.

Al final, todos los esfuerzos y amagos del narcisista se van enfriando por entropía natural, por el cansancio del mismísimo vivir y porque las aspiraciones absolutamente frustradas y no reconocidas dejan una flojedad psicológica difícil de superar. Al fin y al cabo, el deseoso de notoriedad es en realidad un ser humano gris y con escasos matices, que no se sale de lo común, pero que vive en un mundo totalcapitalista, bucanero y salvaje.

• El temor de ser

No cabe duda de que la vida es difícil y cada vez más exigente. Está, sin duda, llena de injusticias y sinsabores. Ante unas y otras, el ánimo, frecuentemente, se encanija y vacila.

La salvaje competencia, amparada en la racionalidad económica del sistema capitalista, toma con la globalización proporciones inquietantes, y quiebra con relativa facilidad a los seres humanos independiza-

dos de forma provisional y tan sólo en apariencia del ambiente familiar. La inmadurez y la dependencia irresuelta pasan pronto factura. Si el Yo no es más que una herencia con denominación de origen, un montón de deudas, una mediocre imitación, un producto *prê ter* o, en definitiva, el resultado de una lectura deformada por la propia subjetividad de cada uno; la identidad del temeroso de ser o **fóbico social** arriba patéticamente a la noción de conformismo. Si como decía Freud: *la felicidad es la satisfacción de un deseo prehistórico*, la dicha del que no se atreve a ser él mismo, se apaga en la infranqueable contraposición entre su deseo y la realidad amenazadora. El temeroso de ser se siente, en efecto, obstaculizado en su despliegue personal por una angustia irracional e invencible hacia el complejo entramado social. Sin embargo, la sociedad, de acuerdo con el sentido común, no debería provocarle tal temor. Él es, empero, racionalmente consciente de que su miedo es injustificado, pero sin que por ello consiga vencerlo. El encuentro con la situación temida es, por lo tanto, ciego: el fóbico no afronta realmente la escena que es fuente de angustia tal y como es, sino que la distorsiona con siniestras proyecciones procedentes de su inconsciente, creando en torno a ella un mito destructivo, que no es capaz de mirarlo frente a frente, y en el momento preciso, cuando intuye cercana su presencia, se recluye en el efectivo baluarte de la evitación, que, en definitiva, no es otra cosa que negarse a una verificación de la realidad para que así sobreviva el enigma.

El miedo a ser se basa siempre en la inseguridad del sujeto sobre su posible manera de reaccionar. En este punto guarda el fóbico una estrecha relación con el narcisista, pues lo que en realidad le paraliza no es la situación temida en sí misma, sino el miedo a la inadecuada e inadmisibles respuesta que podría dar en el caso de verse obligado a enfrentarse con el objeto de su temor. Encierra pues un miedo irreductible al ridículo y al subsiguiente sentimiento de humillación. Dicho de otra manera, el fóbico no puede permitirse el lujo de que se ponga en evidencia su posible inferioridad. El fóbico es un narcisista que no se atreve a serlo.

Así pues, el temeroso de ser él mismo es un ansioso con una intensa preocupación

acerca del control racional e inteligente con el que cree que debe afrontar las situaciones que le horrorizan y que podrían poner en entredicho su dignidad y su capacidad de control emocional. En el fondo, lo que teme es el resultado catastrófico de una liberación imprevista e inadmisibles de sus deseos inconscientes. El fóbico es pues necesariamente un reprimido, además de ser un inseguro.

El temor de ser uno mismo nace de la ineluctable tendencia a encerrar los deseos más recónditos en una razón entendida como represión, orden, normalidad y moral. La fobia social es, en este sentido, una negación del derecho de desear. El fóbico aparta de su consciencia todos aquellos afectos, emociones e instintos inaceptables, e intenta abolirlos con tal rigidez que quedan cautivos en el inconsciente, pero con tal fuerza perturbadora que parecen una olla a presión a punto de estallar. El control de los deseos a los que ha negado el derecho de existencia es difícil, hasta el punto de que éstos pugnan constantemente por emerger y arrastrarle hacia conductas que teme sean repudiadas por su entorno, y en particular por las personas de autoridad.

El deseo, que la represión ha separado de su representación simbólica por miedo al repudio, queda libre en forma de angustia, la cual es elaborada y ligada a numerosas situaciones sociales. Además, el fóbico tiene interiorizado un orden moral tan rígido, persecutorio y destructivo, que necesita reprojectarlo y ubicarlo fuera, donde lo percibe amenazador, formándose mediante este complejo mecanismo las situaciones temidas, que incluyen tanto el deseo como su recusación. Quedan así estranguladas sus posibilidades de un desenvolvimiento social satisfactorio.

El fóbico se siente sofocado en sus iniciativas y empobrecido en sus posibilidades personales. Evita mirar cara a cara, pues su escasa seguridad queda en evidencia. No le gusta que le observen mientras desarrolla una actividad que no domina, ni ser objeto de críticas ni de comentarios chistosos. Se retrae, se refugia en un mundo imaginario, no atiende a las solicitudes de los demás y parece ensimismado.

Hablar en público tiene para él connotaciones apocalípticas, supone un apunte dramático, urgente y dantesco. Las palpitacio-

nes, el temblor, la sudoración y una inoportuna sequedad de boca acuden a la cita con puntualidad inglesa y atenazan implacablemente su discurso ante la mirada escrutadora del público.

La valoración que hace de sí mismo es baja y tiende, por ello, a considerar a los demás como críticos despiadados, por lo que opta por el laconismo en cuanto intuye la presencia de un semejante. Odia a los demás, pues problematizan más aún su vida, que ya de por sí es una angustiosa incógnita. Se siente incómodo ante las figuras de autoridad. No es extraño pues que adopte frente a ellas una actitud sumisa e incluso suplicante.

Nunca se atreve a negarse a nada ni protesta si cree ser víctima de un engaño. Es un artista de la resignación, un especialista en la aquiescencia y un mártir sin causa. Ejerce sus derechos ciudadanos con timidez, de puntillas y sin hacer ruido, pidiendo perdón por el atrevimiento.

Es más espectador que actor de su propia biografía. Dubitativo ante las exigencias cada vez mayores de la vida social y laboral, se muestra huidizo de los compromisos y responsabilidades.

Inseguro y dependiente, el temeroso de ser exterioriza una queja permanente en forma de cansancio crónico, ansiedad y temor a la soledad, nacida de un agrietamiento de su frágil estructura psicológica; derivada, a su vez, de la frustración producida por su insignificancia existencial, que choca frontalmente con un mundo extremadamente complejo.

Prefiere hablar por teléfono o expresarse por escrito que enfrentarse a la hostil mirada del otro. Alérgico a la burocracia, detesta ir a las ventanillas de la administración pública, sobre todo si va con la razón, pues teme no saber defender sus intereses y quedar además como un imbécil.

Vive las relaciones interpersonales como conflictos inevitables que provocan la necesidad de protegerse de ellas. De ahí, la urgencia de enviar su cuerpo adecuadamente vestido a luchar contra los elementos, mientras su propio Yo queda en casa bien arropado.

Está de tal modo habituado a temer el ridículo, la crítica o la desaprobación, que su mirada, su voz y sus gestos, contra su voluntad, expresan un miedo irracional ante la proximidad de cualquier potencial



adversario. Es una de esas patéticas personas cuyo principal problema consiste en protegerse de los demás. Es rígido, cauteloso, silencioso si es necesario, receloso siempre e incapaz de mostrarse natural y confiado. Ante el prójimo su escasa espontaneidad se pierde y su despreocupación termina.

Parece resignado con el espacio logrado. No siente demasiada curiosidad por lo que rebasa la línea de su horizonte, pues teme a lo que puede haber más allá. Insiste una y otra vez en lo conocido, en un inamovible recorrido dentro del repertorio de lo consuetudinario. Sus iniciativas se reducen a la consumación de recorridos harto repetidos y familiares, en un marco social atestado de temores injustificados, del cual sólo emerge hacia destinos estrictamente previstos. Y si traspasa este umbral, no lo hace sin la presencia de su acompañante habitual-objeto contrafóbico-, con quien mantiene una estrecha relación dependiente, inmadura y cargada de agresividad, que incluso puede llegar a ser sádica.

Como todo solitario tiene una gran vocación de masas, vive y sobrevive rodeado de gente, aunque sea imaginaria. Hace las cosas para que lo quieran los demás, y también para que le odien un poco, que el odio bien llevado acompaña mucho.

En fin, en esta sociedad darwiniana, en la que hasta para comprar el pan se necesita una Anfetamina, lo que se lleva es temperamento, mucho temperamento, una cosa que ya inventaron los románticos.

• La renuncia a ser

El opulento mundo desarrollado vestido de volantes de billetes y adornado con abalorios de monedas, vive inmerso en una danza de flujos financieros y de capitales, en un baile de oro y piedras preciosas, en un frívolo ritual de dinero. Por mor de la riqueza se vive en un permanente conflicto, enfrentados unos contra otros. Todos contra todos. De esta forma, el estrés producido por la feroz competencia ha alcanzado una magnitud de tales proporciones que no es extraño que haga estallar a un número cada vez mayor de personas. Son los mártires del andamiaje capitalista, los que ignoran dónde está Wall Street. Las aturridas calles de las ciudades están llenas de hombres y mujeres incapaces de seguir el

ritmo desenfrenado propio del crecimiento material y tecnológico. Llega un momento en el que la marea humana, impregnada de olor a fatiga social, se ve desbordada y, tras una titánica lucha por mantenerse de pie en su frágil peana freudiana, repleta de complejos, termina por claudicar. Su mundo se convierte en un pequeño rincón sin luces. Su horizonte se pliega y se centra sobre un punto único y trágico: la muerte.

El mundo occidental acostumbra a utilizar las fiestas, los banquetes, los regalos, las vacaciones, los homenajes, los premios, los juegos, las bromas, el humor e incluso el sexo, para reactivar y mantener el clima eufórico que la sociedad considera aceptable. Sin embargo, el estable bienestar, que lógicamente se deriva de un empleo estable y de una justa distribución de la riqueza, se excluye paradójicamente como estímulo apropiado para producir alegría. Los ricos, en consecuencia, son cada vez más ricos y los pobres cada vez más numerosos. Y para qué nos vamos a engañar, los pobres de solemnidad, no están para saraos y cuchipandas, pues la miseria no se festeja.

Cuando el desmoronamiento personal es vivido como un hecho lógico y comprensible, como ocurre ante un desengaño amoroso, el sujeto es consciente de que puede salir de su estado de crisis; pero cuando la **depresión** viene marcada por la soledad, las desgracias, las enfermedades, el desempleo o el trabajo eventual, las inhumanas condiciones de trabajo o la insoponible turbiedad laboral; cuando el futuro está desprovisto de perspectivas, la fractura vital asume características estables. Si en un principio, la crisis se atribuye a las miserables condiciones de vida, pasado un tiempo, el deprimido llega a convencerse de que es, en realidad, un perdedor, un fracasado que no ha sabido luchar con el suficiente coraje, y se encierra en una clausura autopunitiva.

A partir de este momento, la vida se convierte para él en un abismo de dolor; el tiempo se detiene y eterniza; la idea de tener que soportar un día más le asusta: no consigue imaginarse cómo conseguirá llenar unas pocas horas que se le antojan vacías, inútiles y desprovistas de sentido. El desazonado y pequeño hombrecillo que, lejos de aspirar a una vida regalada, sorprendente y atractiva, tan sólo buscaba un

insignificante lugar en el planeta, un rinconcito donde vivir con dignidad, se da cuenta, de pronto, de que su existencia es incolora, uniforme y petrificada. Privado de creatividad e incapaz de formular proyectos concretos, percibe que está escribiendo la página más inútil de su vida. Se ve, por ello, obligado a replantearse de forma urgente, profunda y radical su relación con la sociedad y consigo mismo, sin embargo, cuando experimenta sobre su propio pellejo la dureza e inutilidad de sus afanes contestatarios, se torna, tras los primeros embates, manso hasta la impertinencia. Se encoge hasta hacerse diminuto y entonces, cuando ya no ve salida alguna, sucumbe y da todo por concluido. ¿Qué puede esperar de la degradación de la generosidad, la solidaridad y la compasión, magnitudes óptimas para la vida del ser humano, sino el colapso personal? Su suerte está echada.

Después, vaga entre tinieblas buscando algún camino que modifique su deprimido y afligido estado de ánimo, que si por algo se caracteriza es por su arrasadora esterilidad. Con el pensamiento ralentizado, la despensa casi vacía de ideas, la memoria jadeante y asmática, la concentración en Babia, el sexo a punto de desencuadernarse y una congoja devastadora, es incapaz de dar un paso adelante ni siquiera para acostarse.

Si sus aspiraciones están suspendidas, sus obligaciones, desterradas: hacer la compra, arreglar la casa, hacer la comida, asearse, ver la televisión, ir al cine, leer la correspondencia o salir a tomar un café, suponen un dispendio que no puede permitirse.

Su vida es ciertamente esquinada, sombría y gélida. Nada le colma de satisfacción y nada le divierte. Lo que antes, en algún momento, le arranca instantes de felicidad, ahora no es capaz de procurarle siquiera un efímero destello de alegría. Le embarga una tristeza inmensa y torturante. El reloj vital se detiene y el espacio se espesa: ya no camina, reptar. El temor viene de todas partes y de ninguna; espera lo peor, lo que le hace estar al acecho, insomne una noche tras otra.

Una corriente fría y lacerante se le cuela por todos los poros de su piel hasta producirle un extraño sentimiento de culpabilidad, tan asfixiante como innecesario. Así, sin un juicio justo, rebajado y humillado, es

condenado a una existencia sin aliento vital; después, melancólico, abatido y agotado, se siente como un reo que presiente cercano el patíbulo.

Hay momentos en los que se resigna a la muerte, la llega a desear, se da por muerto, pero algo esencial falta: el grito final, el estremecimiento definitivo, el sentido último de lo irreparable, la autenticidad de la muerte misma.

Aturdido, inmóvil y con el corazón enajenado, nada tiene ya para él resonancia emocional. Sus afectos no pueden ser proyectados en ninguna de las múltiples direcciones posibles. La ilusión y la esperanza se derrumban conjuntamente. Presiente confuso que se halla ante un extraño umbral de sombras, tras el cual le acecha la nada.

La depresión llega a ser espantosa. Una sensación atroz, una descomposición del espíritu y un horrible espasmo del pensamiento, estallan finalmente en un llanto incoercible y angustioso. Cuando, presa del desaliento y ausentes las metas y, con ellas, las razones de la existencia, las fuerzas se agotan y el deseo se disuelve, el pensamiento se orienta unidireccionalmente hacia la muerte. Hasta pierde el apetito, se desnuda, y el cuerpo, poco a poco, se consume. Es la muerte, precisamente, la que puede poner fin a una vida miserable, sin sentido, sin objeto alguno y sin actitud digna y erguida. La muerte se convierte en el único deseo. Llega un momento en el que no le es posible aferrarse a la vida a toda costa y a cualquier precio, no puede exigirse aguantar lo insoportable. El sufrimiento forzoso y acentuado choca frontalmente con su maltrecho decoro, y si no puede hacer nada, si no puede cambiar las cosas, si se encuentra con unas circunstancias que ni ha creado ni puede modificar: ¿qué otra cosa puede desear más que su propia muerte? Cuando no puede más, la muerte le parece la única elección posible. La fatiga se hace irreversible y una inquietud difusa se apodera de él. El cuerpo le tiembla y un sudor frío le empapa la piel. Instantes después, los somníferos o un soga eficazmente anudada al cuello siegan su vida definitivamente. Inicia un insensible y delicado viaje hacia una profunda oscuridad tranquilizadora, sin fondo ni distancias, sin puntos de referencia, vacía e insonorizada, interminable e irreconocible y, sin embargo, familiar. Una sima absur-



damente lógica. Pierde la sensación de su cuerpo, es testigo de su caída, deshaciéndose, disolviéndose y desapareciendo de su propia mirada. Se aleja, duerme en la indecisa frontera de la nada, desprovisto de palabras y deshabitado de recuerdos. La huella de su identidad, tenue y evanescente, casi imperceptible y remota, va desapareciendo de umbral de la consciencia y desflecándose insensiblemente hacia la nada. El **suicidio** se ha consumado. Ha renunciado para siempre a ser. Éste es, *velis nolis*, el final de muchos desheredados de la tierra de promisión.

Conclusiones

Se pueden extraer tres conclusiones de lo expuesto anteriormente:

-El mundo actual es cada vez más intrincado, competitivo y exigente.

-A esta dificultad creciente, sólo podrán adaptarse los mejor dotados y más preparados.

-Los más vulnerables sucumben víctimas de importantes desajustes adaptativos. En efecto, la vorágine de cambios tan profundos y sobre todo vertiginosos, han determinado la conformación de un mundo cada vez más complejo, desafiante, competitivo e inflexible. El mundo en que nos encontramos hoy en vez de estar cada vez más bajo nuestro control, parece fuera de él. El progreso de la ciencia y la tecnología parecían augurar una vida más segura y predecible para la humanidad, sin embargo, hemos podido constatar que tienen a menudo el efecto contrario. La inseguridad y la incertidumbre impregnan el futuro de la condición humana. El ser humano parece un pímeo zarandeado por las fluctuaciones de la economía mundial, los riesgos ecológicos, los incesantes cambios tecnológicos, el exceso de información que debe procesar y por la pérdida de valores: lo que ayer parecía venerable y digno, de la noche a la mañana, parece pintoresco o incluso ridículo. La humanidad no ha tenido tiempo para adaptarse a las bruscas y potentes transformaciones que se han producido a su alrededor. Este desajuste exige un titánico esfuerzo adaptativo, que sólo los mejor dotados van a poder realizar. Quizá estemos asistiendo al nacimiento del superhombre de Nietzsche. Mientras, los más

desafortunados sucumben en la profundidad de su desgracia y avanzan por el nuevo milenio con la incertidumbre de quien avizora un abismo.

Independientemente de la vulnerabilidad individual derivada de anomalías genéticas, de experiencias traumáticas precoces o de daños neurobioquímicos, la explosión de contradicciones lentamente acumuladas y durante demasiado tiempo irresueltas, determinan un viaje al sufrimiento, que termina por desencadenar una situación de crisis existencial de mayor o menor envergadura y duración, en muchos casos tan persistente, que adopta la forma de reacciones del ser frente a un mundo hostil. No se trata pues de excrecencias casuales del psiquismo, y tampoco de fortuitos giros viciosos a lo largo de la línea de la propia biografía: son, por el contrario, parte integrante y significativa del acontecimiento humano en una vida concreta, de una época histórica determinada y de una estructura socioeconómica bien definida. El ser humano, esa cosa tan insignificante y transitoria, tan reiteradamente aplastada por catástrofes y guerras, tan cruelmente puesta a prueba por enfermedades y muertes de seres queridos, se enfrenta ahora a una sociedad virtual que le aleja del corazón de las cosas y le hunde en una indiferencia metafísica que le hace olvidar el latido de la vida. Es la crisis de una concepción del mundo y de la existencia. En nuestra experiencia, tres han sido las posiciones existenciales identificadas como respuesta a esta difícil encrucijada de la historia: la necesidad de ser más, el temor de ser y la renuncia a ser.

Únicamente los valores del espíritu nos pueden salvar de la catástrofe que amenaza la condición humana.

Dirección de contacto:
Fabrizio de Potestad Menéndez
 Sancho El Fuerte, 69 bis, 5° C
 31007 Pamplona.
 Tel: 948 25 63 65
 Móvil: 676 684 908
 E mail: fabdepopa@latinmail.com



Bibliografía:

- Andreas-Salomé, L., "El narcisismo como doble dirección" Tusquets Editores, 1982
- Angley, N., "The phenomenological study of 90 patients with panic disorder," *Psych Dev*, 1989; 3, pp.187-209
- Bleichmar, H., "El narcisismo" Ediciones Nueva Visión, 1982
- Berkowitz, L., "Suicide self directed hostility" *Reading in Psychology and Human Experience*. Glencoe Press, Londres, 1974
- Cox, B.I., "Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia" *Am J Psychiatry*, 1994, pp. 882-887
- Chomsky, N., "El nuevo orden mundial" Ediciones Grijalvo, Barcelona, 1996
- Davidson, J.R.T., "The Boundary of social phobia" *Arch Gen Psychiatry*, 1994, 51, pp.975-983
- Deleuze, G., Guattari, F., "El antiedipo" Barral Editores, Barcelona, 1974
- Deshaies, G., "Le suicide" *Enc. Med. Chirurg. Psychiatrie I*, 371 40 G-10, 1955
- Fyer, A.J., "A direct interview family study of social phobia" *Arch Gen Psychiatry*, 1993, 50, pp.286-293
- Freud, S., "Introducción al narcisismo" *St. Ed; Vol XIV*, p 77
- Hippius, H., "Das depressive Syndrom" Urban and Schwarzenberg, Munich, 1964
- Kierkegaard, S., "El concepto de la angustia" Espasa Calpe, Madrid, 1967
- Laín Entralgo, P., "Qué es el hombre" Ediciones Nobel, Oviedo, 1999
- Laín Entralgo, P., "Esperanza en tiempo de crisis" Galaxia Gutemberg, Barcelona, 1993
- Sartre, J.P., "El Ser y la Nada" Editorial Losada, Buenos Aires, 1976
- Sartre, J.P., "Crítica de la razón dialéctica" Editorial Losada, Vol I, II, Buenos Aires, 1963
- Sartre, J.P., "Bosquejo de una teoría de las emociones" Alianza Editorial, 1987
- Steiner, G., "La barbarie de la ignorancia" Taller de Mario Muchnik, Madrid, 1999
- Stevenson, L., "Siete teorías de la naturaleza humana" Ediciones Cátedra, Madrid, 1974
- Yllá, L., "Las fobias desde el punto de vista psicoanalítico" *Rev Symposium sobre Neurosis fóbicas*" Bilbao, noviembre 1973, pp. 51-56

Perfil de los jóvenes transeúntes. Dificultades para la utilización de los servicios sociosanitarios y propuestas de mejora.

Manolo Romero, Manuel Ramos, Joan Carles March, y cols

Escuela Andaluza de Salud Pública
Granada

RESUMEN

Objetivos. Describir el perfil actual de los jóvenes sin hogar, analizar su utilización de los recursos sociosanitarios disponibles, tanto desde su punto de vista como desde el punto de vista de los responsables de dichos recursos, y, en tercer lugar, recoger las propuestas de mejora de la situación presente expresadas por ambos.

Metodología. Estudio descriptivo transversal consistente en la administración de una entrevista estructurada a una muestra intencionada de 50 jóvenes sin hogar (JSH) y un cuestionario a una muestra de 22 responsables de recursos sociosanitarios dirigidos a la población sin hogar. El estudio forma parte de un proyecto multicéntrico coordinado por la Asociación Prevention-Santé y financiado por la Unión Europea. Las entrevistas a JSH se realizaron en Granada. Los JSH fueron identificados y entrevistados por iguales. El guión de la entrevista incluyó las siguientes dimensiones: tiempo que llevan como JSH, motivos, bienestar percibido, necesidades percibidas, respuesta a las mismas de los recursos sociosanitarios existentes y problemas de los mismos. Para los responsables de los recursos sociosanitarios se utilizó una adaptación de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, compuesto por 27 ítems de acuerdo a tres bloques temáticos: perfil de la población usuaria, utilización de servicios por parte de los JSH y problemas percibidos por el centro así

como propuestas de mejora. El cuestionario se mandó por correo a 26 centros y respondieron 22. Se realizó un análisis descriptivo, correlaciones entre algunos ítems y un análisis de contenido de las preguntas abiertas según las dimensiones descritas.

Resultados. De acuerdo a los responsables de los recursos sociosanitarios, dos tercios de los JSH son varones y un tercio mujeres, con edades entre los 19,6 y los 34 años, una edad media de inicio a la situación de JSH de 19 años y un nivel educativo bajo. Los problemas de salud que tienen los JSH son, por orden de frecuencia: la falta de higiene, el VIH/sida, la hepatitis C, la drogadicción, la tuberculosis, la hepatitis B y alteraciones psicológicas. Los motivos más frecuentes expresados por los JSH que les llevaron a esta situación fueron el deseo de libertad (54%) y de vivir sin normas (50%), seguido de problemas familiares (44%). Cuando se les preguntó a los JSH si estaban bien con la vida que llevaban, 21 respondieron que sí, 16 que dijeron que estaban "ni bien ni mal" y 13 contestaron que no. A la pregunta de qué les gustaría hacer mañana, los JSH respondieron: tener algo de dinero (34%), viajar (22%), comprar un terreno o una casa (20%), resolver lo legal (16%) y practicar la solidaridad (16%). Los recursos más solicitados por los JSH son, en opinión de los directivos: albergues, centros de atención a drogodependientes y servicios sanitarios. Los JSH se quejaron principalmente de las normas estrictas y de la burocracia existente en los centros. La

mayoría coincidieron en que las necesidades más básicas sí son cubiertas, pero los centros desconocen sus verdaderas necesidades. Los responsables de los centros parecen conocer la limitación que supone para los JSH las reglas existentes en los mismos, pero mientras que para algunos son necesarias, otros creen que sería mejor flexibilizarlas y ofrecer una atención individualizada. Los centros demandan más recursos, la libertad para gestionarlos y más profesionales.

Conclusiones. Se pone de manifiesto la necesidad de conocer con mayor profundidad las necesidades de los jóvenes sin hogar en relación con su salud, de continuar el proceso de cambio de la red socio-sanitaria hacia programas integrales con el soporte político y financiero de las Administraciones y teniendo en cuenta las necesidades percibidas por los beneficiarios. El perfil actual de la población sin hogar sugiere la necesidad de intervenir para prevenir el sinhogarismo promocionando el empleo y la vivienda juveniles.

Palabras clave: Sin hogar, Jóvenes, Salud, Servicios sociosanitarios.

SUMMARY

Objectives. To describe current profile of young homeless, to analyze their use of available social services, both from their own point of view and from that of the resource managers and, finally, to record proposals to improve the current situation made by both parties.

Methodology. Cross-sectional descriptive study consisting of holding a structured interview with a deliberate sample of 50 young homeless and administering a questionnaire to a sample of 22 managers social services aimed at the homeless population. This study forms part of a multicenter study coordinated by the NGO Prevention-Santé and supported by the European Union. Interviews were carried out in Granada (Spain) by peers. The interviews included the following dimensions: length of time they have lived homeless and their reasons; perceived welfare; perceived needs; response to these needs by the existing social services; and problems of the social

services. For the service managers a World Health Organization questionnaire was adapted, with 27 items divided into three sections: user population profile, use of services by young homeless people and problems perceived by the center as well as proposals for improvement. The questionnaire was sent to 26 centers, and 22 replied. A descriptive analysis was carried out, certain items were correlated and a content analysis was performed of the open questions according to the dimensions described.

Results. In accordance with the managers of the social services, two out of three young homeless people are men and one out of three women, with ages between 19.6 and 34 years, the mean age for entering into a homeless situation is 19 years and with a low level of education. The most frequent health problems among young homeless people were, in order of frequency: lack of hygiene, HIV/Aids, hepatitis C, drug dependency, tuberculosis, hepatitis B and psychological disorders. The most frequent reasons given for being homeless were the desire for freedom (54%), a wish to live without rules (50%) and family problems (44%). When asked if they were happy with their life, 21 answered yes, 16 replied they were "neither happy nor unhappy", and 13 said no. To the question of what they would like to do tomorrow, 34% answered that they would like some money, 22% would like to travel, 20% to buy a house or a piece of land, 16% to resolve their legal problems and 16% to undertake acts of solidarity. According to the managers' opinion, the most requested resources were: shelters; drug-dependency treatment centers; and health services. Young homeless people complained mainly about the strict rules and bureaucracy that exists in centers. Most agreed that basic needs are covered, but that the centers are not aware of their real needs. The service managers seem to know that the centers' strict rules are a limitation for these homeless people, but whereas some managers feel that these rules are necessary, others think it would be advisable to make them more flexible and to offer a more individualized approach. The centers call for more resources, freedom to manage these resources and more professionals.



Conclusions. It is clearly necessary to explore in greater detail the needs of young homeless people in terms of health, continuing the process of change of the welfare network towards integral programs with the political and financial support of the authorities and taking into account the needs perceived by the beneficiaries. The current profile of the homeless population suggests the need of interventions to prevent homelessness by promoting employment and housing for society's young population.

Key words: Homeless, Young people, Health, Social and health services

Introducción

En los últimos veinte años se ha producido a nivel internacional un incremento de la población sin hogar, y sobre todo un cambio de perfil, con un marcado aumento de jóvenes, mujeres e inmigrantes^{1,2}. En España, este fenómeno se inició durante los noventa, y ha sido vinculado con una serie de fenómenos³: los cambios producidos en el mercado laboral que han desembocado en la precarización del mismo⁴, el encarecimiento de las viviendas⁵ y, en tercer lugar, con la epidemia de delincuencia-heroina de los 80 seguida de la aparición del sida⁶. En los países industrializados, ser un "sin hogar" se identifica con ser pobre. En la actualidad, existe en torno a este tema una transición conceptual. Términos usados en el pasado como el de vagabundo, "sin techo", transeúnte, carrilano, etc, hoy están siendo sustituidos por el de persona sin hogar, en referencia a la población que vive en situación extrema de exclusión social⁷, fenómeno complejo y dinámico relacionado con la ausencia de oportunidades vitales que impide o dificulta el desarrollo de las personas que lo padecen. También se ha propuesto⁸ que el término "sin hogar" (*homeless*) sea sustituido por el de "sin vivienda" (*houseless*) puesto que es precisamente la carencia de vivienda lo que determina la imposibilidad de llevar a cabo otras realizaciones personales y sociales como, por ejemplo, la creación de un hogar⁹. Además, el concepto de "sin hogar" puede restringirse a las personas que care-

cen de vivienda o bien extenderse también a quienes ocupan un alojamiento precario⁰.

El perfil de los antiguos vagabundos era el de varones de mediana edad, frecuentemente con problemas de dependencia al alcohol o con trastornos mentales, que recorrían el país buscando trabajo o buscándose la vida³. Cáritas¹, organización que lidera la atención sanitaria a esta población en España, utiliza una adaptación de la definición del grupo FEANTSA, creadores del Observatorio Europeo de los "sin hogar" y define a las personas sin hogar como: "aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente, y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma."

Uno de los problemas que surgen al estudiar la problemática de las personas sin hogar deriva del hecho de que se trata de una población dinámica y paradójicamente oculta y, por tanto, difícil de cuantificar. En algunos países se han utilizado técnicas indirectas, como el método de captura-recaptura para estimarla¹¹, aunque lo más usual es hacer estimaciones a partir de su utilización de los servicios sociosanitarios. En la Unión Europea, se estima que hay alrededor de 3 millones de personas sin vivienda, más unos 15 millones que habitan viviendas precarias¹², mientras que en España habría entre 20 y 30.000 personas sin vivienda, y 273.000 con viviendas precarias¹.

Los objetivos del presente estudio son describir el perfil actual de los jóvenes sin hogar en Granada, analizar su utilización de los recursos sociosanitarios disponibles, tanto desde su punto de vista como desde el punto de vista de los responsables de dichos recursos, y, en tercer lugar, recoger las propuestas de mejora de la situación presente expresadas por ambos.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de diciembre del 2000 y enero del 2001 en la ciudad de Granada consistente en la administración de una entrevista estructurada a una muestra

intencionada de 50 jóvenes sin hogar y un cuestionario a una muestra de 26 directivos de recursos sociosanitarios dirigidos a la población sin hogar. El estudio forma parte de un proyecto multicéntrico más amplio coordinado por la Asociación Prevention-Santé y financiado por la Unión Europea, en el que participaron 6 países: Italia, Francia, Holanda Austria, Portugal y España. El objetivo último del proyecto fue la creación de un Centro Europeo de Investigación e Información sobre jóvenes sin hogar. En este artículo se presentan algunos de los resultados de la muestra española.

Como joven sin hogar (en adelante JSH), hemos considerado a aquellos jóvenes (15 a 29 años) que, bien voluntariamente o por causas externas a ellos, viven fuera de su entorno natural, carecen de recursos y, por tanto, se encuentran en situación de exclusión social. Las entrevistas a JSH se realizaron en la ciudad de Granada. Los JSH fueron identificados y entrevistados por iguales entrenados en siete zonas de la ciudad consideradas clave por el habitual asentamiento de los JSH en las mismas. De los 65 JSH a los que se les propuso realizar la encuesta, 50 de ellos aceptaron. El guión de la entrevista estuvo compuesto por 11 preguntas, 7 de las cuales eran abiertas. Las dimensiones de estudio fueron: tiempo que llevan como PSH, motivos, bienestar percibido, necesidades percibidas, respuesta a las mismas de los recursos sociosanitarios existentes y problemas de los recursos disponibles. Las entrevistas tuvieron una duración media de 45 minutos, y los entrevistadores registraron la información de las mismas mediante un cuaderno de notas.

Los recursos sociosanitarios fueron seleccionados a partir de una base de datos elaborada por el Ministerio de Asuntos Sociales¹³ en función de dos criterios: ubicarse en una de las tres ciudades españolas seleccionadas para el proyecto: Granada, Valencia y Bilbao, y estar orientado específicamente a la atención sociosanitaria de la población sin hogar. De los 26 centros a los que se mandó el cuestionario por correo, 22 respondieron, lo que representa una tasa de respuesta del 84,6%. El instrumento utilizado fue una adaptación realizada por el equipo de investigación de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud⁴, pilotado en París por la Asociación

Prevention-Santé. Estaba compuesto por un total de 27 ítems de acuerdo a tres bloques temáticos: perfil de la población usuaria (13 ítems), utilización de servicios por parte de los JSH (7 ítems) y problemas percibidos por el centro así como propuestas de mejora (7 preguntas abiertas).

Las preguntas abiertas fueron analizadas mediante un análisis de contenido de acuerdo a las dimensiones mencionadas anteriormente, si bien algunas de ellas fueron posteriormente transformadas en variables dicotómicas dada la homogeneidad de las respuestas. Para las preguntas cerradas se realizó un análisis descriptivo, un análisis factorial en los casos de respuestas múltiples y análisis de correlaciones entre determinados ítems de nuestro interés. El soporte informático utilizado fue el programa SPSS 9.

Resultados

Objetivo 1. Describir el perfil actual de los JSH

El perfil de los usuarios de los centros sociosanitarios, en opinión de sus directivos, se muestra en la figura 1, donde se puede observar que todos ellos han descrito a sus clientes como jóvenes sin domicilio, en segundo lugar, como inmigrantes y, en tercer lugar, como mujeres "de paso". De acuerdo a los directivos, dos tercios son varones (66%) y un tercio mujeres (34%), con una edad media que oscila entre los 19,6 y los 34 años. La edad media de inicio a la situación de JSH es, según los directivos, de 19 años. La mayoría de los centros consideran que sus clientes tienen un nivel educativo bajo (15 centros de 22), aunque 6 de ellos considera su nivel educativo como medio. También para la mayor parte de centros, los JSH viven solos (15 centros), especialmente en albergues (16 centros) o plazas públicas (14 centros). El tiempo medio de duración de su situación de JSH es, según los directivos, de 2,7 años. Por su parte, el 70% de los JSH entrevistados declararon llevar menos de 3 años en esta situación, y el 30% más de 3 años, de los cuales el 12% afirmó llevar más de 10 años. Los problemas de salud que más frecuentemente tienen los JSH cuando acuden a los centros de acogida son, según los directivos: la falta de higiene (18 centros de 22), el VIH/sida (14 centros), la hepatitis C (12



centros), la drogadicción (10 centros), la tuberculosis (8 centros), la hepatitis B (7 centros), alteraciones psicopatológicas (7 centros) y el uso de drogas por vía parenteral (6 centros).

Cuando se les preguntó a los JSH por los motivos por los que estaban en esta situación, las respuestas más frecuentes fueron el deseo de libertad (54%) y de vivir sin normas (50%), seguido de problemas familiares (44%), como se muestra en la figura 2. Ser JSH para alejarse de las drogas se correlacionó de forma positiva con tener problemas legales ($p < 0,001$), mientras que querer vivir sin normas se correlacionó de forma positiva con ser JSH por deseos de libertad ($p < 0,001$), por dinero ($p < 0,001$) o para viajar ($p = 0,018$). A su vez, los directivos de los centros consideraron con mayor frecuencia los motivos personales (18 centros de 22) frente a los motivos familiares (10 centros) como la causa por la que los JSH se encuentran en esta situación. Entre los motivos personales aducidos, destacó la existencia de dificultades de socialización (10 centros) y entre los motivos familiares, la desestructuración familiar (8 centros) y una historia familiar de alcoholismo (6 centros). Además, la mayor parte de centros (18 de 22) consideró que los JSH tienen problemas legales.

Cuando se les preguntó a los JSH si estaban bien con la vida que llevaban, 21 respondieron que sí, 16 que dijeron que estaban "ni bien ni mal" y 13 contestaron que no. A la pregunta de qué les gustaría hacer mañana, los JSH respondieron: tener algo de dinero (34%), viajar (22%), comprar un terreno o una casa (20%), resolver lo legal (16%) y practicar la solidaridad con los desfavorecidos (16%). Querer algo de dinero se asoció de forma positiva con querer viajar ($p = 0,018$). La mayoría de los JSH (41 de los 45 que contestaron) dijeron que no se sentían en situación de poder hacer realidad este deseo. Cuando se les preguntó qué les faltaría para conseguir su deseo, la mitad de los que contestaron a esta pregunta (18 de 41) dijo que trabajar, 12 dijeron que nada, 7 que encontrar una pareja, y 4 expresaron arrepentimiento por la vida que llevaban. Los JSH describieron el trabajo que estarían dispuestos a realizar de la siguiente manera: "...si aprendiera algo fácil para hacer..." "...un trabajo de medio día sería lo mío..." "...podría hacer algo manual..."

"Me gustaría aprender un trabajo relacionado con el campo". Por otra parte, más de la mitad de los directivos de los centros (14 de 22), opinaron que los JSH aceptarían un trabajo si se le ofreciera. Finalmente, al plantear a los JSH la hipótesis de que se les diera lo que les falta, 28 de los 34 que contestaron a esta pregunta dijeron que seguirían llevando el mismo tipo de vida, mientras que 6 la abandonarían.

Objetivo 2. Analizar la utilización de recursos sociosanitarios por parte de los JSH

Según los directivos de los recursos sociosanitarios que participaron en el estudio, los objetivos prioritarios de dichos centros son: ofrecer información y orientación (20 de los 22 centros), ofrecer albergue, comida y otros servicios básicos (16 centros), ofrecer respuesta a problemas médicos o sociales (15 centros) y, por último, realizar formación sociolaboral y educativa (6 centros). La media de plazas por centro fue de 22 en un rango desde 6 hasta 75 plazas. Los recursos más solicitados por los JSH son, en opinión de los directivos: albergues (16 centros), centros de atención a drogodependientes (10 centros), servicios sanitarios (9 centros), servicios sociales (9 centros), asesoría legal (8 centros) y atención psicológica (7 centros) o psiquiátrica (4 centros). Las demandas concretas de los JSH cuando llegan a los centros, de acuerdo a los directivos, se muestran en la figura 3. En su opinión, los problemas que presentan los JSH que les llevan a solicitar ayuda son: su situación de excluidos sociales (17 centros), la falta de vivienda (16 centros), sus problemas legales (15 centros), la falta de recursos económicos (14 centros) y su adicción a drogas (12 centros).

Objetivo 3. Propuestas de mejora

Los JSH usuarios de los centros de acogida se quejaron principalmente de las normas estrictas y de la burocracia existente en los centros. La mayoría de usuarios coincidieron en que las necesidades más básicas, como comer y dormir, sí son cubiertas por estas instituciones, las cuales sin embargo desconocen sus verdaderas necesidades.

"Claro que te ayudan, estaría bueno que ni siquiera te dieran un plato de comida, pero de qué sirve la ayuda si en algunos sitios tienes que rellenar papeles y más papeles." "Yo creo que deberían aprovechar que vas

a estos centros y ayudarte en lo que te haga falta, y no en lo más fácil.”

Cuando se les preguntó a los JSH acerca de lo que no han podido encontrar en los centros, estos opinaron que lo que les falta a estas instituciones es, sobre todo, “calor,” tanto por el trato recibido por parte de los trabajadores de los mismos, como por la escasa calidad de las infraestructuras.

“Vale que no son hoteles, pero tampoco es para que sean tan incómodos y fríos.”

“Si la gente que trabaja supiera que están con personas, seguro que no parecería todo tan frío.”

“Yo lo que más he echado de menos es sentirte un poco como en una casa. No sé porqué le dicen casas de acogida.”

Por estos motivos, algunos de ellos declararon haber dejado de acudir a los centros:

“Si como yo han tenido una historia mala en estos sitios ya no se te olvida, y mientras pueda seguiré arreglándome por mí mismo.”

También hubo algunos JSH que dijeron no utilizar estos recursos por ir en contra de sus sentimientos de libertad e independencia.

“No los utilizaré porque cuando me fui lo hice para arreglarme solo en todo lo que pudiera. Para mí está cerca de mi concepto de libertad el no depender de nadie mientras pueda.”

“Estos centros son para quien no sabe buscarse la vida...”

Los directivos de los centros parecen conocer la limitación que supone para los JSH la burocracia y las reglas existentes en los mismos, pero mientras que para algunos son necesarias y fruto de la experiencia de muchos años, otros creen que lo óptimo sería ser más flexible y poder ofrecer una atención más individualizada.

“En cuanto les dices que tienen que cumplir un papel ya se ponen nerviosos. Muchos quieren pasar desapercibidos y no tienen ni documentos.”

“Yo creo que las normas sí son adecuadas, y además son el resultado de muchos años de trabajo...los jóvenes son los que realizan una lectura de las mismas interesada a sus objetivos. Su poca disposición a salir de donde están es otro de los motivos por los que no podemos decir que somos exitosos con todos.”

“Cada chico que se va por saltarse los límites es una persona que posiblemente no

vuelva...Por eso...hay que flexibilizar las normas y poner el menor número de limitaciones entre los chavales y los dispositivos.”

Las principales dificultades expresadas por los centros han sido la escasez de recursos, y sobre todo la libertad para gestionarlos para reorientar los servicios y adaptarlos al nuevo perfil de JSH.

“El motivo principal es que muchos centros han quedado obsoletos...Habría que ampliar las ofertas con estructuras para otras personas...”

“...el problema es que sin dinero ya puedes tenerlas claras, que te quedas con las ganas de ponerlas en práctica.”

“Creo que lo básico es que nos den libertad para decidir el destino de gasto de las subvenciones que recibimos. Quien mejor que nosotros conoce nuestras necesidades.”

Además, en opinión de algunos directivos, la formación de los profesionales es insuficiente, aunque para otros, es la actitud negativa de los JSH la responsable del poco éxito de los centros.

“Profesionalizando el personal de nuestros centros podríamos avanzar en la mejora de ciertos aspectos de funcionamiento.”

“...por la actitud negativa que de entrada tienen los usuarios hacia nosotros. No se implican en procesos que sean largos, y quieren que en dos días se les resuelvan todos sus problemas.”

Algunos centros tienen otras necesidades específicas como mejorar las instalaciones, ser dotado de más personal profesional, adaptar la infraestructura para los minusválidos...Otros creen necesaria una mayor coordinación entre los centros.

“Las medidas serían interminables...pero al menos lo más básico como poder contratar el mínimo de profesionales...Así hay que recurrir a voluntarios que no conocen siempre como tratar a estas personas.”

“Sólo con adaptar los servicios a las personas que no pueden subir escaleras, ya solucionaríamos una parte del problema.”

“...una necesidad, a la que hemos pedido solución a la administración, de adaptarse a las nuevas tecnologías. Poder coordinarnos con otros recursos y evitar la picaresca...”

Discusión

En este estudio se pone de manifiesto



como los jóvenes sin hogar intentan huir de la realidad eludiendo responsabilidades y problemas familiares. Muchos de los JSH quieren seguir viviendo esa vida, a pesar de tener problemas -a veces crónicos- de salud. Los problemas de salud más frecuentes son las infecciones por tuberculosis, VIH y hepatitis C, y las enfermedades mentales. Para seguir con su vida, los jóvenes sin hogar necesitan dinero y parece que estarían dispuestos a trabajar para conseguirlo. Los servicios que actualmente se les ofrece actúan más como servicios de contención y solución de emergencias que como agencias de integración social. Los jóvenes sin hogar reclaman un papel mayor en la planificación y gestión de los servicios orientados a resolver sus problemas.

A continuación comentamos estos resultados a la luz de la bibliografía sobre el tema. Según algunos expertos, no querer asumir responsabilidades es precisamente una de las características de la Juventud actual española¹⁵, relacionada con las dificultades que tienen los jóvenes para acceder al mercado laboral, la precariedad del mismo, y a la imposibilidad de conseguir vivienda¹⁶. Así, el “sinhogarismo” juvenil podría estar representando el fracaso de algunos jóvenes ante la sociedad competitiva del éxito, o bien una opción de vida para quienes rechazan este modelo de sociedad. En cualquier caso, parece importante implementar programas específicos dirigidos a la promoción del empleo y la vivienda juveniles, como viene siendo sugerido por algunas organizaciones como el Consejo de la Juventud¹⁷, ya que tanto la precariedad laboral como la falta de acceso a la vivienda parecen ser las claves para explicar el fenómeno del “sinhogarismo” juvenil.

De todos modos, el “sinhogarismo” es un fenómeno complejo y multifactorial, que en la última década se ha asociado a determinados factores¹⁸. Así, se sabe que los jóvenes que han padecido adversidades durante la infancia como una institucionalización prolongada, abusos sexuales o fracaso escolar tienen más probabilidades de convertirse en JSH¹⁹. Por otra parte, la prevalencia de drogodependencias^{20,21,22} y de trastornos mentales^{20,23,24} en personas sin hogar calculadas a partir de muestras de personas sin hogar identificadas desde los recursos sociosanitarios es más elevada

que en la población general. Dado que aún no se ha establecido la relación causal de estos factores con el “sinhogarismo”, también podría suceder que algunos de ellos fueran efecto en vez de causa⁵. En cualquiera de los dos casos, ello sugiere la importancia de dedicar esfuerzos a prevenir el sinhogarismo mediante la detección y el apoyo adecuado a las personas con riesgo desde la infancia.

Se ha observado que el sinhogarismo tiene efectos perjudiciales –directos e indirectos– sobre la salud²⁵. En una investigación realizada en Andalucía sobre las mujeres sin hogar se observó que los principales problemas de salud de la población sin hogar derivan de la exposición prolongada a inclemencias meteorológicas (problemas respiratorios y articulares), a la falta de higiene (enfermedades infecciosas), a la mala alimentación (déficits nutricionales y trastornos gastrointestinales), al estrés que supone la vida en la calle (depresión), y especialmente a sus conductas de riesgo (sida, hepatitis), lo cual ha sido confirmado en nuestro estudio por los responsables de los centros. Además, existen evidencias de que la población sin hogar presenta barreras de acceso a los servicios sanitarios²⁶, que empiezan por la pérdida de habilidades para buscar asistencia médica²⁵. Todo ello pone de manifiesto la vulnerabilidad de la población JSH y la necesidad de prestar especial atención a su estado de salud. Si bien en los últimos años parece haberse producido un cierto cambio en la cultura de los servicios sociosanitarios orientado a potenciar la reinserción de los JSH, lo cierto es que el cambio en nuestro país se está produciendo muy lentamente, y la red existente sigue garantizando únicamente las necesidades básicas¹, lo cual ha sido confirmado en nuestro estudio. Los JSH de nuestra muestra opinan que se les debería preguntar a ellos qué necesitan. Se ha observado que la participación de la opinión de los JSH en la detección de necesidades de los recursos sociosanitarios es una de las características importantes para el diseño de intervenciones efectivas para mejorar su situación²⁷, lo mismo que para otros grupos de población desfavorecidos como es la población penitenciaria²⁸. La principal necesidad manifestada en nuestro caso ha sido la disponibilidad de “algo de dinero”, así como “más calor” y menos

reglas en los centros de acogida. En otro estudio realizado en Estados Unidos, las principales necesidades expresadas por los transeúntes fueron, en este orden, que se les garantizara la seguridad personal, educación y transporte²⁹, acorde con la problemática de violencia juvenil que padece el país²⁷. Por otra parte, la existencia de excesivas reglas ha sido observada en otras investigaciones³⁰, y frente a ello, la recomendación del grupo FEANTSA es la de flexibilizar y personalizar la atención al máximo⁷.

Los recursos sociosanitarios, por su parte, reconocen haberse quedado obsoletos frente al nuevo perfil de usuarios, y reclaman de la Administración más recursos, mayor estabilidad de los mismos, y sobre todo mayor libertad para gestionarlos. De hecho, España invierte en la red sociosanitaria de atención a las personas sin recursos la mitad que la media de la Unión Europea³¹. La falta de recursos económicos, tradicionalmente unida a que la mayor parte de los centros asistenciales son gestionados por entidades y asociaciones ciudadanas sin ánimo de lucro, ha obligado a estas a recurrir al voluntariado como alternativa frente a la imposibilidad de contratar profesionales, con las consecuencias que conlleva, en algunos casos, su falta de conocimientos o experiencia profesional. Ambos problemas, la escasez de recursos y la falta de profesionales, han sido ya puestos de manifiesto en estudios anteriores^{1,3}.

La inexistencia de fuentes de registro de la población JSH, nos hizo optar por una muestra intencionada, como viene siendo frecuente en otros estudios realizados en esta población^{32,33,34}. Nuestra mayor limitación ha sido la ausencia de mujeres JSH en la muestra obtenida, cuando según los directivos de los centros, las mujeres representan un tercio de sus usuarios. Ello podría explicarse por el hecho de que el "sinhogarismo" de las mujeres suele ser más breve que el de los varones³⁵, bien porque se introducen en el mercado de la prostitución y dejan de carecer de recursos cambiando su estilo de vida y sus relaciones anteriores, o bien porque su familia pone más empeño en su regreso a casa que en el caso de los varones. En relación con ello, se ha observado que el muestreo de población sin hogar a partir de los lugares de alta concentración de los mismos

sesga en el sentido de sobreestimar los transeúntes de mayor duración³⁶. En cualquier caso, no podemos descartar la falta de habilidad de los encuestadores, que además eran todos varones.

La entrevista estructurada que se pasó a los JSH no incluía la recogida de variables sociodemográficas, lo que se hizo de forma intencionada para minimizar el rechazo que presenta esta población a "ser fichada". Si bien es otra de las limitaciones de nuestro estudio, algunos autores defienden que la opinión de los expertos, es decir, de aquellas personas que trabajan diariamente con esta población, es útil para describir las características sociodemográficas de la población que atienden, así como para observar los cambios que se producen en la misma¹.

En definitiva, este estudio describe algunas de las necesidades de los jóvenes sin hogar, especialmente en relación con su salud, y apunta a la reorientación de la red sociosanitaria dirigida a la población sin hogar mediante programas integrales con el soporte político y financiero de las Administraciones incluyendo en la planificación y gestión de estas actividades a los propios interesados. En tercer lugar, el perfil actual de la población sin hogar sugiere la necesidad de intervenir activamente para prevenir el sinhogarismo promocionando el empleo y la vivienda juveniles.

Agradecimientos. A la doctora M^a Victoria Zunzunegui y a Raúl Martín por sus enriquecedores comentarios, a los responsables de los centros y especialmente a los jóvenes, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

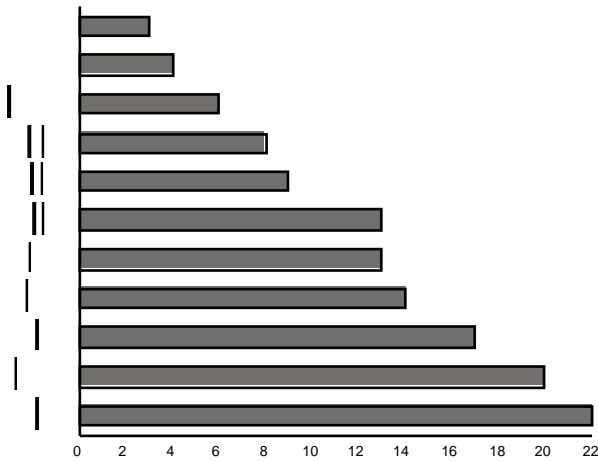


Correspondencia:
Manuel Romero Vallecillos.

Escuela Andaluza de Salud Pública.
Campus Universitario de Cartuja s/n 18080
Granada. Tf. 670650953.
E-mail: manolorv@jet.es

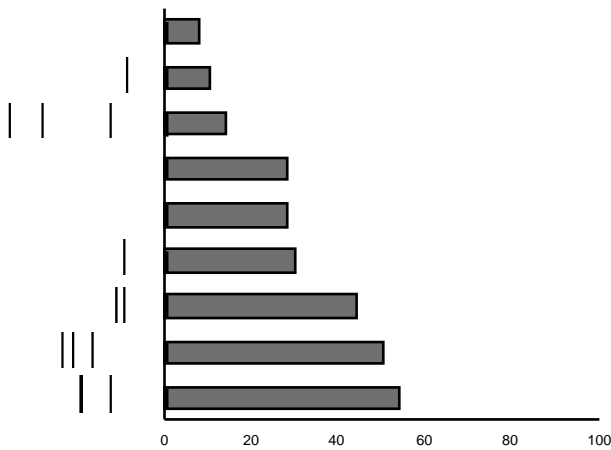


Figura 1. Perfil de los usuarios de los recursos sociosanitarios*



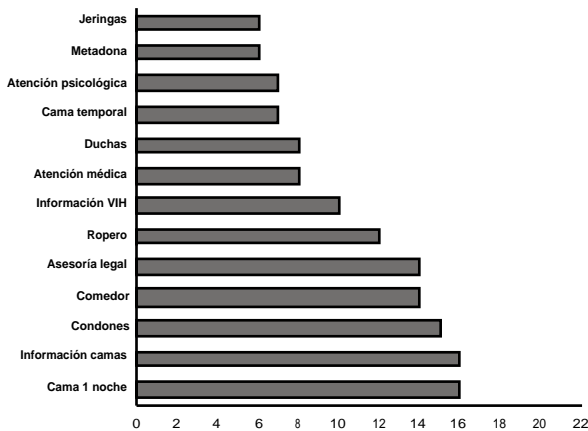
* En números absolutos (n=50)

Figura 2. Motivos por los que los JSH están en esta situación



* En porcentajes (n=50)

Figura 3. Demandas concretas de los JSH al llegar a los recursos sociosanitarios *



* En números absolutos (n=50)

Bibliografía:

1. Cabrera PJ. La acción social con personas sin hogar en España. Madrid: Cáritas; 2000.
2. Plumb JD. Homelessness: Reducing health disparities. Canadian Medical Association 2000; 163 (2): 172.
3. Escudero MJ. Mujeres sin hogar en Granada. Un estudio antropológico de la experiencia femenina de la pobreza. Universidad de Granada, 2000. Tesis doctoral.
4. Petras J. El informe Petras completo. Padres-hijos. Dos generaciones de trabajadores españoles. Ajoblanco 1996; 3: 16-82.
5. Juárez M (dir). V Informe sociológico sobre la realidad social de España. Madrid: Fundación FOESSA; 1994.
6. Gamella JF, Álvarez Roldán A. Drogas de síntesis en España: Patrones y tendencias de adquisición y consumo. Madrid: Plan Nacional de Drogodependencias; 1997
7. Edgar B, Doherty J, Mina-Coull A. Support and Housing in Europe. Tackling social exclusion in the European Union. Bristol: Policy Press; 2000. En: www.feantsa.org.
8. Shannon D. Finland: National strategy delivers positive results. En: www.feantsa.org.
9. Evans J. Access to housing is the key to social inclusion. En: www.feantsa.org.
10. Cortés L, Paniagua JL. La vivienda como factor de exclusión social. Documentación social 1997; 106: 93-147.
11. Fisher M, Turner S, Pugh R, Taylor C. Estimating numbers of homeless and homeless mentally ill people in north east Westminster by using capture-recapture analysis. British Medical Journal 1994; 308: 27-30.
12. FEAN TSA. Europe against exclusion: Housing for all. En: www.feantsa.org.
13. Guía de centros para transeúntes. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
14. Stimson G, Des Jarlais D, Ball A (eds). Drug injecting and HIV infection. London: WHO. University College London. UCL Press; 1998.
15. Moral F, Mateos A. El cambio en las actitudes y los valores de los jóvenes. Madrid: INJUVE. CIS; 1999.
16. Ruíz de Olabuénaga JI. La Juventud Liberta. Género y estilos de vida de la juventud urbana española. Bilbao: Fundación BBV; 1998.
17. Bases para una política de Juventud. Madrid: Consejo de la Juventud España; 1999.
18. Parmentier C. Homeless young people: the tip of the iceberg. En: www.feantsa.org.
19. Craig TK, Hodson S. Homeless youth in London: I. Childhood antecedents and psychiatric disorders. Psychol Med 1998; 28 (6): 1379-88.
20. Vazquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. Acta Psychiatrica Scandinava 1997; 95 (6): 523-530.
21. Kipke MD, Montgomery SB, Simon TR, Iverson EF. "Substance abuse" disorders among runaway and homeless youth. Substance Use and Misuse 1997; 32 (7-8): 969-986.
22. Green JM, Ennett ST, Ringwalt CL. Substance use among runaway and homeless youth in three national samples. American Journal of Public Health 1997; 87 (2): 229-35.
23. Slegers J, Spijker J, Van Limbeek J, Van Engeland H. Mental health problems among homeless adolescents. Acta Psychiatrica Scandinava 1998; 97 (4): 253-259.
24. Muñoz M, Vazquez C, Koegel P, Sanz J, Burnam MA. Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998; 33(10): 514-520.
25. Ambrose P. Health warning: Poor housing is bad for you. En: www.feantsa.org.
26. Kipke MD, Montgomery SB, Simon TR, Iverson EF. "Substance abuse" disorders among runaway and homeless youth. Substance Use and Misuse 1997; 32 (7-8): 969-986.
27. Acosta O, Toro PA. Let's ask the homeless people themselves: A needs assessment based on a probability sample of adults. American Journal of Community Psychology 2000; 28 (3): 343-366.
28. Birmingham L. Should prisoners have a say in prison health care? British Medical Journal 1997; 315 (1099): 65-66.
29. Dahlberg L. Youth violence in the United States. American Journal of Preventive Medicine 1998; 14 (4): 259-272.
30. Ensign J, Gittelsohn J. Health and access to care: perspectives of homeless youth in Baltimore City, USA. Social Science and Medicine 1998; 47 (12): 2087-2099.
31. Bayón M. España gasta en exclusión social un 0,2% del PIB, la mitad de la media de la UE. EL PAIS, 18 mayo 2001.
32. Rew L, Taylor-Seehafer M, Thomas NY, Yockey RD. Correlates of resilience in homeless adolescents. Journal of Nursing Scholarship 2001; 33 (1): 33-39.
33. Ennett ST, Bailey SL, Federman EB. Social network characteristics associated with risky behaviors among runaway and homeless youth. Journal of Health and Social Behavior 1999; 40 (1): 63-78.
34. Bailey SL, Camlin CS, Ennett ST. Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth. Journal of Adolescent Health 1998; 23 (6): 378-388.
35. Roll CN, Toro PA, Otola GL. Characteristics and experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. Journal of Community Psychology 1999; 27: 189-198.
36. Phelan JC, Link BG. Who are "the homeless"? Reconsidering the stability and composition of the homeless population. American Journal of Public Health 1999; 89 (9): 1334-1338.

Depresión infantil. Un estudio en la provincia de Soria

Eduardo Ladrón

Técnico de Salud.
Gerencia de Atención Primaria. Soria

Susana Alcalde y Pilar de la Viña

Psicólogas Clínicas
Unidad de Salud Mental. Soria

RESUMEN

El trabajo que se presenta evalúa la prevalencia de la depresión en niños de 4.º curso de Educación Primaria (curso 1999-2000) en los colegios públicos y privados de la provincia de Soria. Se realizó por muestreo aleatorio simple de los escolares de dicha edad.

Consta de dos fases. En la primera se administró el CDI. Todos los niños con puntuación CDI igual o mayor a 17 puntos fueron incluidos en la segunda fase como posibles deprimidos. En este segundo momento examinamos en profundidad a los niños seleccionados a través de la entrevista clínica semiestructurada CDRS-R y el cuestionario ESDM contestado por los profesores. Ofrecimos también tratamiento psicoterapéutico a los niños que cumplieron los criterios diagnósticos de la DSM-IV. Por último, al cabo de un año de tratamiento realizamos una valoración clínica.

INTRODUCCIÓN

Es difícil acotar un concepto como el de Depresión si no es a través de los criterios diagnósticos de la DSM, pero en cuanto nos acercamos al famoso manual sobreviene la dificultad inicial. Para ceñir de manera empírica los síntomas de este síndrome se ha descartado todo intento de relacionarlo con la estructura que lo sustenta.

¿De qué está hecha la Depresión? “Surgida de la neurastenia, noción abandonada por Freud, y de la psicastenia descrita por Janet, la depresión no es ni una neurosis, ni una psicosis, ni una melancolía” (E. Rou-dinesco, 2000). Este síndrome, perfilado a lo largo del siglo XX, remite a una particular combinación de la angustia, la tristeza, la autodesvalorización y la disminución del tono vital del sujeto.

¿Pueden deprimirse los niños? La clínica depresiva en la infancia se presenta por lo general bajo las máscaras de la irritabilidad, la dificultad para concentrarse y atender.

La tristeza infantil ha sido abordada por muchos autores. M. Klein describió la posi-

ción depresiva en el niño, que sobreviene cuando éste se da cuenta de que el objeto bueno y el malo son uno sólo y que además no le pertenece; su madre se lo acerca o retira según criterios que ni alcanza a comprender ni mucho menos a controlar.

Lacan vincula la primera gran decepción con el descubrimiento de la falta en la madre; la madre deseante a la que el hijo no llega a colmar; que acude o no a su llamada movida por criterios que él ni entiende ni controla.

La angustia, afecto primario, y la tristeza las conocemos desde muy temprano. La pérdida narcisista ya sea de la propia omnipotencia o de la omnipotencia de una madre completa, segura e incondicional, nos deja una profunda huella.

No es éste el lugar de abordar la complejidad del hecho depresivo, o melancólico, sino de intentar un estudio epidemiológico. Por tanto, entre todos los paréntesis y comillas posibles, solo podemos partir de los criterios diagnósticos de la DSM.

¿Por qué un estudio epidemiológico de la Depresión Infantil? Hemos observado la

resistencia por parte de padres, maestros y pediatras para oír el sufrimiento psíquico en las dificultades de aprendizaje y en los trastornos funcionales. Cuando ya estábamos realizando este estudio pudimos comprobar repetidamente lo escandaloso que puede resultar hablar de Depresión en la infancia, rasgar esa máscara de felicidad infantil.

El abordaje epidemiológico nos proporciona una visión panorámica fiable y nos permite comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios (V. Del Barrio, 1997), (Doménech y Polaino, 1990).

Nos queda por último una pregunta: ¿tiene el diagnóstico epidemiológico consistencia clínica suficiente?

Hemos intentado contestar esta cuestión realizando una nueva valoración de los niños que cumplieron criterios para diagnóstico de Depresión al cabo de un año de tratamiento psicoterapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio lo realizamos en la provincia de Soria con la colaboración de la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura que nos proporcionó el censo del alumnado con su distribución y nos facilitó el acceso a los Centros.

Entre los 819 niños que estudiaban 4.º de Educación Primaria en el curso escolar 1999-2000 se realizó un muestreo aleatorio simple para una prevalencia esperada del test del 6%, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 2%, siendo seleccionados un total de 643 niños.

Para incluir a los niños en el estudio se pidió autorización por escrito a los padres, 78 niños no pudieron ser encuestados. A los 565 que conformaron definitivamente la muestra se les aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs, 1992. Aquellos niños que puntuaron mayor ó igual a 17 puntos fueron seleccionados como probables positivos.

En la segunda fase se pidió a los profesores de estos niños probables deprimidos que contestaran a la Escala de Sintomatología Depresiva para Maestros (ESDM) de Doménech, Monreal y Ezpeleta (1985) y citamos a los padres de cada uno de ellos para entre-

vista (entrevista semiestructurada, Children's Depression Rating Scale Revised – CDRS-R). Por último, entrevistamos a los niños según el mismo modelo (CDRS).

En esta segunda fase, de los 35 niños con probable diagnóstico de Depresión, cinco parejas de padres no acudieron a la entrevista y cinco niños no acudieron a la evaluación diagnóstica.

RESULTADOS

La distribución de la muestra por sexos y tipo de centro escolar se refleja en las tablas 1 y 2:

Tabla 1.- **Distribución de los niños a los que se realizó el estudio completo**

Tipo de colegio	Varones	Mujeres	Total
Centro Rural Agrupado	38	39	77
Público Rural	73	94	167
Público Urbano	103	92	207
Privado Urbano	57	57	114
TOTAL	278	287	565

Tabla 2.- **Distribución de probables deprimidos por sexo y centro escolar**

Tipo de colegio	Varones	Mujeres	Total
Centro Rural Agrupado	4	1	5
Público Rural	9	6	15
Público Urbano	7	5	12
Privado Urbano	-	3	3
TOTAL	20	15	35

De los 565 niños estudiados, presentan probable Depresión el 6,19% (IC 95%: 4.35-8.51).

La prevalencia de probable depresión en niños es del 7.19% (IC95%: 4.45-10.9) frente a las niñas que es del 5.23% (IC95%: 2.96-8.48).

Según el tipo de centro escolar, la prevalencia de probable depresión infantil varía, siendo del 2.63% (IC 95%: 0.54-7.50) en los colegios Privados Urbanos; en los colegios Públicos Urbanos es de 5.80% (IC 95%: 3.03-9.91) y en los centros Públicos Rurales es de 3.38% (IC 95%: 4.66-13.7).

Existe mayor prevalencia de probable depresión en los Colegios Rurales, 8.20% (IC 95%: 5.08-12.40), que en los Urbanos,

así como mayor probable depresión en los Colegios Públicos, 7.10% (IC 95%: 4.90-9.87), que en los Privados, 2.63% (IC95%: 0.54-7.50), aunque sin diferencias estadísticas significativas.

De los 25 niños a los que se les realizó el estudio completo, 9 cumplieron criterios para diagnóstico de Depresión Mayor y 12 para el diagnóstico de Distimia. El malestar de los otros 4 niños no llegaba para cumplir criterios de ninguna categoría diagnóstica.

La prevalencia de Depresión en los niños de nuestro estudio es de 1.59% para Depresión Mayor (IC 95%: 0.73-3.00) y un 2.12% para la Distimia (IC 95%: 1.10—3.68). Ver tablas 3,4 y 5.

Tabla 3.-Prevalencia de probable depresión en varones

Tipo de colegio	Depresión Mayor	Distimia	No diagn.
Ctro. Rural Agrupado	1	1	1
Rural	3	1	-
Urbano	1	1	2
TOTAL	5	3	3

Tabla 4.-Prevalencia de probable depresión en mujeres

Tipo de colegio	Depr. mayor	Distimia	No diagn.
Ctro. Rural Agrup.	1	-	-
Rural	1	3	1
Urbano	2	6	-
TOTAL	4	9	1

Tabla 5.-Prevalencia de probable depresión en el total

Tipo de colegio	Depr. mayor	Distimia	No diagn.
Cntr. Rural Agrup.	2	1	1
Rural	4	4	1
Urbano	3	7	2
TOTAL	9	12	4

A estos 21 niños, muy probablemente deprimidos, se les ofreció posibilidad de tratamiento psicoterapéutico. De ellos 6 consideraron pertinente esta oferta y 15 la declinaron.

De los 6 niños tomados a cargo, 4 eran niñas y 2 niños (Tabla 6). Los diagnósticos definitivos fueron los siguientes:

Depresión Mayor: 2.
Trastorno de Ansiedad: 3.
Trastorno Adaptativo: 1.

Tabla 6.-Niños tomados a cargo en tratamiento

Tipo de colegio	Varones	Mujeres
Rural	2	3
Urbano	0	1

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio concuerdan con los obtenidos en otros trabajos. Del Barrio en sus trabajos sobre Depresión Infantil afirma que en España la incidencia de la Depresión Mayor en la población infantil oscila entre un 1% y un 3%, mientras que la prevalencia del trastorno distímico oscila entre un 1.4% y un 7%.

La prevalencia de la Depresión Mayor en los niños de nuestro estudio es de 1.59% (IC 95%: 0,73 – 3.00) y de Distimia de 2.12% (IC 95%: 1.10 – 3.68).

De los niños que cumpliendo criterios para diagnóstico de Depresión Mayor o de Distimia, no quisieron tratamiento, no hemos vuelto a tener noticia. Ninguna queja ha llegado a la Unidad de Salud Mental ni a través de los Servicios de Salud, ni de los Equipos Psicopedagógicos, ni de los padres, por lo que nos atrevemos a concluir que están sanos. En la actualidad y después de dos años, sigue en tratamiento una de las niñas, mientras que a los otros cinco niños se les ha dado el alta.

Por otro lado, nos parece importante apuntar que en este tiempo han pedido atención y han recibido tratamiento tres niños que en el estudio que nos ocupa no llegaron al punto de corte.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados están en concordancia con los obtenidos en otros estudios (Doménech y Polaino, 1990), (Del Barrio, 1999), utilizando los mismos instrumentos de medida. Sin embargo, la evaluación clínica rea-

lizada al inicio del tratamiento –en los seis casos que aceptaron la oferta- evidenció, como hemos señalado más arriba, que sus síntomas se correspondían mejor con otras categorías diagnósticas.

Con todo, nos parece más significativo el hecho de que quince niños que al final del estudio cumplían criterios para diagnóstico de trastorno afectivo (Depresión Mayor o Distimia) ni aceptaran entrar en tratamiento ni hasta la fecha hayan realizado ninguna demanda de atención. Al final, sólo en dos casos se ha confirmado el diagnóstico arrojado por los instrumentos de medida utilizados.


Tenemos que decir también que para nosotros fue una sorpresa relativa este resultado. Como clínicos que somos, desde el principio habíamos previsto ofrecer tratamiento a los niños que cumplieran criterios diagnósticos. También suponíamos cierto desfase entre los resultados de las pruebas y el obtenido a través de un psicodiagnóstico clínico, pero nunca supusimos que pudiera llegar a ser de tal magnitud.

En este sentido pensamos que en la medida en la que el niño va construyendo su Neurosis Infantil estructurante puede atravesar por dificultades que exacerben su angustia. Esto puede dar lugar a una clínica afectiva.

En relación a los seis niños tomados en tratamiento, pudimos establecer un diagnóstico de estructura, en los seis casos dentro de la Neurosis.

¿Qué miden los cuestionarios, las Escalas, las Entrevistas semiestructuradas? ¿De qué nos hablan?

Nuestra opinión es que cada niño que contestó al CDI fue marcando con una cruz algo de sus angustias, de sus miedos, de sus lugares de dificultad, del manejo de su agresividad en la relación con los otros... luego, los maestros, los padres y el propio niño confirmaron esas dificultades. Pero en la gran mayoría de los casos ese malestar así expresado demostró no ser clínicamente consistente.

El CDI es un buen instrumento para indicar la vulnerabilidad; ofrece una buena foto fija de las dificultades por las que pueden atravesar los niños y nos proporciona una adecuada panorámica de cómo la población infantil vive y piensa el malestar propio de su edad. Al mismo tiempo nos informa también de su estado global de salud mental. Pero en nuestra opinión, ni el CDI, ni los demás instrumentos de medida utilizados, sirven para establecer un diagnóstico clínico consistente. Ésta ha sido, por lo menos, nuestra experiencia. 

Bibliografía:

- Ajuriaguerra, J. (1982) Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona. Toray Masson.
- Del Barrio, V. (1997) Depresión infantil. Concepto, evaluación y tratamiento. Barcelona. Ariel.
- Del Barrio, V. (2001) Avances en depresión infantil y juvenil. *Informació Psicológica* n.º 76.
- Del Barrio, V. Moreno, C. López, R. El Children's Depression Inventory. (CDI. Kovacs 1992) Su aplicación en la población española.
- D.S.M.-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Doménech, E. y Polaino, A. (1990) Epidemiología de la depresión infantil en niños españoles. Barcelona. Espaxs.
- Klein, M. (1960) El psicoanálisis con niños. Buenos Aires. Hormes.
- Kovacs, M. (1992) Children's Depression Inventory (CDI) Manual. Toronto. Multi Health Systems. Inc.
- Freud, S. Duelo y melancolía. Obras Completas, Tomo II. 4ª edición (1981) Madrid. Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (1994) Seminario IV. La relación de objeto. Barcelona. Paidós.
- Poznanski, E.O. y Mokros, H.B. (1996) Children's Depression Rating Scale Revised (CDRS-R) Manual. Los Angeles. Western Psychological Services.
- Roudinesco, E. (2000) ¿Por qué el psicoanálisis? Barcelona. Paidós.
- Spitz, R. (1969) El primer año de la vida del niño. México. Fondo de Cultura Económica.

El escenario de la salud mental; de la atención primaria a la sobrecarga asistencial

Victor Aparicio

Centro Colaborador OMS.
Servicios de Salud Mental. Asturias

Sumario

Desde la perspectiva de los cambios asistenciales ocurridos en las dos últimas décadas en la atención primaria y la salud mental se plantea el problema del crecimiento de la demanda asistencial de forma progresiva sin un crecimiento paralelo de los recursos humanos, con la consiguiente sobrecarga asistencial que amenaza al sistema. La demanda en salud mental crece por el aumento de la prevalencia, en especial de los T. neuróticos y adaptativos. No es ajeno a este crecimiento la difuminación de los límites entre normal y patológico de las nuevas clasificaciones diagnósticas. Esto se da en un marco donde se vislumbra una disminución de la preocupación administrativo-política por estos temas.

Palabras claves

Salud mental. Atención primaria. Reforma psiquiátrica. Sobrecarga asistencial.

Introducción

Quiero iniciar esta participación con unas observaciones sobre las diferentes posiciones y formas de abordar las políticas de salud mental que aparecen entre los grupos e instituciones que se ven comprometidos con estos quehaceres. El rasgo más sobresaliente es la heterogeneidad de las posiciones dentro de una realidad que también expresa un desarrollo de servicios heterogéneo, pero donde se utiliza un lenguaje con una apariencia forzada de homogeneidad cuando se hace referencia a la salud mental, y claramente homogéneo y simple cuando se habla de clínica. Si alguna vez se penso que las actuales clasificaciones diagnósticas tenían el riesgo de convertirse en textos de psicopatología, la realidad lo ha confirmado. Su sencillez, con-

creción y claridad facilitan un aprendizaje rápido. Uno de los aspectos más críticos de estas clasificaciones es que han difuminado los límites entre lo normal y lo patológico, ampliando el campo de la salud mental a toda conducta que se desvía de una norma preestablecida, lo cual no deja de tener su aspecto moralizante. Estos cambios no son ajenos al incremento de ciudadanos que se acercan a los servicios de salud mental y al aumento del gasto sanitario por consumo de psicofármacos. Tampoco esta situación es ajena al halo seductor que nos rodea a los psiquiatras colocándonos en esa posición de objeto deseado y cautivo, que nos tiene paralizados y nos lleva cada vez más a una pasividad y dependencia claramente acrílicas. En este contexto es fácil que se produzcan situaciones paradójicas, contradictorias o simple-



mente curiosas.

Tomo la palabra a los usuarios para enfocar estas observaciones. En una reunión de FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de familiares y enfermos mentales) (El País 30-5-2000) se hacían unas observaciones, en mi opinión oportunas y acertadas, sobre las necesidades actuales de los enfermos mentales. Hacían referencia a la necesidad de crear programas de atención domiciliaria, programas de respiro familiar en una red de estancias temporales, programas de integración social y la promoción de fundaciones tutelares para garantizar la protección jurídica de los enfermos mentales sin familia. Estas propuestas son coherentes con una confederación que agrupa al colectivo relacionado con los trastornos mentales más severos, y sobre todo al grupo de personas que padecen psicosis. Es una posición coincidente con la mantenida en los informes del defensor del pueblo. Son propuestas de futuro, modernas, adecuadas a las necesidades de los pacientes, respetuosas con sus derechos y que presuponen un rol social activo de los mismos. Si he de lamentar algo es que estas propuestas no tengan el eco suficiente, no traspasen el umbral de la simple noticia y no calen en los foros políticos y profesionales. Aunque paradójicamente, los medios de comunicación y los foros políticos pueden quedar deslumbrados por lo más aparente y producir una cierta distorsión de los temas. No faltan ejemplos. Así el sufrimiento psíquico expresado a través del lenguaje plástico y autoagresivo del cuerpo puede simplificarse en forma de conducta de riesgo derivada del efecto seductor de la moda.

Una situación compleja donde las estrategias sanitarias pueden ser divergentes de las necesidades y demandas de la población o simplemente no las más adecuadas. Por eso es necesario hacer una llamada a revitalizar la comisión de seguimiento de la reforma psiquiátrica del Consejo Interterritorial de Salud. La comisión tiene un papel en el análisis de las dificultades surgidas en los últimos años, puede posibilitar la coordinación de las distintas administraciones, unificar criterios sobre las estructuras y los procesos,...Esta estrategia nos puede evitar sobresaltos como el creado por el escaso desarrollo de los programas infanto-juveniles o la sorpresa de que la convo-

catória (2000) del Instituto de Salud Carlos III para estudios sobre evaluación de tecnologías sanitarias plantee entre sus 43 propuestas una respecto de la psiquiatría; la terapia electroconvulsiva.

Dentro de este marco tan heterogéneo y lleno de divergencias quiero centrarme en un tema; los escenarios del proceso de la Reforma. Partíamos de un escenario que conocíamos bien; el espacio institucional, es decir, el hospital psiquiátrico. Sin embargo, la reforma ha desarrollado nuevos espacios comunitarios, los centros de salud mental, y además nos ha desvelado el papel que la atención primaria tiene en estos temas. Aunque sabemos que hoy solo 1/5 de los problemas de salud mental que detecta el médico de atención primaria son derivados a salud mental, seguimos sin valorar adecuadamente que el nivel de atención primaria juega un papel primordial en la atención de salud mental.

El papel de la atención primaria

Estos 22 últimos años hemos visto y oído repetidamente el slogan "La salud para todos en el año 2000", que la OMS creó en 1978 durante la Conferencia que tuvo lugar en Alma Ata, capital de Kazajistán, y que contó con la aceptación de las autoridades sanitarias de más de 140 países (Vuori, 1984). Un slogan sencillo y comprensible que irradia universalidad e igualitarismo, pero que además introduce la limitación temporal del mítico año 2000. Ha llegado la hora de reflexionar y debatir sobre el camino recorrido.

En Alma Ata se debatió la estrategia para alcanzar ese objetivo y por primera vez la OMS adoptó formalmente el concepto de "Atención Primaria de salud" (Sartorius, 1997). Este fue el camino elegido para organizar los servicios de salud en muchos países. El concepto es amplio y flexible, y tiene utilidad en cualquier contexto o nivel de desarrollo. Hemos señalado en otro momento (Aparicio-Basauri, 1995) que a veces se ve "el desarrollo de la atención primaria de salud como un problema exclusivo de los países en vías de desarrollo, al considerar que no pueden hacer frente a un sistema hospitalario más especializado, más costoso y que en último término se designa como más eficaz." A mi entender es una visión sesgada y reduccionista ver este



tema como un simple primer nivel de asistencia básica y no con el carácter integral e integrador que tiene el concepto de Alma Ata. La definición contenida en esa declaración es por sí sola demostrativa de su carácter amplio e integrador: "La atención primaria de Salud es la asistencia esencial a la que deben tener acceso de forma general todos los individuos y familias de la comunidad ,a través de los medios adecuados a ellos, contando con la participación total y a un coste que la comunidad y el país puedan afrontar. Forma parte integral del sistema sanitario del país, del que constituye el núcleo básico, y del desarrollo social y económico global de la comunidad". Por eso Vuori (1984) ha señalado que este es un concepto que se puede ver también como una estrategia y como una "filosofía" al asumir un concepto amplio de salud ,dentro de un sistema sanitario justo e igualitario que promueve la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud.

Este marco de referencia ha servido a países, como España, iniciar en ese mismo periodo una reforma de sus estructuras básicas de salud en la línea de desarrollar un modelo de Atención Primaria de salud integral e integrado. En la situación española estos cambios han coincidido en el tiempo con un proceso de Reforma Psiquiátrica que ha buscado una modernización de los servicios de salud mental. Los principios que avalan estos cambios y las nuevas estructuras creadas pasamos a exponerlos a continuación.

Reforma sanitaria y atención primaria

Es en la década de los 80 cuando se desarrollan profundos cambios en el marco jurídico y en las estructuras sanitarias españolas. La Ley General de sanidad de 1986 es el punto central de estos cambios, dado que es el eje de la reforma sanitaria al universalizar la atención sanitaria al conjunto de la población. Es importante señalar que en 1978 se había regulado la especialidad en Medicina familiar y comunitaria como base para la formación de los futuros médicos que iban a integrar los equipos de atención primaria. Esta nueva formación ira desarrollándose y ampliando sus objetivos docentes. Después de 1984, con la creación de los

centros de salud y el inicio de la reforma psiquiátrica se plantean las primeras rotaciones específicas por los servicios de Salud mental de estos médicos. En Asturias, comienzan en 1985 (Martínez et al, 1997) con una rotación de un mes, dentro del 2º año de formación, por los centros de salud mental. El 3er año de formación lo dedican exclusivamente a la rotación por los centros de salud donde vuelven a enfrentarse a problemas específicos de salud mental dentro del contexto específico de la atención primaria. Su formación se complementa con seminarios teóricos y grupos optativos de indicación terapéutica donde se discuten casos clínicos de la práctica diaria.

El cambio más profundo para la atención primaria es en 1984, cuando se regulan, por ley, las estructuras básicas de salud. Este decreto define la composición y funciones del equipo de atención primaria, señala su territorialización y crea los Centros de Salud. El nuevo modelo supone una ruptura con la situación anterior al apostar por una dedicación amplia de los profesionales, por integrar lo asistencial y lo preventivo, por fomentar el trabajo en equipo y por apoyarse en una territorialización que apuesta por lo comunitario (García González, 1992). El desarrollo de este nuevo modelo ha sido progresivo (Figura 1) encontrando que en 1991 cubría a un 54 % de la población española de las comunidades autónomas sin transferencias sanitarias (García González, 1992), en 1994 afectaba al 61 % de la población del conjunto de España (Encuesta nacional, 1996) y en 1996 al 81 % de la población de las comunidades autónomas sin transferencias sanitarias (Ventura y González, 1999)*. Con ese desarrollo del modelo nos encontramos en 1996 con un médico de atención primaria cada 1333 habitantes (Figura 2) en las comunidades sin transferencias sanitarias (Ventura J, González E, 1999). Sin embargo, con el desarrollo del modelo ha aparecido un problema que es similar en algunos países europeos ;la sobrecarga asistencial. En un estudio reciente en tres centros de Salud de Asturias (Lopez B et al, 1999) la media de pacientes día por médico era de 35/40 pacientes y el tiempo medio de dedicación por paciente de 5 minutos. Kin-

¹ En Asturias en 1999 la población bajo el nuevo sistema de atención primaria era del 87,5 %.

month y Thompson (1997) refieren que los tiempos de dedicación por paciente varían de 5 a 30 minutos en diferentes estudios, siendo de 8 minutos para el Reino Unido. La sobrecarga asistencial siempre es un obstáculo para un trabajo de calidad donde prime la relación terapéutica y las actividades estén centradas en el paciente. Sin embargo, la sobrecarga asistencial nos remite al tema de los límites del sistema sanitario, clave en países con sistemas nacionales de salud universalizados. En España en la última década ha surgido este debate, a veces apasionado, sobre si se deben poner límites a las prestaciones sanitarias, que tipo de límites y a quien afectaría (Costas Lombardía E., 1993). Un debate que implica a todos los ciudadanos y no solo a los políticos y a los profesionales, porque modula el tipo de estado de bienestar social que deseamos.

Paralelamente a este proceso de instauración de la atención primaria se promueve un proceso de reforma psiquiátrica que es clave para entender los nuevos tipos de relación entre ambos niveles asistenciales.

Reforma psiquiátrica o de la atención en salud mental

En los principios que sustentan la reforma psiquiátrica española se aprecia una influencia clara del movimiento renovador de la psiquiatría alternativa italiana, sobre todo en el marcado acento desinstitucionalizador y en la búsqueda de alternativas al hospital psiquiátrico. Los otros rasgos de nuestra reforma; son su apoyo decidido a integrarse en el sistema sanitario general, apuntando como uno de sus objetivos prioritarios el transferir la hospitalización psiquiátrica a los hospitales generales del sistema sanitario, el priorizar una red de salud mental comunitaria cuyo eje central sea el Centro de salud Mental y por último, considerar el papel relevante que tiene la Atención primaria en los temas de salud mental. Estos principios quedaron recogidos de forma breve en el art. 20 de la ley general de Sanidad de 1986 y de forma amplia en el informe de la comisión ministerial para la reforma Psiquiátrica de 1985. Este es el documento base que ha orientado los procesos de reforma de las distintas comunidades autónomas españolas. Desde esa fecha el camino recorrido ha sido desigual

y heterogéneo en esas comunidades. A los 6 años de la presentación del informe de la comisión, en 1991, una evaluación (Aparicio Basauri, 1993) de los cambios estructurales del proceso de la reforma detectaba (Figura 3) que solo en 3 comunidades (Andalucía, Asturias y Navarra) que representaban a un 22% de la población española se había consolidado el modelo, mientras que en seis comunidades (Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y Murcia) con una representación del 19,06 % de la población española todavía no se había iniciado un proceso claro de reforma e incluso había otras dos comunidades (País Vasco y Cataluña) con un modelo mixto con marcado acento institucional.

Para el tema que estamos tratando es preciso observar el desarrollo e implantación de los centros de salud mental o unidades de salud mental comunitarias. Los datos de 1996, última encuesta actualizada del Ministerio de Sanidad, dan una cifra media de 70.757 habitantes por centro de salud mental (Bravo Ortiz, 2000) (Figura 4) con tan solo una comunidad (Madrid) superando los 100.000 habitantes por centro de salud mental. En general, el objetivo se ha conseguido en la mayor parte del país, dado que existía un consenso de que la cifra por centro de salud mental debía oscilar entre los 75.000 y 100.000 habitantes. Sin embargo, los recursos humanos para estos centros crecieron más en la década de los ochenta, para estabilizarse en la primera mitad de los noventa, aunque en el periodo del 91 al 96 las consultas totales de los centros crecieron un 77 % y las primeras consultas un 60 % (figura 5). Nuevamente, al igual que ha ocurrido con los centros de atención primaria, aparece el problema de la sobrecarga asistencial. Este problema en ambos niveles es un obstáculo para asegurar la calidad de las prestaciones. El caso de Asturias nos permite un análisis más pormenorizado de este problema. Esta comunidad está entre las que más ha avanzado en el proceso de reforma y cuenta con el sistema de registro acumulativo de casos más antiguo de España, instaurado en 1986 para toda la región (1.100.000 habitantes). De los datos aportados en la figura 6 se aprecia que hay un crecimiento lento de la incidencia en la década de los 90 con un crecimiento impor-





tante y constante de la prevalencia (casos acumulados), que tiene menos repercusión en el crecimiento moderado del número de personas que utilizan las unidades de hospitalización. Cuando se desglosa por grupos diagnósticos según el criterio CIE 9 del propio registro de casos, nos encontramos que proporcionalmente el aumento es a costa del grupo de las neurosis y de los trastornos de adaptación perdiendo peso relativo ,tanto en la prevalencia como en la incidencia, el grupo de la esquizofrenia y el del alcoholismo (Figura 7, 8 y 9). Además, los datos de la prevalencia señalan un crecimiento constante de los usuarios que están tomados a cargo por los centros de salud mental sobre todo con aquellos trastornos considerados menos severos. Lo que no sabemos es si en algún momento cercano habrá una estabilización de la demanda o si todavía seguiremos ampliando nuestro campo de acción por el intrincado mundo del sufrimiento de la vida cotidiana, sin saber si hay algún límite que se pueda objetivar y consensuar. Una cuestión que permanece abierta.

La relación salud mental y atención primaria

En los países con sistemas nacionales de salud que integran los niveles de atención primaria y especializada, la llegada al nivel especializado se realiza mayoritariamente desde atención primaria. Hay países, como EEUU, en que los ciudadanos pueden hacer un by-pass y acceder directamente a los servicios de salud mental. Esto conlleva diferentes tasas de morbilidad psiquiátrica en atención primaria al ser mas bajas en los lugares donde el acceso es directo al nivel especializado (Goldberg, 1995b). En los sistemas mas integrados se sabe que un 20% de las personas atendidas en atención primaria tienen un problema de salud mental bien definido y si se valoran los problemas menos severos se alcanza una cifra del 40 % (Vazquez Barquero, 1997). En un estudio en centros europeos se observo que 2/3 de los pacientes que llegaban a los servicios de salud mental venían directamente del medico de atención primaria (Goldberg, 1995 a) y en Asturias, en 1991, el porcentaje era del 75 % (Aparicio-Basauri, 1995). Estos datos muestran dos de las funciones de atención primaria íntimamente

relacionadas; una la de filtro al nivel especializado y otra la de derivación. Esto supone que en el nivel de atención primaria quedan problemas de salud mental que van a ser tratados específicamente en ese nivel, dado que solo 1/5 de la morbilidad psiquiátrica detectada es derivada al nivel especializado (Goldberg, 1995 b), aunque es importante señalar que el medico de atención primaria no detecta otro 50 % de los casos. Los problemas de salud mental que toma a cargo el medico de atención primaria no son una copia de los que se derivan al especialista, sino que hay un predominio de trastornos neuróticos y de trastornos de adaptación (Goldberg, 1995 b) aquí surge una de las quejas mas frecuentes de los médicos de atención primaria, su falta de formación para abordar estos temas. En un estudio en nuestro medio (Lopez Muñoz et al, 1999) 2/3 de los médicos no se consideraban formados adecuadamente. El enfoque de este problema es difícil y controvertido. En mi opinión con frecuencia se ha planteado el tema como una “colonización” de la atención primaria desde el saber psiquiátrico promoviendo una formación similar a la del especialista pero en versión reducida. El primer obstáculo al que se enfrenta el medico de atención primaria es el enmascaramiento de la demanda. En una encuesta realizada por nuestro equipo en un centro de salud rural hemos comprobado que solo un 2,18 % de la demanda de atención primaria era expresada claramente como un problema de salud mental. Una parte importante de los problemas van contextualizados como somatizaciones. Una observación interesante es que el estilo de atención influye en los resultados. Los médicos que trabajan mas centrados en el paciente que en el tema clínico, es decir, que hacen una atención mas personalizada tienen mejor capacidad de detección (Goldberg, 1995 b). Estos estilos de trabajo van ligados al modo de relación que se establece entre los dos niveles. Antonell (1993) ha esquematizado los diferentes tipos de relación:

- a) Modelo de derivación: atención primaria derivaría al nivel especializado los casos detectados. Es un modelo frecuente en nuestro medio.
- b) Modelo de reemplazo o de apropiación: atención primaria solo derivaría



casos que necesitan hospitalización o atención muy especializada apropiándose de la mayoría de los casos. Este modelo es frecuente en sistemas con un nivel especializado muy rudimentario.

- c) Modelo de enlace: aquí se plantea una colaboración estrecha entre ambos niveles usando técnicas de interconsulta, discusión de casos, visitas conjuntas, consulta única de apoyo,..Es el modelo que consideramos mas eficaz aunque implica mas esfuerzo y cooperación.

Conclusión

Los cambios en la estructura asistencial tanto de atención primaria como de salud mental han sido amplios desde la década de los ochenta y esto ha permitido que haya un crecimiento importante de la demanda. Sin embargo, los recursos humanos no han crecido paralelamente al crecimiento de la demanda creándose una situación de sobrecarga asistencial que amenaza seriamente la calidad de las prestaciones de los centros de salud y de los centros de salud mental. En salud mental a la vez se ve que lo que mas crece es la prevalencia sobre todo a costa de trastornos que antes tenían la consideración de menores (T. Neuróticos y de adaptación) respecto a los trastornos con siderados de mas repercusión clínico-asistencial (psicosis, alcoholismo y drogodependencias). Asisti-

mos al crecimiento de los tratamientos prolongados en los centros de salud mental (nueva cronicidad) sin una estrategia clara de cómo abordar esta situación. En este momento hay que plantearse la relación existente entre este aumento e la demanda y la difuminación de los limites entre lo normal y lo patológico en las nuevas clasificaciones diagnosticas. También es prudente debatir cuales deben ser las funciones de un sistema asistencial colapsado ante el crecimiento de las demandas de carácter administrativo-burocrático (incapacidades, minusvalías, inspección médica,...).

La relación entre atención primaria y la red de salud mental es clave para dar una respuesta integrada y coordinada a estos problemas. Las formulas para mejorar la relación entre ambos niveles deben ir dirigidas a formulas permanentes de cooperación y a una mayor implicación de la salud mental en los programas formativos de los MIR de medicina familiar y comunitaria. En este marco se debe revalorizar el papel de los equipos de atención primaria en el abordaje de los problemas de salud mental. El nivel especializado y la atención primaria son dos escenarios para un mismo tipo de problemas

· Una primera versión de este trabajo fue presentada en una mesa redonda del 21 Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebrado en Santiago de Compostela los días 7-10 de junio de 2000

Bibliografía:

- Antonell Caldentey J. (1993). Nuevos modelos de relación entre equipos de atención primaria-equipos de salud mental: bases epidemiológicas para la evaluación. *Atención primaria*, 12,7,416-421
- Aparicio-Basauri V. (1993). Evaluación de Servicios de salud Mental. AEN. Madrid
- Aparicio-Basauri V (1995). Atención primaria y Salud mental: vicisitudes de una relación. *Psiquiatría publica*, vol. 74,197-202.
- Bravo Ortiza Mf et al (2000). Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. *Cuadernos técnicos* 4.AEN.
- Costas Lombardía E. (1993). La sanidad agobiada. El País ,6 agosto 1993.
- García Gonzalez J. (1992). La salud mental en la atención primaria en España: de la teoría a la acción. Universidad Menéndez Pelayo. Santander.
- Goldberg D. (1995a). Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic reviews*, 17,1,182-190
- Goldberg D. (1995b). Common psychiatric disorders in primary care. *Bailliere's clinical psychiatry* 1,2, 247-259.
- Kinmonth A-L, Thompson C (1997). The future of mental health in primary care settings. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 6,1,1 7-20.
- Lopez Muñoz et al (1999). Coordinación AP-SM. Una aproximación a través de las derivaciones. Trabajo de investigación MIR. Insalud. Asturias.
- Martinez Suarez M, Lopez Diaz A., Suarez Gil P. (1997). Salud Mental en Atención primaria. Cuadernos Asturianos de Salud ,10,9-20.
- Ministerio de Sanidad y consumo (1996). Informe evolutivo de la Encuesta de salud mental 1991-1994.
- Sartorius N (1997) Psychiatry in the framework of primary health care: A treat or boost to psychiatry. *Am J Psychiatry* 154;6,june.67-72, festschrift supplement.
- Vazquez Barquero J.L. et al (1997). Mental Health in primary care. *British Journal of Psychiatry* 170, 529-535
- Ventura J., Gonzalez E. (1999). El gasto Sanitario en Asturias (1991-1997): análisis de la eficiencia. *Cuadernos Asturianos de Gestión Sanitaria* 2.
- Vuori H.V. (1984) ¿Que es la Atención Primaria de Salud?. *Atención Primaria*; vol.1,1,9-10

Los contornos de la razón y las políticas de reducción de daños relacionados con las drogas

Alejandro Sánchez

Centros de Integración Juvenil
Madrid

Los avances en salud pública, donde se encuentran los sistemas de atención a personas con problemas de abuso de drogas, siempre han estado estrechamente relacionados a las posibilidades de avance macroeconómico y democrático de una sociedad, por ello para comprender el estado actual de cualquiera de estos sistemas de atención social, es imprescindible que se realice un análisis global de las condiciones socioculturales y económico-políticas prevalentes en un determinado espacio y tiempo específico. Es importante no perder de vista que en las llamadas sociedades abiertas¹ se generan constantemente transformaciones y alteraciones del significado que tienen los objetos más inmediatos y cercanos los cuales garantizan tan sólo una efímera identidad, proceso que utilizando un símil de la física, se le puede asociar con la variabilidad de velocidad, por unidad de tiempo de un cuerpo en movimiento que ocurre con el efecto de aceleración, lo cual sólo se ve parcialmente compensada cuando se producen algunas *formas* de fricción ante los embates de esta constante transformación en los estilos de vida.

Pero, ¿De qué forma entender esta fricción? ¿Cómo resistencia, negación, incompreensión o, quizá, como catalizador?. Lo que es claro es que difícilmente se puede considerar viable mantener vigente una perspectiva que niegue o se oponga de forma pura a

los axiomas que se construyen a través de la conquista de nuevos sentidos en los terrenos de la diversidad y heterogeneidad colectiva. Pero aunque parezca utópico, existen quienes se han mantenido atrincherados, dada por una incapacidad analítica y/o adaptativa, en posiciones tan fortificadas como un búnker, que ahora tan sólo ofrece la seguridad propia de su aislamiento y su negación, lo cual está muy lejos de representar una verdadera forma de fricción. Porque sólo a través del ejercicio reflexivo se adquiere un efecto de fricción, en aquel constante diálogo intemo es donde se encuentran más condensados los elementos catalizadores de la velocidad en los sistemas lineales de conocimiento. Por ello lo que debe distinguir nuestro actuar ante el abuso de drogas se encuentra más en términos de la comprensión que de la explicación, esto es, se debe distinguir por la capacidad de expresar lo comprendido y lo que a partir de ello, podemos decir, porque cualquier intervención, en torno a lo que hemos acabado por denominar drogodependencias, es como una conversación inacabada, porque no habrá palabra alguna que pueda poder un punto final a la misma, ni nos será posible encontrar la palabra que le dio inicio.

De las diferentes formas de intervención en drogodependencias que existen, la perspectiva que asumen los programas de reducción de daños y riesgos, podemos

¹ Dentro de esta categoría, si bien se encuentran aquellas sociedades que asumen como valores indiscutibles para su identidad las premisas de la democracia y de los estilos de vida occidentales; lo que las define principalmente como tales es su capacidad de adaptar a su sistema de convivencia interna los diversos cambios socioculturales que en ella acontecen.

considerarlas como aquellas que marcan en este campo un estilo más comprensivo. Por ello, sería erróneo de nuestra parte considerar en su estudio, solo los dispositivos que se desprenden de dicha perspectiva, esto es, la reducción de daños y riesgos si bien esta conformada por diversos programas tales como el mantenimiento con metadona o programas con otros agonistas opiáceos (LAAM, heroína, buprenorfina, codeína, morfina o diacetilmorfina), distribución e intercambio de jeringuillas, programas de sexo seguro, sociosanitarios, etc.; es importante no olvidar que lo esencial de estos dispositivos no termina con su instrumentación y cuando esto ocurre, cuando se les termina considerando solo en esta única dimensión, pierde gran parte del sentido original desde el cual se planeo su diseño. Si limitamos, por ejemplo, los objetivos de los Programas de Sustitutivos Opiáceos, al control de enfermedades infecto-contagiosas, como el virus del VIH, ¿No estaremos retornando a viejas estrategias de respuesta superficiales que nos impiden apreciar otros factores, igualmente importantes pero de distinto orden de complejidad? Si bien el VIH es un grave problema de salud pública estrechamente asociado a ciertos patrones de consumo de drogas, este no representa el único daño asociado; y sobre el tema cito un singular párrafo del Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Madrid²: “Además de las enfermedades infecciosas la falta de formación y empleo, la carencia de hogar, las dificultades para la convivencia con su entorno social, son situaciones muy frecuentes en la población drogodependiente que limitan la posibilidad de una vida autónoma y saludable.” A esto es imposible dejar de cuestionar sobre lo que se está haciendo en este sentido, aparte, claro está, de poder reconocerlo de esta manera. Existe una extraña tendencia a no prestar demasiada atención a este tipo de cosas, pareciera que a medida que emergen formas más complejas respecto a un fenómeno, menor es la intención de quererlas comprender, lo cual es similar a una incómoda frase que violenta el equilibrio que se guarda con la complejidad.

Sin duda, los programas de reducción de

daños y riesgos resultan algo muy seductor para responder a muchas de las vicisitudes que se originan con las drogodependencias. Pero ¿Será que a través de esta forma de asumir (o asumirse ante) este fenómeno, estaremos conformando un nuevo paradigma ante las necesidades que se demanda una convivencia marcada por la pluralidad y la multiconvergencia? Para ello, como un primer paso, abría que recurrir con cautela al recuento histórico que han marcado las estrategias para apaciguar los daños causados por distintas sustancias con distintos usos. No deberá extrañarnos encontrar en los rincones de la memoria colectiva, datos que a finales el siglo XIX ya confirmaban la existencia de políticas sustitutivas para paliar y contrarrestar los efectos asociados al uso de la morfina, uno de los factores que, por cierto, promovió la síntesis de la heroína en Suiza, algo que ahora resulta bastante paradójico que gran parte de la investigación farmacéutica se centre en tratar de sintetizar sustitutivos cada vez más adecuados a este potente opiáceo, los riesgos de que la historia se conforme en un eterno espiral. Pero entonces, si esta práctica no se destaca por novedad ¿Por qué a la fecha, este tipo de políticas y dispositivos terapéuticos, puede parecernos a algunos un tanto distante, principalmente para quienes nos hemos establecido desde la intervención institucional?, la respuesta no parece fácil de contestar, incluso imposible de poder totalizarla, pero quizá podamos comprenderla (y en esa medida, *comprendernos*) un poco más si reflexionamos en torno a la dificultad que no ha representado el hecho de reconocer que existen distintas formas de apreciar, pensar y asumir parte de la realidad que nos rodea.

Los dispositivos que en drogodependencias se rigen desde políticas más lineales de intervención, responden indudablemente a ciertas necesidades que existen entre la población toxicómana: los Programas Libres de Drogas, pero la dureza de su visión, sin duda, ha representado también un obstáculo para asimilar otro tipo de necesidades que han surgido. Las drogas y su consumo están evolucionando, y por lo tanto el conocimiento teórico y metodoló-

² Plan Municipal Contra las Drogas: Programas de sustitutivos opiáceos. Ayuntamiento de Madrid. Area de Servicios Sociales, Noviembre de 1998, p. 46



gico que construimos, debe también transformarse constantemente, pues uno de los errores más frecuentes en que hemos incurrido toda clase de investigadores que nos hemos interesado en comprender los fenómenos nosológicos, está en haber (y frecuentemente seguir) apostando a la totalidad científica, a la explicación acabada de tales fenómenos, sin caer en cuanta en la arrogancia que esto implica.

Este es uno de los motivos por el cual es necesario considerar los dispositivos de intervención que integren, en la medida de lo posible, la gama más amplia posible de alternativas a las necesidades que requieran la distintas drogodependencias. Pero para ello, la primera dificultad que se nos presenta, es la hegemonía con que cuanta aquella perspectiva que se caracteriza por su pensamiento binario y dicotómico de las drogodependencias. Pero es prudente aclarar que al enunciar esto, no se pretende hacer a un lado tal o cual dispositivo, sino de reconstruir el pensamiento desde el cual podamos asumir un enfoque que se caracterice más, insisto, por la aproximación y no por la concreción del objeto que estudiamos. Por este motivo, se requiere mínimamente que quienes trabajamos en este campo aceptemos como parte de nuestra identidad ser constructores de obras efímeras, de razonar sobre todo mediante los contenidos vagos de los conceptos; de integrar a nuestro corpus analítico lo impreciso, incorporar aquellos elementos tóxicos que la ciencia objetiva no supo o quiso metabolizar. Se requiere volver a mirar y atender lo que se construye en la convencionalidad de los conceptos. Desde una perspectiva de la razón sensible,

línea de pensamiento impulsada por el filósofo francés Michel Maffesoli, los programas de reducción de daños y riesgos en el consumo de drogas, no se limitan a un acto metodológico que otorgue dirección a una forma de intervención concreta, sino se refiere más a una propuesta de carácter ontológico que guíe la mirada analítica sobre las formas en que definimos y comprendemos la realidad que nos rodea en esta continua interacción con las drogas, por una parte, y con las previas categorías que hemos construido sobre ellas para dominar inteligiblemente su naturaleza en el orden que caracteriza nuestro pensamiento moderno.

La recuperación que se propone la perspectiva sensible, permite la posibilidad de suavizar algunas posiciones endurecidas que aun resultan hegemónicas en la forma de comprender las drogodependencias y que tienen una fuerte influencia en las políticas que rigen las intervenciones de las mismas. De tal manera que desde esta forma de contemplar las drogodependencias, se encuentren implicados estilos de pensamiento más tolerables, pues uno de los grandes retos en la convivencia humana es el reconocimiento de la pluralidad que existe en la contemplación del polimórfico mundo simbólico que compartimos, es un aprender a convivir tolerablemente en la diversidad, y como lo refiere el propio Maffesoli, *la descripción de los fenómenos sociales no tienen que ser únicamente un problema, sino también una plataforma a partir de la cual elaborar un ejercicio del pensamiento que corresponda, en el mejor de los casos a las audaces contradicciones de un mundo en gestación.*





Las posibilidades terapéuticas del Cannabis

Mónica Póo

Psicóloga Clínica. Ekimen - Investigación sobre Sustancias y Salud Mental

Iñaki Markez

Médico Psiquiatra. S. Extrahospitalario de S.Mental, S. Vasco de Salud / Osakidetza

Cristina Merino y Carlos Romera

Licenciados en Derecho,
Masters en Criminología y Mediación

ace unos meses, el responsable del Plan Nacional sobre Drogas intervenía públicamente diciendo que “no existe el porro terapéutico” cortando el debate que se venía manifestando en los medios de comunicación acerca de las posibilidades terapéuticas del cannabis. No parece ser el mejor método para avanzar en la reflexión y conocimiento de una planta cuya utilización por sus propiedades curativas en la práctica medicinal es ya antigua, como lo han sido, en diferentes épocas, sus usos religiosos, gastronómicos, industriales o recreativos. Usos generalizados y también limitados, incluso prohibidos, en distintos momentos históricos y diferentes áreas geográficas.

Casi un siglo de Prohibición. Si ya en 1925 el Convenio de Ginebra lo restringió a los fines médicos y científicos, su uso fue prohibido en 1937 tras promulgarse en EE.UU. la *Marijuana Tax Act* que, con un entramado argumental de motivaciones sanitarias, económicas, morales y xenóforas, declaró la imposibilidad del uso médico y recreativo ninguneando los resultados de importantes estudios científicos de la época que señalaban que “el consumo habitual no provoca apreciables problemas sanitarios, sociales o de escalada a drogas más fuertes, no debiendo considerar al cannabis como sustancia que causa adicción”. Solamente fue recuperada su utilización industrial y gastronómica durante los años de intervención estadounidense en la

2ª Guerra Mundial aduciendo la necesidad de todo tipo de recursos por la situación bélica.

Durante estas décadas de prohibición se han prodigado informaciones provenientes de estudios parciales e investigaciones no concluyentes elevados a la categoría de principio inescrutable a pesar de haberse probado la indudable carencia de rigor y falsedad de ciertas ideas sobre la pretendida toxicidad, la dependencia, la escalada, ser causa de graves enfermedades, conductas criminógenas o síndromes amotivacionales, sobredimensionando supuestos efectos indeseables. La exhaustiva investigación efectuada tratando de demostrar la nocividad ha aportado conocimientos sobre el cannabis superiores a los obtenidos en los ensayos clínicos para fármacos de prescripción. El prohibicionismo con su discurso ha pervertido la realidad. ¿Qué drogas son peligrosas? Las prohibidas. La prohibición es quien determina la naturaleza farmacológica y no al revés, a través del conocimiento de su acción y efectos. Así, las personas usuarias, no solo la sustancia, son convertidas en ilegales, marginales, sospechosas y, por tanto, vigilables e incluso perseguibles. La ley *dixit*.

Pero coexiste otra realidad. El cannabis hace tiempo que ha dejado de ser una sustancia marginal. Hoy, consumida por muchos miles de personas siendo, a pesar de su situación de ilegalidad, una droga tolerada socialmente. Valorándose los ries-



gos de su uso equiparables a los de las drogas legales o institucionalizadas, creciente popularidad, simbología cannábica que se multiplica en la escena pública, discurso legitimador a la ofensiva y crecientes vínculos del uso del cannabis con cuestiones relativas a la salud, los derechos, la creatividad, el medio ambiente, el trabajo o la vida recreativa. El contacto con los derivados del cáñamo ha crecido considerablemente, en ocasiones debido al autocultivo, con prevalencias de consumo similares en los diferentes países europeos, tanto en aquellos que se manifiestan más liberales en sus políticas sobre drogas como aquellos otros con enfoques más restrictivos. En el País Vasco, sin ir más lejos, el 55% de la población joven de 15 a 20 años ha consumido cannabis como recurso recreativo y relacional (Marañón y otros, 2001), pero esto es otra cuestión.

De modo creciente el cannabis está presente en numerosos foros europeos e internacionales, siendo un elemento de preocupación actual en debates sociales e institucionales en la mayor parte de los países del continente. Esto se debe a diversos motivos, que van desde tratarse de la droga ilícita más consumida en Europa, a las cada vez más difundidas informaciones sobre sus efectos, repercusiones, usuarios, tipos, etc.

El cannabis ya no es la sustancia marginal, e incluso satanizada de épocas anteriores. Al menos, no con la intensidad que había sido perseguida como sustancia ilegal, que sigue siendo. Hoy es una de las sustancias mejor toleradas socialmente, valorando su peligrosidad y riesgos como equiparables a los de las drogas legales. Su popularidad es creciente, sus símbolos se multiplican en la escena pública, aumenta el número de consumidores y el discurso legitimador está a la ofensiva, vinculando el uso de cannabis con aspectos relativos a la salud, los derechos, la creatividad, la ecología, o la vida recreativa.

El estudio sistematizado y con criterios científicos de las acciones biológicas de los derivados del cannabis ha contado con diversas limitaciones que impedían obtener información más precisa y, al tiempo, han facilitado la difusión de falsas ideas

basadas en informaciones poco concluyentes tal y como señalan Meana y Ulíbarri (1999). Ocurre que, en no pocas ocasiones, la comunidad médica así como otros profesionales de áreas ligadas a la sociología jurídica y a la educación, han asumido conceptos no fundamentados científicamente sobre la acción del cannabis, lo cual se evidencia en un número importante de textos, declaraciones públicas e incluso en la desautorización por falta de rigurosidad de quienes debían prevenir frente al consumo indiscriminado de fármacos ilegales con fines recreativos.

Hoy es posible aportar información sencilla y suficiente sobre los conocimientos actuales acerca del cannabis, sobre la historia de su uso, su farmacología, aspectos clínicos y de investigación. Es necesario conocer el pasado y el presente para actuar en el futuro inmediato, sin ánimo de navegar entre posiciones despenalizadoras o liberalizadoras que se apoyan en la eficacia terapéutica, en ocasiones con cierta frivolidad, y tampoco en posiciones prohibicionistas apoyadas en pretendidos efectos contraproducentes no demostrados ni suficientemente investigados. Los riesgos que pudieran acompañar a su consumo, aunque no sean de gran entidad social ni sanitaria, se ven minimizados por una confrontación, demasiado polarizada y a veces difícilmente conciliable, entre quienes abogan por su prohibición y quienes señalan sólo su inocuidad o sus efectos beneficiosos.

Desde la propia industria farmacéutica y cosmética, la promoción y desarrollo de la investigación basada en resultados con personas viene siendo considerable y, sin embargo, el desconocimiento social es importante. Sabedores de que gran parte de la "opinión científica," sobre todo entre quienes mantienen posiciones inmovilistas en el prohibicionismo, se basan en algunos resultados de la investigación animal, para la realización de esta amplia revisión hemos decidido orientarnos por los trabajos de investigación con personas y de reciente elaboración, en los que ha habido aplicación terapéutica del cannabis y de medicaciones cannábicas basadas en los resultados.

Hemos de tener referencias del saber



actual sobre esta sustancia y mayor conocimiento de las políticas sobre drogas en los países desarrollados de sociedades afines a la nuestra, particularmente los países europeos y norteamericanos, donde se están produciendo cambios legislativos, iniciativas institucionales y movimientos reivindicativos por su uso recreativo y médico. La información veraz de los usos médicos y la política criminal en materia de drogas en el panorama internacional son un buen soporte para posibles intervenciones en el acontecer social, político o legislativo.

Quienes firmamos este escrito, autores de una reciente publicación sobre el cannabis (Markez y otros, 2002) tras revisar los aspectos sanitarios hemos intentado profundizar en la significación jurídica del cannabis en el Estado español, analizando la doble regulación jurídica que recae sobre la materia drogas: desde el derecho administrativo sancionador (Ley Orgánica 1/92 de Protección de Seguridad Ciudadana) y el derecho penal (artículos 368 y ss. del Código Penal), así como los comportamientos que cada una sanciona y las actuaciones que considera lícitas, retro trayéndonos a la Ley 17/67 de regulación de consumo de estupefacientes. Así mismo, se ha profundizado en el delito de tráfico de drogas y sus múltiples interpretaciones, siguiendo la jurisprudencia y sentencias de Audiencias Provinciales y Tribunales Superiores de Justicia que van abriendo vías de actuación con relación al consumo compartido, donación o tenencia lícita de drogas. Demasiada regulación jurídica para una sustancia a la que se ha impuesto una prohibición que dificulta la efectiva regulación tal y como pudiera realizarse con otros productos farmacéuticos, dietéticos, industriales o cosméticos. Es decir, se dificulta su uso en campos donde su eficacia ya es conocida tiempo atrás.

No obstante, a pesar de las trabas jurídicas y administrativas, son factibles algunas iniciativas con la actual legislación. Nos ha preocupado, y ello fue uno de los motores del trabajo referido, el estatus legal y los atribuidos usos terapéuticos del cannabis, campo de investigación reciente y de creciente interés científico pues son los elementos que están siendo más debatidos

social y profesionalmente. Por eso, se han valorado algunas posibilidades que pueden permitir el uso actualizado de derivados del cannabis, con relación a la actual legislación, incluso con algunas modificaciones de índole menor, en algunos casos. Es posible engrosar nuestro saber, no sólo de quienes desde el campo sanitario o sociojurídico intervienen con poblaciones usuarias de productos cannabícos, sino también de aquellas personas que desde su condición ciudadana demandan salir de su desconocimiento sobre estas sustancias.

Por si alguien dudara, opinamos que no existen panaceas terapéuticas y, por ello, no es oportuno convertirnos en apologetas de ninguna sustancia. Tampoco del cannabis a pesar de la evidencia de su eficacia frente a un buen puñado de síntomas y enfermedades, cuando no como recurso de relajación y desinhibición en ciertos espacios y momentos lúdicos. Conocedores de que en el Estado español es donde más aprehensiones se producen del ámbito europeo (OEDT, 2001), queda pendiente por determinar las vías y ritmos de regulación de esta sustancia.

En la comunidad científica, médica o educativa son crecientes los sectores que van asumiendo concepciones diferentes sobre la acción del cannabis. Demostrada la menor adictividad y menor problemática de abuso que muchos otros fármacos utilizados habitualmente como analgésicos, tranquilizantes, hipnóticos, o relajantes musculares, son más y más las personas que lo demandan para su uso medicinal. El cáncer, sida, glaucoma, artritis o esclerosis múltiple son enfermedades de personas que utilizan cannabícos bajo prescripción médica o por propia iniciativa por tratarse de una medicina segura. Posiblemente la vía respiratoria no sea la forma de administración con mayor futuro farmacéutico pero la eficacia demostrada en el tratamiento de náuseas, vómitos, presión intraocular o dolor crónico ofrece alternativas con distintos mecanismos de acción a lo ya conocido. Tristemente, los usos terapéuticos del cannabis han quedado eclipsados por la beligerancia contra el consumo lúdico a pesar de que se trate de polémicas muy diferentes las relativas a la prescrip-



ción médica o al uso recreativo.

El desarrollo actual de las investigaciones farmacológicas y clínicas, aunque aun deban crecer mucho más, auguran un futuro prometedor. Que el cannabis no cree alarma social ni produzca problemas de salud pública, va favoreciendo las tendencias hacia la normalización de su uso, sin representar problema social o individual alguno.

Sin creer en la existencia de panaceas terapéuticas y sin pretender hacer apología de ninguna sustancia, tampoco de los cannabinos, se puede asegurar que allí donde se han planteado orientaciones más pragmáticas y ajustadas a la realidad, se establecen espacios de consenso social e institucional, con políticas y culturas de reducción de daños y riesgos facilitadoras de la promoción de la salud y de las condiciones sociales. Ante la irrealidad de una sociedad sin drogas, será oportuno abolir la prohibi-

ción que tanta confusión y conflictos genera así como establecer marcos reguladores. Frente a las necesidades de un pequeño sector de la sociedad, aunque importante, que lo reclama como recurso para su enfermedad y dolencias, y frente a quienes son perseguidos por la tenencia para consumo propio, las instituciones tienen la palabra y la oportunidad de generar normativas legislativas acordes con el uso positivo del cannabis.



Correspondencia:

Iñaki Markez

Ekimen-Investigación sobre Sustancia y Salud mental

Apdo. Correos 276, 48930-Algorta. Bizkaia.

E mail: ekimen@euskalnet.net

Bibliografía:

- 1- Marañón, M.; Gamella, J.; Comas, D y otros (2002). Juventud y Drogas 2001. Edita : Dirección de Drogodependencias, S. Central de Publicaciones del Gob. Vasco. En prensa.
- 2- Markez, I; Póo, M; Merino, C; Romera, C (2002). Cannabis. De la Salud y del Derecho. Edita : Observatorio Vasco de Drogodependencias. Vitoria-Gasteiz.
- 3- Meana, J.; Ulibari, I. (1999). Acciones farmacológicas y utilidad terapéutica de los derivados del cannabis. En VV.AA., Cabrera, J (ed): Cannabis ¡hasta donde! Madrid: Agencia Antidroga.
- 4- OEDT- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. (2001). Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Dilemas en torno a los viejos y nuevos psicofarmacos: nuestra experiencia clínica en pacientes ambulatorios

Luis Pacheco - María Etxebeste - Pablo Malo - Enrique Aragües

Médico Psiquiatra. Servicio Extrahospitalario de Salud Mental
Servicio Vasco de Salud / Osakidetza

María Aragües

Servicio de Psiquiatría. Hospital Doce de Octubre.
Madrid

Miguel Prieto

Facultad de Medicina
Universidad de Navarra

Resumen: Se presentan una serie de dilemas, respecto al uso de “viejo” y “nuevos” psicofármacos, derivados de nuestra práctica clínica diaria con pacientes psiquiátricos ambulatorios (entendemos que los pacientes hospitalizados requieren otras consideraciones y además no forman parte de nuestro ámbito de trabajo diario). Para ello realizamos una evaluación esquemática de los últimos psicofármacos comercializados en nuestro país y posteriormente, unas reflexiones comparativas con los psicofármacos clásicos.

Palabras clave: Viejos y nuevos psicofármacos. Inhibidores de la recaptación de serotonina. Nuevos eutimizantes. Antipsicóticos atípicos. Nuevos antidepresivos. Pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Abstract: We present some dilemmas with respect to the use of the “old” and “new” psychopharmacs with psychiatric outpatients. We make an schematic evaluation of the last marketed drugs in our country followed by some comparative thoughts with the classic medications.

Key words: New and old psychopharmacs. Selective reuptake inhibitors. New mood stabilizers. Atypical antipsychotics. New antidepressants. Psychiatric outpatients.

Introducción

Hace unos meses en una sesión clínica, uno de nosotros presentó el caso de un paciente paranoico ambulatorio joven, con

plena actividad delirante, en el cual se habían ensayado sucesivamente, dosis altas de Olanzapina (20 mg./día) y de Risperidona (9 mg./día) durante un tiempo adecuado, sin mostrar una respuesta satisfactoria. Se

estaban planteando ya, en la sesión, las ventajas e inconvenientes de usar Quetiapina frente a subir las dosis de Risperidona, cuando uno de los asistentes dijo: “No os olvidéis de que existe la Perfenazina...” Inmediatamente, al ponente le vino a la memoria que también existían el Haloperidol, la Trifluoperacina, la Tioridazina y muchos otros más, al margen de los “nuevos neurolépticos”. Pero, hasta entonces, no había pensado en ellos.

A raíz de ésto, nos empezamos a plantear el motivo por el cual, en la actual práctica clínica, nuestros esquemas farmacológicos cotidianos registran preferentemente -si no de manera exclusiva- los psicofármacos de “última generación”, siendo relativamente frecuente que consideremos “resistente” una patología en la que hayamos aplicado dos ó tres de éstos psicofármacos “nuevos”, sin plantearnos de una manera inmediata el uso de los fármacos “clásicos”, cuando -además- los primeros han podido aportar bastantes ventajas, pero creemos que gran parte de ellos no han demostrado, de manera inequívoca, mayor eficacia clínica que los ya conocidos desde hace años, al menos en algunas patologías de la práctica diaria (50, 51). Nuestra intención en éste trabajo es presentar de manera somera y sin pretensiones dogmáticas, una serie de dilemas surgidos de nuestra experiencia cotidiana con pacientes psiquiátricos ambulatorios (entendemos que los pacientes hospitalizados requieren otras consideraciones y además no forman parte de nuestro ámbito de trabajo). Para ello intentaremos hacer un repaso esquemático de los últimos psicofármacos comercializados en nuestro país y posteriormente, unas reflexiones comparativas con los psicofármacos clásicos. Las dosis a que nos referiremos son las derivadas, preferentemente, de nuestra experiencia en la clínica y el consenso de nuestro grupo de trabajo. Por ello, las mismas no deben de tomarse más que como sugerencias y en modo alguno como referencias a aplicar de manera inequívoca. Asimismo, no pretendemos desarrollar una “guía” farmacológica sino, simplemente, exponer algunos de los dilemas a los que nos enfrentamos diariamente cuando manejamos los psicofármacos actuales. De la misma manera, los secundarismos referidos son los que nos hemos encontrado más comúnmente en nuestros

pacientes, sin que ello quiera decir que no existan otros ó incluso que algunos sean más relevantes que los aquí expuestos.

1. -Nuevos antidepressivos

Aunque el término “nuevo” no sea, quizás, el más correcto para denominar a éste grupo de antidepressivos -ya que, algunos llevan en el mercado más de 10 años-, lo empleamos aquí para diferenciarlos de los antidepressivos usados de manera tradicional en la psiquiatría, concretamente de los heterocíclicos e IMAOS clásicos. El mismo esquema seguiremos al referirnos, posteriormente, al resto de los psicofármacos.

1.1. -Fluvoxamina

Que nosotros recordemos, fue el primer antidepressivo tipo ISRS que se presentó en el mercado español, como alternativa a los antidepressivos ya existentes. Probablemente una insuficiente campaña de marketing; el hecho de ser el primer fármaco que tenía que lidiar con los tradicionalmente instaurados antidepressivos heterocíclicos y -sobre todo-, el arrollador éxito comercial mostrado por el siguiente antidepressivo (Fluoxetina), le hayan arrinconado en un lugar que quizás no le corresponde. En nuestra experiencia es un buen antidepressivo, con una potencia media-alta, así como un agente antipánico y antiobsesivo de eficacia media; siendo también eficaz su uso complementario como inductor al sueño. En nuestra opinión, las dosis más eficaces antidepressivas se sitúan entre 100-200 mg/día. Por contra, parece que hay una mayor incidencia y gravedad de los efectos secundarios gastrointestinales (especialmente náuseas) y sedación frente a otros ISRS, que motivan un mayor abandono de los tratamientos (5, 16, 47). Asimismo es desaconsejable su asociación con terfenadina, astemizol y cisaprida, por la capacidad de la fluvoxamina de inhibir la isoenzima 3A3,4 del citocromo P450 y provocar una interacción tóxica con éstos fármacos (por ejemplo, arritmias cardíacas por la terfenadina) (47). Por el mismo motivo se recomienda prudencia en su asociación con alprazolam y triazolam, aconsejándose reducir la dosis de éstos compuestos si se usan asociados a fluvoxamina (35,47).



1.2. -Fluoxetina

Al contrario que en el caso anterior, el marketing realizado con éste producto ha sido, quizás, algo a lo que nadie estaba acostumbrado en la historia de la psicofarmacología. En nuestra opinión, gran parte del éxito de debió a que, por primera vez, se presentaba un producto que se prescribía en toma única desde el primer día y que apenas presentaba efectos secundarios. El paso del tiempo ha mostrado que sí se presentan efectos secundarios -aunque éstos sean distintos a los de los antidepresivos heterocíclicos-, al igual que ocurre con el resto de los ISRS, siendo los más frecuentes, para el conjunto de dichos fármacos, los secundarismos gastrointestinales, la acatisia-agitación y la disfunción sexual (28, 36, 47). Asimismo, también se ha observado que, como ocurría con los heterocíclicos, muchas veces no sirve con una única dosis y también es preferible empezar con dosis bajas de ISRS para minimizar los efectos secundarios, especialmente en ciertas patologías como el Trastorno de Pánico (35). En nuestra opinión, la fluoxetina es un antidepresivo de potencia media-baja, así como sus efectos antipánico y antiobsesivos son, también, de mediana potencia. Creemos que las dosis estándar se sitúan en torno a 20-40 mg/día como antidepresivo; 40 mg./día como antiobsesivo y 20-30 mg/día como agente antipánico. Sin embargo, parece que es uno de los ISRS que mejor funcionan en los trastornos del espectro bulímico (probablemente por la producción de náuseas y efecto antisaciedad), aunque, en nuestra experiencia, dicho efecto se mantiene habitualmente no más allá de seis meses, perdiendo luego gran parte de la eficacia conseguida al inicio del tratamiento. Para usarlo como antibulímico aconsejamos llegar a dosis de 60 mg./día y mantenerlas invariables durante todo el tiempo de tratamiento, a pesar de la mencionada pérdida de eficacia con el paso del tiempo. En contra de éste producto parece estar el hecho de tener un periodo de latencia antidepresiva mayor que el resto de los ISRS (16) y a favor del mismo el hecho de que es el ISRS menos implicado en los síndromes de discontinuación de éstos fármacos (32). Creemos que es un buen antidepresivo para aplicar en depresiones de intensidad baja-media y apenas

tiene efectos secundarios relevantes, aunque exige una cierta precaución su uso en ancianos y/o pacientes polimedicados, dada la larga semivida de eliminación de su metabolito activo (47), lo que implica un mayor riesgo de interacciones farmacológicas. Finalmente debe considerarse a su favor el hecho de ser el antidepresivo más estudiado en el tratamiento de pacientes embarazadas y la aparente ausencia de teratogenia (1).

1.3. -Paroxetina

En nuestra opinión se trata de un antidepresivo ISRS de potencia media-alta, así como un potente antiobsesivo (especialmente sí predominan las fobias impulsivas y las rumiaciones). Tiene en su contra una cierta frecuencia de secundarismos (náuseas, temblor, inquietud, ganancia de peso, somnolencia, insomnio...) (9), algunos de los cuales creemos que pueden soslayarse empezando a administrar el fármaco con dosis muy bajas. Nuestra experiencia es comenzar con la administración de 5mg./día cada 3-5 días, en una pauta ascendente hasta llegar a dosis de 20-40 mg./día. Esto resulta incómodo para el paciente, ya que debe fraccionar los comprimidos con un cuchillo pero -en nuestra opinión- se minimiza muchísimo la aparición de secundarismos. Junto a ello y como creemos que debe hacerse con todos los ISRS, aconsejamos al paciente que tome el producto tras haber ingerido alimentos. Nos parece más frecuente la aparición de náuseas si se prescribe después del desayuno (salvo que éste sea copioso), pero también hemos observado la aparición de insomnio si lo pautamos a la hora de la comida principal. Resulta curioso observar -con éste fármaco en particular- la aparición tanto de somnolencia como de insomnio, lo que aprovechamos para prescribir el producto bien con el desayuno si aparece el insomnio, bien por la noche si predomina la somnolencia. Pensamos que, a pesar del incremento de efectos secundarios, es más eficaz a dosis de 40 mg./día, especialmente en las depresiones de intensidad media-alta. Y como antiobsesivo, creemos que las dosis adecuadas se sitúan más en los rangos 40-60 mg./día, sin que - hasta el momento y con esas dosis - hayamos tenido especiales problemas. Sin embargo, en éstos rangos

es más probable que aparezcan interacciones farmacológicas debidas al citocromo P450 y secundarismos (hepatopatías), por la capacidad de éste fármaco de inhibir su propio metabolismo a dichas dosis (28). Es uno de los ISRS más frecuentemente implicados en la aparición de secundarismos sexuales (aunque todos los ISRS lo están en alguna medida) lo cual es un grave problema para consolidar los tratamientos de mantenimiento, aunque hay autores que aprovechan éste efecto secundario para usarlo en la eyaculación precoz, al parecer con buenos resultados(5).

Asimismo, es -junto a la venlafaxina- el ISRS que más síndromes de discontinuación produce (resulta curioso observar que los dos antidepresivos más implicados en el Sd. de Discontinuación son, precisamente, los dos que consideramos que tienen más potencia antidepressiva). A éste respecto, nosotros aconsejamos una supresión muy gradual, hasta el extremo de que recomendábamos hace tiempo la reducción de no más de 5mg/15 días, habiéndose presentado la discontinuación a pesar de una disminución tan paulatina (31,32), especialmente en los últimos períodos de la retirada (cuando están en 10 ó 5 mg./día). Actualmente estamos teniendo muchos menos problemas con una supresión aún más gradual (34), de manera que establecemos períodos de entre diez y veinte días para cada fase de la supresión y en dichas fases alternamos cada 24 horas las dosis. Por ejemplo, para un paciente que esté tomando 20 mg./día y queramos empezar la disminución, pautamos la siguiente estrategia: Durante 10- 20 días tomar un día 20 mg. y otro día 15 mg. (3/4 de pastilla). Durante otros 10-20 días tomar a diario 15 mg. Durante 10-20 días tomar un día 15 mg. y otro día 10 mg. Durante 10-20 días tomar a diario 10 mg. Durante 10-20 días tomar un día 10 mg. y otro día 5 mg.(1/4 de pastilla). Durante 10-20 días tomar a diario 5 mg. Durante 10-20 días tomar un día 5 mg. y otro día nada. Finalmente, suspender el producto. Evidentemente, ésta pauta no es muy concordante con la farmacodinamia y la farmacocinética de la paroxetina, pero en nuestra experiencia clínica y tras muchos ensayos en la reducción, es la pauta que mejo res resultados y menos problemas nos está dando. Es obvio que resulta un engorro partir las pastillas y se tarda largo

tiempo en su supresión (lo cual no siempre es posible, en función del estado del paciente) y nos suele resultar más fácil de realizar cuando se trata de casos en los que la evolución ha sido positiva y queremos proceder a la supresión tras un período de mantenimiento con el fármaco. Esta es nuestra pauta actual más eficaz en una situación que consideramos importante, ya que creemos que el problema de la discontinuación es algo que habrá que abordar de una manera seria, a tenor de las denuncias que parece van a presentarse en los Estados Unidos contra la paroxetina, por éste tema (39).

Al margen de ésto, hemos observado que en algunos pacientes sometidos a tratamientos de mantenimiento, con dosis de 20 mg./día, el fármaco parece perder eficacia como protector de recaídas depresivas, tras un período de uso en torno al año. Esto nos llevaría a profundizar, entre otras cuestiones, si las dosis de 20 mg/día son insuficientes en los tratamientos de mantenimiento ó bien si esto solo sucedería en aquellos pacientes cuya intensidad de la fase depresiva es de tipo medio-alta. Evidentemente, también es posible que estemos ante subgrupos de pacientes que sufren recaídas depresivas al margen de mantener un tratamiento preventivo, sea cual sea el antidepresivo utilizado, incluidos los heterocíclicos (45). Sin embargo y para algunos autores (43) la causa sería una atenuación del funcionamiento de la dopamina en la corteza frontal, secundaria a la estimulación crónica de las neuronas serotoninérgicas centrales.

1.4. – Sertralina

Se trata de un inhibidor selectivo la recaptación de serotonina que apenas inhibe los transportadores de noradrenalina y dopamina. Su semivida de eliminación es de unas 26 horas y su principal metabolito es prácticamente inactivo. Esto, junto al hecho de que apenas afecta a la actividad del citocromo P450 y que sus efectos anticolinérgicos, cardiovasculares y sobre la función cognitiva son mínimos, lo convierte en un antidepresivo con un perfil de interacciones bastante favorable, especialmente en ancianos y/o sujetos polimedicados (28,35,53). Por ello, hoy en día se considera el ISRS de elección, junto al citalopram, en



éste tipo de pacientes. Sus efectos secundarios más relevantes son las cefaleas, el insomnio, la somnolencia, la diarrea y las náuseas. Se recomienda no asociarlo a IMAOS por el riesgo de sd. serotoninérgico, aunque hay que señalar que hay casos descritos de éste síndrome, como ocurre con otros ISRS (19,29), al asociar sertralina y otros fármacos, como la etilefrina ó anestésicos generales (25). Esto debería inducir a una extrema prudencia a la hora de suspender, con un margen de seguridad suficiente, los ISRS antes de una intervención quirúrgica con anestesia general. Para nosotros, la sertralina es un agente antidepresivo, antiobesivo y antipánico de mediana potencia, siendo aconsejable iniciar el tratamiento a dosis bajas, especialmente (y como ocurre con todos los antidepresivos, ISRS ó no) en los trastornos de pánico. La dosis recomendada está entre 50 y 200 mg./día, pero dado que su estado estacionario se alcanza en una semana, empezamos con una dosis de 25 mg./día, aumentando a 50 mg./día al cabo de una semana y realizando luego incrementos de 50 mg./semana. Finalmente, cabe señalar su baja implicación en los síndromes de discontinuación de los ISRS (32).

1.5. – Venlafaxina

Quizás sea, dentro de los nuevos antidepresivos, el más potente que podamos encontrar actualmente en el mercado. Probablemente ésto sea así porque es un fármaco con tres acciones diferentes –desde un sustrato neuroquímico– en función de la dosis a la que se utilice (47). Con los conocimientos actuales parece que a dosis bajas (75-150 mg./día), se comportaría igual que un ISRS; a dosis medias-altas (150-225 mg./día) se añadiría el efecto de la inhibición de la recaptación de noradrenalina y a dosis elevadas (225-375 mg./día) se añadiría el efecto de inhibición de la dopamina. En consecuencia, la acción del fármaco estaría relacionada con la dosis. Insistimos que ésto es así con los conocimientos actuales de la psicofarmacología y no debería sorprendernos que, a medida que se avance en los mismos, se descubran otras implicaciones neuroquímicas, ya que resulta difícil pensar que la actuación sobre un metabolito concreto (serotonina, dopamina ó noradrenalina etc.), no

influya en la homeostasis del resto de los metabolitos incluyendo, evidentemente, los aún no descubiertos pero que a buen seguro existen (8, 10) y esto nos debería hacer reflexionar sobre la prioridad que, creemos, deben tener las propiedades clínicas de un fármaco, sobre las químicas. Creemos que el inicio de acción de la venlafaxina es algo más rápido que el resto de los antidepresivos, pero también que se tolera cada vez peor a medida que se suben las dosis. Parece tener un perfil de efectos secundarios similar al resto de los ISRS (mareos, sudoración, disfunción sexual...), aunque el insomnio se presenta con mayor frecuencia que en el resto de dichos fármacos (47). Sin embargo, también está descrita una cierta pérdida de peso, en contraposición a la ganancia del mismo con otros ISRS, tales como la paroxetina (5). Por último, el efecto secundario más importante, de cara a su aplicación clínica, es la aparición de una hipertensión, si bien para algunos autores este secundarismo dependería de la dosis empleada, al menos estadísticamente (28), siendo mucho más frecuente cuando se utiliza por encima de 225 mg./día y prácticamente inexistente cuando se utiliza a dosis de 75-150 mg./día, lo cual no quiere decir que no pueda presentarse a dosis bajas. Llama la atención que, probablemente es el antidepresivo más implicado en el síndrome de discontinuación ó, al menos, con el que más rápidamente se presentan los síntomas de dicho síndrome, quizás por la corta vida media del fármaco (32) por lo que parece recomendable disminuir muy lentamente las dosis cuando se procede a su reducción, yendo más rápido - en nuestra experiencia - de 37,5 mg./semana y si fuera posible, sería aún mejor reducir 18,75 mg./semana (media pastilla de 37,5 mg.). Aun así, nuestra experiencia es que dicho síndrome se presenta con una extrema frecuencia y creemos que la presentación “retard” del producto no contribuye a su minimización. También creemos que dicha presentación “retard” no tiene la misma potencia clínica antidepresiva - a dosis equivalentes - a la forma simple, aunque nuestra impresión es que esto ha sucedido casi siempre con los psicofármacos que se han presentado de ésta manera (clorimipramina, alprazolam, etc.) Finalmente resulta interesante señalar que algunos autores (21) han observado

que éste fármaco tiene una estructura química parecida al tramadol, un fármaco analgésico sobre el que se están estudiando sus propiedades antidepressivas (22), y que también han sido descritos efectos agonistas y antagonistas de la venlafaxina sobre los receptores opiáceos, por lo que una vía de investigación abierta son los posibles efectos antiálgicos de éste fármaco en los síndromes dolorosos asociados a los trastornos depresivos y somatomorfos (21).

1.6. – Citalopram

En cuanto a sus propiedades bioquímicas, nos encontramos frente al más potente inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina, dentro de los ISRS (47). Al igual que la sertralina, su potencial de interacciones farmacológicas es escaso, lo que los convierte en fármacos de primera elección frente a pacientes ancianos y/o polimedica-dos. Su concentración plasmática estacionaria se alcanza tras una semana, por lo que, respecto a la dosis, se aconseja empezar con 10 mg./día, aumentándola, al cabo de una semana a 20 mg/día y luego continuar a razón de 20 mg./semana, hasta un máximo de 60 mg./día. Aconsejamos un inicio lento, especialmente en las crisis de pánico, ya que nosotros hemos observado una cierta frecuencia de inquietud/nerviosismo e insomnio como efectos secundarios de inicio, aunque la mayor parte de los trabajos sobre secundarismos se refieren a náuseas, vómitos, sudoración, sequedad de boca y cefaleas, como los más frecuentemente encontrados. Independientemente de que, bioquímicamente, sea el más potente inhibidor de la recaptación de serotonina, nuestra experiencia clínica lo sitúa como un agente antidepressivo, antipánico y antiobsesivo de mediana potencia. Nos resulta interesante por su bajo potencial de interacciones farmacológicas, aunque debe tenerse en cuenta que se han descrito varios casos de sobredosis mortales con dicho fármaco, si bien esto se ha cuestionado porque solo en uno de los casos se encontró el citalopram como único fármaco en la sobreingesta (16). Es uno de los ISRS menos implicado, junto a sertralina, en los síndromes discontinuación (32) y –al igual que todos éstos antidepressivos– se asocia a una alta incidencia de disfunción sexual (30).

1.7. – Moclobemida

Se comercializó con la carta de presentación de ser un IMAO-A reversible (R.I.M.A.) y, aparentemente exento de los clásicos secundarismos que afectaban a los IMAO irreversibles. El paso del tiempo parece haberlo relegado a un antidepressivo de segunda elección, y en nuestra opinión su potencia antidepressiva es de tipo mediana-baja, si bien esto no ha sido observado por otros autores, quienes le conceden una potencia similar a la imipramina y otros heterocíclicos (5). Está descrita la presentación de un síndrome serotoninérgico cuando se combina con los ISRS ó con heterocíclicos que actúen en la inhibición de la serotonina, como la clorimipramina, por lo que dichas combinaciones parecen desaconsejables (5). Las dosis recomendadas se sitúan entre 150-600 mg./día (28).

1.8. – Nefazodona

Se presentó como un antidepressivo con un potente antagonismo del receptor 5HT₂ que, además, inhibía la recaptación de serotonina (47). Aunque su perfil químico parecía situarlo como un buen antidepressivo en los casos de depresión asociada a ansiedad, agitación e insomnio, el paso del tiempo parece haberlo descartado como un antidepressivo de primera elección y su uso actual parece haberse restringido a los pacientes que presentan disfunción sexual con los ISRS, ya que su potencia clínica antidepressiva nos parece más bien baja. Las dosis recomendadas están en torno a 200-500mg. /día (28, 35). Presenta los mismos problemas señalados al respecto de la fluvoxamina, en cuanto a la interacción con terfenadina, astemizol, cisaprida, alprazolam y triazolam (47).

1.9. – Mirtazapina

Se presentó en el mercado como un antidepressivo perteneciente a una nueva familia neuroquímica, conocida como NASSA, debido –en principio– a su doble acción serotoninérgica y noradrenérgica específica. En teoría, el fármaco intensificaría la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica, siendo un fármaco “dual” que podría incrementar los dos neurotransmisores mencionados pero bloqueando los



adrenorreceptores alfa 2 presinápticos, en lugar de bloquear la bomba de recaptación de un neurotransmisor (5, 47). Sin embargo, nosotros seguimos pensando que es dudoso que exista un efecto puro ó único sobre un solo sistema de transmisión, siendo a nuestro parecer más plausible que al afectarse un sistema neuroquímico se afectan, por homeostasis, el resto de los sistemas. Se recomienda empezar a usar con dosis progresivas, hasta un máximo de 45 mg./día, aunque parece que la dosis óptima se sitúa en 30 mg./día. Creemos que es un antidepresivo de mediana potencia, en general, y su uso preferente estaría en pacientes depresivos que presenten insomnio y ansiedad y muy probablemente en los cuadros mixtos ansioso-depresivos. Sus efectos secundarios principales serían la sedación, la somnolencia, el incremento de peso (aunque esto lo haría recomendable en pacientes que presenten notable pérdida de peso, frente a otros ISRS que podrían incrementar dicha pérdida), el enlentecimiento cognitivo y, raramente la agranulocitosis, aunque es aconsejable realizar una analítica basal durante al menos el primer mes de tratamiento y prestar especial atención a la presencia de fiebre y otros signos de infección (5,35,47).

1.10. – Reboxetina

Se ha presentado como el primero de una nueva clase de antidepresivos: los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina. Creemos que es un antidepresivo de mediana potencia y cuya dosificación diaria –tal y como la presentó el laboratorio en su inicio– no parece recomendable, por la presencia frecuente de insomnio. Es decir, en lugar de prescribirse en dos tomas de desayuno y noche, parece más aconsejable la pauta de desayuno y comida. Últimamente se esta aconsejando usarla asociada a los ISRS, lo que, teóricamente supondría el abordaje en paralelo de las vías noradrenérgica y serotoninérgica pero se desconocen suficientemente sus potenciales secundarismos, como podrían ser la potenciación de niveles plasmáticos de los fármacos prescritos ó la interacción hepática entre ellos debida al citocromo P450, etc., lo que aconseja una cierta prudencia al respecto. La dosis recomendada está entre 8-10 mg./día (28).

1.11. - Hypericum perforatum

Conocida también como “Hierba de San Juan”, no es un antidepresivo al uso, ya que se ha presentado en el mercado como un derivado de una “planta” (el género “hypericum”, que abarca unas cuatrocientas especies, de la cual solo el “hypericum perforatum” se ha recomendado en el tratamiento de la depresión). Parece interesante incluirlo en ésta revisión, a tenor tanto de su reciente introducción, como del aparente éxito que ésta teniendo en otros países para el tratamiento de las depresiones moderadas-leves. En la magnífica revisión sobre el tema de Medrano y cols. (27) se exponen múltiples aspectos relacionados con el producto, por lo que no nos detendremos sobre el tema, remitiendo al lector interesado a la lectura de dicho artículo. Su mecanismo de acción antidepresiva es desconocido (aunque parece relacionado con la inhibición de la recaptación de neurotransmisores y en especial de la serotonina, al igual que los ISRS) y tiene un período de latencia similar al resto de los antidepresivos. Se indica en las depresiones de moderadas a leves, a dosis de 900 mg./día en tres tomas, aunque parece ser igualmente efectivo en dosis únicas. No parecen existir efectos secundarios relevantes, salvo la fotosensibilidad a dosis elevadas, pero se recomienda evitar su combinación con otros antidepresivos y una cierta prudencia en pacientes polimedicados hasta que se conozca mejor su perfil farmacodinámico, ya que han aparecido interacciones con ciertos fármacos (digoxina, teofilina, warfarina, etc.) (27, 35). No obstante y a la espera de futuras investigaciones nos parece una sustancia prometedora, en los trastornos mencionados (que por otra parte tienen una alta frecuencia en las consultas ambulatorias) y sobre todo teniendo en cuenta el auge que tiene la farmacología “alternativa”, especialmente la fitoterapia, en los pacientes psiquiátricos, habitualmente reacios a la psicofarmacología “oficial”. Como señalan Medrano y cols. (27), al menos permitirá tratar a un grupo de pacientes que antes se quedaban sin tratamiento por rechazo a los psicofármacos habituales.

2. - Nuevos antipsicóticos

Algo similar a lo referido en la introducción al concepto de “nuevos” antidepresivos puede señalarse aquí respecto a la “atipicidad” de los últimos antipsicóticos aprobados en nuestro país. Sorprende que el término “atípico” sea una de las cartas de presentación de dichos fármacos, sin que se especifique muchas veces en que consiste esa atipicidad que se postula como algo inequívocamente positivo. Queremos decir que, por ejemplo, la atipicidad según criterios bioquímicos y fisiológicos no se corresponde, necesariamente, con una atipicidad según criterios clínicos, siendo –a nuestro juicio– prioritarios éstos sobre aquellos (6). Y más en el supuesto de que los conocimientos actuales de la bioquímica y fisiología cerebral fueran completos e inequívocos, que tampoco lo son. Además, resulta interesante señalar, tal y como lo hace Stahl (48), que el término “atípico” puede tener distinto significado para los diversos estamentos implicados en dichos fármacos ya que, para los clínicos puede significar tener pocos síntomas extrapiramidales ó ser relativamente eficaz en los síntomas “negativos”, mientras que para los farmacólogos puede suponer un antagonismo “serotonina 2A/Dopamina 2” y para la industria farmacéutica puede tratarse de un producto nuevo, distinto a los ya existentes. Es seguro que los nuevos antipsicóticos son mucho más fáciles de cumplir que los antiguos, reduciendo el número de recaídas respecto a éstos y es posible que sus secundarismos sean mucho más tolerables, pero ponemos en duda que su eficacia clínica sea mucho mayor, especialmente en lo que se refiere a su efectividad en los síntomas negativos de las psicosis, tal y como se viene postulando. Finalmente y con relación a los mencionados antipsicóticos atípicos, nos sorprende el “redescubrimiento” por parte del mundo

anglosajón, de las propiedades clínicas de la clozapina, hasta colocarlo más ó menos, como “patrón” de éstos fármacos, cuando en Europa se llevaba usando mucho años, antes de su cautelosa suspensión por los casos de agranulocitosis. Por cierto, a éste respecto siempre nos ha llamado la atención lo complicado que resulta –en la práctica clínica ambulatoria– la aplicación del

estricto programa analítico de la clozapina y, por el contrario, la absoluta libertad que tenemos –bajo nuestro mejor criterio– de supervisar otros fármacos que también presentan un, nada despreciable, riesgo de agranulocitosis u otras idiosincrasias como, por ejemplo, la carbamacepina.

2.1. – Risperidona

Probablemente es el antipsicótico –de los nuevos– más incisivo que existe en el mercado, por lo que su uso preferente estaría en aquellos pacientes que predomine la sintomatología productiva delirante alucinatoria. Bioquímicamente parece tratarse de un potente antagonista 5HT_{2A}, así como antagonista D₂. Consideramos que su potencia frente a la sintomatología “positiva” esquizofrénica es muy buena, pero nos resulta problemático ajustar la dosis “patrón” de inicio de tratamiento (aunque luego ésta tenga que modificarse, obviamente, en función de la clínica y el paciente). Insistimos que estamos refiriéndonos a pacientes ambulatorios, los cuales tiene unas consideraciones al respecto muy distintas a los pacientes hospitalizados. Es decir, no podemos utilizar el ensayo-error y corregirlo al día siguiente ó a las pocas horas, por ejemplo ante una excesiva sedación ó intolerables extrapiramidismos, tal y como se puede hacer en una unidad de hospitalización. Quizás es que estábamos demasiado acostumbrados al patrón de 90 gotas/día del haloperidol (habitualmente con biperideno asociado), en los pacientes con sintomatología aguda alucinatorio-delirante. El caso es que nos resulta una dosificación excesivamente variable y no parece que dicho tema esté muy resuelto, ya que encontramos autores que, en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, recomiendan dosis medias de mantenimiento de 4,5 mg/día (26, 48), mientras que otros aconsejan dosis de 6 mg/día (20). Y el mismo laboratorio que comercializa el producto indica, en la ficha técnica del fármaco, que la mayoría de los pacientes se beneficiarían de una dosis diaria entre 4 y 6 mg. En todo caso, en lo que parece que está casi todo el mundo de acuerdo es en que una dosis única diaria es preferible al fraccionamiento de la misma, especialmente para mejorar la cumplimentación y disminuir el riesgo de recaídas,



mostrándose en esto más eficaz que los antipsicóticos tradicionales (20, 26, 48). No obstante, es cierto que aunque Mauri y cols. (26) postulan dosis bajas y muestran su dificultad para establecer un ajuste de la dosis individual óptima, los mismos autores señalan que la dosis efectiva mínima basada en la ocupación de receptores D2 y 5HT2A medida por PET), parece quedar establecida en 4 mg./día. Claro que esto es, nuevamente, basarse en las propiedades bioquímicas de un fármaco y -con los conocimientos actuales de la neuroquímica cerebral- insistimos en que, en nuestra opinión, deben priorizarse las propiedades clínicas, sobre las neurofisiológicas, neuroquímicas, etc., necesariamente incompletas aún. Quizás parte de éste problema sea debido a que, en su presentación inicial, el fármaco se recomendó en dosis de hasta 16 mg./día (con lo cual empezó a ser frecuente encontrarse en la clínica con una exagerada proporción de secundarismos asociados al fármaco) y actualmente la misma empresa farmacéutica reconoce que dosis por encima de 10 mg./día no han demostrado ser más eficaces que dosis más bajas. Y según Stahl (48), ha quedado demostrado que las dosis usadas en la práctica clínica son menores que las sugeridas a partir de los ensayos clínicos iniciales. Incluso, para éste autor, disminuyendo la dosis se consigue, a menudo, reducir los efectos secundarios sin perder eficacia clínica.

Su eficacia en los trastornos esquizofrénicos está hoy en día fuera de toda duda, pero mantenemos nuestras reservas respecto a los efectos secundarios del producto. En nuestra opinión, encontramos numerosos casos de amenorrea cuando lo empleamos en mujeres, incluso a dosis de 3-4 mg./día. Y para algunos autores (48), el aumento de prolactina con risperidona es más alto que con haloperidol. Asimismo y a las dosis señaladas, tampoco nos resulta infrecuente encontrar síndromes extrapiramidales, especialmente temblor de manos, aunque es éste caso si nos resultan menores que con el haloperidol pero obligan, habitualmente, a usar correctores anticolinérgicos. Por otro lado, parece que es un antipsicótico atípico no implicado en el desarrollo de hiperglucemia, al contrario que lo están varios de los otros (fundamentalmente clozapina y olanzapina), si

bien el mecanismo de producción de éste secundarismo no está, aún, aclarado (24). También consideramos interesante que es el único antipsicótico atípico que se presenta en una formulación líquida, lo que a veces es una gran ventaja. Finalmente, resulta prometedor su uso en otros trastornos no esquizofrénicos, como puedan ser las agitaciones demenciales ó los trastornos bipolares. En éstos últimos cuadros parece mostrar ventajas sobre los viejos antipsicóticos, (42,52) incluso se postula un cierto efecto antidepressivo, llegando a describirse algún cuadro de inducción maníaca a dosis altas de risperidona (42).

2.2. – Olanzapina

Se trata de un derivado tienobenzodiazepínico que muestra afinidad por diversos receptores de neurotransmisores, con unas propiedades estructurales y farmacológicas parecidas a la clozapina. En nuestra práctica clínica habitual, es decir, con pacientes ambulatorios, nos resulta uno de los antipsicóticos atípicos más atractivos de usar. Esto es así por varios motivos, pero fundamentalmente por la gran facilidad de uso que tiene, al presentarse como una dosis media y única de 10 mg./día, aunque es cierto que, en muchos casos, las dosis que habitualmente acabamos usando son mayores (normalmente entre 10-20 mg/día) que las aconsejadas en los ensayos clínicos (48); incluso en una ocasión tuvimos la experiencia de llegar a megadosis de 50 mg/día, con una importante ganancia en la eficacia y sin efectos secundarios relevantes (33). Sin embargo, para iniciar un tratamiento en un paciente ambulatorio psicótico productivo, nos resulta muy cómodo y especialmente, fácil de aceptar por el sujeto, ya que suele ser entendido como un inductor del sueño (síntoma que, al contrario que los síntomas productivos, es habitualmente reconocido por éste tipo de pacientes). También juega a su favor el hecho de que tiene un prospecto relativamente "amable" para éstos pacientes. Esto nos resulta un tema interesante, a la hora de la práctica diaria. No se trata, creemos, de ceñirnos exclusivamente a temas legales ó incluso erróneamente interpretados -en nuestra opinión- como "éticos" (Quizás acabe resultando menos ético dejar de tratar a un paciente esquizo-

frénico porque rechaza tomar la medicación, que hacerle creer que se le da una medicación para dormir, lo cual tampoco es del todo incierto). En el tema de los prospectos nos encontramos con un serio problema, a la hora de prescribir los antipsicóticos, ya que suele ser común que los pacientes abandonen el tratamiento -ó incluso no lleguen a iniciarlo- en cuanto leen que la indicación principal es la esquizofrenia y a éste respecto añoramos el antiguo prospecto de una marca comercial (hoy retirada de la financiación del Sistema Nacional de Salud), que combinaba perfenazina y amitriptilina, en cuyas indicaciones se hablaba de trastornos ansiosos, depresivos y solo muy al final, se nombraba la indicación de esquizofrenia, con lo cual y en función de la pericia para ajustar la dosis de perfenazina, se conseguía muchas veces -especialmente en los trastornos paranoides- que tomaran la medicación y disminuyese la intensidad de los cuadros, al menos para un mejor abordaje de la situación.

Consideramos que, en líneas generales, la olanzapina no es tan eficaz como la risperidona en el tratamiento inicial de la sintomatología productiva aguda, especialmente si predominan síntomas paranoides. Sin embargo, una vez iniciado el tratamiento, resulta mucho más cómodo de mantener y para nosotros, ha supuesto un gran avance en los tratamientos de mantenimiento de los pacientes crónicos. También es un dato a su favor el hecho de no precisar, casi nunca, el uso de correctores anticolinérgicos. La presentación reciente de una formulación dispersable del producto viene a ocupar un papel similar (aunque no tan eficaz) a la formulación líquida que existe ya en la risperidona (ó en el haloperidol y la tioridazina, por ejemplo). Al igual que está sucediendo con el resto de los antipsicóticos atípicos, está por confirmar su papel en otras patologías distintas a la esquizofrenia, donde su uso se presenta esperanzador, como puedan ser los trastornos bipolares (42, 48, 52) ó los trastornos de pánico refractarios (18), especialmente si subyace un trastorno de personalidad.

Respecto a los efectos secundarios, nos resulta muy común el encontrar sedación al inicio del tratamiento y especialmente, ganancia de peso a medida que avanzamos en el mismo. Consideramos que esto es un

problema importante, cuya solución no parece fácil, al margen de que pueda tener ó no otras implicaciones más relevantes aún no aclaradas, como la hiperglucemia asociada a su uso (24). Pero es indudable que la ganancia de peso es uno de los factores que más condiciona el poder seguir manteniendo el fármaco, ya que los pacientes, especialmente si son mujeres, presionan para su sustitución. Nosotros estamos ensayando, en unos cuantos casos, la asociación de olanzapina con topiramato en pacientes bipolares, no solo buscando una mayor estabilización psicopatológica, sino intentando aprovechar la anorexia y pérdida de peso descrita con el uso de topiramato (40), que contrarrestaría la ganancia secundaria a la olanzapina. Sin embargo, aún es pronto y la muestra es escasa para que podamos ofrecer conclusiones fiables al respecto.

2.3. – Zuclopentixol

Se trata de un neuroléptico del grupo de los tioxantenos, en el que nuestro grupo de trabajo tiene escasa experiencia, salvo en los tratamientos depot, donde acostumbramos a pautar 200 mg./3-4 semanas, con buenos resultados para lo que se busca en éste tipo de pacientes, habitualmente esquizofrénicos crónicos con problemas para mantener medicación oral diaria. En alguna ocasión lo hemos usado en su presentación “acufase” para el tratamiento de pacientes con importante agitación y nos ha resultado muy útil en éstos casos para intentar evitar el ingreso, incluso pautándolo cada 48 horas, repetidamente, durante una ó dos semanas hasta que mejoran y puede entonces continuarse con el depot. Para su prescripción diaria, bien en forma de grageas ó de gotas, incluso a dosis tan bajas como menos de 10 gotas/día, nos resulta muy eficaz, pero nos parece excesivamente sedante y con secundarismos de hipotensión, mareos y lentitud de movimientos, aunque existen casos en que puede resultar interesante su aplicación si buscamos una sedación importante, aunque quizás sea inconveniente en ancianos. Las dosis recomendadas del producto están en torno a 20-30 mg./día para la vía oral y entre 1-2 ampollas (200-400 mg.) cada 2-4 semanas, para la formulación depot, mientras que para el “acufase” se



aconseja entre 1-3 ampollas (50-150 mg.) cada 48-72 horas, durante un máximo de dos semanas.

2.4. - Sertindol

Este neuroléptico atípico se retiró del mercado aproximadamente un año después de su introducción en España, al parecer por varias muertes súbitas relacionadas con las alteraciones cardiológicas que producía. Se mantuvo un tiempo en el mercado, a pesar de que la FDA americana venía siguiendo de cerca los efectos de prolongación del intervalo electrocardiográfico QT corregido (35). Sin embargo, esto no fue explicitado al principio, al menos de una manera clara, por la empresa fabricante del producto cuando se introdujo en nuestro país. Quizás tanto la industria farmacéutica, como los médicos, deberíamos reflexionar conjuntamente sobre éste tipo de cuestiones, que vuelven a mostrar la necesidad de una extrema prudencia a la hora de utilizar un fármaco de reciente introducción en el mercado y que –habitualmente– suele presentarse con un bondadoso perfil de efectos secundarios. Basta recordar a éste respecto la polémica que se está generando con el bupropión, un antidepressivo inhibidor de la recaptación de la noradrenalina y dopamina (47), utilizado en Estados Unidos hace muchos años, aparentemente sin problemas relevantes, y de reciente introducción en Europa como fármaco para abandonar la dependencia al tabaco, pero sobre el cual ya está planeando la sombra de varias muertes asociadas al consumo del mismo y aunque aún no se ha demostrado una relación directa de dicho producto con los fallecimientos, ya hace tiempo se viene insistiendo en la prudencia de su asociación con diversos fármacos, fundamentalmente por las interacciones mediadas por el citocromo P450 (28, 35, 36).

2.5. – Quetiapina

A la hora de escribir el presente artículo, éste fármaco es el último de los antipsicóticos presentados en el mercado psicofarmacológico español. La experiencia de nuestro grupo de trabajo con él es relativamente escasa, por el momento, así que no podemos aportar mucho al respecto. Sin embargo, su uso en ancianos a dosis bajas

(generalmente entre 50 y 100 mg./día), nos resulta muy útil, ya que encontramos que produce muchos menos síndromes extrapiramidales y cuadros confusionales que el resto de los antipsicóticos (2). Parece tratarse de un antipsicótico atípico, derivado de dibenzotiazepina, que recuerda mucho a la clozapina por su perfil de unión a los receptores, ya que siendo un antagonista de varios de ellos, presenta una baja afinidad por los D1 y D2 de dopamina; algo mayor para los 5HT_{2A} de serotonina, moderada para los alfa-1-adrenérgicos y los H1 de histamina y apenas afinidad para los receptores muscarínicos (15,28,35,37). Aún pareciéndose en esto a la clozapina, parece que presenta una menor afinidad por todos los tipos de receptores que ésta, por lo que produciría menos efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos (37) y, para algunos autores (28), su baja incidencia de efectos extrapiramidales vendría determinada por su actuación preferente en el área A10 mesolímbica. Los efectos secundarios más comúnmente descritos son la somnolencia y la sedación (28, 37) (atribuidas al bloqueo H1 y alfa-1, respectivamente), por lo que se recomienda iniciar el tratamiento con 25 mg./día, con ascensos muy lentos si la situación lo permite, hasta llegar a una dosis media de 300-400 mg./día, -a partir del quinto día de iniciado el tratamiento-, en dos tomas diarias, recomendándose no superar los 800 mg./día. Hay autores que postulan una dosis única diaria, una vez estabilizado el paciente y para dosis inferiores a 400 mg./día (48). Un cierto inconveniente de éste fármaco es su presentación en comprimidos de tres dosis distintas (25,100 y 200mg.,respectivamente) y que los mismos no están ranurados, por lo que partirlos resulta difícil y obliga a prescribir varias dosificaciones. Otros secundarios menos frecuentes parecen ser las cefaleas y el insomnio (37). Por el contrario, datos a favor del uso de éste antipsicóticos serían: la práctica ausencia de efectos extrapiramidales; la no elevación de la prolactina y el hecho de que quizás sea el antipsicótico de elección para los enfermos parkinsonianos (48). Asimismo y como pasa con la risperidona y la olanzapina, su uso puede ser prometedor como coadyuvante de los trastornos bipolares, sin presentar - aparentemente - los inconvenientes del uso de los antipsicóticos clásicos en éstos trastornos

(42, 48, 52). Finalmente, cabe señalar un raro secundarismo, encontrado en perros, pero no en primates ni en humanos, como es la aparición de cataratas, que ha hecho que la FDA se cuestione controles oftalmológicos cada seis meses durante la terapia de mantenimiento (37, 48).

3. - Nuevos eutimizantes

No parece que hasta el momento actual ninguno de los denominados “nuevos” eutimizantes haya podido superar la eficacia de los “clásicos” (litio, valproato y carbamacepina) en el tratamiento de los trastornos bipolares. Incluso y salvo para algunas indicaciones como la “manía disfórica” ó contraindicaciones e intolerancia para usar el carbonato de litio, parece que éste fármaco sigue siendo el preferido, como primera opción, en dichos trastornos (12, 42), al margen de que los estudios y la experiencia a largo plazo sobre dicho producto siguen siendo mucho mayor que para el resto, incluidos los ya considerados “clásicos” eutimizantes, como son el valproato y la carbamacepina (52). Nos resulta curioso tener que señalar ya como “clásicos” a éstos dos últimos fármacos, aún cuando era de esperar estudios a más largo plazo sobre la eficacia de los mismos en los trastornos bipolares (profilaxis de los mismos, eficacia en las diversas fases, etc.). Sin embargo, la aparición en el mercado de nuevos productos obliga a dedicar un breve apartado a los mismos, aunque hacen falta aún muchos más estudios y sobre todo, experiencia clínica a más largo plazo con ellos, para poder extraer conclusiones fiables sobre su uso, ya que estamos de acuerdo con otros autores cuando señalan que las investigaciones clínicas al respecto son todavía escasas (12). Finalmente, nos llama la atención que casi todos los fármacos que actualmente se propugnan como eutimizantes, pertenezcan a los denominados “antiepilépticos”, aunque profundizar sobre esto implicaría resucitar “viejas” teorías psiquiátricas como, por ejemplo, el efecto “kindling” y ello escaparía a la intención de éste trabajo.

3.1. – Gabapentina

Parece que de todos los nuevos eutimizan-

tes, es el fármaco que menos secundarismos e interacciones relevantes presenta, lo que le convierte en un producto cómodo de usar, ya que resulta ser un fármaco seguro por su perfil de administración y absorción (12,35). Se trata de un anticonvulsivo, análogo del GABA, aunque con un mecanismo de acción distinto a éste (52). No existe aún un total acuerdo respecto a las dosis -para su uso en el trastorno bipolar-, aunque parece ser que éstas se sitúan entre 600 y 2.400 mg./día, en varias tomas (42, 52). Nuestra experiencia con éste fármaco es que tiene un cierto efecto ansiolítico, por lo que aborda de alguna manera los estados de ansiedad generalizada de los pacientes bipolares y, de hecho, algunos autores (52) encuentran que esa puede ser una próxima indicación del producto, que también parece resultar eficaz en ciertos casos de fobia social y trastornos de pánico. Pero a pesar de llegar a dosis de 2.400 mg./día, (asociándolo con carbonato de litio y/o con antipsicóticos atípicos) nosotros no conseguimos encontrar una adecuada eficacia en la estabilización de la mayor parte de los trastornos bipolares. Sin embargo y aunque no se dispone aún de suficientes estudios controlados, otros autores (12, 52) si parecen haber encontrado resultados prometedores en algunos casos, por lo que su utilidad está aún por confirmar. No obstante y tras nuestra experiencia con el fármaco, creemos que no es aconsejable su uso en monoterapia para los trastornos bipolares, quedando la posibilidad de usarlo combinado con otros eutimizantes, cuando la patología se haya mostrado resistente a las combinaciones habituales.

3.2. – Topiramato

Se trata de un anticonvulsivo estructuralmente nuevo, derivado de la fructosa con sulfamato sustituido, sobre el que están surgiendo estudios para las fases maníacas -ya que parece tener un cierto efecto de disminución del estado de ánimo- del trastorno bipolar (40, 42, 52). Los efectos secundarios más frecuentemente encontrados son la anorexia y pérdida de peso, lo que visto desde un lado positivo- puede tener su aplicación en casos de bulimia ó en pacientes bipolares obesos (40), especialmente asociado al carbonato de litio ó antipsicóticos cuando éstos ha provocado



ganancia de peso como secundarismo. Otros efectos secundarios, relativamente frecuentes, son las parestesias, somnolencia, náuseas, fatiga, dificultades de concentración y memoria y la mencionada disminución del estado de ánimo (42, 52). Mucho menos frecuente, pero quizás más relevante, es la posibilidad de que produzca cálculos renales (42, 52) y últimamente se están comunicando casos de miopía aguda y glaucoma secundario de ángulo estrecho (3). Según la empresa farmacéutica que comercializa el producto (circular de la Directora Técnica, de Noviembre de 2001), ésto es algo excepcional, habiéndose comunicado desde la introducción del producto y hasta mediados de Agosto de 2001 un total de 23 casos (22 en adultos y el otro en un paciente pediátrico), sobre un total de más de 825.000 pacientes tratados. Se recomienda usar una dosis promedio de 200 mg./día, con unos rangos de 100 a 400 mg./día, en dos tomas. Nuestra experiencia, aunque escasa, nos permite dudar que tenga una gran eficacia como estabilizador de los trastornos bipolares, aunque como nos ha sucedido con la gabapentina, lo hemos empleado en los pacientes más resistentes a las terapias convencionales, lo cual implica un importante sesgo en éstas patologías. No obstante, creemos que esto resulta común cuando sale un psicofármaco nuevo al mercado ya que, faltos de manejo con el producto, habitualmente comenzamos a usarlos en pacientes que se han mostrado refractarios a varias terapias clásicas y es muy posible que la falta de respuesta previa, habitualmente también asociada con cronicidad, indiquen un pronóstico malo, en sí mismo. Al margen de esto, mantenemos un moderado optimismo respecto al topiramato asociado en politerapia a los eutimizantes clásicos, ya que la pérdida de peso puede resultar un beneficio importante en el análisis global de éstas terapias, independientemente de que estudios futuros muestren si resulta útil ó no en las patologías bulímicas no asociadas a trastornos bipolares.

3.3. – Otros eutimizantes

Nuestro grupo de trabajo no tiene experiencia, salvo anecdótica, con el resto de los nuevos eutimizantes, por lo que declinamos hacer comentarios al respecto, ya

que el objetivo principal de ésta revisión es, precisamente, comparar nuestra práctica clínica con la obtenida de la literatura científica (y la aportada por la industria farmacéutica) sobre los psicofármacos actuales. Solo a modo de reseña, indicaremos que se están produciendo aportaciones en el tratamiento de los trastornos bipolares con otros anticonvulsivantes, principalmente con la lamotrigina y la oxcarbacepina (42, 52). Respecto a éste último, cabe señalar que la ya contrastada eficacia de su análogo, la carbamacepina, en éstas patologías permite ser moderadamente optimistas respecto a su uso ya que, además, parece presentar menos secundarismos e interacciones y apenas problemas con los niveles sanguíneos del producto, que se recomienda a dosis de 600-1200mg./día en monoterapia, aunque podría aumentarse en tratamientos combinados (28).

4. -Nuevos ansiolíticos e hipnoticos

4.1. –Buspirona

Aunque en la actualidad prácticamente está retirada del mercado farmacéutico español, sus comienzos fueron prometedores, ya que se introdujo como un nuevo fármaco ansiolítico, perteneciente a la familia de las azaspirodecanodionas (7), no sedante, y sobre todo, no relacionado químicamente con las benzodiazepinas, lo que parecía augurarle un efecto ansiolítico sin los inconvenientes de éstas, especialmente las alteraciones cognitivas y la dependencia farmacológica. Su mecanismo de acción está basado en el aumento de las actividades noradrenérgicas y dopaminérgicas y una disminución de las serotoninérgicas, por tener afinidad específica sobre los receptores serotoninérgicos 1A sin afectar al complejo GABA (41). Inicialmente se postuló su uso en el Trastorno de Ansiedad Generalizada y posteriormente como coadyuvante en otros trastornos (Sd. depresivo, impulsividad, abstinencia alcohólica, etc.) (7). Uno de los primeros problemas que planteo fue que tenía un periodo de latencia en torno a dos semanas para empezar a ejercer su acción (28), lo que provocaba que la mayor parte de pacientes ansiosos abandonara el tratamiento por supuesta falta de eficacia. También se describieron síndromes serotoninérgicos.

nérgicos en asociación con otros antidepresivos (fluoxetina, trazodona), sí bien nunca con buspirona como único tratamiento. Se recomendó una dosis entre 15 y 40 mg./día, aunque se ha comprobado que individuos sanos han llegado a tolerar 2.400 mg./días, sin efectos letales (41).

4.2. - Alprazolam Retard

Las dificultades asociadas al uso de alprazolam, entre otras los fenómenos de rebote de la ansiedad, que motivan dosificarlo 3-4 veces al día debido a una vida media corta del producto, promovieron la aparición del alprazolam de “liberación sostenida,” como una oportunidad de fácil manejo y disminución de los problemas asociados a la presentación inicial de dicha benzodiazepina, al mostrarse como un producto que mantenía los niveles plasmáticos en rangos terapéuticos de forma prolongada y estable, mejorando la eficacia, la cumplimentación y los efectos secundarios (13). Aunque al principio se aconsejó la pauta de una dosis al día, preferentemente nocturna y entre rangos de 2 a 6 mg., nuestra impresión es que funciona mejor una dosificación del fármaco en dos tomas, cada doce horas. Asimismo, nuestra experiencia es que el fármaco resulta bastante menos eficaz que el alprazolam simple en los trastornos de pánico y tiene una eficacia similar en los Trastornos de Ansiedad Generalizada, si bien en éstos últimos casos la fórmula “retard” es más cómoda, más fácil de cum plimentar y con menos riesgo de abuso.

4.3. – Zolpidem

Es un hipnótico que pertenece a una familia química y terapéutica distinta a las benzodiazepinas, las imidazopiridinas, que parecen tener una selectividad específica para los subtipos de receptores omega del complejo receptor GABA-A (17,28). Al entusiasmo inicial que despertó su presentación, al atribuirle un bajo riesgo de producir abuso y dependencia, comparándolo con las benzodiazepinas de vida media corta, ha seguido un período de reflexión que aconseja moderar el optimismo, empezándose ya a cuestionar las diferencias clínicas reales entre ambas familias de fármacos y no resultando tan infrecuente el

abuso de zolpidem, cuyo síndrome de abstinencia cursa, a veces, con síntomas graves, tales como cuadros paranoides ó crisis comiciales (17). Se recomienda una dosis patrón de 10 mg. nocturnos, aunque en los pacientes ancianos se aconseja empezar por 5 mg. Nuestra experiencia es que es un buen inductor del sueño, pero tiene una vida media excesivamente corta, con lo que resulta difícil que se mantenga el sueño más allá de cinco horas.

4.4. – Zopiclona

Se trata de un hipnótico no benzodiazepínico, perteneciente a las ciclopirononas, que parece actuar sobre el complejo gaba-receptor, que incidiría sobre la transmisión gabaérgica y el ionóforo de cloro, pero en un lugar distinto al de las benzodiazepinas, aunque al igual que éstas, parece poseer acciones hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivantes y miorelajantes (28). Se aconseja una dosis óptima de 7,5 mg. nocturnos y nuestra experiencia es que mantiene el sueño en torno a seis horas, aunque suele provocar un desagradable sabor de boca al despertar. Al igual que ha sucedido con el zolpidem, su entusiasmo inicial, respecto al bajo riesgo de desarrollar tolerancia y abstinencia se ha visto disminuido con el uso, ya que si bien su potencial de abuso frente al zolpidem parece ser algo menor, también se han descrito casos de dependencia a la zopiclona (17).

4.5. – Midazolam

Se trata de un hipnótico benzodiazepínico, perteneciente a las triazolobenzodiazepinas, de eliminación ultrarrápida (menor de tres horas)(28,35), sobre el que nuestro grupo de trabajo tiene escasísima experiencia, limitándose ésta a algunos casos en los que el paciente ha probado ya casi todos los hipnóticos del mercado y refiere seguir sin dormir. Parece que su uso principal clínico esta siendo como inductor sedante prequirúrgico (35).

5. - Algunos efectos secundarios de los nuevos psicofarmacos

5.1. – Antidepresivos

Se presentaron en el mercado para compe-



tir con los heterocíclicos y, al principio se insistió en la falta de efectos secundarios relevantes, por oposición a los clásicos antidepressivos. El paso del tiempo ha mostrado que si bien no se presentan, habitualmente, los mismos efectos secundarios que aparecían con los antidepressivos clásicos, no es cierta la ausencia de secundarismos importantes, incluso alguno de ellos puede ser de graves características. Parece que los más relevantes, aunque afortunadamente no los más frecuentes, son: la posibilidad de un síndrome serotoninérgico (8, 19, 25, 29, 41); los accidentes cerebrovasculares, especialmente en asociación con otros fármacos (11, 44); la provocación de trastornos del movimiento, fundamentalmente síndromes extrapiramidales (23) y la interacción farmacológica, mediada ó no por el complejo del citocromo P450 (16, 28, 35, 47).

La posibilidad de un síndrome serotoninérgico obliga a una extrema cautela para evitar la asociación de fármacos que aumenten la disponibilidad de serotonina en el sistema nervioso central (41), y esto exige una prevención especial cuando, por ejemplo, nos planteamos la sustitución de un antidepressivo por otro, especialmente si se trata de un IMAO, ó el paciente está tomando triptófano, pero también si cambiamos de un ISRS a otro sin un prudente tiempo de lavado, sobre todo si el ISRS previo es la fluoxetina, ó cuando usamos estrategias de potenciación con dos antidepressivos ISRS (y a éste respecto conviene recordar que el citalopram es el más potente inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina). La presencia de movimientos anormales asociados al uso de ISRS es algo descrito desde, prácticamente, la introducción esto fármacos en el mercado. No parecen ser relevantes en la mayor parte de los casos aunque, en nuestra experiencia, la presencia de temblores de las extremidades superiores y acatisia, especialmente al inicio del tratamiento, es algo común con los ISRS. En una extensa revisión sobre el tema, a través del Medline, Leo (23) encontraba la publicación de 71 casos de síntomas extrapiramidales inducidos por los ISRS hasta 1996. De ellos, la acatisia aparecía en un 45,1%, la distonía en un 28,2%, el parkinsonismo en un 14,1% y las discinesias en un 11,3%. El aumento de ISRS en el mercado desde entonces haría interesante una

actualización de revisiones similares.

El tema de las interacciones farmacológicas de los ISRS resulta algo complejo. En nuestra opinión, el citocromo P450 está adquiriendo un importante protagonismo en el asunto, pero creemos que resulta muy difícil, en la práctica diaria, recordar todos los isoenzimas, familias de los mismos y sistemas relacionados con dicho citocromo y, por tanto, prácticamente imposible recordar, a través de esto, cuales son los fármacos potencialmente peligrosos (no solo los psicofármacos) de asociar. A éste respecto y mediadas ó no las interacciones por el citocromo P450, parece que los mayores problemas estarían en la asociación de ISRS con anticoagulantes del tipo acenocumarol y warfarina; con antihistamínicos del tipo terfenadina y astemizol; con cisaprida; con antimigrañosos de la familia del sumatriptan; con la seligilina y con otros IMAOS y con triptófano (15), aunque las interacciones potencialmente peligrosas descritas, por ejemplo, con fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central son prácticamente innumerables (46).

Un efecto secundario menos relevante por la gravedad que provoca, pero muy importante por la dificultad que implica su manejo y especialmente por los problemas que conlleva mantener el tratamiento es la presencia de disfunción sexual secundaria al uso de los ISRS. El Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos, liderado por Montejo (30), lleva mucho tiempo insistiendo sobre éste tema y a ellos debemos las aportaciones más relevantes realizadas en nuestro país. Todos los ISRS han presentado éste problema y su incidencia con el uso de los mismos -en un grado u otro de disfunción sexual- no baja del 50% con cualquiera de ellos, por lo que parece ser un síntoma necesario de preguntar a los pacientes, ya que las comunicaciones espontáneas de dichos problemas son mucho menores. Todo ello, al margen de lo complicada que es la solución a éstos trastornos, ya que las diferentes alternativas propuestas no resultan, en nuestra opinión, muy eficaces, salvo cuando se acaba sustituyendo el ISRS por otro antidepressivo no ISRS.

Finalmente y aunque no puede considerarse un efecto secundario en sí mismo, resul-

ta cada vez más frecuente el Síndrome de Discontinuación asociado a la supresión - ó incluso disminución de la dosis - de muchos ISRS, fundamentalmente Paroxetina y Venlafaxina (31, 32, 34). Nos hemos extendido sobre el tema en el apartado dedicado a éstos fármacos, pero volvemos a insistir en que, en otros países, la cuestión parece haber llegado ya a los Tribunales de Justicia, al margen de que sea muchas veces incómodo y alarmante para los pacientes, por lo que no parece aconsejable ignorarlo (39).

5.2. – Antipsicóticos

Insistimos en el gran avance que han supuesto éstos fármacos, respecto a la menor relevancia e intensidad de los efectos secundarios, comparándolos con los antipsicóticos clásicos. Esto ha supuesto una mejor aceptación por parte de los pacientes, con todo lo que ello conlleva en el análisis global del tratamiento de las psicosis (menor riesgo de recaídas, notable atenuación de la sintomatología productiva, disminución de las hospitalizaciones etc.). Por tanto, hablar de los secundarios implica -de entrada- explicar que, ni por asomo, éstos remedan a lo que estábamos acostumbrados a encontrarnos con los “viejos” antipsicóticos. Pero, aún así, es evidente que encontramos efectos secundarios asociados a su uso. Por ejemplo, la amenorrea es, a nuestro entender, bastante frecuente con el uso de risperidona. La hipotensión es común al inicio de tratamiento con quetiapina y la ganancia de peso es innegable con el uso de olanzapina. A éste respecto, resultarían interesantes los trabajos futuros que analicen las relaciones entre el uso de antipsicóticos atípicos, la ganancia de peso y la hiperglucemia (24), ya que aunque el mecanismo de la relación “antipsicóticos-obesidad-diabetes” no esté aún aclarado, es de sobra conocido el riesgo de la obesidad para el desarrollo de la diabetes tipo 2 y también su influencia negativa en las patologías cardiovasculares, especialmente si se asocian otros factores de riesgo, como el tabaquismo, que para algunos autores (48), existe en más del 80% de los esquizofrénicos, generalmente unido a vida sedentaria y dietas poco saludables. Finalmente y aunque sea de manera anecdótica,

tampoco hay que excluir el riesgo de síndrome neuroléptico maligno asociado a los nuevos antipsicóticos (14) que, aunque infrecuente, ha sido descrito prácticamente con todos los antipsicóticos existentes (al margen de estar descrito también con múltiples fármacos) y como es sabido, conlleva un importante riesgo de mortalidad.

5.3. – Eutimizantes

No nos resultan especialmente llamativos los secundarismos asociados al uso de nuevos eutimizantes, aunque como ya hemos señalado en el apartado referente a los mismos, nuestra experiencia al respecto es anecdótica, salvo para la gabapentina y el topiramato. Al margen de los cálculos renales y glaucoma (3,42) que hemos comentado para el topiramato -aunque debe insistirse en su infrecuente presentación-, consideramos que la anorexia/pérdida de peso también asociada a éste producto puede entenderse como un beneficio, en función de en que pacientes lo usamos. Finalmente y aunque carecemos de experiencia con éstos productos, parece que la Lamotrigina se ha asociado a casos de exantema cutáneo y de síndrome de Stevens-Johnson y la vigabatrina -al parecer poco eficaz en los trastornos bipolares- a síndromes psicóticos en epilépticos (52).

5.4. – Ansiolíticos/Hipnóticos

Tampoco nos resultan relevantes los efectos secundarios asociados al uso de los nuevos ansiolíticos/hipnóticos, salvo los casos ya descritos de dependencia a zolpidem y zopiclona (17), que aconseja adoptar una serie de precauciones con éstas sustancias de manera similar a las adoptadas con los hipnóticos benzodiazepínicos.

6. - Uso clínico actual de los psicofármacos clásicos

Llama la atención que, como indicábamos al comienzo de éste artículo, los psicofármacos clásicos casi han desaparecido de la práctica clínica habitual. Al menos, en las listas de psicofármacos más prescritos en España en el año 2000, los cuatro primeros puestos pertenecían a dos antipsicóticos nuevos (Olanzapina y Risperidona, que -a



su vez- eran los dos fármacos que más habían facturado en España, del total de fármacos) y a dos antidepresivos ISRS (Paroxetina y Fluoxetina) (38). Parece que, hoy en día, los ISRS se han convertido en fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión y creemos que esto es debido, fundamentalmente, a la menor frecuencia de efectos secundarios -al menos a la mejor tolerancia de ellos- ó a la aparente menor gravedad de los mismos, cuando éstos de presentan, aunque no sabemos muy bien si ésto último no estará condicionado, en exceso, por la información que nos presenta continuamente la industria farmacéutica. No nos parece mal que dichos fármacos se estén imponiendo, relegando a los clásicos y de hecho, pensamos que si ésto es así en todo el mundo será porque el balance global del uso de los mismos es preferible a los psicofármacos clásicos. Sin embargo, lo que más nos llama la atención es la aparente “polivalencia” de los ISRS para todo tipo de patologías psiquiátricas sin que, al menos hasta el momento, parezca que la eficacia de dichos fármacos sea mejor que la de los heterocíclicos en las mismas. Nos referimos, en concreto, a los trastornos obsesivos, las crisis de pánico ó la fobia social, incluso en ciertos subtipos de depresión (50,51). Resulta curioso observar como un clínico en la actualidad es capaz de utilizar, sin demasiadas dudas, 250 mg./día de clorimipramina si se encuentra frente a un paciente con una clara patología obsesivo-compulsiva, ya que parece obvio que la clorimipramina no ha sido aún superada frente a éstos trastornos (49) y, sin embargo, no llega a plantarse las mismas dosis (ni aún dosis menores) de dicho producto frente a una depresión severa, utilizando habitualmente y en primer lugar, los ISRS y solo cuando éstos han sido ineficaces (generalmente tras el uso de dos de ellos), se plantea el uso de heterocíclicos, cuando no el ingreso hospitalario del paciente, antes que probar fármacos que, en la actualidad, han adquirido una patina de peligrosos ó intolerables para el paciente. Estaríamos de acuerdo en que ésto puede ser así si utilizamos el mismo rasero para todo. Es decir, si la clorimipramina es potencialmente peligrosa (y no dudamos que pueda serlo, pero también pueden serlo los ISRS), lo será tanto si se usa para el TOC, como si se

usa para el sd. depresivo. Y no nos vale aducir que para el TOC no se ha descubierto nada más potente, porque tampoco parece que, actualmente, existan antidepresivos más potentes para las depresiones severas (en especial para la melancolía) que los heterocíclicos y sin embargo se tienden a usar los ISRS. Al menos, los trabajos que comparan ambos grupos de fármacos no muestran una eficacia mayor de los ISRS y encima, son escasas las publicaciones metodológicamente correctas (50). No pretendemos señalar que los ISRS son ineficaces. Creemos que su presencia mejora las posibilidades terapéuticas en el tratamiento de las depresiones de una manera excepcional, debido fundamentalmente a su mejor tolerancia, a su facilidad de uso, a su mejor cumplimentación y su mayor seguridad en conjunto, tanto en casos de sobredosis, como en psicopatologías asociadas a deterioro cognitivo, comorbilidad orgánica y/o plurifarmacología (53). Es decir, son una gran ayuda en el actual arsenal terapéutico antidepresivo. Pero una errónea interpretación de ésto nos puede llevar a pensar que ya no deben seguir usándose los heterocíclicos y, por ende, llegar con el tiempo a la desaparición de los mismos. Recordemos que, en el mercado nacional, solo existe ya un IMAO clásico (y no precisamente el mejor). Es evidente que, al final, lo que no se prescribe, deja de ser rentable a la industria farmacéutica y a veces ciertos laboratorios prefieren promocionar fármacos más rentables económicamente, que otros que producen menos ingresos, aunque ambos sean comercializados por la misma empresa. Pero ésto no debe hacernos creer que los heterocíclicos no deben seguir teniendo - hoy por hoy - su puesto en la psicofarmacología. Estamos totalmente de acuerdo con Vallejo (50) en que su futura -y presumible- desaparición ensombrecería el panorama terapéutico de ciertos síndromes psiquiátricos (melancolía, trastornos obsesivos, depresiones delirantes, etc.). Respecto a los nuevos antipsicóticos, creemos que la gran aportación de los mismos ha sido -fundamentalmente- su facilidad de uso y por tanto, su notable mejoría en la cumplimentación del paciente. En nuestra opinión se ha conseguido, en muchos casos, que el paciente tome los antipsicóticos, dado que no les resulta excesivamente

te difícil aceptar una sola dosis diaria que, además, no les causa excesivos efectos secundarios (al menos comparándolos con los antipsicóticos clásicos). Y esto ha supuesto, afortunadamente, la notable mejoría del proceso psicótico en muchos pacientes. Pero tampoco debemos creer - como erróneamente consideran a veces los familiares de los pacientes- que la presencia de dichos fármacos supone la exclusión de los viejos antipsicóticos. No vamos a entrar en el interesante debate del precio de los viejos y los nuevos antipsicóticos, con relación a sus ventajas e inconvenientes terapéuticos, ya que entendemos que las autoridades sanitarias tienen suficiente criterio para saber el motivo de la aprobación de un psicofármaco a un precio determinado. Pero, al margen de esto, consideramos que la aportación de éstos fármacos al cumplimiento terapéutico de los pacientes psicóticos ha sido de gran ayuda. Y esto ya es mucho, pues al menos, se ha conseguido que muchos de los pacientes que anteriormente rechazaban tratamientos con antipsicóticos clásicos, por sus intolerables secundarismos, ahora los tomen. No creemos que hayan aportado una gran mejoría en el tratamiento -en sí mismo y excluida su tolerancia- de los procesos psicóticos, ó al menos no lo han hecho de una manera proporcional a su precio, y desde luego dudamos de su supuesta acción sobre la sintomatología “negativa”, a pesar de los numerosos trabajos al respecto que parecen indicar lo contrario. Quizás hubiese que redefinir -aún más- lo que se entiende por sintomatología “negativa”, “defectual”, etc. y contar con instrumentos que la diferencien muy bien de los secundarismos causados por los propios psicofármacos ó de los síndromes depresivos comórbidos a

las psicosis, etc. Al margen de esto, no cabe duda de que hoy en día es muchísimo más fácil conseguir que un paciente tome -al menos al principio del tratamiento- 10 mg./día de Olanzapina, en monodosis nocturna que noventa gotas de haloperidol, repartidas tres veces al día y acompañadas de biperideno y eso contribuye, seguro, a disminuir el riesgo de recaídas, además de mejorar la sintomatología. Dicho esto, consideramos un error “demonizar” a los “viejos” antipsicóticos (creemos que siempre serán útiles, al menos como fármacos de segunda elección en caso de ineficacia previa de los “nuevos”), pero nos parece que ese es el camino que se está siguiendo. Como muestra, sirva el observar que en una de las sesiones plenarias del 14th European College of Neuropsychopharmacology Congress (Estambul, Octubre, 2001) estaba previsto debatir si los “clásicos” antipsicóticos deberían ser restringidos. Además, el uso de los nuevos antipsicóticos en ciertas patologías asociadas a los trastornos psicóticos, como por ejemplo el síndrome poli-dipsia-hiponatremia-psicosis, parece ineficaz, teniendo que recurrirse en este caso a la clozapina como único fármaco que ha mostrado una cierta eficacia en éste trastorno (4). Y hay que demostrar aún que los “nuevos” antipsicóticos sean eficaces en otras muchas patologías en las que los “viejos” ya lo han hecho (Sd. de Gilles de LaTourette, etc.).

En síntesis y parafraseando una vieja canción, entendemos que los “clásicos” psicofármacos son ya demasiado “viejos” en éstos tiempos de clínica tan pragmática (y tan carente de lírica), pero demasiado “jóvenes” aún para morir.



Agradecimiento: Queremos expresar nuestro agradecimiento a los Catedráticos de Psiquiatría Prof. Valentín J.M^a. Conde López y Prof. Julio Vallejo Ruiloba, por sus valiosas aportaciones a la Psicofarmacología española.

Correspondencia:

Luis Pacheco Yáñez. Psiquiatra.

S. Extrahospitalario de Salud Mental.

Plaza del Bombero Echániz s/n. 48010- Bilbao.

Tfno.: 946006920.

Correo electrónico: lpy@euskalnet.net



Bibliografía:

- 1.- Amor A y Vallejo J. *Psicofármacos y embarazo*. *Psiquiatría Biológica* 2000;72:70-75.
- 2.- Aragües, E; Etxebeste, M^a; Malo, P; Pacheco, L y Aragües, M^a. *Clinical experience with Citalopram in the treatment of depression in the elderly*. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1997;7Sup.2:S135.
- 3.- Banta, JT; Hoffman; Bunde, DL; Ceballos, E y Greenfield, DS. *Presumed topiramate-induced bilateral acute angle-closure glaucoma*. *Am J Ophthalmol.* 2001; 132,1:112-114.
- 4.- Basterreche, E; Anguiano, B; Archanco, D; Lamban, P; Legido, P y Prieto, M. *Polidipsia-hiponatremia intermitente-psicosis. A propósito de un caso tratado con clozapina*. *Psiquiatría Biológica.* 2000; 7, 2: 80-82.
- 5.- Bazire, S. *Directorio de fármacos psicotrópicos 2000: Manual del profesional*. Quay Books Mark Allen Publishing Ltd. England. 1999. Traducción española: Laboratorios Organón. 2000.
- 6.- Conde, V, De Uribe, F y Pacheco, L. *Neurolépticos atípicos*. *Farmacología del SNC.* 1989;3,2:4-16.
- 7.- Conde, V y Martínez, M. *Algunos aspectos farmacológicos clínicos de las azaspirodecanodionas*. *Farmacología del SNC.* 1990; 4: 85-102.
- 8.- Conde, V y Martínez, M. *El complejo semiológico y sindrómico serotoninérgico*. *Farmacología del SNC.* 1991;5,3: 24-38.
- 9.- Conde, V y Martínez, M. *Paroxetina: Aspectos farmacológicos y clínicos*. *Anales de Psiquiatría.* 1992; 8: 323-328.
- 10.- Conde, V y Martínez, M. *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*. *Informaciones Psiquiátricas.* 1994;135-136: 45-56.
- 11.- Conde, V; Ballesteros M^aC, Blanco J y Marco J. *Infarto cerebral en una adolescente tras una autointoxicación con paroxetina y una asociación de cafeína y teodrenalina*. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 1998; 26,5:333-338.
- 12.- Conde V, Franch J, Macias J, Medina G y Blanco J. *Estrategias de sustitución de tratamientos preventivos con sales de litio*. *Psiquiatría Biológica.* 1999;6,6:231- 237.
- 13.- De la Gándara Martín JJ. *Benzodiacepinas de liberación sostenida: Un nuevo modelo de manejo de la ansiedad*. *Psiquiatría Biológica.* 1997; 4,1: 14-21.
- 14.- Del Valle MP, Molina G y Royuela A. *Síndrome neuroléptico maligno asociado a olanzapina*. *Psiquiatría Biológica.* 1999;6,6:264-267.
- 15.- Diev V y Raniw alla J. *Quetiapina: Revisión de su seguridad en el tratamiento de la esquizofrenia*. *Drug Safety (Separata en edición española)*. 2000;23,4:295-308.
- 16.- Edwards JG y Anderson I. *Revisión sistemática y pautas de selección de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*. *Drugs (Separata en edición española)* 1999; 57, 4: 507-535.
- 17.- Elvira L, Carmona A y Gutiérrez JR. *Abuso y dependencia de zopliclona y zolpidem. Presentación de tres casos*. *Psiquiatría Biológica.* 2001; 8,2: 78-83.
- 18.- Etxebeste M^a, Aragües E, Malo P y Pacheco L. *Olanzapine and Panic Attacks*. (letter). *Am J Psychiatry.* 2000; 157,4:659-660.
- 19.- Fisher AA y Davis MW. *Serotonin syndrome caused by selective serotonin reuptake-inhibitors-metoclopramide interaction*. *The Annals of Pharmacotherapy.* 2002;36,1:6771.
- 20.- Gibert J, Gutiérrez M y Bobes J. *Efectividad y seguridad de risperidona a largo plazo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia*. *Psiquiatría Biológica.* 2001; 8,4:129-134.
- 21.- Gonzalez-Pinto Arrillaga A. *Venlafaxina: un antidepresivo atípico de acción opioide*. En: *Formación Continuada en Casos Clínicos de Psiquiatría. Autoevaluación razonada*. (M. Salazar, C. Peralta y J. Pastor, editores). Edit. Masson. Barcelona:312-314. 2002.
- 22.- Gonzalez-Pinto A, Imaz H, Pérez de Heredia JL, Gutiérrez M y Micó JA. *Mania and Tramadol-Fluoxetine Combination*. *Am J Psychiatry* 2001; 158,6: 964-965.
- 23.- Leo RJ. *Movement disorders associated with the serotonin selective reuptake inhibitors*. *J Clin Psychiatry* 1996; 57,10: 449-454.
- 24.- Liezeit KA, Markowitz JS y Caley CF. *New onset diabetes and atypical antipsychotics*. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2001;11,1: 25-32.
- 25.- Martínez A y Pérez P. *Síndrome serotoninérgico por sertralina y etilefrina: una interacción no descrita*. *Psiquis;* 5,22: 58-60.
- 26.- Mauri MC, Laini V, Boscati L, Rudelli R, Salvi V, Orlandi R y Papa P. *Tratamiento a largo plazo de la esquizofrenia crónica con risperidona: un estudio con concentraciones plasmáticas*. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* 2001;8,3:155-162.
- 27.- Medrano J, Uriarte JJ y Malo P. *Hypericum perforatum en el tratamiento de la depresión*. En: *Psicofarmacología: De los mecanismos básicos a la respuesta clínica* (P. Pichot, J. Euzema, A. Gonzalez-Pinto y M. Gutiérrez, editores). Edit. Aula Médica. Madrid: 335-357. 1999.
- 28.- Moizeszowicz J. *Psicofarmacología psicodinámica IV*. Paidós SAICE Buenos Aires. 1998.
- 29.- Montejó AL, Martín T y Llorca G. *El síndrome serotoninérgico y su relación con antidepresivos bloqueantes de la recaptación de serotonina*. *Farmacología del SNC* 1992;6,4:20-32.
- 30.- Montejó Gonzalez AL. *Disfunción sexual secundaria a antidepresivos ISRS. Incidencia y manejo clínico*. En: *Temas clave en el manejo de la depresión*. Edit. EDIMS A. Madrid:37-55. 1998.
- 31.- Pacheco L, Malo P, Aragües E y Etxebeste M^a. *More cases of paroxetine withdrawal syndrome*. (letter). *Br J Psychiatry* 1996;169:384.
- 32.- Pacheco L, Malo P y Aragües E. *Síndrome de discontinuación con los ISRS: Aplicaciones prácticas a la clínica diaria*. En: *Temas clave en el manejo de la depresión*. Edit. EDIMS A. Madrid:71-83. 1998.
- 33.- Pacheco L, Aragües E, Malo P, Etxebeste M^a y Aragües M^a. *Nuevos antipsicóticos: a propósito de un caso de esquizofrenia resistente*. *Psiquiatría Biológica.* 1999;6,3:142-144.
- 34.- Pacheco L, Malo P, Etxebeste M^a y Aragües E. *Withdrawal symptoms are very frequent and difficult to treat*. *British Medical Journal.* Edición electrónica. *Eletter.* *BMJ.* 2002;324:260. Publicado el 13/02/2002. En: [HIPERVINCULO http://bmj.com/cgi/eletters/324/7332/260](http://bmj.com/cgi/eletters/324/7332/260)



*Cuando se llevaron a mi vecino de arriba que era judío,
no me importó, porque yo no soy judío;
después se llevaron a mi vecino de abajo que era comunista,
no me importó, porque yo no soy comunista;
ahora vienen a buscarme a mí y ya es demasiado tarde".*

Bertolt Brecht

Philippe no quiere llegar tarde a su colegio

María Verdejo

Psicoanalista
Bilbao

En el número anterior de la revista *NORTE de salud mental* fue presentado un nuevo dispositivo para la atención psiquiátrica de niños y adolescentes psicóticos en Vizcaya. La Unidad a la que hago referencia funciona bajo el epígrafe de Centro de Día Educativo-Terapéutico. Recibe niños psicóticos y trastornos graves de la personalidad con edades comprendidas entre los diez y catorce años, preferentemente.

Hoy vamos a relatarles una breve viñeta sobre un caso que recibimos en ella. Le llamaremos Philippe.

Si bien quien la relata toma nombre propio con su firma, la experiencia clínico-educativa que presentamos tiene lugar en una institución a la que le gusta definirse bajo los términos “Trabajo entre varios: trabajo en Equipo,” subrayando la palabra Equipo y pronunciándola en mayúsculas.

Partiendo de la premisa de que el sujeto humano se constituye física y psíquicamente en su relación con otro (madre, padre, hermanos, profesores, terapeutas, el lenguaje, etc.), la pregunta que anuda las intervenciones en el centro de día es la de cómo constituir un espacio propicio para que estos chicos puedan avanzar como seres humanos autónomos, o al menos, lo más autónomos posibles.

La familia nos informa que a una edad temprana y tras un acontecimiento somático, el niño hace un retroceso en los logros evolutivos alcanzados hasta ese momento: alimentación, sueño, psicomotricidad y lenguaje preferentemente.

Llevado a la guardería, no sólo no avanza, sino que comentan que no consiguió adaptarse. A la edad de tres años se escolariza

en educación infantil. No tiene verbalizaciones, presenta rigidez de tono muscular y un contacto peculiar. Se deriva al CSM correspondiente. Los padres no consienten en el diagnóstico, comenzando un largo peregrinaje por diferentes especialistas del Estado buscando un diagnóstico. Este deambular termina de nuevo en Vizcaya a través de la intervención del Dr. “L” que les da el diagnóstico de “psicosis infantil”.

Cuando Philippe llega a la institución llevaba medio año fuera del marco educativo, es decir, acudiendo escasamente al centro escolar. Nos informan desde el EMP que, incluso llevaba un año con muchas faltas de asistencia.

A su llegada al Centro de Día y en un primer tiempo, durante el taller de “Buenos Días” que se realizaba en la alfombra cuando los niños llegaban del autobús, Philippe semejava un muñeco al que le hubieran dado cuerda deambulando arriba y abajo del salón, agitado, tapándose los oídos y sin mirar a alguien. Cuando se le acercaban, tanto adultos como niños, salía huyendo y repetía: “¡Déjame!. No puedo”. Incluso, parecía no vernos, chocándose en este intento desesperado de huida.

Este niño presentaba estados de gran excitación motriz, acompañados de manierismos y soliloquios que giraban en torno a diferentes anuncios publicitarios, series de TV, etc.

Esta manera de presentarse fue tomada por el Departamento Clínico de la Unidad a modo de un síntoma que venía a decir algo de la singularidad de este sujeto.

Parecía evidente el carácter amenazante y persecutorio que podía tener para este chico la sola presencia del Otro, y, sobre manera su mirada y su voz.



No podía permanecer en el aula. La sola mirada de otro niño lo hacía sentirse perseguido teniendo que salir del aula porque de lo contrario entraba en un estado terrible de agitación psicomotriz.

¿Cómo entonces acercarnos a él, hacerle llegar que nosotros no tenemos nada que ver con esa manera de sentirnos y vernos como una amenaza peligrosa para su propia existencia? Es decir, ¿cómo hacerle llegar que nosotros no tenemos nada que ver con su Otro peligroso? ¿Cómo hacerlo sin potenciar esas defensas que lo hacen volver una y otra vez a un estado de desconexión?

De ahí que nos planteáramos cómo intervenir para facilitarle un acercamiento que no cortocircuitar su llegada.

Sabíamos, desde el conocimiento que nos ofrece la clínica de la psicosis, que no se trataba de obturar con nuestras demandas su lugar como Sujeto.

Decidimos permanecer en la distancia, alejando de él toda demanda directa, tanto desde nuestras palabras, como nuestras miradas. Dado que, en este chico no hay un límite entre su espacio interior y su espacio exterior, no se ha constituido una unidad corporal que lo unifica y protege. Tratamos que sus vivencias amenazantes no cobraran cuerpo, no se encarnaran en nosotros. Fue un tiempo de espera para él y para nosotros, pero una espera “distraídamente atenta”, a través de la cual él pudo alojarse sin sentirse amenazado:

Cuando los niños iban llegando al Centro por las mañanas, nos sentábamos en la alfombra y comenzábamos a charlar sobre lo que había hecho, etc... Colocamos cojines que representaban a cada niño en particular. Philippe tenía el suyo, aunque no se sentara. Nosotros saludábamos a todos los niños, también a él, si bien, nuestra mirada no lo perseguía, no se dirigía especialmente a él y, tratábamos de dirigirnos a él apuntando a otro miembro del Equipo su llegada, sin siquiera pedirle una respuesta. Por ejemplo, podíamos decir, “Hola Rosa, buenos días, Philippe también ha llegado ya”.

Sabíamos que no podíamos encarnar la exigencia en referencia a que se sentara, o nos respondiera o cualquier otro tipo de

participación en este tiempo. Habíamos construido un marco simbólico: la alfombra y un cojín, y, nos disponíamos a construir una secuencia temporal a través de las palabras. Cada mañana la persona encargada del saludo matutino introducía a Philippe a través de un comentario con otro adulto indicando sus referencias espacio-temporales: “Buenos días Begoña. Philippe está con nosotros. Ahora está fuera de la alfombra. Buenos días Philippe”. A veces no respondía, otras veces contestaba, “no puedo ir”. Simplemente se le respondía de la misma manera, utilizando una comunicación a través de un tercero: “Begoña, Philippe se va a quedar fuera de la alfombra”. En alguna ocasión introducía un “Sí, voy a quedarme fuera” o un “No puedo quedarme”, siempre desde una distancia significativa.

Poco a poco comenzó a acercarse y a alejarse, movimientos que fueron verbalizados con un “Hola Philippe” cuando se acercaba y un, “Adiós Philippe” cuando se alejaba. Puntuando con las palabras una secuencia temporal: podríamos decir un tiempo uno y un tiempo dos, un antes y un después.

La presencia respetuosa con la distancia que él establecía fue haciendo que Philippe se acercara cada vez por más tiempo, pudiendo separarse en este momento de su temor a “ser destruido” por los otros.

Tras un tiempo decidió sentarse, alejado de los demás, tomó su cojín y dijo: “Hola, vengo a quedarme. Este es mi cojín”. Se le devolvió un “Buenos días, Philippe. Bienvenido a la alfombra” – Es así como llamábamos este momento: el tiempo de la alfombra.

Así la Unidad le da un lugar dentro de los límites de su singularidad.

El Equipo en el que nos constituimos para estos chicos opta por dejar de lado la demanda imperativa ya que, ésta puede tomar mucha importancia en momentos tales como la comida, el aseo, la clase,... Se puede escuchar, por ejemplo dirigirse al niño con un “¡come!, “¡Pórtate bien!”, “¡Tienes que escribir esta ficha!, Etc. Y esto puede ser muy difícil para un niño psicótico como él que ante un vaso de leche templada, por ejemplo, puede sentir que se le abrasa la garganta y sin poder si quiera dar el sentido que cualquiera de nosotros le da,





poder salir corriendo, tirar el vaso y verbalizar, en el mejor de los casos “Voy a quedarme sin voz, o sin garganta. No voy a poder hablar más en la vida.” O, simplemente ante un comentario de otro niño tal como: “esta leche quema”, aunque él no la haya siquiera bebido aún, ofrecer una respuesta en el orden de lo muscular con una tensión incontrolable.

La pregunta es entonces cómo no encarnar esa amenaza que lo angustia hasta esos límites de la vida y la muerte, cómo ayudar a que pueda ir construyendo herramientas psíquicas que le permitan defenderse de esa amenaza mortífera, pudiendo acercarse cada vez más a una verdadera integración, de manera que pueda beneficiarse de los conocimientos escolares.

Un incidente en el comienzo de una actividad:

Tras una intervención de Philippe, una niña se ríe estrepitosamente. Philippe comienza a gritar y a retorcerse sobre la alfombra repitiendo: “Duele, duele. Uno de los adultos pregunta al otro adulto que está también en el taller: “¿Qué le ocurre a Philippe?” poniendo de manifiesto su “no saber sobre Philippe”. Es la niña quien responde: “Está loco” riendo a carcajadas. El se retuerce en el suelo, patalea y chillaba: “No puedo soportar, duele”. El adulto pregunta sin dirigirse a él en primera persona y, utilizando la comunicación con el otro adulto: “¿Qué hace daño a Philippe?” Él responde: “Duele, duelen las risas, las risas rompen, me hacen daño”. Entonces el adulto pregunta sorprendiéndose: “Las risas están aquí, a este lado de la clase, ¿cómo pueden atravesar el espacio y llegar hasta allí, al otro lado de la clase donde está Philippe e introducirse en su cuerpo?”. Philippe se detiene, mira al adulto y comenta: “Capitán¹ ...suban los escudos de protección, nos atacan, mantengan los escudos de protección subidos”. Se tranquiliza y cesa su agitación. El adulto verbaliza: “Ahora las risas no pueden entrar dentro de Philippe y hacer daño a su cuerpo”. Philippe tiene un escudo que

lo protege”. La actividad del taller pudo retomarse.

Dos días después Philippe viene con “una braga” puesta al cuello y dirigiéndose a uno de los adultos que verbalizó la situación narrada anteriormente le dice: “mira, este es mi escudo protector”. Se tapa con él los oídos y añade: “No pueden hacerme daño”. Se ríe y se sienta en la alfombra junto a su cojín a la espera de que terminen de llegar el resto de sus compañeros.

Este “escudo protector” le ha permitido una primera diferenciación entre fuera/dentro y un “no”. Durante un tiempo esta nueva defensa se ha instalado permitiendo a este chico integrarse mejor con los compañeros, dado que no vive tan amenazadoramente su presencia. ¿Está pudiendo comenzar a construir una separación?

En este tiempo introdujimos en el aula una mesa que no mirase hacia el grupo clase, pero que le ha permitido ya poder estar en la clase junto a sus compañeros. Se le comentó que este sería su lugar en la clase ahora que tenía su escudo protector.

Podríamos detenernos aquí a hablar del estadio del espejo y la psicosis, o de lo que implica la mirada y la voz, pero, creo, no es el espacio oportuno.

Ahora este niño se acerca al adulto para expresar sus afectos, sus temores, contarle tal o cual incidencia de su vida cotidiana, o, para que le ayude a no morir². Está pudiendo pasar a la palabra lo que antes actuaba en su comportamiento, porque en los niños, la psicosis no se manifiesta como en los adultos. Son estos comportamientos, a veces extravagantes, otras veces estas agitaciones psicomotoras, la tan nombrada hipercinesia, huidas de la clase, etc... las que pueden al menos, ponernos ante la interrogación de qué es lo que está diciéndonos estos comportamientos perturbadores.

Para los que trabajamos en el Centro de Día que nos ocupa, tanto sus agitaciones como sus desconexiones son tomados a modo de síntoma, es decir, como una manera particular de dar cuenta de su situación de

¹ Hace referencia a un diálogo de una película intergaláctica. Hemos ido pudiendo comprobar la importancia que para la particularidad de este chico tienen algunos películas, series, anuncios... a través de los cuales él nos habla de su singularidad.

² Ha comenzado un trabajo clínico individual con el adulto que él tomó de referencia tras el incidente de la clase comentado con anterioridad y que, tiene a su cargo este pequeño trabajo de intercambio.



Sujeto.

Con la psicomotricista, por ejemplo, ahora Philippe puede hacer un juego que consiste en morirse, que lo entierren y resucitar. O, pedirle que lo acompañe a su pesadilla, porque no le dejan dormir los ruidos. Es un niño que tiene serias dificultades para conciliar el sueño.

Nos comentaron desde la Unidad de Tarde a la que acude que, al marcharse una persona de la Unidad, él jugó a enterrarla y decirle “Adiós”; al tiempo que recibía a la nueva persona con un “Hola.” Este juego y la verbalización de una despedida (adios) y una llegada (hola) nos van indicando que Philippe está generalizando los logros que va realizando en diferentes contextos de su vida.

Sin embargo, el trabajo está en mantillas y no ha hecho más que comenzar.

En este momento Philippe está poniendo a trabajar paulatinamente contenidos sobre su existencia. En una de las últimas entrevistas familiares nos cuentan que ahora Philippe pide ver las fotografías de cuando era un bebé, comienza a preguntar por lo que comía, lo que hacía...

Parece que, ser un niño ya no es un sinónimo de “morir”. Él decía: “no soy un niño, no quiero morir” ¿Podrá este niño reconstruir una historia que “se detuvo” a los dieciocho meses?.

También está recorriendo un mundo de nombres propios, quejándose de su nombre y pidiendo que se le llame, tal o cual... argumentando que es de niño pequeño o... ¿Podríamos decir que Philippe está a la búsqueda de un Yo?

En el campo de la socialización Philippe habla, pide, se sienta junto a otros, se ríe con los otros, se pelea... Por primera vez participa en las excursiones del Centro. Es decir, la socialización se ha puesto en marcha.

En el taller grupal del juego y la palabra, denominación que él mismo le ha dado,

Philippe juega ahora con coches y otros juegos infantiles que, antes le causaban gran angustia.

Lo infantil está comenzando a perder ese carácter persecutorio con el que llegó.

Para terminar, decir que, estos logros en el psiquismo no han sido sin consecuencias para la situación escolar.

Philippe está pudiendo avanzar significativamente en los contenidos escolares, tanto en las áreas instrumentales como en las de habilidades sociales y comunicaciones.

Cada mañana Philippe se levanta y comenta con los padres que no quiere llegar tarde a su colegio: Centro de Día.

Hemos tratado de mostrar cómo el trabajo entre varios profesionales, que se reúnen prácticamente a diario, que pueden hacer una elaboración colectiva a partir de las hipótesis de cada uno, en donde cada cual puede cuestionarse junto a los otros sobre su propia práctica, ya que es el respeto al estilo de cada uno lo que nos integra y, el deseo de que estos chicos, uno por uno, encuentren un lugar digno en nuestra sociedad como verdaderos sujetos que son escuchados en su particularidad. Por eso frente a una inclusión segregativa, es decir, frente a lo excluido en el interior del sistema, creemos que un centro especializado, para determinados chicos puede ser la manera de devolverlos a una posición de verdadera integración social; porque se puede estar más “fuera” del sistema estando dentro que estando físicamente afuera pero manteniendo un vínculo con él (o participando en circuitos “menores”). Desde luego no todos, no estamos hablando de hacer grupos de iguales que, usando un diagnóstico a modo de identificación los ubique en una nueva forma de segregación. De ahí todo el proceso que anteriormente les ha comentado la Médico-Psiquiatra de la Unidad Dra. Begoña Solano. La admisión es caso por caso y la vuelta al circuito denominado “normalizado” también.



Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo 2001.

Organización mundial de la salud (OMS)

Recomendaciones globales

Esta publicación de referencia de la Organización Mundial de la Salud tiene por objeto concienciar al público y a los profesionales acerca de la verdadera carga y el costo humano, social y económico que representan los trastornos mentales. Al mismo tiempo, se propone ayudar a dismantelar muchos de los obstáculos, particularmente la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios, que impiden que muchos millones de personas de todo el mundo reciban el tratamiento que necesitan y merecen. En muchos aspectos, el Informe sobre la salud en el mundo 2001 proporciona un nuevo enfoque de las enfermedades mentales que permite abrigar nuevas esperanzas a los enfermos mentales y sus familias en todos los países y todas las sociedades. Es un examen global de los conocimientos acerca de la carga actual y futura que suponen los trastornos y los principales factores que contribuyen a ellos. En él se analizan el alcance de la prevención y la disponibilidad de tratamiento, así como los obstáculos que se oponen a éste. Se examinan en detalle la prestación y la planificación de servicios, y por último se ofrece un conjunto de recomendaciones de gran alcance que pueden adaptar todos los países de acuerdo con sus necesidades y sus recursos. Las diez recomendaciones de acción son las siguientes:

Dispensar tratamiento en la atención primaria.

El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria es un paso fundamental que permite

facilitar y agilizar el acceso a los servicios para el mayor número de personas; hay que reconocer que muchas ya solicitan ayuda en este nivel. Con ello no sólo se proporciona una mejor asistencia, sino que se reduce el despilfarrar de investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Para conseguirlo, sin embargo, es necesario que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental. Dicha formación asegura el uso óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas, y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención. Por lo tanto, la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales.

Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos

En todos los niveles de la asistencia sanitaria deben dispensarse y estar siempre disponibles los medicamentos psicotrópicos esenciales. Estos fármacos deben figurar en la lista de medicamentos esenciales de cada país, y en la medida de lo posible deben estar disponibles los mejores fármacos para el tratamiento de las distintas afecciones. En algunos países puede ser necesario modificar la legislación con ese fin. Estos medicamentos pueden paliar los síntomas, reducir la discapacidad, abreviar el curso de muchos trastornos y prevenir las recaídas. A menudo constituyen el tratamiento de primera línea, sobre todo donde no puede recurrirse a intervenciones

psicosociales ni a profesionales altamente capacitados.

Prestar asistencia en la comunidad

La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Además, el traspaso de los pacientes de los hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

Educar al público

En todos los países se deben realizar campañas de educación y sensibilización pública sobre la salud mental. El objetivo principal es reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento y la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos mentales. Las alternativas de asistencia viables y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos reflejen los mejores conocimientos disponibles. Esto constituye ya una prioridad para una serie de países y organizaciones nacionales e internacionales. Mediante campañas de sensibilización y educación del público bien planeadas es posible redu-

cir la estigmatización y la discriminación, incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención de salud mental y la atención de salud física.

Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores

Las comunidades, las familias y los consumidores deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios. El resultado debería ser unos servicios más consonantes con las necesidades de la población y mejor utilizados. Por otra parte, las intervenciones deben tener en cuenta la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales, para responder a las necesidades de los enfermos mentales y sus familias.

Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional

La política, los programas y la legislación sobre salud mental son pasos imprescindibles para una acción seria y sostenida. Deben basarse en conocimientos actualizados y en el respeto de los derechos humanos. Es preciso que la mayoría de los países incrementen sus presupuestos para programas de salud mental por encima de los bajos niveles actuales. Algunos países que han desarrollado o revisado recientemente su política y su legislación han logrado avances en la aplicación de sus programas de atención de salud mental. Las reformas relativas a la salud mental deben inscribirse en las reformas más generales del sistema sanitario. Los planes de seguro de enfermedad no deben discriminar a los enfermos mentales, a fin de ampliar el acceso a los tratamientos y de reducir la carga asistencial.

Desarrollar recursos humanos.

En la mayoría de los países en desarrollo es necesario incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental, que son los llamados a dispensar asistencia especializada y apoyar los programas de atención primaria. La mayoría de los países en desarrollo carecen de suficientes especialistas de ese tipo para los servicios de salud mental. Una vez capaci-





tados, se debe alentar a esos profesionales a permanecer en sus países ocupando puestos donde sus competencias se aprovechen al máximo. Este desarrollo de recursos humanos es particularmente necesario para los países donde tales recursos son ahora escasos. Aunque la atención primaria sea el marco más útil para la asistencia inicial, se necesitan especialistas que suministren una gama de servicios más amplia. Lo ideal sería que los equipos de especialistas en atención de salud mental incluyeran profesionales médicos y no médicos, tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales, capaces de trabajar juntos con miras a la asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad.

Establecer vínculos con otros sectores

Otros sectores además del sanitario, como los de la educación, el trabajo, la asistencia social, la legislación y las organizaciones no gubernamentales, deberían participar en la mejora de la salud mental de las comunidades. Las organizaciones no gubernamentales deberían ser mucho más dinámicas, tener un papel mejor definido, y ser alentadas a prestar más apoyo a las iniciativas locales.

Vigilar la salud mental de las comunidades

Se debe vigilar la salud mental de las comunidades incluyendo indicadores de la salud mental en los sistemas de información y notificación sanitaria. Los índices deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales como la calidad de la asistencia que reciban, y también otras medidas más generales de la salud mental de las comunidades. Esa clase de vigilancia facilita la detección de tendencias y cambios en la salud mental consiguientes a acontecimientos externos, por ejemplo desastres. La vigilancia es imprescindible para evaluar la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental, y además refuerza los argumentos favorables a la asignación de más recursos. Son necesarios nuevos indicadores de la salud mental de las comunidades.

Apoyar nuevas investigaciones

Para comprender mejor los trastornos mentales y desarrollar intervenciones más eficaces es necesario investigar más a fondo los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental. Esas investigaciones deberían llevarse a cabo sobre una amplia base internacional, para poder entender las variaciones entre comunidades y conocer mejor los factores que influyen en las causas, el curso y los resultados de los trastornos mentales. Urge aumentar la capacidad de investigación en los países en desarrollo.





Quando codificamos un diagnóstico como 296.2 ¿nos referimos a un episodio depresivo o maníaco?

José Ramón Eizmendi Izquierdo, Oscar Martínez Azumendi

Sr. Director de la Revista *NORTE de salud mental*

Hace algún tiempo nos hemos dado cuenta de ciertas diferencias entre la codificación numérica del ICD-9 que nosotros utilizamos a la hora de diagnosticar y la de algunos diagnósticos realizados desde otros ámbitos hospitalarios y ambulatorios.

Habíamos supuesto que esto pudiera deberse a meras equivocaciones en su transcripción, o que incluso las diferencias pudieran originarse en la utilización de tablas de codificación con algún error en su construcción. Sin embargo, la explicación a tales diferencias, que en el caso concreto de los trastornos afectivos son conceptualmente muy importantes, parece derivarse de la utilización indiferenciada de dos sistemas de clasificación que, si bien son muy parecidos, no son totalmente equivalentes, la CIE-9 y la CIE-9-CM (ver tabla adjunta).

Afortunadamente esto no parece tener ninguna implicación clínica, dado que todos obviamos el número de código y nos fijamos directamente en el diagnóstico escrito. Sin embargo, sí parece prudente llamar la atención sobre ello por las posibles implicaciones derivadas sobre usos estadísticos con diferentes fines. Aunque en general las agrupaciones diagnósticas con fines descriptivos se realizan a nivel del tercer dígito, con lo que no habría diferencias en la utilización de una clasificación u otra, nos queda la duda de si posibles desigualdades observables en la incidencia o prevalencia de algunos trastornos (por ejemplo, la depresión y la manía con diferentes codificaciones a nivel del cuarto dígito) en algunas zonas de nuestra Comunidad pudieran explicarse, al menos en parte, por este motivo.

Por último, no podemos dejar pasar la ocasión para aconsejar el salto a la CIE-10 como instrumento de codificación diagnóstica compartido por toda la red y en este caso hacer algunas consideraciones para evitar caer en el mismo riesgo que el descrito arriba, máxime al considerar la próxima aparición del CIE-10-CM.

Consensuar cual de las dos clasificaciones se utilizará (la de la OMS o la CM), dotando desde la administración de manuales unificados (listado tabular de códigos y glosario) a todos los profesionales implicados en el proceso diagnóstico.

En aquellos lugares donde ya se realiza el diagnóstico según el CIE-10 (Alava), atención a las tablas de conversión de códigos publicadas por la OMS, ya que estas lo hacen en relación al CIE-9 (no al CIE-9-CM utilizado globalmente por el Registro de Casos), corriéndose el riesgo de convertir episodios maníacos en depresivos y viceversa.

En el caso de que como parece el nuevo sistema de información "e-osabide" incorpore el CIE-10 únicamente para Salud Mental, transformando posteriormente sus códigos a los equivalentes del CIE-9, el máximo cuidado habría de ponerse para evitar los riesgos señalados arriba por la no correspondencia absoluta entre los códigos utilizados entre las tablas de conversión publicadas por la OMS (en relación a la CIE-9) y la CIE-9-CM.

Atentamente.

“Drogas y derechos”

Husak, D.N. (2001) Mexico, FCE

Amando Vega |

Douglas N. Husak, profesor de filosofía en la Universidad de Rutgers, analiza el problema desde la perspectiva del individuo adulto y su derecho moral al consumo de las drogas definidas, descritas y clasificadas por el autor como “recreativas”

¿Qué decir de los derechos sustantivos de muchas de las personas contra quienes se libra la guerra contra las drogas, esto es, contra los adultos que las consumen como recreación?, es la pregunta que Husak plantea en la introducción. La guerra, después de todo, no puede ser realmente contra las drogas, puesto que no cabe arrestarlas, enjuiciarlas ni castigarlas. La guerra es contra quienes se drogan” y son millones, castigados en no pocas veces con fuertes sanciones.

Frente a las demandas de los grupos que reivindican sus derechos contra de la inercia y los intereses institucionales, como aquellas que pugnan por el derecho al aborto, los derechos humanos, la eutanasia y el respeto por la sexualidad no heterosexual, asoma una renovada presión a reconocer el derecho a consumir cierto tipo de drogas, sin las restricciones impuestas hasta ahora por un código que confunde la criminalidad con la búsqueda del placer o, como apunta el autor, con una recreación para adultos. Si un derecho moral ser reconocido depende de un argumento filosófico, no de un consenso. (p.36).

El autor señala la escasa bibliografía sobre la posición moral ante las drogas recreativas al mismo es demasiado superficial. La mayoría defiende posiciones extremas divergentes. Los analistas creen que la prohibición de las drogas no concierne al gobierno o, más a menudo, que las drogas son una maldición que ningún Estado responsable debe tolerar. Usak rechaza ambos extremos en favor de una posición más moderada. El autor presenta una disquisición filosófica formal, apoyada por un conocimiento profundo los aspectos invo-

lucrados en el tema, desde la acción de los agentes activos de ciertas sustancias en el organismo humano hasta implicaciones sociales que derivarían con su uso reglamentado.

Los cuatro capítulos de este libro desarrollan dos proyectos estrechamente vinculados. El primero es un ejercicio en la teoría moral y legal que pretende responder las siguientes preguntas: ¿tiene el Estado autoridad legítima para castigar a los adultos que se drogan con propósitos recreativos? Si es así, ¿por qué? ¿Puede el Estado castigar a las personas por consumir cualquier droga con fines recreativos? ¿Qué propiedades debe poseer una droga para que el Estado tenga la autoridad de prohibirla?

El segundo proyecto intenta la aplicación de las conclusiones teóricas a las que llega. El autor pretende señalar qué drogas recreativas satisfacen o no los criterios para penalizar, para poder determinar si las leyes actuales contra el consumo de drogas recreativas violan derechos morales. Algunos de los argumentos que apoyan la penalización son vagos, imprecisos y difíciles de aplicar a casos particulares. Más aún, los datos empíricos sobre las drogas y su consumo, no permiten llegar a una conclusión y están sujetos a continuas impugnaciones y revisiones. Ninguno de los argumentos fácticos de alguna droga es incontrovertible.

En los primeros tres capítulos evalúa la justificación de la prohibición de todas las drogas y examina críticamente lo que puede sostenerse en favor o en contra de estas leyes generales. En el capítulo cuatro investiga qué restricciones pueden establecerse si una prohibición total no es defendible. Una razón de la confusión en esta materia, señala el autor, radica en que el consumo de drogas se trata como un asunto sui generis, aunque es similar a otras actividades recreativas. La aclaración de los derechos de los consumidores se facilita explo-

rando tanto semejanzas como diferencias. El autor entiende la dificultad de “cambiar las opiniones de quienes se oponen firmemente a mi propuesta de que los adultos tienen un derecho moral al consumo de drogas recreativas”. Si, por una parte, la argumentación legal y moral es difícil, por otra, porque este tema es una de esas materias que parecen inmunes a un debate racional por razones profundas y misteriosas.

Tampoco pretende despertar interés en una reforma legislativa. El clima político actual no es favorable a la despenalización de alguna droga recreativa. Aun cuando se sabe que los climas políticos cambian con rapidez, un debate real sobre la cuestión de la despenalización de las drogas polarizaría al país. Pero sí apela a aquellos con capacidad para mantener una actitud abierta sin estar costreñidos por su afán de ser reelegidos.

En la defensa de una posición moderada sobre si los adultos tienen el derecho moral a consumir drogas recreativas, sus argumentos, nos dice, se vuelven un tanto complejos. Esta complejidad da lugar a tres preocupaciones: primera, puede descorazonar y frustrar a quienes se interesan en el tema pero aspiran a soluciones sencillas. Si el problema fuera fácil, las personas razonables estarían de acuerdo. Segunda, no hay respuestas claras y sencillas a las preguntas que formula. En ningún momento pretende haber dicho la última palabra sobre algún argumento en favor o en contra de la prohibición de las drogas. Finalmente, el tono de su discurso es académico y serio, ya que “no conozco una manera mejor de hacer atractivo un tema que tratarlo con rigor filosófico”.

Desde esta planteamiento, el autor destaca la importancia básica que la educación tiene a la hora de dar respuestas a la cuestión de las drogas: “Si debe respetarse el derecho moral al consumo de drogas recreativas, la necesidad de minimizar sus perjuicios deja a la sociedad poca opción aparte de desalentar la drogadicción. El proceso por el cual se alcanza este objetivo puede ser descrito libremente como educación sobre las drogas”.

Pero ¿cómo entender la educación sobre las drogas?. La educación ha sido generalmente considerada un fracaso, especialmente porque no se ha visto que consiga el

objetivo de disminuir el consumo de las drogas. Ningún programa educativo ha intentado separar el consumo del abuso ni señalar cómo evitar el abuso de manera distinta de la abstinencia. Y “como los padres insisten en que sus hijos aprendan las mentiras oficiales acerca de la amenaza de las drogas, los maestros bien informados se encuentran atrapados en otro conflicto entre la ciencia y la superstición, excepto que el conflicto acerca de las drogas tiene repercusiones legales mucho mayores para todos los involucrados que el debate entre la evolución y la creación.” Por otra parte, recuerda “las escandalosamente exageradas historias de miedo acerca de las drogas que llenan los medios de comunicación electrónicos se designan a menudo como educación o prevención. Estas medidas son parte de la guerra contra las drogas, no alternativas”.

Sin embargo, como comenta el autor, puede haber más razones para el optimismo si el objetivo de la educación es disminuir el abuso de las drogas, planteamiento hasta ahora no aceptado. Se trata, entonces, de “domesticar: aprender a tratar las drogas con el mismo pragmatismo que la sociedad aplica a otros artículos domésticos familiares y algunas veces peligrosos”. Y a partir de este planteamiento, “exigir que los consumidores de drogas recreativas muestren moderación sobre el tiempo, el lugar y la cantidad de su consumo no es exigir lo imposible”.

Un programa educativo exitoso debería buscar consumidores de drogas responsables. En ningún otro contexto, la experiencia se percibe como un problema, a menos que para el educador aquella haya sido tan devastadora que comprenda la locura del consumo de drogas y aconseje una total abstinencia. Respetar el derecho moral de los adultos al consumo de drogas recreativas tiene un valor que no se expresa fácilmente con el cálculo utilitario de costos y beneficios.

Agenda

6 - 7 Junio.....Bilbao

2ª Conferencia de Consenso sobre Reducción de Riesgos asociados al uso de drogas

Secretaría: 945 01 81 04; www.conferenciadrogas.org

11 Junio.....Bilbao

Jornada Anual OME: “Psiquiatría o Salud Mental?”

Archivo Foral C/ Maria Diaz de Haro

20 - 21 Junio.....Bilbao

IV Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad

Palacio de Euskalduna

Secretaría: 91 352 15 26

7 - 12 Julio.....Barcelona

The XIV Internacional AIDS Conference

Secretaría: 93 254 05 55; www.aids2002.com

12, 13 y 14 Septiembre.....Barcelona

XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Género y Salud: la Visión Epidemiológica

Información: www.imim.es/XXSEE2002/

12 - 14 Septiembre.....Madrid

Congreso Europeo de Historia de la Psiquiatría
Secretaría: 91 314 86 03

13 - 14 Septiembre.....Segovia

II Jornadas Interautonómicas del Norte “Encricujada en la Salud Mental”
Organiza: Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental

5 - 9 Octubre.....Barcelona

15th European College of Neuropsychopharmacology Congress
Organiza: ECNP. E mail: secretaria@ecnp.nl <http://ecnp.nl>

10 - 11 Octubre.....Bilbao

Seminario sobre Salud Mental y Atención Primaria
Organizan: Asociación de Salud Mental (OME) y semFYC
Secretaría: Ekimen, 94 4674979

5 - 9 Noviembre.....Barcelona

VI Congreso Nacional Psiquiatría
Organiza: Sociedad Española de Psiquiatría.
Secretaría Tel./fax: + 34 933354881
E-mail: congreso@psiqbarcelona2002.com
Web: <http://www.psiqbarcelona2002.com>

13 - 14 Diciembre.....Segovia

II Jornadas Interautonómicas del Norte “El cuerpo como encricujada en la Salud Mental”
Organiza: Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental
Secretaría: 921 462124 ; agendacom@infonegocio.com