

**Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias
Boletín Oficial de la Asociación Gallega de Psiquiatría**

Edita la Asociación Gallega de Psiquiatría

Comité de Dirección y Redacción

José Ramón **Martínez Villamarín**, José Manuel **Olivares Diez** y Avelina **Pérez Bravo**.

Consejo Editorial

Acuña Castroviejo, Jose SANTIAGO DE COMPOSTELA	Guerrero Torre, Jose SEVILLA
Alamo, Cecilio ALCALA DE HENARES	Guimón Ugartechea, José GINEBRA (SUIZA)
Alvarez Martínez, Enrique BARCELONA	Gurpegui Fernández de Longoria, Manuel GRANADA
Ayuso Gutierrez, Jose Luis MADRID	Gutierrez Fraile, Miguel VITORIA
Baca Baldomero, Enrique MADRID	Leal Cercós, Carmen VALENCIA
Ballesteros Alcalde, Carmen VALLADOLID	Lieberman, Paul E. CALIFORNIA (USA)
Ballús Pascual, Carlos BARCELONA	Llorca Ramón, Ginés SALAMANCA
Barcia Salorio, Demetrio MURCIA	Lobo Satue, Antonio ZARAGOZA
Bassols, Ramón BARCELONA	López Ibor, Juan José MADRID
Bermejo, Félix MADRID	Luque Luque, Rogelio CORDOBA
Bernardo Arroyo, Miguel BARCELONA	Martínez-Feduchi, Luis BARCELONA
Berrios, Germán E. CAMBRIDGE (UK)	Mássana Ronquillo, Joan BARCELONA
Bobes García, Julio OVIEDO	Medina León, Antonio CORDOBA
Bousoño García, Manuel OVIEDO	Micó, Juan Antonio CADIZ
Bulbena Vilarasa, Antonio BARCELONA	Montejo, Angel Luis SALAMANCA
Carrasco, Jose Luis SALAMANCA	Morcillo Moreno, Lucio MURCIA
Casais Martín, Leonardo CADIZ	Navarro, Carmen VIGO
Casas Brugué, Miguel BARCELONA	Noya Garcia, Manuel SANTIAGO DE COMPOSTELA
Cervera Enguix, Salvador PAMPLONA	Obiols Llandarich, Joan BARCELONA
Cirera Costa, Esteban BARCELONA	Ortega-Monasterio, Leopoldo BARCELONA
Colodrón, Antonio MADRID	Otero Camprubí, Aurora BARCELONA
Concheiro Carro, Luis SANTIAGO DE COMPOSTELA	Palomo Alvarez, Tomás MADRID
Conde López, Valentín VALLADOLID	Peralta, Victor PAMPLONA
Cuenca Fernández Eduardo ALCALA DE HENARES	Quemada, Ignacio BILBAO
Cuesta Zurita, Manuel PAMPLONA	Ríos Rial, Berta MADRID
Chinchilla Moreno, Alfonso MADRID	Roca Benassar, Miguel PALMA DE MALLORCA
de Flores Formenti, Tomás IGUALADA	Rodríguez López, Antonio SANTIAGO DE COMPOSTELA
de la Gándara Martín, Jesús BURGOS	Rojas Marcos, Luis NUEVA YORK (USA)
Dourdil Pérez, Federico ZARAGOZA	Rosel Soria, Pilar BARCELONA
Eguiluz Urruchurto, Iñaki BILBAO	Rubio Sánchez, Jose Luis VALLADOLID
Fernández Rodriguez, Jose María VIGO	Ruiz Fernández, Eulalia MURCIA
Franch Valverde, Juan VALLADOLID	Sáiz Ruiz, Jerónimo MADRID
Galiana Cela, Manuel MURCIA	Sala Jose, María ZARAGOZA
Gastó Ferrer, Cristobal BARCELONA	Salvador Carulla, Luis CADIZ
Gibert Rahola, Juan CADIZ	Sanchez Planell, Lluís BADALONA
Giner Ubago, Jose SEVILLA	Toro Trallero, Jose BARCELONA
Gómez Alonso, Juan VIGO	Valdés Miyar, Manuel BARCELONA
González Monclús, Enrique BARCELONA	Vallejo Ruiloba, Julio BARCELONA
González de Chaves, Manuel MADRID	Valls, Jose CORDOBA
Gracia Marco, Ramón LA LAGUNA	Villagrán Moreno, José María CADIZ

Antipsicóticos y Calidad de Vida en las Esquizofrenias

En los últimos 30 años estamos asistiendo a un interés creciente en el campo de la calidad de vida en medicina en general y, más recientemente, en relación a los trastornos mentales.

El interés inicial de la psiquiatría clínica por la calidad de vida comenzó con el cambio de la política sanitaria hacia los enfermos mentales graves, cambio que fue posible gracias, entre otros factores, a la introducción y uso creciente de la medicación antipsicótica. El desarrollo y estimulación de los Sistemas Americanos de Soporte Comunitario, financiados por el NIMH para promover la vida en la comunidad de los enfermos mentales graves, exigió la conceptualización de nuevas medidas de resultados para la evaluación de la eficacia de dichos programas. En este sentido, May (1979) señaló “es relativamente fácil sacar a los pacientes de los hospitales. El problema es mantenerlos fuera; prevenir las recaídas, aliviar su distrés y mejorar su calidad de vida – es una tarea mucho más difícil”.

En 1982, Baker e Intagliata, responsables de la evaluación del proyecto del estado de Nueva York, dieron cinco razones para que se considerara la calidad de vida como un resultado de los programas para los enfermos mentales graves: confort más que curar, programas complejos requieren medidas de resultados complejas, mantener contento al usuario, resurgimiento de la perspectiva holística, y finalmente, señalaron que la calidad de vida es una buena política. Simultáneamente, en Oregón, Bigelow y cols (1982) desarrollaron y aplicaron un concepto y medida de calidad de vida como un resultado de los servicios de salud mental. Desde entonces, la calidad de vida ha sido considerada como un objetivo importante de los servicios de salud mental, hasta el punto que el plan del NIMH “Caring for Persons with Severe Mental Illness” la selecciona como una de las variables de resultados importantes para ser evaluada (Attkisson y cols, 1992). Otro acontecimiento importante relacionado con el desarrollo del concepto de calidad de vida fue la aprobación del Patient Outcome Research Act por el Congreso de los Estados Unidos en 1989. Este acta obliga a introducir en los ensayos clínicos la calidad de vida como una de las medidas básicas de resultados.

A partir de entonces, diferentes autores comenzaron a desarrollar instrumentos para medir la calidad de vida de los enfermos mentales graves. Se crearon diversos instrumentos pero tan sólo unos pocos poseen un modelo conceptual, tienen publicadas sus propiedades psicométricas, y cuentan con adaptaciones idiomáticas. En 1996, Lehman y Burns realizaron una excelente revisión de las características de los instrumentos de calidad de vida más comunmente utilizados en la evaluación de los enfermos mentales graves, y este mismo tema lo abordan en el capítulo 7 de esta obra. McKenna (1997), en su revisión de los instrumentos de calidad de vida utilizados en esquizofrenia, señala la necesidad de desarrollar un instrumento de calidad de vida específico y sensible para la evaluación de resultados en la esquizofrenia.

Los nuevos antipsicóticos (clozapina, risperidona, olanzapina, sertindol, seroquel, y ziprasidona) con sus perfiles terapéuticos y de tolerancia diferenciales promovieron más

estudios e incrementaron el interés en evaluar la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos.

Una expresión del creciente interés en este campo se vió en la organización por parte de la Asociación de Psiquiatras Europeos (AEP) de un congreso en Viena (1994) dedicado monográficamente a la calidad de vida y discapacidad de los enfermos mentales. Otra prueba más lo constituye la aparición (1995) en nuestro país de un nuevo instrumento para evaluar la calidad de vida de estos pacientes.

Estudios de calidad de vida en pacientes esquizofrénicos

Revisando diversos estudios de la literatura sobre la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos se han encontrado diferencias notables en cuanto a la metodología utilizada, lo que dificulta la realización de comparaciones. A pesar de ello, se puede concluir que, en general, la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Ser peor que la de la población general y la de los enfermos físicos
- Los jóvenes, mujeres, casados, y aquéllos con bajo nivel educativo refieren una mejor calidad de vida
- A mayor tiempo de evolución de la enfermedad, peor calidad de vida
- La psicopatología, especialmente el síndrome negativo, correlaciona inversamente con la calidad de vida
- Efectos secundarios escasos y la combinación de tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico mejoran la calidad de vida
- Los pacientes integrados en programas comunitarios presentan mejor calidad de vida que los institucionalizados

A continuación se muestran algunos de los estudios más representativos sobre calidad de vida en pacientes esquizofrénicos.

Autores, año	País	N	Instrumento
Baker e Inatagliat, 1982	EEUU	118	SLDS
Bigelow y cols, 1982, 1990, 1991b	EEUU	2.642	OQOL
Lehman y cols, 1982, 1986, 1991, 1993 Lehman, 1983 a, 1988	EEUU	469	QOLI
Lauer y Stegmüller, 1989	Alemania	30	QOLI
Simpson y cols, 1989	Reino Unido	34	QOLI
Mercier y cols, 1990 Mercier y King, 1994	Canadá	244	SLDS
Skantze y cols, 1990, 1992 Skantze y Malm, 1994	Suecia	61	QLS-100
Sullivan y cols, 1991, 1992	EEUU	101	QOLI
Shtasel y cols, 1992	EEUU	107	QLS
Jarema y cols, 1994	Polonia	41	SF-36
Barcia y cols, 1995 Morcillo y cols, 1995	España	100	QLS
Kemmler y cols, 1995	Austria	48	LQOL
Bobes y cols, 1996 a, b	España	78	QOLI, SF-36, WHOQOL
Sainfort y cols, 1996	EEUU	40	WQOL
Shepherd y cols, 1996	Reino Unido	-	LQOL

Awad y cols, 1997	Canadá	63	Gurin's global QOL
Kentros, 1997	EEUU	21	QOLI
Scott y cols, 1997	EEUU	719	QOLI

De la mayor parte de los estudios puede desprenderse el diferente peso que tanto los factores sociodemográficos como los factores clínicos, psicopatológicos y de tratamiento tienen en la percepción subjetiva de salud de los pacientes esquizofrénicos. En esta aportación editorial únicamente me voy a referir a los relacionados con el tratamiento y, en especial, con los denominados nuevos antipsicóticos.

Tratamiento y Calidad de Vida en Pacientes Esquizofrénicos

Los estudios de Meltzer y cols con la clozapina pueden ser considerados los pioneros en este campo. Si bien en 1989 habían presentado datos de calidad de vida de 31 pacientes, fue en 1990 cuando describieron 38 pacientes esquizofrénicos resistentes al tratamiento que habían iniciado tratamiento con clozapina. Utilizando el QLS encontraron que tras seis meses de tratamiento la puntuación total había mejorado significativamente, incrementándose en un 59.9%. De las cuatro subescalas, las que experimentaron mayores incrementos fueron rol instrumental (72.2%) y funciones intrapsíquicas (70.8%). En 1992, Meltzer confirmó estos resultados con el seguimiento durante 12 meses a 25 de los 38 pacientes iniciales. Obtuvo mejoría significativa tanto en la puntuación total como en las cuatro subescalas, y el mayor incremento se produjo en el rol instrumental que alcanzó niveles similares a los de las funciones intrapsíquicas y relaciones interpersonales. En 1993, el grupo informó de los resultados obtenidos con 96 pacientes que fueron admitidos en un ensayo clínico con clozapina para pacientes resistentes al tratamiento, en el Hospital Universitario de Cleveland. Demostraron que las puntuaciones de calidad de vida sólo mejoraban en los pacientes que continuaban el tratamiento al menos durante dos años. Estos pacientes mostraban una mejoría del 242%.

Naber (1994), estudiando una muestra de 250 pacientes esquizofrénicos de Alemania, encontró que los que estaban en tratamiento con clozapina referían un nivel de bienestar, evaluado mediante su propia escala (SWN), significativamente mayor que los que estaban en tratamiento con neurolépticos clásicos.

Otro nuevo antipsicótico que ha sido estudiado desde la perspectiva de calidad de vida es la risperidona. Barcia y cols (1996), en un estudio multicéntrico realizado en España aplicando el QLS a 980 pacientes esquizofrénicos ambulatorios, encontraron mejoría significativa tras uno, tres, y seis meses de tratamiento con risperidona. Del mismo modo, Bobes y cols (1997b), utilizando el SF-36 en 274 pacientes esquizofrénicos ambulatorios en tratamiento de mantenimiento con risperidona procedentes de toda España, encontraron mejoría significativa en cinco de las ocho escalas del SF-36 a los dos y cuatro meses de tratamiento.

Estudios de calidad de vida y tratamiento psicofarmacológico en la esquizofrenia

Autor, año	País	Antipsicótico	Instrumento
Meltzer y cols, 1989, 1990, 1993 Meltzer, 1992	EEUU	Clozapina	QLS
Naber, 1994	Alemania	Clozapina	SWN

Barcia y cols, 1996	España	Risperidona	QLS
Browne y cols, 1996	Irlanda	Depot	QLS
Larsen y Gerlach, 1996	Dinamarca	Depot	PGWB
Bobes y cols, 1997 b, c	España	Risperidona	SF-36
Dernovsek, 1997	Eslovenia	Depot	QLS

Estudios de calidad de vida y nuevos antipsicóticos

Sustancia	Autor	País, año	Instrumento
Clozapina	Meltzer	USA, 1989,90,92-94	QLS
	Naber	Alemania, 1994-95	SWN
Olanzapina- Haloperidol	Revicki	USA y otros, 1997	QLS, SF-36
Olanzapina- Haloperidol-Placebo	Hamilton	Internacional, 1998	QLS
Olanzapina	Tran	Internacional, 1998	QLS
Risperidona			
Quetiapina	Zeneca*	ESTO, 1998	SF36,B-32,DAI,
	Zeneca*	USA, 1998	QOLI, DAI
Risperidona	Lindström	Suecia, 1994	SFS
	Barcia	España, 1996	QLS
	Bobes	España, 1998	SF-36
Sertindol	Taminga	USA, 1996	QOLI
Remoxipride-Haloperidol	Awad	Canadá, 1997	SIP
Clozapina-Haloperidol	Rosenheck	USA, 1997	QLS
Clozapina-Zotepina-Risperidona vs Haloperidol-Flufenazina	Franz	Alemania, 1997	MLDL-GI

Con respecto a las relaciones entre los efectos secundarios y la calidad de vida, Larsen y Gerlach (1996), en su estudio con neurolépticos depot, no encontraron correlación significativa entre la puntuación total en la escala UKU y la calidad de vida de los pacientes medida mediante el PGWB. Por el contrario, Sullivan y cols (1992) encontraron correlación negativa entre el nivel de calidad de vida (QOLI) y el número de efectos secundarios. Del mismo modo, Browne y cols (1996) obtuvieron que los pacientes que presentaban discinesia tardía tenían peor calidad de vida (QLS) que los que no la presentaban.

En relación al tipo de estructura terapéutica, la mayor parte de los estudios (Lehman y cols 1986, 1988, 1991; Browne y cols 1996; Shepherd y cols 1996) están de acuerdo en señalar que existe un gradiente de calidad de vida en función del tipo de estructura. Así, cuanto menos restrictiva es la estructura mayores son los sentimientos de bienestar.

La calidad de vida en ensayos clínicos en pacientes esquizofrénicos ha ido incorporándose progresivamente debido, fundamentalmente, a dos hechos: El primero, que la FDA ha considerado obligatorio incluir la calidad de vida como una medida básica de resultados para este tipo de estudios y, por otra parte, el interés creciente en el desarrollo de nuevos antipsicóticos con mejores perfiles de tolerancia e, incluso, de eficacia (Bech y Hjortso, 1990).

Resulta conveniente enfatizar aquí la necesidad de incluir la evaluación de la calidad de vida en la evaluación estándar (clínica, discapacidad, socio-familiar, etc.) de los

pacientes esquizofrénicos en la práctica clínica cotidiana. Las razones para ello son las siguientes:

- Las escalas clínicas disponibles actualmente no evalúan globalmente la situación del paciente. Varios estudios han demostrado unánimamente una baja correlación entre la psicopatología y la calidad de vida, lo que confirma la teoría de que la evaluación de la calidad de vida es algo claramente distinto de la evaluación psicopatológica.
- Existen instrumentos de calidad de vida específicos y genéricos estandarizados capaces de informar sobre la percepción subjetiva de salud del paciente esquizofrénicos.
- Existe un feedback positivo entre la calidad de vida y los resultados terapéuticos, de tal manera que, en general, buenos resultados determinan una mejor calidad de vida y viceversa
- Tanto los pacientes como sus familias exigen cada vez más que la calidad de vida debe ser un aspecto esencial del manejo y de la planificación de cuidados
- La evaluación de la calidad de vida de los pacientes forma parte de la auditoría médica. Actualmente, los datos de calidad de vida son requeridos por diferentes organizaciones internacionales, entre las que se encuentran la OMS, FDA, las compañías aseguradoras, los directores de salud, los clínicos, los pacientes, y la población general.
- Los nuevos antipsicóticos han demostrado mejorar, no solo el nivel de discapacidad de los pacientes, si no también el estigma social y el nivel de calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos.

Julio Bobes
Catedrático de Psiquiatría
Universidad de Oviedo

Originales y revisiones

TITULO: RELACION ENTRE FACTORES DE SOPORTE SOCIAL Y DE VULNERABILIDAD Y PATOLOGIA PSIQUICA.¡Error! Marcador no definido.

TITLE: RELATIONSHIP BETWEEN VULNERABILITY FACTORS, SOCIAL SUPPORT AND PSYCHIATRIC PATHOLOGY.

Autores:

M^a Luz Villaverde Ruiz.
Psiquiatra. Doctora en Medicina.
Profesor Titular Escuela Universitaria Enfermería. Universidad de La Laguna.

Ramón Gracia Marco.
Psiquiatra. Doctor en Medicina.
Jefe Servicio Hospital Universitario de Canarias.
Profesor Titular Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.

Juan Antonio de La Fuente Portero.
Psiquiatra. Doctor en Medicina.
Director Regional Asistencia Psiquiátrica Servicio Canario de Salud.

Dirección para correspondencia:

M^a Luz Villavede Ruiz.
Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería.
Campus de Ofra s/n. 38 .
Universidad de La Laguna. Tenerife.

Teléfono: 922319288
FAX: 922319427

RESUMEN: Como parte de un estudio epidemiológico de morbilidad psiquiátrica realizado en una comunidad urbana de la isla de Tenerife, fue analizada la interacción entre algunas variables de soporte social y de vulnerabilidad y la patología psíquica en una muestra representativa de población mayor de 15 años de edad. El diseño seleccionado para la realización del estudio fue el de un análisis transversal de dos fases.

La proporción de prevalencia ponderada de patología psíquica fue de un 17.25% (12.18% en hombres y 22.02% en mujeres). Entre los hombres, la prevalencia aumenta de forma significativa entre los que no tienen una actividad laboral; mientras que entre mujeres, la prevalencia es significativamente mayor entre las viudas y/o separadas-divorciadas, las que se encuentran poco satisfechas con sus parejas y las que refieren no tener amigos íntimos. La presencia de hijos menores de 14 años en el hogar no está relacionada con la patología psíquica.

Palabras claves: Epidemiología, patología psíquica, soporte social, factores de vulnerabilidad.

SUMMARY: As part of an epidemiological study of psychiatric morbidity in an urban community of Tenerife island, it was analyzed the interaction between vulnerability factors, social support and psychiatric disorders using a two-stage cross-sectional analysis in a representative sample of population over 15 years old.

The weighed prevalence rate of psychiatric pathology was 17.25% (12.18% for men and 22.02% for women). In males, unemployment was associated to psychiatric disorders, but in women a rise in prevalence was found in the postmarital status (widowed, separated and divorced), in low social integration (with fewer friends) and low satisfaction with marriage groups. The presence of children under fourteen in the household was not related to mental illness.

Key words: epidemiology, psychiatric pathology, social support, vulnerability factors.

INTRODUCCION.

Los vínculos sociales son considerados esenciales en el bienestar psicológico y son varios los estudios que confirman la relación entre pérdida de soporte social íntimo, que proviene de contactos con amigos, familiares ó confidentes, y vulnerabilidad al estrés (1-12).

Myers y cols (13) investigando "la integración social" de aquellas personas que no enfermaban después de experiencias desagradables, concluyeron que "las personas que tienen un fácil y significativo acceso a otras personas, que se sienten integradas en el sistema y que están satisfechas con su papel en la vida, parecen estar mejor preparadas para enfrentarse al impacto de los acontecimientos vitales"; contrariamente, la pobre integración social, aún en ausencia de eventos desagradables, está asociada con más patología. Estos resultados han sido confirmados en estudios de población general (14-16). Cobb (17), después de revisar una amplia literatura encontró que el apoyo social, además de disminuir la vulnerabilidad de los sujetos a los eventos estresantes, facilitaba la recuperación en caso de sucumbir a los mismos.

Brown y Harris (18) consideran que existe un mayor riesgo de sufrir desórdenes psíquicos entre las mujeres cuando están expuestas a los siguientes factores de vulnerabilidad: 1) Ningún empleo fuera del hogar, 2) Existencia de hijos menores de 14 años viviendo en el hogar, 3) Falta de una relación íntima y confidencial con el marido ó un amigo íntimo, 4) Pérdida de la madre antes de los 11 años de edad.

Han sido establecidas dos hipótesis básicas en relación a cómo los eventos vitales y el soporte social están relacionados con la salud en general: 1) Hipótesis de vulnerabilidad ó de amortiguación, según la cual los factores sociales tienen un efecto indirecto sobre la salud, de forma que relaciones sociales pobres incrementan los niveles de distrés psicológico en presencia de estrés vital, pero no tienen efecto en su ausencia y contrariamente, un buen soporte social ayuda a resistir los efectos adversos de los eventos de vida estresantes (5,17-23). 2) Modelo de causa-efectos independientes, según el cual la calidad de las relaciones sociales es siempre importante en relación al

bienestar psicológico, de tal forma que el soporte social tiene un efecto directo en la salud independientemente de que concurren eventos desagradables.(11,16,24-26).

El objetivo del presente estudio fue investigar la relación existente entre la patología psíquica y algunas variables de soporte social y de vulnerabilidad psicológica en una muestra representativa de población urbana mayor de 15 años en la Isla de Tenerife.

MATERIAL Y METODO

Diseño del trabajo:

El diseño elegido para la realización de este estudio comunitario ha sido el de un análisis transversal de doble fase, una primera fase de detección y una segunda fase de evaluación psicopatológica.

Area de estudio:

La comunidad estudiada está compuesta por los núcleos urbanos del Municipio de La Laguna, situado en la zona noreste de la isla de Tenerife, Archipiélago de Canarias (España). Esta comunidad fue elegida como representativa de la zona urbana de la isla. La población de derecho, según el padrón municipal de 1986, es de 47.181 habitantes mayores de 15 años en los núcleos urbanos elegidos.

Elaboración muestral:

Primera fase: La muestra fue aleatoria, representativa y estractificada según sexo y edad de la población con edad igual ó superior a 15 años y se elaboró a partir del padrón municipal de 1986. La muestra finalmente estudiada fue de 660 personas, 340 mujeres y 320 hombres. Tabla 1.

Segunda fase: Se elaboró considerando las puntuaciones obtenidas en el instrumento de screening utilizado en la primera fase del estudio. Los criterios de inclusión fueron: 1) Todos los sujetos con puntuaciones iguales ó superiores a 5 puntos, probables casos; 2) Un número similar de sujetos con puntuaciones inferiores a 5 puntos, probables no casos, seleccionados al azar. El tamaño total de la muestra en esta fase fue de 249

sujetos, 124 GHQ positivos (43 hombres y 81 mujeres) y 125 GHQ negativos (65 hombres y 60 mujeres). Tabla 2.

Instrumentos de medida.

Primera fase del estudio: El instrumento de screening utilizado fue la versión española del General Health Questionnaire, GHQ-28 items (27,28). Elegimos el punto de corte 5/6; por tanto, el criterio de "probable caso psíquico" estará definido en base a una puntuación igual ó superior a 5 puntos en este cuestionario. Las variables relacionadas con el soporte social analizadas en este estudio son: estado civil, estatus laboral, presencia de hijos menores de 14 años en el hogar, satisfacción con la pareja, número de amigos íntimos, integración religiosa, separación de los padres antes de los 11 años de edad. Para la valoración de las mismas se utilizó un cuestionario psicosocial diseñado por nosotros.

Segunda fase del estudio: Como entrevista clínica de evaluación se utilizó la versión española del Clinical Interview Schedule CIS (29,30). En este estudio el criterio de "caso psíquico" está definido por una valoración igual ó superior a dos puntos en la sección objetiva de esta entrevista, siguiendo la recomendación de sus autores. El Mini Mental State Test (31) en su versión española (32) fue utilizado para valorar las funciones cognitivas en los sujetos de más de 65 años. Los diagnósticos clínicos fueron emitidos siguiendo los criterios de la clasificación diagnóstica DSM-III-R, desarrollada y publicada por la Sociedad Americana de Psiquiatría (33).

Trabajo de campo:

Todos los sujetos de la primera fase del estudio fueron entrevistados en sus domicilios por un equipo de entrevistadores previamente entrenados en el manejo de los cuestionarios. Los sujetos seleccionados para realizar la segunda fase del estudio fueron igualmente entrevistados en sus domicilios por un equipo de dos psiquiatras previamente estandarizados en el uso de la entrevista clínica CIS. El tiempo medio entre las dos fases nunca fue superior a los diez días, tal como sugiere su autor (29).

Análisis estadístico:

En primer lugar se calculó la proporción de prevalencia ponderada de patología psíquica y para establecer la relación entre los datos no ponderados se utilizó el estadístico chi-cuadrado. La significatividad vendrá definida por un valor de $P < 0.05$.

RESULTADOS.

1. Prevalencia ponderada de patología psíquica:

El total de casos psíquicos evaluados mediante la entrevista CIS fue de 85 (28 hombres y 57 mujeres), siendo la proporción de prevalencia ponderada de 17.25% (12,18% en hombres y 22.02% en mujeres). En la tabla 3 se muestra la distribución de los distintos trastornos psíquicos.

2. Variables estudiadas en relación con la patología psíquica:

Estado civil:

Detectamos un aumento significativo de morbilidad psíquica en el estado postmarital que incluye viudos, separados y divorciados ($\chi^2 = 22.1$; $df = 2$; $p < 0.001$) y aunque en ambos sexos las mayores proporciones de patología aparecen en este estado civil, esta relación se mantiene significativa sólo en el grupo de mujeres ($\chi^2 = 12.9$; $df = 2$; $p < 0.005$). Por otra parte, en los hombres no se evidencian diferencias de morbilidad entre los estados de soltero y casado; en cambio, entre las mujeres se detecta más patología en el grupo de casadas que en el de solteras. Tabla 4.

Estatus laboral:

Hemos considerado dos categorías: activos (trabajadores activos, estudiantes y amas de casa con trabajo fuera del hogar) y no activos (jubilados, parados, incapacitados y amas de casa sin trabajo fuera del hogar). La relación entre morbilidad, sexo y estatus laboral se refleja en la tabla 5.

Observamos una proporción de prevalencia significativamente mayor en la categoría de no activos (χ^2 , yate's correction, 6.5; $df = 1$; $p < 0.05$); al estudiar los sexos separadamente observamos que esta asociación se mantiene significativa en el grupo de hombres ($\chi^2 = 4.1$; $df = 1$; $p < 0.05$), pero no en el de mujeres.

Presencia de hijos menores de 14 años en el hogar:

No detectamos relación de significatividad entre presencia de hijos menores de 14 años en el hogar y morbilidad psíquica en ninguno de los sexos.

Satisfacción con la pareja:

Comprobamos que existe una relación significativa entre los sujetos poco y nada satisfechos con sus parejas y la presencia de trastornos psíquicos ($\chi^2 = 9.48$; $df = 2$; $p < 0.05$). Esta relación se mantiene significativa en las mujeres ($\chi^2 = 5.41$; $df = 2$; $p < 0.05$) pero no en los hombres. Tabla 6.

Amigos íntimos:

Aunque las mayores proporciones de morbilidad se encuentran entre los sujetos que refieren no tener amigos íntimos, esta asociación resulta significativa sólo en el grupo de mujeres ($\chi^2 = 5.66$; $df = 2$; $p < 0.05$). Tabla 7.

Integración religiosa

No detectamos relación entre patología psíquica y niveles de integración religiosa en ninguno de los sexos.

Separación de los padres antes de los 11 años:

No se confirma la correlación entre psicopatología y separación de los padres antes de los once años en ninguno de los sexos.

DISCUSION.

Cuando analizamos la influencia del estado civil en la psicopatología comprobamos que las mayores proporciones de prevalencia aparecen, de forma significativa, en los estados postmaritales (separados, divorciados y viudos). Esta relación se mantiene significativa en las mujeres pero en los hombres, aunque existe una mayor tendencia a padecer trastornos en esta categoría civil, esta asociación no se confirma

(probablemente como consecuencia del bajo número de casos). Estos resultados son coincidentes con los de varios estudios (6,34-38). Este fenómeno podría ser explicado en términos de soledad y/o pérdida de soporte social íntimo como factor de vulnerabilidad. Por otra parte, en los hombres no se evidencian diferencias de morbilidad entre los estados de soltero y casado, en cambio, en las mujeres se observa una mayor tendencia a padecer trastornos entre las casadas. Estos resultados respaldan la opinión de que en la mujer el matrimonio puede actuar como un fuerte factor de estrés y ser un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales (6,18,36,39,40).

Respecto al estatus laboral detectamos una significativa mayor proporción de morbilidad en la categoría de sujetos no activos, y al analizar los sexos separadamente comprobamos que esta asociación se mantiene ligeramente significativa en hombres pero no en mujeres. Si bien la mayoría de los estudios encuentran en la población masculina las mayores tasas de morbilidad entre los sujetos no activos, los resultados en relación a las mujeres son más contradictorios; de manera que mientras algunos autores hallan una asociación significativa entre desempleo y patología psíquica (6,18,36,41), otros no confirman esta relación (37,38,42). Autores como Finlay-Jones & Burvill (43) sugieren que el desempleo tiene un efecto de vulnerabilidad cuando no existe soporte social en otras áreas, en esta misma línea Brown & Harris (18) apuntan que el empleo parece tener un efecto protector sólo cuando la mujer pierde una relación confidencial, proponiendo que el empleo tiene menos efecto protector que una relación confidencial respecto a la morbilidad psíquica. Por otra parte, House (22) destaca la especial función del soporte laboral en el hombre, mientras que en la mujer parece ser más importante el soporte familiar. Se demuestra así que la relevancia de dichos factores depende de la valoración que cada sociedad haga de ellos y de cómo los sitúe en el contexto de la estructura de apoyos e interacciones sociales.

A partir de los trabajos de Brown & Harris (18) diversos autores han demostrado, al menos en las mujeres de las zonas urbanas, la existencia de una clara interacción entre existencia de hijos menores de 14 años en el hogar y la presencia de enfermedad

mental (6,24,36,44,45) que podría explicarse por la menor posibilidad que las mujeres tienen, en dichas circunstancias, de mantener una actividad laboral fuera de la casa y al efecto nocivo de las cargas y responsabilidades que la educación de los mismos implica. Nuestros resultados no apoyan esta opinión, siendo en cambio coincidentes con los de otros estudios realizados en países mediterráneos (38,42,46). Estos hallazgos podrían interpretarse como consecuencia de las diferencias existentes en las estructuras sociales y roles de estas culturas.

Respecto a los grados de satisfacción con la pareja, algunos autores han referido que el estrés marital, relacionado con la insatisfacción de la pareja y la discordia, está relacionado con una mayor tendencia a padecer trastornos psicológicos (47-50). Algunos estudios confirman que la depresión fue particularmente prevalente entre las mujeres que referían un ausente ó inadecuado soporte instrumental y emocional de sus maridos (2,5,51-54). También cabría plantear la hipótesis de que los sujetos previamente enfermos tienen una mayor tendencia a la discordia familiar y a la irritabilidad, en esta línea algunos estudios confirman que los sujetos con trastornos de personalidad y neuróticos expresan más irritabilidad y mayor discordia marital (55-57). Por tanto, podríamos considerar la discordia y/ó la insatisfacción con la pareja tanto como un factor de estrés ó de vulnerabilidad, en la medida que puede condicionar en el sujeto una menor confidencialidad con su pareja y un menor soporte social, como una consecuencia de un trastorno previamente establecido.

Son varios los estudios que encuentran relación entre pérdida de soporte social íntimo y psicopatología (5,11,13,14,50,53,58,59). Autores como Weissman y cols (1), consideran que cuando las relaciones sociales básicas son pobres existe mayor riesgo de morbilidad psíquica y Brown & Harris (18), confirman que la pérdida ó la falta de una relación confidencial, bien con el conyuge ó con un amigo íntimo, es un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología. Algunos autores estudiando específicamente la existencia de amigos íntimos como factor de soporte social, encuentran correlación entre tener pocos amigos íntimos y psicopatología (2,15,52,60).

En relación a los niveles de integración religiosa nuestros resultados son coincidentes con los de Weissman & Myers (34); sin embargo, otros estudios detectan interacción entre alta integración religiosa y estados de ansiedad y entre poca integración religiosa y depresión (42). Algunos autores (18, 61) señalan que una normativa religiosa rígidamente mantenida, aún cuando protege frente al desarrollo de síntomas depresivos secundarios a las vivencias de pérdida quizás en base a paliar la desesperanza que éstas generan, tienden por el contrario a provocar angustia y ansiedad. El hecho de que nosotros no hallamos considerado independientemente las distintas categorías diagnósticas, dado el reducido número de casos, podría justificar el que no encontremos relación.

En nuestro estudio no detectamos correlación entre psicopatología y pérdida de los padres antes de los 11 años, siendo estos resultados coincidentes con los de otros estudios (62,63). Tennant y cols (44) en un trabajo basado en población general demostraron que la contribución de estas experiencias adversas infantiles a la patología psíquica era de poca magnitud. Sin embargo, Brown & Harris (18) consideran la pérdida de la madre antes de los 11 años de edad como un factor de vulnerabilidad en la mujer. Roy (53) aporta datos de que la pérdida de una figura paternal por muerte ó separación es un factor de vulnerabilidad sobre todo en las mujeres de clase trabajadora y Lloyd (64) encuentra correlación entre pérdida de los padres en la infancia y depresión adulta. Según estos autores estas circunstancias contribuyen especialmente al desarrollo de trastornos depresivos en la mujer. Es posible que la baja proporción de sujetos bajo estas circunstancias en nuestro estudio justifique estos resultados.

**Tabla 1: Muestra de la 1ª fase
por edad y sexo.**

Edad	Hombres	Mujeres
Total		
15-24	82	87
169		
25-34	73	75
148		
35-44	56	57
113		
45-54	43	47
90		
55-64	33	37
70		
≥ 65	33	37
70		
Total	320	340
660		

**Tabla 2: Muestra de la 2ª fase
según niveles de GHQ por
edad y sexo.**

Niveles en el GHQ				
Edad	Hombres		Mujeres	
Total				
			<5	≥5
	<5	≥5	<5	≥5
15-24	14	7	12	9
	26	16		
25-34	13	11	12	18
	25	29		
35-44	12	7	10	18
	22	25		
45-54	10	4	10	14
	20	18		
55-64	8	8	8	15
	16	23		
≥ 65	8	6	8	7
	16	13		
Total	65	43	60	81
	125	124		

Tabla 3. Prevalencia ponderada de los trastornos psíquicos según la DSM-III-R.

	Num. Casos			
	Prevalencia Ponderada			
	Hombre	Mujer	Total	
T. ansiedad	10	24	33	3.27
8.91	6.15			
T. adaptativos	4	6	10	1.31
1.80	1.56			
T. depresivos	8	24	32	2.62
8.22	5.51			
T. psicóticos	1	1	2	1.33
0.30	0.80			
Abuso alcohol	4	2	6	3.33
1.59	2.42			
Demencias	1	1	2	0.32
1.20	0.81			
Total	28	57	85	12.18
22.02	17.25			

Tabla 4. Prevalencia de trastornos psíquicos por Sexo y estado civil.

		Estado	
num.	(%)	Total	casos
Sexo	Civil		
Prevalencia			
	Soltero	126	9
7.1			
Hombre	Casado	182	16
8.8			
	Divorciado	12	3
25.0			
	y viudo		
	Soltero	105	9
8.6			
Mujer	Casado	184	32
17.4			
	Divorciado	51	16
31.4			
	y viudo		
	Soltero	231	18
7.8			
Total	Casado	366	48
13.1			
	Divorciado	63	19
30.2			
	y viudo		

Tabla 5. Prevalencia de trastornos psíquicos por sexo y estado laboral.

Estatus		n°	
Sexo	Laboral	Total	casos
Prevalencia			
Hombre	Activo	225	15
			6.7
	No activo	95	13
			13.7
Mujer	Activo	166	24
			14.5
	No activo	174	33
			19.0
Total	Activo	391	39
			10.0
	No activo	269	46
			17.1

Tabla 6. Prevalencia de trastornos psíquicos por sexo y grados de satisfacción con la pareja.

Satisfacción		num.	
Sexo	con la pareja	Total	casos
Prevalencia			
	Bastante	117	6
			5.2
Hombre	Poca	102	12
			11.7
	Nada	101	10
			9.9
	Bastante	114	11
			9.7
Mujer	Poca	117	24
			20.5
	Nada	109	22
			20.1
	Bastante	231	18
			7.8
Total	Poca	219	34
			15.5
	Nada	210	33
			15.7

Tabla 7. Prevalencia de trastornos psíquicos por sexo y existencia de amigos.

		Num.	
%			
Sexo	Amigos	Total	casos
Prevalencia			
	Muchos	138	10
7.2			
Hombres	Pocos	126	14
11.1			
	Ninguno	56	4
7.2			
	Muchos	113	19
16.8			
Mujeres	Pocos	175	24
13.7			
	Ninguno	52	14
27.0			
	Muchos	251	29
11.6			
Total	Pocos	301	38
12.6			
	Ninguno	108	18
16.7			

BIBLIOGRAFIA.

1. Weissman MM, Paykel ES, Siegel R, Klerman GL (1971). The social role performance of depressed women: comparison with a normal group. *Am J Orthopsychiatry*. 41, 390-405.
2. Miller PMCC, Ingham JG. (1976). Friend, confidants and symptoms. *Soc Psychiatry*. 11, 51-58.
3. Miller PMCC, Ingham JG (1983). Dimensions of experience. *Psychol Med*. 13, 417-429.
4. Miller PMCC, Ingham JG, Kreitman PG y cols (1987). Life events and others factors implicated in onset and remision of psychiatric illness in women. *Journ Affect Dis*. 12, 73-88.
5. Paykel ES, Emms E, Fletcher J, Rassaby ES. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry*. 136, 339-348.
6. Surtees PG, Dean C, Ingham JG y cols (1983). Psychiatric disorders in women from and Edimburgh community: associations with demographic factors. 42, 238-246.
7. Surtees PG, Miller PMCC, Ingham JG y cols (1986). Life events and the onset of affective disorders: a longitudinal general population study. 10, 37-50.
8. Tennant C. (1983). Life events and psychological morbidity: the evidence from prospective studies. *Psychol Med*. Editorial, 483-486.
9. Tennant C (1985). Female vulnerability to depression. *Psychol Med*. 15, 733-737.
10. Henderson S, Byrne DG (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis. *Br J Psychiatry*. 132, 463-466.
11. Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P y cols. (1980). Social relationships, adversity and neurosis: a study of associations in a general population sample. *Br J Psychiatry*. 136, 574-583.35. 35.
12. Gore S. (1981). Stress-buffering function social support: An appraisal and clarification of research models. In: Dohrenwend BS & Dohrenwend BP (eds): *Stressful life events and their contexts*. New York. Prodist, Rutgers University.
13. Myers JK, Lindenthal JL, Pepper MP. (1975). Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *J Hlth Soc Behav*. 16, 421-427.
14. Eaton WW. (1978). Life events, social support and psychiatric symptoms: a re-analysis of the New Haven data. 19, 230-234.
15. Lin N, Simeone RS, Ensel WM, Kuo W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J Hlth Soc Behav*. 20, 108-119.
16. Andrews G, Tennant C, Hewson DM, Vaillant GE. (1978). Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. *J Ner Ment Dis*. 166, 307-316.
17. Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 38, 300-314.
18. Brown GW, Harris TO. (1978). *He social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.

19. Caplan G. (1974). Support systems and community mental health. New York. Behavioral Publications.
20. Gore S. (1980). He effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. J Hlth Soc Behav. 19, 157-165.
21. Dean A, Lin N. (1977). He stress-buffering role of social support?. Problems and prospects for systematic investigation. J Nerv ment Dis. 165, 403-417.
22. House JS. (1981). Work stress and social support. Reading, Mass. Adisson-Wesley.
23. Parry G, Shapiro DA. (1986). Social support and life events in working class women. Arch Gen Psychiatry. 43, 315-323.
24. Miller PMCC, Dean C, Ingham JG y cols (1986). The epidemiology of life events and long term difficultes, with some reflections on the concept of independence. Br J Psychiatry. 148, 686-696.
25. Lin N, Ensel WM. (1984). Depression morbidity and its social etiology: the rol of life events and social support. J Hlth Soc Behav. 25, 176-189.
26. Frydman MI. (1981). Social support, life events and psychiatric symptoms: a study of direct, conditional and interaction effects. Soc Psychiatry. 16, 69-78.
27. Goldberg DP, Hillier VF (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 9, 139-145.
28. Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychol Med. 16, 135140.
29. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. (1970). A standarized psychiatric interview for use in the community surveys. Br J Prev Soc Med. 24, 18-23.
30. Lobo A. (1984). Estudio de la entrevista psiquiátrica estructurada CIS en pacientes españoles. Com Psiquiat. Vol XI,43-60.
31. Folstein MF, Folstein SE, McHugh Pr. (1975). Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state og patients for the clinician. J Psychiatry Res. 12, 189-198.
32. Lobo A, Esquerra J. (1979). Mini-exámen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso- Esp de Neurol y Psiquiatr. 7, 198-202.
33. American Psychiatric Association. DSM-III-R. (1989). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. De. Masson S.A. Barcelona.

34. Weissman MM, Myers JK. (1978). Affective disorders in a United States urban community. *Arch Gen Psychiatry*. 35, 1304-1314.
35. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S (1979). Psychiatric disorders in Canberra: A standardised study of prevalence. *Acta Psychiat Scand*. 60, 355-374.
36. Bebbington P, Hurry J, Tennant C, Sturt E, Wing JK. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Med*. 11, 561-579.
37. Madianos M, Vlachonikolis I, Madianos D, Stefanis C. (1985). Prevalence of psychological disorders in the Athens area. *Acta Psychiat Scand*. 71, 479-487.
38. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos GC. (1986). Prevalence of psychiatric disorders in Athens. *Soc Psychiatry*. 21, 172-181.
39. Gove WR, Tudor JF. (1973). Adult sex roles and mental illness. *Am J Sociol*. 78, 812-835.
40. Weissman MM, Klerman GL (1977). Sex differences and epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 35, 705-712.
41. Gove WR, Geerken MR. (1977). The effect of children and employment on the mental health of married men and women. *Soc Forces*. 56, 66-76.
42. Vazquez Barquero JL, Diez Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menendez Arango J, Mirapeix C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med*. 17, 227-241.
43. Finlay-Jones R, Burvill PW. (1979). Women, work and minor psychiatric morbidity. *Soc Psychiatry*. 14, 53-57.
44. Tennant C, Bebbington P, Hurry J (1982). Social experiences in childhood and adult psychiatric morbidity. A multiple regression analysis. *Psychol Med*. 12, 321-328.
45. Tennant C, Bebbington P, Hurry J (1982). Female vulnerability to neurosis: the influence of social roles. *Aust NZ J Psychiatry*. 16, 135-140.
46. Mavreas VG, Bebbington PE. (1987). Psychiatric morbidity in London's Greek-Cypriot immigrant community. *Soc Psychiatry*. 22, 150-159.
47. Dominian W, Smith JB. (1973). Divorce and psychiatric illness. *Arch Gen Psychiatry*. 29, 119-125.

48. Radloff L. (1975). Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status. *Sex Roles*. 1, 249-265.
49. Rounsaville BJ, Prusoff BA, Weissman MM. (1980). The course of marital disputes in depressed women: a 48 month follow of study. 21, 111-118.
50. Ramsay RC, Roberts RE, Stevenson JM. (1982). Women, work, social support and psychiatric morbidity. *Soc Psychiatry*. 17, 167-173.
51. Brown GW, Bhrolchain M, Harris TO. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*. 9, 225-254.
52. Miller PMCC, Ingham JG, Davidson S (1976). Life events, symptoms and social support. *J Psychosoma Res*. 20, 515-522.
53. Roy A. (1978). Vulnerability factors and depression in women. *Br J Psychiatry*. 133, 106-110.
54. Surtees PG. (1980). Social support, residual adversity, and depressive outcome. *Soc Psychiatry*. 15, 71-80.
55. Liss JL, Welner A, Robins E (1973). Personality disorders. Part I. Record study. *Br J Psychiatry*. 123, 685-692.
56. Kreitman N, Collins J, Nelson B, Troop J. (1970). Neurosis and marital interaction. I. Personality and symptomatology. *Br J Psychiatry*. 117,33-46.
57. Collins J, Kreitman N, Nelson B, Troop J. (1971). Neurosis and marital interaction. III. *Br J Psychiatry*. 6, 551-563.
58. Pearlin LI, Johnson JS. (1977). Marital status, life-strains, and depression. *Am Social Rev*. 42, 704-715.
59. Andrews G, Tennant C. (1978). Life event stress and psychiatric illness. *Psychol Med*. 8, 545-549.
60. Cooke DJ. (1986). Psychosocial variables and the life event/anxiety-depression link. *Acta Psychiatr Scand*. 74, 281-291.
61. Prudo R, Harris T, Brown GW. (1984). Psychiatric disorders and an urban population: 3. Social integration and the morphology of affective disorder. *Psychol Med*. 14, 327-345.
62. Tennant C, Bebbington P, Hurry J. (1980). Parental childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychol Med*. 10, 289-299.

63. Crook T, Elliot J. (1980). Parental death during childhood and adult depression: a critical review of the literature. *Psychol Med.* 87, 252-259.
64. Lloyd C. (1980). Life events and depressive disorder reviewed: II. Events as precipitating factors. *Arch Gen Psychiatry.* 37, 541-548.

TITULO: “Lacan es un autor cristalino”.

Autor: E. Elizagarate. Psiquiatra. Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.

“La clínica de la toxicomanía se aparenta más a la mecánica de los fluidos que a la de los sólidos. Tiene que ver más con las fluctuaciones, las turbulencias y los torbellinos que con la caída de un cuerpo sólido. Se apunta pues una otra exigencia de esta nueva clínica: la del espacio-tiempo. Es hoy el mínimo esencial para comprender algunas cosas de lo que pasa en el aquí y en el allá, en el ya casi y en el casi más... Cuando la droga se encuentra en el camino, habrá fisión nuclear: el toxicómano será creado. Empleamos aquí el término de fisión nuclear, ya que en el ámbito de la desmesura, el choque experimentado será al menos tan fuerte como el choque de la rotura. Es el choque asociado a la reconstitución de la Unidad en el placer. O más exactamente la escansión de la anulación de la rotura, ahora sobrepasada en una otra totalidad que habíamos en otra ocasión definido como siendo un niño que había hecho a su madre, que sería él mismo a su vez nunca nacido e inmortal. Así la aparición de este modelo, próximo al del mutante va a provocar que toda la economía psíquica se embarque en una vana tentativa de construcción de un sistema auto-organizador: esto será entonces la toxicomanía”.

Claude Olievenstein “Le destin du toxicomane”.

Cuando alguien es capaz de escribir estos párrafos está intentando establecer analogías entre teorías bien establecidas (en ciencias naturales) y teorías excesivamente vagas como para ser verificadas empíricamente (por ejemplo el psicoanálisis lacaniano). Ante este hecho se suscita la idea de que la función de esas analogías es ocultar las debilidades de la teoría más vaga. El sociólogo Stanislav Andreski ha expresado esta idea irónicamente señalando que la receta para hacerse un nombre en una empresa de este tipo es tan sencilla como provechosa: se toma un manual de matemáticas, se copian las partes menos complejas, se les añade algunas referencias a obras de alguna que otra rama de la sociología, sin preocuparse en lo más mínimo de saber si las fórmulas transcritas guardan alguna relación con las auténticas acciones humanas y, por último, se da un título rimbombante al producto, que sugiera a quienes lo lean que se ha descubierto la clave de una ciencia exacta del comportamiento colectivo (andreski, 1972, pag 129-130). Si se utilizan metáforas no se ve la utilidad de utilizarlas en forma de nociones científicas que uno no domina cuando se dirige a un público en su mayoría no especializado. Uno se pregunta si no se tratará de hacer pasar por profunda una afirmación filosófica o sociológica banal revistiéndola de una jerga con apariencia científica. Estilo de escritura pesado y pomposo es el que muestran estos autores alejado de cualquier veleidad poética pero con clara intención de hacer teoría.

Pues bien el mundo del pensamiento ha estado expuesto al contagio de la superchería intelectual y al de vacuidad verborreica. Cuando se analiza en este final de siglo la influencia de la escuela posmoderna en ciertas disciplinas ligadas a las humanidades y a las ciencias sociales -e incluimos en éstas a la psiquiatría y a la psicología- tenemos que admitir el carácter alarmante y cierta deriva en algunos postulados teóricos de estas disciplinas bajo el influjo de esa escuela. En el libro *Imposturas Intelectuales*, dos autores Alan Sokal y Jean Bricmont se aplican a desenmascarar esa impostura en la obra de algunos de los más influyentes pensadores contemporáneos, aquellos que generalmente se agrupan bajo el término posmodernismo, especialmente la escuela francesa y sus seguidores por todo el mundo. Pero no es solamente un fenómeno francés.

Hay nociones que salpican muchos de estos textos y que no significan literalmente nada y si no he aquí una muestra en la que Jacques Lacan justifica el papel psicoanalítico de los números complejos: *“Y puesto que la batería de significantes en cuanto tal, es por eso mismo completa, este significante no puede ser más que un trazo que se traza desde su círculo sin que se pueda contar como parte de él. Puede simbolizarse mediante la inherencia de un (-1) en el conjunto total de los significantes. Como tal es impronunciable, pero no así su operación, ya que ésta es la que se produce cada vez que es pronunciado un nombre propio. Su enunciado se iguala a su significado. Así calculando ese significado según el método algebraico que utilizamos, tendremos:*

$$\begin{array}{l} S(\text{significante}) \\ \text{-----} = s (\text{enunciado}) \\ s (\text{significado}) \end{array}$$

siendo $S=(-1)$, da como resultado: $\sqrt{-1}$ ”.

O bien el absurdo y divertido texto siguiente: *“Es así como el órgano eréctil viene a simbolizar el lugar del goce, no en sí mismo, ni siquiera en forma de imagen, sino como parte que falta en la imagen deseada: de ahí que sea equivalente al $\sqrt{-1}$ del significado obtenido más arriba, del goce que restituye, a través del coeficiente de su enunciado a la función de falta de significante: (-1)”.*

Hans Reisenbach, enfrentado a un texto tan vacío de contenido como el reproducido en el párrafo precedente reflexionaba: “el estudiante de cualquier especialidad aplicable en el caso que nos ocupa no se disgusta con las formulaciones oscuras. Por el contrario, al leer el pasaje citado muy probablemente se convencerá de que debe ser culpa suya si no lo entiende. Por tanto, lo leerá una y otra vez hasta llegar a una etapa en que crea haberlo entendido. En ese punto le parecerá obvio que (el órgano eréctil sea equivalente al $\sqrt{-1}$ del significado obtenido en la relación entre significante y significado del goce que

restituye, etcétera). Se ha condicionado de tal modo a esta manera de hablar que llega a olvidarse de las críticas que haría un hombre menos ilustrado”. Y este mismo autor en su célebre tratado sobre la Filosofía de la Ciencia relataría que la principal tarea del filósofo es combatir lo que Francis Bacon llamaba los ídolos del teatro, es decir, el lenguaje vagoroso y altisonante que no significa gran cosa ni es susceptible de verificación y así contribuir a que esta neblina se desvanezca en el aire fresco de los significados claros”.

Cuando Lacan hace alarde de sus conocimientos en lógica matemática sabe que lo hace ante un público no experto, pero, desde un punto de vista matemático, su exposición no es original ni pedagógica y por otro lado, el vínculo con el psicoanálisis no se apoya en ningún argumento.

Sokal y Bricmont se refieren al uso incorrecto, arbitrario y simplemente sin sentido, de términos y nociones científicas. Los autores demuestran hasta qué punto:

- a) esas nociones se manejan primordialmente para oscurecer los textos e impresionar a los inexpertos
- b) no sólo esos conceptos aparentemente científicos son utilizados sin el más mínimo rigor, lo que ya sería censurable, sino que en general carecen de sentido y no tienen la menor relación con los temas tratados
- c) se declaran incompetentes para desentrañar otras posibles imposturas, aquellas que no están directamente relacionadas con el uso de terminología científica, pero no dejan de señalar que la ocurrencia de tales desafueros en cualquier obra de pensamiento permitiría conjeturar la existencia de otros muchos en otros aspectos de la misma. No hay nada más que observar por otra parte, la extrema violencia gramatical con que los textos examinados están contruidos, hasta el punto de resultar literalmente indescifrables, para sospechar de su supuesta infalibilidad.

En definitiva y trayendo de nuevo a colación los textos de Stanislaw Andreski:

“Mientras la autoridad inspira un temor respetuoso, la confusión y lo absurdo potencian las tendencias conservadoras de la sociedad. En primer lugar, porque el pensamiento claro y lógico comporta un incremento de los conocimientos (la evolución de las ciencias naturales constituye el mejor ejemplo) y, tarde o temprano, el avance del saber acaba minando el orden tradicional. La confusión de ideas, no lleva a ninguna parte y se puede mantener indefinidamente sin causar el menor impacto en el mundo.

Cuando nos referimos a Lacan lo más fácil es demostrar que cuando utiliza conceptos y términos matemáticos lo que hace es pura charlatanería. Ahora bien, la cuestión es: cuándo él utiliza conceptos lingüísticos, está también justificado su uso?, ¿es también pura charlatanería?, es algo intermedio. Sería interesante que lingüistas profesionales hicieran un estudio semejante. Si antes hemos relatado el carácter arbitrario de sus analogías entre el psicoanálisis lacaniano y las matemáticas también hemos de apuntar también el matiz ostentatorio de una erudición superficial y la manipulación de frases carentes de sentido donde se prima hasta el extremo la teoría -formalismo y juegos de palabras- en detrimento de la observación y la experiencia. Sokal y Bricmont apuntan que los escritos de Lacan adquirieron con el tiempo un carácter cada vez más críptico -característica común de muchos textos sagrados-, combinando los juegos de palabras y la sintaxis fracturada, y sirviendo de base para la exégesis reverente de sus discípulos. Suscitan estos autores una duda legítima cuando se preguntan si no se está, al fin y al cabo, en presencia de una nueva religión.

Cuando termina este siglo no queda más remedio que hacer balance de las ideas que surgieron durante él. Algunas ideologías han sido mortíferas y generadoras de crímenes contra la humanidad. Si se analiza este período desde la perspectiva del movimiento posmoderno y en particular desde el “deconstructivismo” -cuyas manifestaciones en el campo de las ciencias sociales y de las humanidades han sido expuestas-, se concluye en una minimización del papel de los autores y sus intenciones conscientes. Un mundo que ha vivido Munich, Auschwitz e Hiroshima; limpiezas étnicas en gran parte de Africa, los Balcanes y la antigua Unión Soviética es desde luego un mundo de incertidumbres morales y ambigüedades. La insistencia posmoderna sobre interpretaciones múltiples y ambigüedades morales corresponde -como señala Gabriel Jackson- con el *Zeitgeist*- de fines del del siglo XX. Al minimizar el papel consciente del autor, el posmodernismo -deconstructivismo también reduce los elementos de responsabilidad moral o quizá, simplemente, la responsabilidad sin adjetivos. El punto de vista deconstructivista hace intelectualmente respetable actuar y escribir como si nada tuviera un significado preciso; de ahí que nada involucre responsabilidad juicio moral ni solidaridad. Ninguna cultura intelectual ni artística de verdadera categoría puede sobrevivir bajo esta clase de oportunismo y que exime de responsabilidad a sus autores. La inmensa mayoría de científicos, filósofos y artistas creativos de todo tipo se han inspirado en algún ideal trascendente y no sólo en el deseo de tener éxito en la política de supervivencia de la época. Sin embargo el deconstructivismo ha sido muy condescendiente hacia algunos de sus más execrables representantes -véase Paul de Man-. El carácter de sociedad de bombos mutuos que ha ido adquiriendo la

escuela posmoderna entre los adláteres, seguidores o simples admiradores queda puesto de manifiesto a la vista de textos como los reproducidos, en la opinión expresada por Jean-Claude Milner: “Lacan es, como él mismo afirma, un autor cristalino”.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Lopez Cayetano. El dislate como método. Claves de Razón Práctica. nº 92. Mayo 1999. pp 46-52.
- 2.-Olievenstein C. Destin du toxicomane. Ed.Fayard.Paris 1983. ISBN 2-213-01268-7.
- 3.-Sokal A., Bricmont J. Imposturas Intelectuales. 1ªedición. Barcelona. Paidós; 1999. ISBN 84-493-0531-4.
- 4.-Andreski, Stanislav, 1972, *Las ciencias sociales como forma de brujería*, Madrid, Taurus, 1973.
- 5.- Hans Reisenbach: *Filosofía de la Ciencia*. Fondo de Cultura Económica. México. 1953.
- 6.- Lacan, Jacques, 1971, “Position de l’inconscient”, en *Ecrits 2*, págs. 193-217, París, Seuil.
- 7.- Lacan, Jacques, 1977a, “Desire and the interpretation of desire in *Hamlet*”, *Yale French Studies* 55/56, págs. 11-52.
- 8.- Lacan, Jacques, 1978. *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre II: Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse, 1954-1955*, Paris, Seuil, 1978 (trad. cast.: *El seminario, libro II*, Barcelona, Paidós, 1986).
- 9.- Jackson, Gabriel, *Civilización y Barbarie en la Europa del siglo XX*. Editorial Planeta. 1ª. edición. Barcelona 1997. ISBN 84-08-02098-6

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DEPRESIÓN.

SUBSTANCE ABUSE AND DEPRESSION.

D. Miguel Arias.

Psiquiatra. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Juan Canalejo - Marítimo de Oza. A Coruña.

Correspondencia:

Domingo Miguel Arias

Hospital Marítimo de Oza

As Xubias, 84

15006 - A Coruña.

RESUMEN: Durante los últimos años, el estudio sobre la comorbilidad entre el abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos (diagnóstico dual) ha alcanzado un enorme interés. Los trastornos depresivos son una de las patologías psiquiátricas más frecuentes en los drogodependientes. Esta comorbilidad determina un peor curso y pronóstico para ambos trastornos, sobre todo si no son detectados y tratados adecuadamente. El diagnóstico es muy difícil por los cambios psicopatológicos inducidos por las sustancias psicoactivas, el estilo de vida y comportamiento de estos pacientes. No obstante, es necesario el tratamiento de ambas patologías simultáneamente y, si es posible, por el mismo equipo terapéutico. Los antidepresivos son muy útiles en estos pacientes, tanto para el tratamiento de los síntomas depresivos como de otro tipo (ansiedad, craving, conducta impulsiva...).

Palabras clave: Drogodependencia, depresión, diagnóstico dual, antidepresivos.

ABSTRAC: During the last years, the study about comorbidity between substance abuse and the other psychiatric disorders (dual diagnosis) have reached great interest. Depressive disorders are one of the most frequent psychiatric pathologies in substance abusers. This comorbidity causes a worse course and prognosis for both disorders, above all if they are not detected and treated suitably. The diagnosis is very difficult because of the psychopathological changes brought about by the psychoactive substances, live style and behaviour by these patients. Nevertheless, it is necessary to treat both pathologies simultaneously and, if it is possible, by the same therapeutic team. Antidepressant medication is very useful in these patients, both for the treatment of the depressive symptoms and of another type (anxiety, craving, impulsive behaviour...).

Key words: substance abuse, depression, dual diagnosis, antidepressant.

INTRODUCCIÓN:

El estudio de la patología dual ha despertado gran interés en los últimos años tanto en el campo de la psiquiatría como en el de las adicciones. Este término hace referencia a la coincidencia de un trastorno relacionado con sustancias junto a otro trastorno psiquiátrico (1). Todos los estudios al respecto parecen coincidir en la elevada prevalencia de este tipo de comorbilidad, si bien las cifras aportadas varían de forma notable de unos a otros. Se han apuntado diversos factores para tratar de explicar esa amplia variabilidad de resultados (2): selección de la muestra, diseño del estudio, predisposición y formación del investigador, duración del seguimiento, etc..., a lo que habría que añadir las enormes dificultades para realizar el diagnóstico correcto de la patología psiquiátrica en pacientes drogodependientes. La coincidencia de estos dos tipos de trastornos condiciona importantes dificultades de manejo y determina un peor pronóstico de ambos (3) por lo que resulta de especial interés su correcto diagnóstico y tratamiento.

Se han apuntado diversas hipótesis para tratar de explicar la elevada prevalencia de esta comorbilidad:

- Hipótesis de la automedicación (4): según la cual los pacientes con un trastorno psiquiátrico previo recurrirían al consumo de sustancias psicoactivas con el fin de aliviar el malestar derivado de sus síntomas psicopatológicos o de los efectos secundarios de los psicofármacos usados en su tratamiento.
- Mayor vulnerabilidad de los pacientes psiquiátricos, en relación con las discapacidades derivadas de su enfermedad, para desarrollar un consumo problemático de sustancias una vez que contactan casualmente con ellas.

- Gran concentración de estresores motivado por el estilo de vida propio del drogodependiente (problemática social, familiar, legal, etc...).
- Alteraciones estructurales y/o funcionales a nivel del sistema nervioso central (SNC) por el consumo continuado de sustancias psicoactivas.
- Afectación del SNC por enfermedades orgánicas asociadas a determinadas pautas de consumo de sustancias (Ej: SIDA).

Aunque los pacientes drogodependientes pueden presentar cualquier tipo de patología psiquiátrica asociada, los trastornos encontrados con mayor frecuencia son los siguientes (5): trastornos de la personalidad (37-65%), trastornos depresivos (17-60%) y trastornos de ansiedad (11-28%).

DEPRESIÓN Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los trastornos depresivos constituyen la patología psiquiátrica del eje I diagnosticada con mayor frecuencia en pacientes drogodependientes. Además de los factores apuntados anteriormente para explicar la elevada prevalencia de la patología dual en general, hay que tener en cuenta que muchas drogas psicoactiva producen sus efectos a través de las mismas vías de neurotransmisión que parecen implicadas en los trastornos depresivos: noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica (6). No existe acuerdo acerca de si estos trastornos depresivos que aparecen en pacientes drogodependientes son primarios, es decir previos y/o independientes de la toma de las sustancias o secundarios al consumo de las mismas. Lo cierto es que en el 95 % de los casos el consumo de sustancias precede a la aparición de clínica depresiva.

La sintomatología depresiva puede aparecer en contextos muy diferentes en estos pacientes: intoxicación, abstinencia, trastorno afectivo inducido por sustancias, etc... En cualquier caso, su aparición complica la situación general del paciente, interfiriendo en

su proceso de deshabitación y aumentando el riesgo de recaídas. De ello la importancia de diagnosticar los trastornos depresivos siempre que aparezcan, así como tratarlos adecuadamente.

Prevalencia:

Como ya se ha señalado las cifras de prevalencia varían ampliamente de unos trabajos a otros. Así, en el estudio ECA (7) realizado en población general encontraron que en el 26% de pacientes consumidores de sustancias aparecía un trastorno afectivo comórbido, mientras que el 32 % de pacientes diagnosticados de trastorno afectivo y el 60,7% con trastorno bipolar presentaban un trastorno por consumo de sustancias asociado.

Por otro lado, los estudios realizados en población en tratamiento en unidades psiquiátricas (8) encuentran consumo de sustancias en el 30% de pacientes con depresión mayor, en el 25% con trastorno bipolar y en el 50% de pacientes esquizoafectivos.

Y por último, si las muestras estudiadas procedían de población en tratamiento en unidades de atención a drogodependientes las cifras de comorbilidad de trastornos depresivos oscilan entre 17-62% en dependientes de opiáceos (9,10) y entre 5-50% en consumidores de cocaína (11,12,13).

Diagnóstico:

El diagnóstico correcto de los trastornos afectivos en pacientes drogodependientes presenta importantes dificultades. Hay que tener en cuenta que este se basa en buena medida en la información aportada por el paciente que suele ser incompleta y en ocasiones interesada, como puede suceder en los casos en que busca medicación psicotrópica. Por otro lado, las sustancias psicoactivas a través de su acción directa sobre

el SNC pueden producir o por el contrario enmascarar síntomas afectivos. De hecho, en los pacientes drogodependiente podemos encontrar síntomas depresivos en contextos tan diversos como la intoxicación crónica o el síndrome de abstinencia, además de cuadros más específicos como el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. La propia definición de intoxicación aguda incluida en la CIE-10 (14) considera la alteración del estado afectivo como una característica propia de ese cuadro clínico producido directamente por la ingestión o asimilación de las sustancias psicotropas.

Tampoco los criterios que el DSM-IV (15) establece para el episodio depresivo mayor nos permite determinar claramente la presencia de trastornos afectivos. Si aplicamos sin el adecuado rigor esos criterios a los pacientes drogodependientes corremos el riesgo de sobrediagnosticar depresión ante situaciones que son propias de una conducta de consumo repetido. Así, no es raro encontrar en ellos una pérdida de interés o capacidad para el placer en la mayor parte de las actividades (con la excepción del propio consumo de la sustancia), pérdida de peso, alteración importante del sueño, agitación (en situaciones de abstinencia de depresores o intoxicación por estimulantes) o enlentecimiento psicomotor (en las circunstancias inversas), sentimientos de culpa, y disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, entre otros. Todo ello derivado directamente del consumo crónico de la sustancia, sin que exista realmente un cuadro propiamente depresivo.

Conviene recordar que la enfermedad depresiva es un estado que impregna toda la vida de la persona que la padece y cambia implacablemente su existencia (16), y no se puede considerar como una mera suma de síntomas que pueden tener un origen muy variado. El propio DSM-IV establece dentro de sus criterios que los síntomas no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, pero más para diferenciarlo del

trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias que de las circunstancias habituales derivadas de la propia dependencia.

Se considera trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias aquel trastorno caracterizado por una notable y persistente alteración del estado de ánimo, que aparece durante o en el mes siguiente a un cuadro de intoxicación o abstinencia y que, aunque no cumpla todos los criterios de episodio depresivo mayor, provoca un malestar clínicamente significativo. El trastorno afectivo se considera producido por el efecto fisiológico directo de la sustancia y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico. Las sustancias con capacidad para inducir estos cuadros pueden ser muy variadas (fármacos, sustancias industriales, tóxicos, etc...), y entre las consideradas como drogas se incluyen: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, fenciclidina, inhalantes, opiáceos y sedantes/ hipnóticos.

Dentro de ellos, y quizás uno de los más característicos y frecuentes es el trastorno depresivo que aparece en relación con el consumo de cocaína. Aunque la intoxicación aguda por esta sustancia produce un cuadro maniforme, el consumo crónico y sobre todo la abstinencia suelen provocar sintomatología depresiva. No obstante, solo se diagnostica trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en aquellos casos en los que la sintomatología afectiva excede en intensidad y/o duración la habitual en esos trastornos (intoxicación o abstinencia). El cuadro puede revestir importante gravedad con riesgo autolítico, precisando en ocasiones hospitalización.

El DSM-IV establece que los opiáceos pueden inducir trastorno del estado de ánimo únicamente en situaciones de intoxicación, pero en la clínica se observa con más frecuencia la aparición de sintomatología depresiva en el contexto de la abstinencia. Tras la supresión de su consumo muchos pacientes refieren un estado de apatía, pérdida de interés y anhedonia, sensación de vacío, acompañado de ciertas alteraciones

vegetativas (cambios bruscos de temperatura, sudoración, escalofríos, alteración del sueño, náuseas, etc...). Puede durar desde unas semanas a varios meses, tras lo cual tiende a remitir espontáneamente. En ocasiones los pacientes lo atribuyen a la medicación pautada para la deshabituación (naltrexona), contribuyendo de forma importante al abandono del tratamiento y reinicio del consumo. A pesar de su frecuente presentación clínica, este cuadro, que algunos autores han denominado síndrome de abstinencia tardío, no se encuentra claramente reconocido ni recogido dentro de las clasificaciones internacionales.

Todo lo expuesto anteriormente da una idea de las dificultades con las que se encuentra el clínico a la hora de determinar las diferentes entidades patológicas que pueden presentarse en estos pacientes. Sin embargo, existen ciertas pautas (17) que pueden ayudarnos en esta tarea:

- Buscar fuentes adicionales de información: familiares, historia clínica, determinaciones analíticas, etc...
- No confundir síntomas con síndromes. Los síntomas depresivos, como ya señalamos, aparecen con gran frecuencia en pacientes drogodependientes, pero solo podemos establecer el diagnóstico de trastorno depresivo en aquellos casos en los que los síntomas afectivos constituyen la alteración principal (14).
- Establecer claramente la cronología de aparición de los diferentes síntomas.
- Realizar una atribución etiológica adecuada de los mismos. Algunos autores recomiendan establecer todos los diagnósticos posibles sin tener en cuenta su origen (4) mientras que otros, por el contrario, consideran más adecuado atribuir al consumo de drogas todos los síntomas que aparecen tras la instauración del consumo.
- Considerar los antecedentes psiquiátricos personales y familiares.
- Realizar seguimientos prolongados.

- Establecer los diagnósticos psiquiátricos en situaciones de estabilidad en el consumo (abstinencia o consumo continuado estable).
- Utilizar instrumento estandarizados de evaluación del consumo de drogas y de los trastornos psiquiátricos y realizar los diagnósticos por personal experimentado.

Tratamiento:

El abordaje terapéutico de esta patología dual presenta importantes dificultades derivadas de las particulares características de estos trastornos, con tendencia a la recidiva y cronicidad, y de los patrones de conducta y relación interpersonal propios de los pacientes drogodependientes. La presencia de otra patología psiquiátrica comórbida dificulta aun más el tratamiento y determina un peor pronóstico para ambos trastornos (3,13), especialmente en aquellos casos en los que alguno de estos trastornos no es diagnosticado y tratado adecuadamente.

Son diversos los problemas que suelen plantearse en este sentido:

- Dificultad para establecer un diagnóstico correcto de ambos trastornos en función de los factores ya comentados anteriormente.
- No está claramente establecido donde y por quien deben ser tratados estos pacientes dando lugar con cierta frecuencia a una derivación del paciente de unos dispositivos a otros sin que en ninguno de ellos se de una respuesta integrada a sus patologías.
- Son pacientes que presentan menor grado de adhesión y cumplimiento de los tratamientos e indicaciones terapéuticas y existe mayor riesgo de abuso de los fármacos psicotropos prescritos. En la práctica este problema se plantea casi exclusivamente con las benzodiazepinas y algún otro fármaco sedante (clormetiazol), no encontrándose casos significativos de abuso de antidepresivos o neurolépticos.

- La concomitancia de un trastorno adictivo y un trastorno depresivo supone mayor riesgo autolítico del que ya existe en cada uno de ellos.

En todos aquellos casos en los que se detecte un trastorno psiquiátrico asociado al consumo de sustancias es necesario tratarlo de forma simultánea e integrada con el tratamiento de la propia drogodependencia. Independientemente de cual sea el trastorno primario o secundario, una vez establecidos ejercen una influencia mutua por lo que el no abordaje de alguno de ellos determina una pobre respuesta terapéutica del otro y condiciona un mayor índice de recaídas. Para evitar carencias o duplicidades, así como para asegurar un mejor control del paciente, lo más recomendable es que el tratamiento de ambas patologías sea realizado por el mismo terapeuta o equipo terapéutico.

Con frecuencia es necesario recurrir a la hospitalización debido a los importantes problemas de manejo ambulatorio de estos pacientes y su elevado riesgo autolítico. En este sentido las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias integradas en los servicios de Psiquiatría constituyen el marco idóneo para el manejo de este tipo de patología dual. A pesar de los resultados presentados por numerosos estudios, en la práctica clínica no es tan frecuente encontrar trastornos depresivos francos en los pacientes drogodependientes, pero si es bastante habitual la presencia de síntomas depresivos en una gran variedad de situaciones que pueden influir en alguna medida en la aparición de recaídas.

La tendencia a la cronicidad y recaídas de la drogodependencia junto a los escasos recursos psicofarmacológicos disponibles para su tratamiento hace que deba tenerse en cuenta cualquier tratamiento que pueda reportar algún beneficio. En este sentido, los antidepresivos por sus diferentes perfiles farmacodinámicos constituyen fármacos de gran utilidad en estos pacientes. Constituyen el tratamiento de elección en aquellos

casos en los que se detecte un trastorno depresivo, así como en aquellos en los que aparezcan síntomas depresivos aislados de cierta intensidad.

Por otro lado, los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) parece ser que reducen las conductas de autoadministración en estudios realizados en animales de experimentación (18), incluso se cree que disminuyen el deseo intenso por la droga (“craving”) y pueden disminuir el efecto euforizante de algunas sustancias. Además, estos fármacos han mostrado su utilidad en diversos trastornos relacionados con el control de impulsos (ludopatía, bulimia, etc...). La impulsividad es un rasgo que aparece con frecuencia en pacientes drogodependientes y hay que tener en cuenta que el trastorno límite de personalidad, uno de cuyos rasgos más característicos es la impulsividad, es uno de los que con mayor frecuencia se asocia a los trastornos adictivos.

Así mismo, el perfil sedativo de numerosos antidepresivos (amitriptilina, trazodona, mirtazapina, nefazodona, etc...) permite su uso en el control de los síntomas de ansiedad e insomnio evitando o reduciendo el empleo de benzodiazepinas, fármacos con un elevado riesgo de abuso por estos pacientes.

Por el contrario, los IMAO deben de evitarse ya que el consumo simultáneo de estimulantes (bastante habitual en estos pacientes) puede desencadenar crisis hipertensivas graves.

Los antidepresivos clásicos provocaban importantes efectos secundarios por lo que eran mal tolerados y su uso más restringido, pero la aparición de los nuevos antidepresivos que carecen de esos efectos indeseables ha permitido una mayor difusión de sus uso. Por todo ello, los antidepresivos constituyen fármacos de gran utilidad en el tratamiento de pacientes drogodependientes con o sin síntomas depresivos asociados.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Stowell RJ. Dual diagnosis issues. *Psychiatr Ann* 1991; 21: 98-104.
- 2.- Raskin VD, Miller NS. The Epidemiology of the Comorbidity of Psychiatric and Addictive Disorders: A Critical Review. *Journal of Addictive Diseases* 1993; Vol. 12, 3: 45-57.
- 3.- McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 620-625.
- 4.- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorder: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1259-1264.
- 5.- Perez de los Cobos J, Casas M. Dependencia de opiáceos y psicopatología concomitante. En Cadafalch J, Casas M. "El paciente heroínómano en el Hospital General". Bilbao 1993; 149-167.
- 6.- Velasco A. Investigación en drogodependencias, líneas concretas sobre receptores de membrana. *Adicciones* 1991; Vol. 2, 3: 251-257.
- 7.- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-2512.
- 8.- Miller NS. Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorder: interactions and independent status. *Journal of Addictive Diseases* 1993; Vol. 12, 3: 5-16.
- 9.- Khantzian EJ, Treece C. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 1067-1071.

- 10.- Milby JB, Sims MK, Khuder S, Schumacher JE, Huggins N et al. Psychiatric comorbidity: prevalence in methadone maintenance treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22: 95-107.
- 11.- Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43: 107-113.
- 12.- Kleinman PH, Miller AB, Millman RB et al. Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1990; 178: 442-447.
- 13.- Rounsaville BJ, Foley S, Carroll K et al. Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 43-51.
- 14.- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
- 15.- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
- 16.- Hirschfeld R. Goodwin FK. Trastornos del estado de ánimo. En: Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora, 1989. 401-438.
- 17.- Weiss RD, Mirin SM, Griffin ML. Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers. *Br J Adicct* 1992; 87: 179-187.
- 18.- Carroll ME. y cols. "Fluoxetine reduces intravenous cocaine self-administration in rats". *Pharmac Biochem Behav*, 1990; Vol. 5: 234-237.

ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE UN HOSPITAL GENERAL.

Díaz del Valle JC*, Serrano Vázquez M**, Olveira Lorenzo CI***, Cristóbal Alonso OJ***.

*Medico adjunto de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Juan Canalejo- Marítimo de Oza. A Coruña.

**Jefe de Sección. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Juan Canalejo- Marítimo de Oza. A Coruña.

***Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de A Coruña.

RESUMEN

Objetivos: Tratando de cubrir la escasez de publicaciones que sobre este tema existen en las unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos de nuestro entorno, hacemos un análisis descriptivo de la patología psiquiátrica en pacientes mayores de 65 años en función de variables epidemiológicas, clínico-terapéuticas y de gestión clínica.

Material y métodos: 109 pacientes ancianos ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de agudos (centro de referencia del área sanitaria de A Coruña) entre los años 1996 y 1999. Se utilizó un protocolo estructurado de 38 ítems. Análisis de datos con el programa SPSS.

Resultados: La edad media de los pacientes se sitúa en torno a los 72 años, con un predominio del sexo femenino en una proporción de 3 a 2 sobre los varones. Viven con sus familiares el 64%.

Hay un predominio de los Trastornos del Estado de Animo (53.2%), con una baja prevalencia de Trastorno Mental Orgánico (2.8%). Encontramos que en el 52.3% de la muestra existen enfermedades médicas, fundamentalmente las del aparato cardiovascular, neurológicas y endocrino-metabólicas.

En el 69.7% se detecta una carencia en las estructuras de apoyo social del anciano, y esta se asocia significativamente con la presencia de patología somática.

La estancia media se sitúa en 17.89 días, encontrándose al alta una respuesta terapéutica favorable en un 94.5% de los pacientes.

Son derivados a su Unidad de Salud Mental el 77.1%. Sólo el 2.8% de los pacientes fueron remitidos por su médico de familia y, al alta, únicamente el 0,9% se derivaron a este.

Conclusiones: El papel jugado por la Atención Primaria en el abordaje de trastornos psiquiátricos debería ser mayor del que encontramos en nuestro estudio. La accesibilidad al médico de familia y la relación previa con el paciente facilitarían la detección y abordaje terapéutico. Sería importante incrementar la capacitación e implicación de los profesionales de Medicina de Familia en el manejo de estos procesos, así como implicarlos en el reforzamiento de los apoyos sociales de estos pacientes.

INTRODUCCION

El envejecimiento progresivo de la población en las últimas décadas ha provocado un incremento de la prevalencia de trastornos físicos y psíquicos en el anciano.

El aumento de la expectativa de vida conlleva un mayor riesgo de padecer algún tipo de enfermedad que limite la actividad normal de anciano y su autonomía, así como la aparición de una serie de rápidas transformaciones del entorno social que incluyen acontecimientos de pérdida, falta de control sobre el medio, escasez de recursos y soledad; todos estos cambios, que pueden producirse paralelamente al proceso de envejecimiento, repercuten en el estado emocional del individuo, provocando una reacción de adaptación a la nueva situación de la persona que en ocasiones es el inicio de un trastorno psiquiátrico.

En estudios epidemiológicos comunitarios de patología psiquiátrica en ancianos aparecen cifras de un 18 a 24% de prevalencia. Sin embargo existe una frecuente comorbilidad física y psíquica que lleva a la presentación atípica de los trastornos mentales en el anciano, dificulta su detección o hace que se consideren los síntomas como parte del proceso de envejecer y sin posibilidad de tratamiento^{1,2}. Por otra parte, la patología somática asociada hace que el malestar psíquico del individuo quede relegado a un segundo lugar y la patología psiquiátrica se infravalore³.

La mayoría de las personas mayores de 65 años padece, al menos, una enfermedad crónica (aproximadamente un 80%), y un grupo importante de ellos presenta múltiples patologías; además, es constatable el aumento de la comorbilidad psíquica en este grupo de pacientes^{4,5}. La presencia de patología física severa y persistente provoca una tendencia hacia la cronificación de la patología psíquica⁶. A todo esto se une una falta de recursos a nivel de soporte sociosanitario, que dificultan el manejo de estos pacientes y podría ser determinante. Por ejemplo, algunos estudios⁷ sugieren que los ancianos sanos con un funcionamiento psicosocial normal no tienen más depresiones que grupos de edad más jóvenes y que existe una relación significativa y generalmente positiva entre apoyo social y salud, correlacionándose la existencia de problemas afectivos con distintos indicadores de apoyo social, y encontrando que los cambios en la satisfacción con la calidad de las relaciones sociales suelen preceder al desarrollo de problemas, generalmente afectivos⁸.

El retraso en el diagnóstico, la presencia de enfermedades concomitantes, y la pérdida de apoyo social, lleva a que el curso clínico de los trastornos mentales en ancianos se caracterice por una mayor gravedad, tendencia a la cronicidad, y mayor índice de recidivas⁹.

En los ancianos es menor la utilización de los servicios de salud mental¹⁰. Probablemente el control de algunos de estos pacientes debería ser asumido por la atención primaria, dada la mayor accesibilidad del médico de familia y la creciente capacitación e implicación de estos profesionales en el manejo de trastornos psiquiátricos.

En este sentido sería importante potenciar el papel de la atención primaria en salud mental, de manera que fuera capaz de detectar, y en muchos casos asumir, el manejo de estos pacientes, dado que los ancianos con trastornos mentales constituyen un importante subgrupo de la población mayor de 65 años¹¹.

Las mujeres presentan mayor prevalencia de patología psiquiátrica¹² (fundamentalmente de trastornos afectivos)¹³ y mayor tendencia a demandar ayuda médica¹¹.

Por diagnósticos, se ha objetivado una alta prevalencia de patología afectiva^{5,14,15}, destacando la depresión mayor, aunque la existencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante es de tres a cinco veces superior¹⁶. Los síntomas depresivos se muestran muchas veces enmascarados por quejas somáticas¹⁷, y una notable carga ansiógena¹⁸, lo que genera una alta frecuentación de diferentes servicios sanitarios y un importante coste económico^{19,20}. Como síntomas de depresión el anciano refiere quejas físicas o hipocondría, insomnio, disminución general del rendimiento y pérdida de intereses^{13,21}. Por otra parte cuando existe una enfermedad orgánica concomitante la patología depresiva incrementa la incapacidad funcional y la percepción del dolor, retrasa la demanda de ayuda, disminuye la adherencia al tratamiento y la colaboración en la rehabilitación, mientras que la patología afectiva tiende a cronificarse²².

En Europa y Estados Unidos las conductas suicidas aumentan progresivamente²³. Las tasas de suicidio son mayores en los ancianos que en cualquier otro grupo de edad²⁴, sin embargo es mucho menor el número de tentativas autolíticas, (en nuestra área el 5.8% de las tentativas autolíticas las realizan mayores de 65 años²⁵). Muchos de estos pacientes carecen de antecedentes psiquiátricos, y no suelen verbalizar su ideación suicida¹⁴, de ahí la importancia de la prevención y detección del riesgo autolítico en los ancianos, donde es fundamental la formación clínico psiquiátrica de los profesionales de la atención

primaria de salud²⁶, ya que, unos días antes de la tentativa, un elevado número de pacientes habían contactado con el médico de cabecera^{21,27}.

De las alteraciones cognitivas, las más frecuentes son las demencias no tratables, suponiendo la enfermedad de Alzheimer el 49% de todas las demencias, y la demencia multiinfarto el 14%²⁸. Más de una tercera parte de la población gallega mayor de 65 años presenta alteraciones cognoscitivas de apreciable magnitud²⁹.

Los trastornos por ansiedad son una patología infravalorada, pudiendo presentarse de múltiples formas, como enmascarados por quejas somáticas, en el contexto de la adaptación a una enfermedad orgánica, en las fases iniciales de los cuadros demenciales o bien como trastornos por ansiedad propiamente dichos³⁰.

Los trastornos psicóticos afectan a menos del 0.5%, disminuyendo con la edad³¹.

Hay que destacar la alta utilización de los servicios de urgencia hospitalarios por este grupo de edad³², hasta el punto de que la población mayor de 65 años que demanda asistencia psiquiátrica supone aproximadamente un 15% del total de urgencias psiquiátricas, siendo alrededor del 7% de los ingresos. Los diagnósticos más frecuentes en estos pacientes son trastorno del estado de ánimo (47%), trastorno de ansiedad (33%) y trastornos cognoscitivos (14%)¹¹.

A pesar de que los trastornos gerontopsiquiátricos plantean múltiples problemas diagnósticos, terapéuticos, familiares y sociales, el psiquiatra, en la mayoría de los casos, puede utilizar la colaboración de la red de apoyos sociales y comunitarios del paciente, y debe ser capaz de coordinarse con otros especialistas médicos y ampliar su campo a la atención primaria, para evitar que el paciente reciba tratamientos redundantes o nocivos por su interacción.

OBJETIVOS

Tras un breve repaso a los principios generales de la gerontopsiquiatría es el momento de exponer los objetivos de este estudio.

Existe un objetivo general, que es el de realizar una aportación al conocimiento de la clínica y asistencia psiquiátrica a los pacientes geriátricos en nuestro medio, al que llegaremos mediante la consecución de unos objetivos específicos que son, en primer lugar, establecer los perfiles sociodemográficos, clínicos y asistenciales de los pacientes mayores de 65 años ingresados en una unidad de psiquiatría de un hospital general, en segundo lugar establecer la relación de la variable diagnóstico con factores que consideramos relevantes (sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tipo de convivencia y núcleo de residencia, y clínicos: días de estancia y valoración al alta) y, en tercer lugar, a través del análisis de los resultados, detectar las características diferenciales de esta población de pacientes, comparándolo con la bibliografía existente.

En este sentido, este estudio se enmarca en la oportunidad, tratando de cubrir las escasas referencias de trabajos publicados de pacientes geriátricos ingresados en los servicios de psiquiatría de hospitales generales.

MATERIAL Y METODOS

El área de referencia de este estudio es el área sanitaria de La Coruña, que presta atención Sanitaria a una población de aproximadamente 500.000 h, con áreas rurales y urbanas, gran dispersión geográfica, y alto índice de envejecimiento. La asistencia psiquiátrica se realiza desde el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza, dentro del cual se incluye la Unidad de Hospitalización de Agudos, inaugurada en Marzo de 1996, que consta de 28 camas que se dedican a asistencia psiquiátrica general y dos al programa de desintoxicación hospitalaria.

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes mayores de 65 años ingresados en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Juan Canalejo – Marítimo de Oza de La Coruña, entre los años 1996-1999 (36 meses). Se utilizó un protocolo estructurado con 38 ítems, que recogían datos sociodemográficos, clínico-terapéuticos y de gestión, empleando las historias clínicas como fuente de datos.

Como criterios diagnósticos se emplearon las clasificaciones DSM-IV y CIE 10.

La muestra se compone de 109 pacientes, que representan el 7.13% del total de los ingresos realizados.

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el paquete informático-estadístico SPSS, utilizando metodología descriptiva para las diferentes variables, chi-cuadrado y test exacto de Fisher para variables cualitativas, t de Student para variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas y Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y cualitativas no dicotómicas. Consideramos significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Los resultados obtenidos, aún correspondiendo a una muestra que no es representativa de la población general, nos permiten analizar ciertos aspectos que consideramos especialmente destacados.

En el contexto de todos los pacientes ingresados, los mayores de 65 años representaron el 7.13%, que es una proporción inferior a la que representan en la población general. Teniendo en cuenta que en nuestra unidad psiquiátrica de agudos sólo ingresan pacientes cuya edad es igual o superior a los 16 años, la proporción de mayores de 65 años es todavía menor de la esperada. Estos datos tienden a confirmar la idea de que los pacientes gerontopsiquiátricos utilizan menos los servicios asistenciales que los pacientes más jóvenes (Goldstrom, 1987)¹⁰ y, en relación a otros estudios realizados en nuestro entorno en unidades de agudos de Hospital General, el porcentaje es inferior: Crespo y cols 1997, 10%; De la Gándara y cols 1991, 12,6%; Seva y cols 1993, 8,37%; Santamarina y cols 1996, 12%.

La edad media es de 72.8 años, semejante a la encontrada en los hospitales de Madrid (De la Serna y cols 1990, 73.4 a), Bellvitge 71.9 a, Burgos 72.65 a; Asturias 71.76 a, y Tenerife (Casariego y cols 1996, 66.9 a), pero es algo inferior a la hallada fuera de nuestras fronteras (Canadá, Rockwood y cols, 1991, 76 a)³⁸.

Perfil Sociodemográfico (Tabla I) :

Encontramos una mayoría de mujeres (66%), dato común en la literatura revisada^{34,35,36,37} y similar a la encontrada en ingresados de otras edades.

El lugar de residencia de nuestros pacientes tiene un predominio marcado del área urbana (61.5%), en una proporción de 2:1 frente al área rural, dato similar a los estudios de nuestro entorno señalados en líneas precedentes. Pero dado el hecho de que la mayoría han nacido en medio rural y viven en medio urbano, la influencia de situaciones como emigración o la distinta prevalencia de los trastornos según el medio de residencia no son cuantificables con los datos de los que disponemos.

El nivel de estudios es realmente bajo, pues más de la mitad (53.2%) no ha logrado alcanzar el nivel primario, coincidiendo con otros estudios³⁴ de nuestro entorno. Habría que buscar razones propias de las dificultades de escolarización que atravesaba nuestro país en los años 30 y 40 en el medio rural, de donde proviene la mayoría de la muestra.

El aislamiento social, los cambios en el entorno y la soledad son factores que influyen significativamente en el desarrollo o descompensación de un trastorno psiquiátrico; un 48.7% de nuestra muestra son viudos, solteros o separados/divorciados (de los cuales un 25.7% viven solos), sin embargo, encontramos también un elevado porcentaje que tienen cónyuge o pareja estable (49.5%), lo cual parece indicar que este no es el único factor implicado. No obstante, sería una actividad importante de prevención actuar desde el ámbito de la atención primaria sobre estos pacientes, intentando mejorar sus niveles de apoyo social.

El análisis de la situación familiar pone de manifiesto que la mayoría de nuestros pacientes viven con sus parientes (64%), y aproximadamente el 50% en unidades familiares de pocos miembros (1 ó 2).

Encontramos que son pocos (5,5%) los que viven en instituciones, dato este que no puede resultar novedoso, pues la deficiencia de recursos en este campo no posibilita un ajuste entre la oferta y la demanda, siendo mayor esta última según nuestra experiencia clínica.

El nivel económico es considerado suficiente en el 86%, mientras que las situaciones de insuficiencia o déficit económico se dan en torno al 12% de los casos, dato similar al encontrado en la muestra de De la Gándara (1991) que es el único estudio de nuestro entorno que aporta este dato.

Como cabe esperar predomina la situación laboral de jubilación (66.1%), con cifras similares a otras encontradas en la literatura revisada, siendo catalogados de activos un 6.5% y sin relación laboral el 27.5%.

El sector de actividad en el que habían desempeñado su profesión es primordialmente el sector primario (22%) y las labores del hogar (41.3%), dato coincidente con el origen rural de la mayoría de la muestra, así como del predominio manifiesto de mujeres. El 8.3% ejercían su función en el sector secundario y un 17.4% en el terciario. Un 11% no tenía profesión conocida.

Perfil de Antecedentes (Tabla II)

Se ha recogido la existencia de antecedentes familiares psiquiátricos en el 44% de la muestra, destacando los trastornos afectivos en el 8.3% de los casos y los psicóticos en el 4.6%, cifras superiores a las de otros autores (De la Serna y cols, 1990: 25,4%)

En los pacientes gerontopsiquiátricos, es más probable que se recojan antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica distintos a los que motivaron su ingreso. En nuestra muestra se registraron en un 79.8% de los pacientes, con predominio de los afectivos (45%) y los psicóticos (22%); los trastornos neuróticos, alcohólicos y otros no sobrepasan el 8%.

En relación al consumo de recursos asistenciales psiquiátricos previos, destaca que la mayoría de los pacientes, un 77% habían utilizado la red de recursos asistenciales psiquiátricos, de los cuales el 42.2% estuvieron ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. El 85% de la muestra suponía un primer ingreso en nuestra unidad, mientras que el 14,6% fueron reingresos.

Perfil clínico-terapéutico

En el protocolo de registro de datos base de este estudio, se recogen datos relativos al cuadro sindrómico que motiva el ingreso desde en punto de vista psicopatológico: destacan los pacientes confuso-agitados (con o sin síntomas delirante-alucinatorios) (49.5%) y el trastorno del estado de ánimo (27.5%) como causas más frecuentes, siendo factores situacionales (funcionales y de rol o relaciones) el motivo en el 4.6%. El riesgo suicida supone el 9.2% de los ingresos, inferior al de otros autores³⁵ pero concordante con estudios previos en nuestra área sanitaria²⁵.

En cuanto a los diagnósticos al alta en el **Eje I** (Tabla III), nuestros resultados coinciden con la mayoría de las revisiones bibliográficas respecto a la mayor incidencia de los cuadros afectivos (52.3%), sin embargo, el índice de trastornos mentales orgánicos (9.2%) es inferior al hallado en los estudios revisados^{28,33,35,36} lo cual podría deberse a que estos pacientes ingresan generalmente en servicios médicos, que solicitan intervención psiquiátrica a través de la Unidad de Interconsulta y Enlace.

La revisión bibliográfica hace hincapié en la baja prevalencia general de los trastornos psicóticos en el anciano y esto se refleja en su menor porcentaje de ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (11% De la Gándara, Burgos 1991; 3.2% Crespo, Bellvitge, 1997; 8% De la Serna, Ramón y Cajal, 1990); sin embargo en nuestro estudio el 30.3% de los pacientes presentan un trastorno psicótico, cifras próximas al 29.1% aportado por la serie de Santamaría de 1995 en el Hospital General de Asturias, y al 30.8% de Casariego de 1996 en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife. Quizás habría que buscar aquí las causas en criterios de manejo clínico propios de los distintos dispositivos asistenciales de nuestro servicio de psiquiatría, más que considerarlos un reflejo de la realidad.

Es el uso de sustancias, (fundamentalmente el alcohol con el 1.8%) la menor frecuentación dentro del perfil nosográfico-clínico de los pacientes ingresados en nuestra unidad, junto con los trastornos de ansiedad y/o adaptativos 3.7%.

Por sexos, son los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos el diagnóstico más frecuente en el sexo femenino (el 63.9 y el 29.2% respectivamente; $p=0.003$), siendo el abuso de alcohol un diagnóstico que sólo presentaron los varones.

Es estadísticamente significativa ($p=0.013$) la relación existente entre el medio de residencia y el diagnóstico, encontrando que existe predominio de trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos que ingresan procedentes del medio urbano.

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico y variables sociodemográficas como nivel educativo, estado civil o tipo de convivencia.

En el **Eje II**, aparece diagnóstico en el 20.2% de los pacientes, siendo los más frecuentes el Trastorno histriónico de personalidad el 36.4% y el Trastorno paranoide de personalidad el 31.8%. (Gráfico I)

En cuanto al **Eje III**, presentan procesos orgánicos asociados un 52.3% de los pacientes de nuestra muestra, de los cuales son las patologías cardiovasculares, neurológicas, y endocrino-metabólicas las más relevantes. (Gráfico II). Nuestros resultados concuerdan con algunos estudios previos en este sentido (Crespo y cols. 59% y Fader 56%)^{33,39} pero son sensiblemente menores que los encontrados por De la Serna y cols. 71.2%, Draper 70%⁽⁴⁰⁾.

La presencia o ausencia de comorbilidad con patología médica, no se asocia de modo significativo con ningún diagnóstico psiquiátrico, tampoco encontramos mayoritariamente asociación significativa entre los distintos grupos diagnósticos en el Eje I y el Eje III, sin embargo el grupo de pacientes con trastornos relacionados con alcohol presentan mayor incidencia de patologías digestivas (50%), neurológicas (50%) y respiratorias (100%, $p=0.000$)

Resulta sorprendente la asociación encontrada entre la presencia de enfermedad orgánica y la más favorable evolución de la enfermedad psiquiátrica durante el ingreso, ya que cabría esperar que la existencia de enfermedades orgánicas provocase un agravamiento y peor evolución de las enfermedades mentales.⁶

Es decir, que de modo significativo ($p=0.044$), los pacientes con procesos médicos coexistentes con el cuadro psiquiátrico que motivó el ingreso, presentan una mejor evolución de este último que aquellos pacientes sin diagnósticos de proceso médico conocido, alcanzándose un mayor número de remisiones totales en el momento del alta (47.4% frente al 25% respectivamente). Esto no es explicable en términos de la patología psiquiátrica existente, ya que hemos visto que no existe asociación entre la presencia de enfermedad orgánica y ningún diagnóstico psiquiátrico concreto. Tampoco encontramos asociación con otras variables sociodemográficas ni con la duración del ingreso.

Es importante reseñar que, según su diagnóstico en el **Eje IV**, carecen de apoyos sociales adecuados el 69.7% de los pacientes incluidos en nuestro estudio. (Gráfico III)

Por sexos es estadísticamente significativo ($p=0.028$) el hecho de que los varones presentan mayor carencia de estructuras de apoyo social con respecto a las mujeres. Parece igualmente importante que, de los pacientes que conviven con sus familiares, 2 de cada 3 tienen alguna carencia o déficit en el grupo primario de apoyo ($p=0.023$).

Existe una correlación positiva ($p=0.037$) entre la ausencia de apoyo social y la presencia de enfermedades médicas coexistentes. Es decir, que presentarían mayor comorbilidad médica aquellos pacientes con una estructura de apoyos deficitaria o inadecuada a nivel sociofamiliar.

No se relaciona el apoyo social de manera estadísticamente significativa con factores como la edad, el estado civil, el núcleo de residencia o el nivel educativo. No encontramos asimismo relación entre la existencia de apoyos sociofamiliares y el diagnóstico en el Eje I o la evolución del paciente durante su ingreso y la duración de la estancia.

El abordaje terapéutico fundamental fue el farmacológico (100%): los ancianos consumen una mayor cantidad de psicofármacos que el resto de la población y son frecuentes las asociaciones entre diversos grupos de fármacos⁴¹. En nuestro caso más de la mitad de los pacientes (57.8%), precisaban entre dos y tres tipos de fármacos, dato inferior a los estudios revisados tanto en medio hospitalario como referidos a hospitales geriátricos y psiquiátricos³³.

Son los neurolépticos los más utilizados (76%), seguido de los antidepresivos (38.5%) y de las benzodiacepinas (32.1%). Por grupos diagnósticos los trastornos afectivos reciben más frecuentemente

politerapia (en torno al 85%, $p=0.000$), mientras que los psicóticos se tratan con monoterapia (75%, $p=0.000$).

En nuestro medio, al igual que los demás, los pacientes psiquiátricos, especialmente los gerontopsiquiátricos son abordados o tratados con actitud psicoterapéutica en sentido amplio. Por ello el 73.4% de los pacientes reciben psicoterapia, casi siempre psicoterapia individual y de grupo, explicativa y de apoyo.

La terapia familiar (40.4%) y la socioterapia (44%) fueron utilizadas con menos frecuencia; esto se explicaría por las condiciones específicas de la sintomatología de los pacientes durante su ingreso, el cual se basa en criterios de gravedad e intensidad, pareciendo el nivel ambulatorio el más adecuado para realizar un abordaje terapéutico que abarque todos los factores que influyen en la evolución de los procesos.

Perfil Asistencial

La mayoría de los pacientes solicitan asistencia por iniciativa de sus allegados y familiares y lo hacen a través del servicio de urgencias hospitalario 64.2%, motivados por síntomas psicopatológicos de nueva aparición, por agravamiento de síntomas preexistentes o por factores sociales. Desde las unidades de salud mental se remiten de forma programada/preferente para ingreso el 20.2%, mientras que sólo el 2.8% de los pacientes fueron derivados a nuestra unidad por el médico de cabecera, cifra inferior a otras encontradas en la literatura, pero explicable por el sistema de organización de nuestro servicio, que potencia el ingreso desde la Unidad de Salud Mental correspondiente y recomienda a los profesionales de atención primaria que utilicen esta vía. Es de resaltar la escasa derivación para ingreso desde los servicios sociales (0.9%), que se debería a las mismas razones expuestas anteriormente. (Gráfico IV)

La duración del ingreso varía de 1 a 68 días de estancia, con una media de 17.89 días, próxima a los 15 días de ingreso de los pacientes geriátricos en el hospital general de Burgos, los 17.28 días de ingreso recogidos en Asturias, pero lejos de los 28.9 días de Bellvitge y 35.5 de Ramón y Cajal.

Son los cuadros psicóticos y afectivos los que requieren más días de estancia media (Paranoide 24.78 días, T. Delirante no especificado 19.44, Depresión Mayor 22.9), siendo los trastornos por ansiedad los que permanecen menos tiempo (2 días).

La mayoría (68%) acepta el ingreso y el tratamiento de forma voluntaria, siendo preciso el ingreso judicial en los restantes casos.

La respuesta terapéutica fue buena en el 94.5% de los pacientes, con remisión parcial en el 57.8% y remisión total en el 36.7%, sin embargo no hubo respuesta al tratamiento en el 5.5%. Estos datos coinciden con la serie de Conwell y cols¹⁷ que encuentran mejoría en tres de cada cuatro enfermos, y distantes del hospital de Burgos donde la falta de respuesta en uno de cada dos pacientes sería debida a que en esta unidad ingresan un mayor número de trastornos mentales orgánicos (38%).

Un aspecto importante es la derivación adecuada del paciente al alta, ya que una actuación equivocada o errática en este punto, puede echar por tierra gran parte del trabajo realizado. En este sentido, en nuestra muestra el 77.1% de los pacientes fueron derivados a su Unidad de Salud Mental para su seguimiento y control y el 22% lo hicieron a otro especialista.

Sólo el 0.9% fueron remitidos a su Médico de Familia, lo cual contrasta con la práctica habitual en el resto de las especialidades médicas y quirúrgicas. Es por tanto razonable pensar en un cambio de hábitos, con el fin de potenciar la atención de estos pacientes en el nivel básico de salud, lo que optimizaría en eficiencia la disponibilidad de los recursos y la satisfacción para el paciente en un grupo poblacional con una alta comorbilidad, un gran dispersión geográfica y un nivel de recursos limitados.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente mayor de 65 años que ingresa en nuestra Unidad de hospitalización sería una mujer de 72.8 años, casada o con pareja estable, que convive

con uno o dos familiares en medio urbano. Es un Ama de casa con nivel de estudios bajo y recursos económicos suficientes. No tiene antecedentes familiares de patología psiquiátrica, aunque sí antecedentes personales de Trastornos del estado de ánimo que han recibido asistencia psiquiátrica previa a nivel ambulatorio. Ingresa voluntariamente procedente del servicio de Urgencias por un cuadro alucinatorio-delirante o problemas afectivos, recibiendo abordaje terapéutico psicofarmacológico y siendo diagnosticada al alta de transtorno del estado de ánimo, sin diagnóstico en el Eje II, con enfermedad médica asociada del aparato cardiovascular y falta de apoyo social. La estancia media es de 17.9 días, y es derivada a su U.S.M..

Es de considerable magnitud la existencia de carencias en las redes sociales de apoyo del anciano. Encontramos déficits y aislamiento incluso en los que conviven con sus allegados, y esto podría ser explicado por el cambio en las estructuras sociales y modelos familiares que se ha venido produciendo en los últimos años. Todo esto puede contribuir al desarrollo de más patología psiquiátrica y a su peor evolución.

El escaso número de ingresos realizados desde Atención Primaria, así como el bajo índice de derivaciones al médico de cabecera, está en relación con razones propias de la organización del Servicio de Psiquiatría. No obstante, nos parece oportuno a la vista de estos resultados, desarrollar y potenciar fórmulas de cooperación y enlace entre las U.S.M. y los médicos de familia, con la implantación de programas gerontopsiquiátricos específicos.

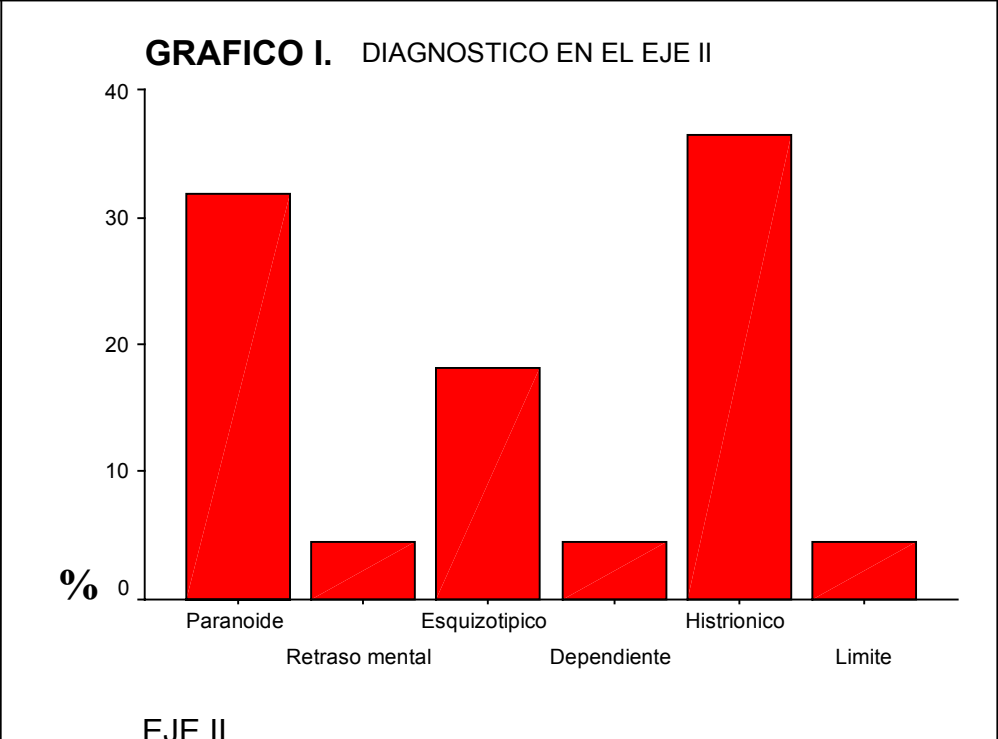
La accesibilidad al médico de familia y la relación previa ya establecida con el paciente facilitarían la detección de patología psiquiátrica y su abordaje terapéutico, si se incrementase la capacitación e implicación de los profesionales de Medicina de Familia en el manejo de estos procesos. De igual modo, el acceso del Médico de Atención Primaria al entorno del paciente facilitaría una actuación en el sentido de reforzar sus redes sociales de apoyo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hyer L, Collins J: Community adjustment among older depressives. *J Clin Psychol* 1984; 40(3):659-668.
- 2.- Padierna JA, Aristegui E, Medrano J, Marcos JJ. La interconsulta psicogeriatrica en el Hospital General. Revisión. *An Psiquiatría (Madrid)* Vol 10,nº9,pp355-360,1994
- 3.- Bassuk EL, et al. Geriatric Emergencies: Psychiatric or medical?. *Am J Psych* 1983;140:539-42.
- 4.- Sheline Y. High prevalence of physical illness in a geriatric psychiatric inpatient population. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12:396-400.
- 5.- Levitte S, Thornby J. Geriatric and nongeriatric psychiatry consultation. A comparison study. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:339-344.
- 6.- Alexopoulos GS, Vontrou C, Kakuma T, Meyers B et al. Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:877-885.
- 7.- Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WA. ¿El envejecimiento aumenta el riesgo de padecer depresión?. *Am J Psychiatry* 1997;154:1384-1390.
- 8.- Riquelme A, Buendía J. Apoyo social, autoeficacia y depresión en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31(2):83-88.

- 9.-Alexopoulos GS, Young R, Abrams R, Meyers B, Shamoian C. Chronicity and relapse in geriatric depression. *Biol Psychiatry* 1989;26:551-564.
- 10.- Goldstrom I, Burns B, Kessler LG et al. Mental Health Service use by elderly adults in a primary care setting. *J Gerontol* 1987;43:147-153.
- 11.-Pérez Poza y cols. Urgencias psicogeríatricas: patrones de uso en Zaragoza. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32(2):75-80.
- 12.- Martínez J, Espejo J, Rubio MV, Pérula LA, Albert C. Factores asociados a síntomas psiquiátricos en la población mayor de sesenta años (proyecto ANCO). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33(6):331-339.
- 13.- Lázaro L, Marcos T, Valdés M. Affective disorders, social support, and health Status in geriatric patients in a General Hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:299-304
- 14.- Johnston M, Walker M. Suicide in the elderly. Recognizing the signs. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:257-260.
- 15.-Hidalgo MI, Díaz R. Manual de psiquiatría para el médico de atención primaria. Madrid: Duphar y Pharmacia &Upjohn;1996.
- 16.- Blazer D, Williams CD. The epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980;137:439-444.
- 17.- Conwell Y, Nelson JC, Kim K; et al. Elderly patients admitted to the psychiatric unit of a General Hospital. *J Am Geriatr Soc* 1989;37(1):35-41.
- 18.- Seva A, Sanz C, García Campallo JJ, Campos R. La problemática asistencial de las urgencias psiquiátricas. *Urgencias en psiquiatría. Nuevas generaciones en Neurociencias. Hospital clínico Universitario de Zaragoza. Barcelona: EDOS;1993:1-20*
- 19.- Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arrollo A, Gonzalez L. La prevalencia del malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria* 1993;11:459-463.
- 20.- López Torres J, Escobar F, Fernández C, González C, Urbistondo L, Requeza M. Transtornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. *Ate Primaria* 1992;10:665-670.
- 21.- Pérez Poza A, Carrero P, Salvanés R. Veintidós intentos de suicidio en ancianos ingresados en una unidad de corta estancia psiquiátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31(5):315-316.
- 22.- Koenig HG, Goli V, Shelp F, Kudler HS, Cohen HJ, Blazer DG. Major Depression in hospitalized medically ill older men: documentation, management and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992;7:25-34.
- 23.- Courage MM. Suicide in the elderly: staying in control. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1993;31(7):26-31.
- 24.- Aragüés L, Pacheco L, Etxebeste M, Malo P, Aragüés M. Suicidio en el anciano. Depresión y soledad del anciano en la ciudad. *Psiquis*, 1998;19(7):288-294.
- 25.- Serrano M, Díaz del Valle J, Cristóbal O, Oliveira C. Intentos de suicidio. Análisis de la conducta suicida en la demanda de Urgencias del Hospital "Juan Canalejo". Estudio retrospectivo, años 1996-1999. *Cad Aten Primaria* 1999; 6:41-48.
- 26.- Ruiz S. Intentos de suicidio en pacientes geriátricos. *An psiquiatría*. 1998;14(4):166-170.
- 27.- Simon D, Ruiz I. Intentos de suicidio en la tercera edad. *An Psiquiatría* 1996;12(6):236-241.
- 28.- Zubenko G, Mulsant B, Sweet R, Pasternak R, Ming Tu X. Mortality of elderly patients with psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1997;154:1360-1368.
- 29.- Mateos R, Rodríguez A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega. Colección saúde mental nº2. Servicio galego de Saúde mental e Drogodependencias. Xunta de Galicia. 1989.

- 30.- Cervera S, Pla J. Semiología de los estados de ansiedad en el anciano. *An Psiquiatría*. 1991;7(5):171-179.
- 31.- Myers J, Weissman M, Tischler G, Holzer C et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:959-967.
- 32.- Koran L, Meinhardt K. Mental health expenditures in California counties. *Am J Psychiatry* 1981;138:936-940.
- 33.- Crespo JM, Urretavizcaya M, Pifarré J, Cardoner N, Serrallonga J, Vallejo J. Psicogeriatría en una unidad de agudos de un hospital general. *Psiquiatría biológica* 1997;4(4):139-144.
- 34.- Gandara JJ, De Dios A, Fernández H, González A. Asistencia de pacientes gerontopsiquiátricos en una unidad psiquiátrica de un hospital general. XVI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Vitoria. Arán Ediciones SA 1991;556-567.
- 35.- Santamarina S, Hernández JL, Uría T, Moreno J. Pacientes ancianos en una unidad de psiquiatría de un hospital general. II Congreso Nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica* 1997;4.
- 36.- De la Serna I, De la Calle L, Sánchez M, Durán L. Psicogeriatría en una unidad de un hospital general. XVI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Vitoria. Arán Ediciones SA 1991;459-464.
- 37.- Casariego C, Ramos C, Berenguer JC, Montiano F, Cuesta JM, De Diego E. Estudio descriptivo de la comorbilidad físico/mental de la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico de Tenerife. Año 1996. II Congreso Nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica* 1997;4.
- 38.- Rockwood K, Stole P, Brahim A. Outcome of admission to a Psycho-geriatric Service. *Can J Psychiatric* 1991;36:275-279.
- 39.- Fader AM, Escher JE, Gambert SR. Geriatrics Consultation in the acute care institution: A combined experience both the medical psychiatric hospital. *Age* 1990; 13:39-41.
- 40.- Draper B. The elderly admitted to a general hospital psychiatry ward. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* 1994;28:228-297.
- 41.- Ayuso JL y cols. Uso de psicofármacos en el anciano. *Farmacología del SNC* 1998;Vol 2;nº1.



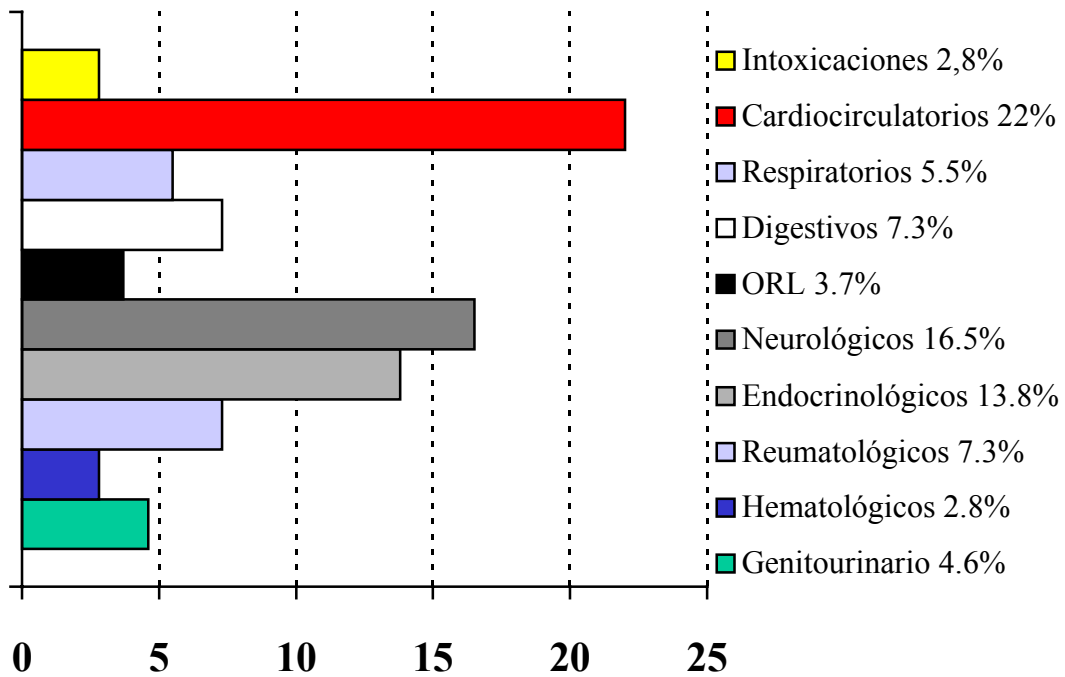


GRAFICO II. DIAGNOSTICO EN EL EJE III

GRAFICO III. DIAGNOSTICO EN EL EJE IV
Existencia de redes de apoyo social

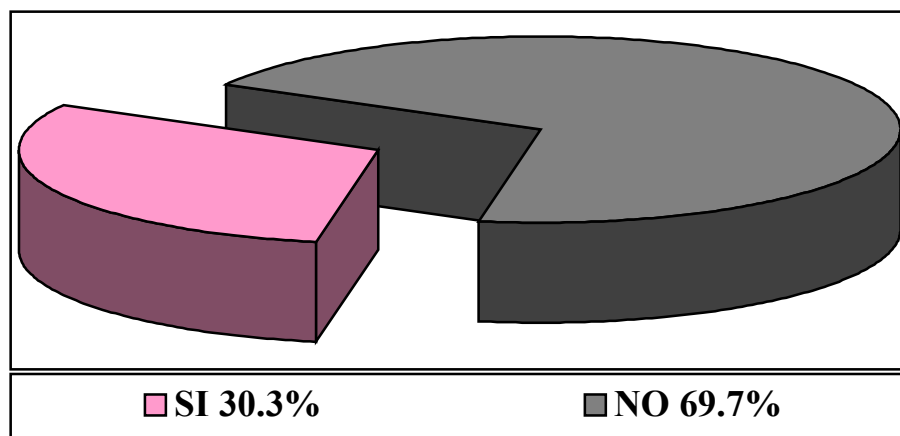


GRAFICO IV.
Comparación entre procedencia y derivación al alta.

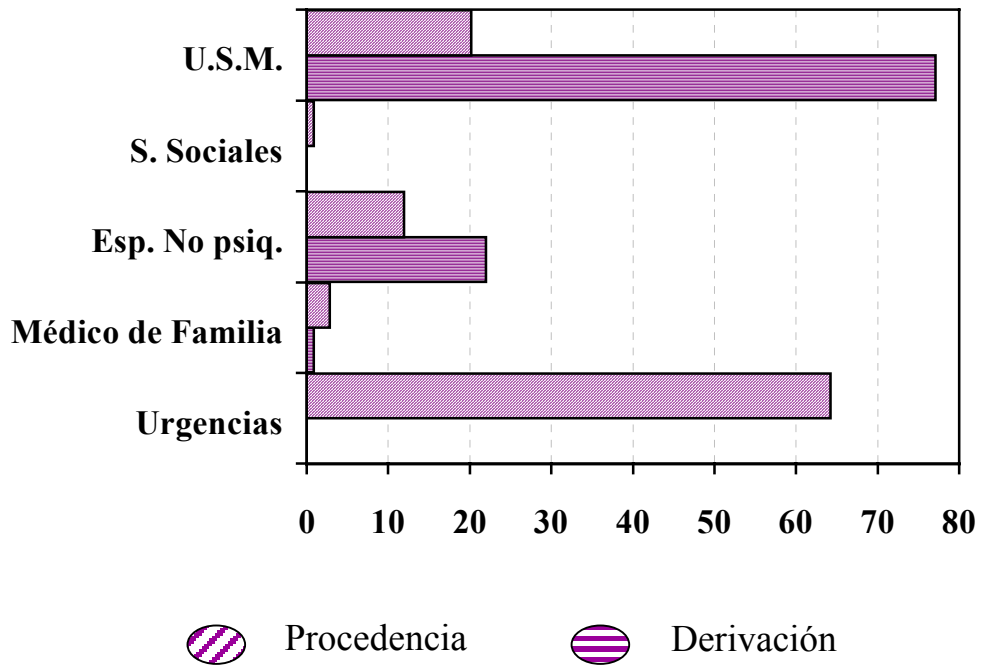


TABLA I. VARIABLES DEMOGRAFICAS		
VARIABLE	N	%

SEXO	Varón	37	33.9
	Mujer	72	66.1
ESTADO CIVIL	Soltero	17	15.6
	Casado/Pareja estable	54	49.5
	Viudo	32	29.4
	Separado/Divorciado	6	5.5
RESIDENCIA	Rural	42	38.5
	Urbano	67	61.5
NIVEL EDUCATIVO	Insuficiente/Escaso	58	53.2
	Primarios	34	31.2
	Formación Profesional	5	4.6
	Bachillerato	6	5.5
	Diplomado Universitario	5	4.6
	Licenciado Universitario	1	0.9
NIVEL ECONOMICO	Ninguno	1	0.9
	Insuficiente	12	11
	Suficiente	94	86.2
	Elevado	2	1.8
TIPO CONVIVENCIA	Solo	28	25.7
	Con familiares	70	64.2
	Institución	6	5.5
	Otros	5	4.6
PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE	0	36	33
	1	33	36.3
	2	22	20.2
	3	7	6.4
	4	7	6.4
	5	4	3.7
SECTOR DE ACTIVIDAD	Primario	24	22
	Secundario	9	8.3
	Terciario	19	17.4
	Sin profesión	12	11
	Ama de casa	45	41.3
SITUACION LABORAL	Jubilación	72	66.1
	En Activo	3	2.8
	ILP	4	3.7
	Sin relación laboral	30	27.5

TABLA II. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES		
Antecedentes familiares psiquiátricos	SI	44%
	NO	56%
Antecedentes personales psiquiátricos	SI	79.8%
	NO	20.2%
Antecedentes psiquiátricos asistenciales	SI	77.1%
	NO	22.9%
Antecedentes personales psicopatológicos	AFECTIVOS	45%
	PSICOTICOS	22%
	NEUROTICOS	3.7%
	ALCOHOLICOS	2.8%
	VARIOS	5.5%
	NO	20.2%

TABLA III. DIAGNOSTICO EN EL EJE I. COMPARACION CON OTROS ESTUDIOS.

	Madrid 1990	Burgos 1991	Hospitalet 1997	Asturias 1997	La Coruña 1999

T. DEL ESTADO DE ANIMO	52.6% Depresión 2.6% PMD 2.6% Fase maniaca	33.3%	50.9% D. Mayor 9.8% Distimia 3.2% T. Bipolares	27.5%	1.1% D. Mayor 13.8% T. Animo no especifica. 18.3% T. Bipolar
T. PSICOTICOS	7.6%	11.1%	9.8%	14.3% Esquizofrenia 14.8% Paranoias	14.7% Delirante 8.3% Paranoide 7.3% No especificado
T. MENTAL ORG.	29%	38%	11%	12.6%	9.2%
T. ANSIEDAD Y ADAPTATIVOS		28.5%	5.7% Ansiedad 4.6% Adaptativos	6.6%	0.9% Ansiedad 2.8% Adaptativos
T. POR USO DE SUSTANCIAS		4.7%			1.8%

Adiós, Javier Blanco Tato

Me quedé frío cuando supe la noticia de que te habías ido. Ya sabes, es lo que suele suceder en estos casos en que te ves reflejado en el suceso: una persona como tú, de similar edad, profesión, que se va, y sin decir adiós...Demasiadas cosas juntas, a primera hora de un lunes, incluso para un psiquiatra (suponiendo que el ser psiquiatra ayude en algo a afrontar estos tragos).

Luego vino ese afán humano de querer saber por qué te fuiste, mezcla de sana curiosidad (la madre de la ciencia) con esa otra necesidad (inconfesable) de segurización (“eso no me puede pasar a mí...”). Como las respuestas que somos capaces de encontrar nunca convencen en estos casos, solemos terminar por murmurar: “absurdo”; eso si no se nos da por buscar...”culpables”.

En fin, Javier, ya ves qué previsible somos tus compañeros de profesión...aunque me temo que aquí lo de la profesión cuenta poco, cuenta más el compartir algo de eso de la “naturaleza humana”(?). Ya ves por donde, a lo mejor lo de reflexionar sobre la “naturaleza humana” ayuda más a comprender estas cosas, (por cierto, nada ajenas a nuestra profesión), que algunas “lecturas profesionales”. Vaya, ¡qué cosas se me ocurren!, se ve que estoy deprimido... ¡si yo estoy muy bien formado para estas cosas, si el libro de mi “escuela” tiene “paradigmas” que explican tan bien... todo,inclusive la conducta humana!Javier, por favor, ¿no me hagas dudar de las pocas cosas que tengo claro: mi saber, mis libros, mi ciencia!... ¿por qué me haces esto Javier?..

Me invaden recuerdos...- perdona Javier, pero tengo que ordenar muchos sentimientos-... casi todos son agradables, aunque la mayoría muy alejados en el tiempo. Te recuerdo siempre tan entrañable, tanto en las tareas profesionales como en la farra.....Y en esta paz nostálgica, una disonancia, un sentimiento inquietante: ahora que ya no tienes necesidades, me pregunto por que no me pregunté antes si las tenías. Me siento culpable, me asaltan las dudas, Javier. Sí, este es el efecto que producís los que os vais “antes de tiempo”, que nos hacéis pensar a los que nos quedamos por qué lo hacemos, por qué no os seguimos, si estamos mirando siempre en la dirección debida¿cuál es esa Javier, lo sabes tú ya?; ¿cuál es la “escuela verdadera”, la que nos aportará a los psiquiatras la “definitiva” seguridad del “camino cierto” de cómo “curar” ...a los demás? Cuanto favor nos harías si nos aclararas esto a tus compañeros de profesión....

Yo sigo con mis dudas, (¿seré el único?), pero creo que los enfermos lo tienen más claro: ayer, en tu funeral, en la Capilla de Conxo, ellos eran legión; me estremecí al verlos guardando una compostura para mí desconocida en ellos, (ya sabes, siempre me los encuentro dormitando en un banco, o vendiéndote “lotería” o pidiéndote “un peso”). Pues allí estaban, compungidos pero enteros, y yo creí adivinar que “agradecidos”(¿me equivoco, Javier?) agradecidos hacia ti y lo que tú representas: el compromiso profesional honesto y sencillo, el afecto humano....Creo que ellos entienden estas cosas Javier.. Ya ves, perdona pero creo que ahora siento envidia de ti...si ellos también entendieran así los sólidos fundamentos científicos de mi “escuela” yo podría sentirme seguro.....Pero a falta de eso, quizás a mi también me encantaría que cuando me muera *ellos* entiendan tan bien mi labor como te han entendido a ti;... tal vez en eso seas afortunado, Javier. A propósito, ahora que has disfrutado de ambas, de la “cordura” de estos “locos” y de la “locura” de nosotros los “cuerdos”, con cual te quedas, Javier?.

Apenas conozco a tus familiares, solo acerté a abrazar a algunos...Ahora, que se posan mis sentimientos, quisiera decirles que estoy en deuda contigo, porque me dejas el recuerdo de un buen compañero, de una buena persona, y que a la hora del adiós me has legado el regalo que más necesito: hacerme dudar de MI VERDAD.¡ Gracias Javier, amigo!

Raimundo Mateos Alvarez
Psiquiatra