

Selección de reseñas bibliográficas (Julio, Agosto y Septiembre 1991)

Leyendo Freud en inglés: problemas, paradojas y una solución **Reading Freud in english: problems, paradoxes, and a solution**

Sander L. Gilman. *Ithaca, New York*

The International Review of Psycho-Analysis.
Vol. 18, Parte-3, Pag. 331-344

Las partes "3" (Julio, Agosto, Septiembre) del Int. J. Psycho-Anal. e Int. Rev. Psycho-Anal., abarcan monográficos bajo los temas respectivos "Quince Informes Clínicos de Psicoanálisis" y "Traducción en Transición: la cuestión de la Standar Edition". Dada la complejidad de reseñar transcripciones de sesiones de la primera revista, nos centraremos en el artículo arriba enunciado, que se puede considerar representativo del monográfico.

Básicamente, se señalan aquí las contradicciones de la traducción inglesa por Strachey de la obra de Freud. Para Gilman "el lenguaje de Freud es un reflejo de su cultura...; de igual forma el significado de Freud en idioma inglés está también ligado al lugar y a la época en que se produjo". Para el autor, Freud vivía el conflicto de su identidad como judío en una sociedad antisemita. Todo esto determinó una ambigüedad histórica en su obra que por ilusión de Strachey, convierte a Freud en un hombre de ciencia de inspiración académica inglesa y al psicoanálisis en una teoría científica.

Para el autor, la ambigüedad original del texto alemán procedería de los siguientes temas:

—"La Grecia de Freud". De inspiración romántica, representa a un tiempo la imagen de Austria, frente a la preponderancia y autoidentificación de Alemania como "La Nueva Roma". La Grecia revolucionaria de Byron "representó no sólo la mente como opuesta al cuerpo sino la acción del individuo como

opuesta al poder opresivo." Así la asumisión de Freud de términos griegos se enfrentaba al uso por la "elevada ciencia", biología y medicina, que lo excluían, del vocabulario técnico latino.

—"La sexualidad y el discurso de los judíos". Para el antisemitismo europeo, el judío era sinónimo de aberración sexual. El término histeria masculina era equivalente a judío y éste equivalía a la mujer, todo ello resultado de un "apareamiento incestuoso". El propio judío no lo negaba y se consideraba en riesgo de tal degeneración. El tono de voz agudo judío era el estigma de la corrupción natural. Frente a ello, la imagen de Freud del niño como ser sexual y la universalización de la sexualidad es una contra-representación de la imagen del varón judío feminizado; su propia diferencia sexual es proyectada a otros grupos y el ataque sobre el particularismo judío universalizado.

Por otro lado. Las elecciones en las formas literarias de Freud, no respondían a la creación de un uniforme comprensivo discurso para el psicoanálisis, sino que eran resultado de múltiples presiones culturales y necesidades. "Es específicamente esta inconsistencia dinámica, esta habilidad para moverse desde un uso literal a otro altamente metafísico del mismo término en el tiempo, lo que está ausente en la traducción de Strachey. Frente a ello Gilman hace propuestas para una nueva edición en Alemán como base a cualquiera nueva edición en inglés.

Discusión: Ambos monográficos parecen responder a dos tendencias últimas en el seno del pensamiento psicoanalítico: una vuelta a las fuentes originales al tiempo que el reencuentro de una identidad común que trascienda las diferencias de escuelas. Por último señalar dos hechos al respecto del Int. J. Psycho-Anal.: La selección dentro de los 15 artículos de sendas transcripciones pertenecientes a Joan Coderch de Barcelona y Carlos Sopena de Madrid; y el hecho de la representación básicamente de freudianos (4), Kleinianos (6), siendo el resto ecléctico-independientes-no denominados (5); selección que parece contradecir el alma de la propuesta, por omisión de otras teorías.

Antonio E. Nafs

R-3 del Hospital Psiquiátrico de Madrid

* Grupo de Hemeroteca de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Coordinador por Rodríguez Vega B., y formado por Bautista L., Bayón C., Camuñas C., Catalina M.L., Franco B., García Alvarez T.C., García Pérez M., García Yagüe E., García-Noblejas, J. Gutiérrez R., Hera M.I. de la, Herráez C., Nafs A., Olivares D., Polo C., Tejadas A.

Psiquiatría Infantil: Su relevancia para la Psiquiatría General

K. Minde*, D. Benoit**

*The Montreal Children's Hospital. **Queen's University. Kingston, Ontario

British Journal of Psychiatry 1991; 159: 173-184

En el presente artículo se plantea una concepción integradora de la psiquiatría infantil, tanto en lo que se refiere a la teoría del desarrollo, como al planteamiento diagnóstico y terapéutico. A su vez se considera cómo el estudio de la infancia, puede aportarnos nuevos modelos de génesis y tratamiento de los trastornos psiquiátricos.

En una primera parte, los autores hacen una revisión de los últimos datos teóricos, acerca de cuatro cuestiones, que consideran fundamentales en el estudio del desarrollo humano: las capacidades infantiles, la continuidad y/o discontinuidad en el desarrollo, el concepto de representación interna y el temperamento.

Los niños, al nacer, poseen unas capacidades ideales de interacción, biológicamente determinadas, así como unos rasgos temperamentales, que desarrollan en base al vínculo que establecen con sus cuidadores. De igual forma están programados para una serie de reorganizaciones, tanto motoras, como cognitivas y sociales, que les harán avanzar hacia niveles evolutivos superiores. Sin embargo, cualquier cambio en el bebé, produce necesariamente un cambio en el medio cuidador. En esta relación biunívoca, se conforma la matriz donde se desarrollan las representaciones internas, que configuran el mundo subjetivo del niño, y por tanto, su forma de relacionarse con el exterior.

En la segunda parte, los autores se plantean el problema de la clasificación de los trastornos de la infancia, con la disyuntiva entre los criterios DSM III-R, carentes de contenido relacional, y la excesiva indefinición de otras clasificaciones. Deteniéndose en algunas entidades infantiles (trastornos del vínculo, fallo del crecimiento, trastornos del sueño, trastorno de estrés postraumático, etc.) intentan dar un contenido relacional a la clasificación descriptiva, tanto en referencia al entendimiento de estos trastornos, como a sus posibilidades de tratamiento.

En la tercera parte, el artículo plantea la asistencia a niños y familiares, intentando sistematizar un modelo de evaluación relacional y de capacidades, que sirva como partida a un tratamiento posterior.

El artículo termina enfatizando la importancia de la comprensión del mundo infantil, desde una perspectiva integradora, en la que se valoren factores biológicos, cognitivos y sociales, y como ésta puede servir de base, para el entendimiento y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos de los adultos.

Daniel Olivares Zarco

Médico Residente. Hospital La Paz

Síndrome de Stress Post-Traumático en la comunidad:

Un estudio epidemiológico Pos-Traumatic Stress Disorder in the community: An epidemiological study

Jonathan R.T. Davidson, Dana Hughes, Dan G. Blazer, Linda K. George.

From the Department of Psychiatry, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA

Psychological Medicine. Vol 21. N.º 3 Agosto 1991. Pag. 713-723

El presente artículo trata de hacer un estudio sobre las características epidemiológicas del Síndrome de Stress Post-Traumático (PTSD), el cual fue descrito como entidad clínica por primera vez en el DSM-III, y los criterios clínicos son conocidos pero no así los epidemiológicos. Realizan una revisión de los estudios previos, centrándose en dos trabajos, el de Shore y cols. (1986), quienes mencionan una prevalencia del 2,6% en la comunidad de los Estados Unidos. En el segundo estudio Helzer y cols. (1987) recogen una prevalencia del 1% en la comunidad de San Luis para el PTSD. Ambos estudios utilizaron el Diagnostic Interview Schedule (D.I.S.). Otros estudios indican la mayor prevalencia para el PTSD.

En este trabajo se describen las características encontradas en una comunidad del Centro de Carolina del Norte, y el estudio forma parte de un proyecto de trabajo. Fueron examinadas las siguientes variables: valores de prevalencia para seis meses y para lo largo de la vida, categorización del tipo de trauma, duración y características de los síntomas clínicos, características demográficas, relación entre PTSD y ambiente temprano, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y médicos, relación entre PTSD e intentos de suicidio, medidas de soporte social, y diferencias entre PTSD agudo y crónico.

Discusión: La muestra está compuesta por un total de 2.985 sujetos, diagnosticándose PTSD en 39 casos, con una prevalencia a lo largo de la vida de 1,3%, concluyendo en que el PTSD es un trastorno que no está suficientemente valorado. Los sujetos que presentaron PTSD, respecto a los que no presentaron el trastorno tenía significativamente una mayor inestabilidad laboral, historia familiar de enfermedad psiquiátrica, pobreza parental, abusos en su infancia, y separación o divorcio de los padres antes de los 10 años PTSD estaba asociada con una mayor comorbilidad psiquiátrica e intentos de suicidio, mayor frecuencia de asma bronquial e hipertensión y úlcera péptica, así como un soporte social deteriorado. Las diferencias entre PTSD crónico y agudo, el PTSD crónico aparece más frecuentemente asociado con fobia social, soporte social reducido y mayores síntomas de evitación.

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, la utilización del DIS (Diagnostic Interview Schedule) ha sido cuestionada en lo que respecta a su sensibilidad y validación y los escasos estudios realizados en este tema.

J.C. García Alvarez
MIR. III. H.P.M.

¿Puede la bupiriona inducir fenómenos de rebote, dependencia o abuso? Can bupirone induce rebound, dependence or abuse?

Malcolm Lader

British Journal of Psychiatry 1991; 159 (suppl 12): 45-51

Los Barbitúricos (BBT) fueron ampliamente usados hasta la década de los 50-60, para posteriormente ser parcialmente desplazados y reemplazados por el Meprobamato y más tarde se han usado durante mucho tiempo las Benzodiazepinas (BZ). Entre las razones que explican la impopularidad de los BBT están el alto potencial de dependencia y abuso; también se ha visto que pueden producirse fenómenos de dependencia cuando se usan las BZ a largo plazo, aunque la dosis se mantenga dentro de límites terapéuticos. Se han intentado desarrollar remedios alternativos a los BBT o BZ, con compuestos ya conocidos como antihistamínicos, antagonistas β -adrenérgicos y otros nuevos como las ciclopirrolonas e imidazopiridinas.

La Bupiriona es un ansiolítico nuevo de la familia de las azapironas que difiere química y farmacológicamente de las BZ; no se une al receptor GABA, sino que actúa como agonista parcial del receptor de 5-HT_{1A} y también se une a algunos de los receptores para la Dopamina. La cuestión de si la Bupiriona puede inducir fenómenos de rebote, dependencia o abuso, se ha examinado a través de estudios realizados en animales y personas.

Los estudios realizados en animales sugieren que la Bupiriona tiene menor potencial de abuso y dependencia que los compuestos ansiolíticos utilizados hasta ahora. Se ha objetivado que no produce fenómenos de abuso en personas que utilizaban de forma habitual o eran dependientes de otras sustancias depresoras del SNC. Los estudios realizados en pacientes han demostrado un importante efecto ansiolítico de la Bupiriona, aunque menos rápido que algunas BZ como el Diazepam. Hubo más abandonos en el grupo de pacientes tratados con Bupiriona, aquejando molestias como dolores musculares, vómitos y diarrea. También se valoró la dependencia física, demostrando que el porcentaje de personas que sufrió síntomas tras el abandono de la medicación era menor que el presentado tras la administración de BZ.

M.ª Isabel de la Hera Cabero
Hospital Psiquiátrico de Madrid

Test de supresión de dexametasona en niños The dexamethasone suppression test in children

S.P. Tyrer, M.L. Barret, T.P. Berney, S. Bhate, M.J. Watson, T. Fundudis, I. Kolvin

British Journal of Psychiatry 1991; 159 (suppl 11): pags 41-48

En la última década, el test de supresión de dexametasona se ha utilizado para distinguir la depresión endógena en adultos de otros trastornos relacionados con condiciones más neuróticas. La dexametasona es un corticosteroide sintético que suprime la secreción de ACTH y de cortisol plasmáticos en la mayoría de las personas normales; en la depresión hay una relativa resistencia a los efectos de la dexametasona, por lo que no se suprime la secreción de ACTH ni de cortisol.

Unos pocos estudios con una muestra pequeña de pacientes ha demostrado que el diagnóstico clínico de depresión endógena en niños prepuberales se asocia con un test positivo (Puig-Antich, 1980). Otros autores (Livingstone et al., 1987) no han encontrado clara relación entre el diagnóstico de depresión y un test positivo, y por lo tanto existe la duda de la utilidad del test en niños. En este estudio se intenta examinar la relación entre el diagnóstico de depresión en niños y los valores de cortisol plasmáticos tras la administración de dexametasona.

Se escoge un grupo de 50 niños con sintomatología depresiva, ninguno de los cuales estaba recibiendo tratamiento anticomicial, hipnóticos, antidepresivos, ni otras medicaciones. Tanto el niño como los padres eran informados para la correcta realización del test: tomaban la dexametasona a las 10 de la noche y a las 3,50, sólo 44 completaron el test adecuadamente; de éstos, 22 niños no suprimían el cortisol.

En este estudio se concluye que hay que revisar el test en su aplicación a niños, ya que su validez como diagnóstico de depresión en este grupo de edad está muy en duda.

M.ª Isabel de la Hera Cabero
MIR. Hospital Psiquiátrico de Madrid

Psicodinámica del suicidio, con particular referencia al joven Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young

Herbert Hendin

American Journal of Psychiatry 148: 9, September 1991

Estudios muestran la asociación del suicidio y ciertos diagnósticos sin que éstos lo expliquen en sí mis-

mos. Esto, junto a los factores psicosociales de vulnerabilidad sirven para subrayar la importancia de la psicodinámica de los jóvenes suicidas. Se añade el apremio ante el aumento de suicidios en estas edades.

En este artículo estudian el significado psicodinámico del suicidio para el paciente, tanto en el componente afectivo como cognitivo. A menudo se considera el suicidio como un escape en jóvenes a un estado afectivo intolerable. Predominan emociones cuya naturaleza e intensidad son indicadores. Entre ellos, rabia y violencia (el suicidio como resultado de rabia inconsciente e impulsos asesinos originados en exposiciones personales tempranas a la violencia con identificación con la figura violenta) que les hace temer por la pérdida de control y el sentimiento de desintegración; Desesperanza (Beck); Desesperación (Herbert: imposibilidad de vida sin cambio con ansiedad y urgencia); y culpa consciente o no elaborada incorrectamente.

Lo cognitivo y el significado del suicidio pueden clarificar aspectos efectivos del acto suicida. El paciente usa la muerte en su adaptación a la vida. Entre los significados más comunes están: El Renacimiento y la reunión (como fantasías de volver a la madre —E. Jones—; necesidad inconsciente de renacimiento espiritual —Jung—; regresión a un estado de indiferenciación de sí y el objeto —Pollock—), Abandono de venganza, la Venganza como odio al objeto perdido internalizado, Autocastigo y reparación (suicidio como producto de hostilidad inconsciente hacia un objeto amado perdido introyectado, siendo la culpa la fuente del autocastigo). La teoría de las relaciones objetales formula el suicidio como un intento del Super Ego con el cual se identifica el buen self para eliminar al mal Self. Haim estudió el Ego ideal en adolescentes suicidas, descrito como megalomaníaco con demanda de lo absoluto e inadecuación real.

Analizan las interrelaciones de los significados expuestos, analizando las percepciones. Conceptualiza éstos como respuesta a la pérdida, reparación, o abandono, siendo situaciones intolerables para el joven.

Termina revisando las consideraciones terapéuticas, nuevas experiencias (vulnerabilidad, relación con muerte de figuras paternas...) y las direcciones futuras, centrándose en el rol de la ansiedad, capacidad de autorregular los estados de humor sin regresión, el uso de mecanismos y el entendimiento mayor de la psicodinámica.

Es interesante ya que da una nueva forma de abordar el suicidio, no desde los factores externos, sino desde el propio individuo.

Clara Herráez Martín de Valmaseda
MIR III. Hospital Psiquiátrico de Madrid

Trastornos por uso de sustancias en pacientes con fatiga crónica **Substance use disorders in patients with chronic fatigue**

Henry R. Krazler, Peter Manu, Victor M. Hesselbrock, Thomas J. Lane*

*Asociados al Centro Médico de Veteranos de Newington. *Prof. Asistente y Prof. del Dpto. de Psiquiatría de la Escuela Universitaria de Medicina de Connecticut.*

Hospital and Community Psychiatry. Septiembre 1991; vol 42, n.º 9: pag 924-928

Se estudia la prevalencia de trastornos por uso de sustancias en 100 pacientes con fatiga crónica. De ellos 28 cumplieron criterios DSM-III-R para abuso o dependencia de sustancias (10 tenían este diagnóstico en la actualidad), 45 tenían otro diagnóstico psiquiátrico (12 con síntomas psicóticos, 32 síntomas de ansiedad, 33 síntomas antisociales, 40 con somatizaciones y 4 síntomas de anorexia) no había diferencias en caracteres demográficos o en los rasgos de fatiga crónica en los tres grupos diagnósticos.

Se les realizó un examen médico completo, se historió la fatiga y se evaluó con D.I.S. III (Diagnostic Interview Schedule) y posteriormente el Brief Michigan Alcoholism Screening test Michigan Screening Alcoholism test y Beck Depression Inventory (BDI).

El porcentaje de diagnóstico psiquiátrico específico era igual en los grupos de abuso de sustancias y sin éste, pero con otro diagnóstico psiquiátrico. Se usó el Chi cuadrado para evaluar la frecuencia relativa de síntomas depresivos en los dos subgrupos de con y sin estudio de abuso de sustancias pero con diagnóstico psiquiátrico, encontrándose diferencias significativas en sólo dos síntomas: Ideación e intento suicida. Posteriormente se pasó el análisis multivariante para ver las diferencias entre los tres subgrupos de fatiga crónica encontrándose diferencias significativas entre ellos. El análisis de la varianza reveló diferencias significativas entre los grupos en todas las medidas. El test de Tukey dio que los niveles de síntomas generales y depresivos eran significativamente más bajos en el subgrupo con fatiga crónica y sin historia de abuso de sustancias o enfermedad psiquiátrica. Los pacientes con diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias, tenían puntuaciones D.I.S. y B.M.A.S.T. significativamente más altas.

El grupo con síntomas depresivos no tenía mayor severidad o duración de los síntomas de fatiga. ¿Cómo el abuso de sustancias puede comenzar o empeorar la fatiga crónica?, es algo que se debe evaluar en todos estos pacientes y que requiere posteriores estudios prospectivos.

M.ª del Mar García Pérez
M.I.R. II del H.P.M.

Estudios neuroendocrinos en psicosis puerperal **Neuroendocrine challenge studies in puerperal psychoses**

E.S. Paykel, A. Martín del Campo, W. White, R. Horton

British Journal of Psychiatry. Agosto 1991; 159: 262-266

Se estudian once pacientes con psicosis post-parto lo suficientemente grave como para requerir ingreso en el Hospital de Springfield de Londres, frente a un grupo control de mujeres en post-parto de otros hospitales. Se requirieron criterios de trastorno severo que comenzase en el primer mes después del parto.

Eran mayores de 18 años, no tomaron drogas excepto benzodiacepinas de vida media corta. La psicosis puerperal se estudió en la primera semana del ingreso y se realizaron los test de estimulación con TSH y de la supresión con *dexametasona*. Cada post-parto normal recibió un solo test. Los diagnósticos psiquiátricos fueron hechos según la I.C.D. 9.^a edición, resultando cinco esquizo-afectivos (que fueron clasificados según el ánimo dominante), cuatro maniacos y dos con depresión psicótica. Había psicosis puerperal previa en dos pacientes y una depresión no puerperal en otra.

Los test dieron resultados significativamente más altos en las psicosis post-parto con el test-U de Mann-Whitney y el test de Fisher, sin asociación particular con ninguno de estos diagnósticos. La interpretación que dan a estos datos es que los resultados pueden ser causa o más probablemente consecuencia del trastorno, ya que ambas han sido halladas en trastornos depresivos u otros, por lo que serían deseables posteriores estudios centrados en estas alteraciones.

M.^a del Mar García Pérez
M.I.R. II del H.P.M.

El ejercicio de la Medicina Intensiva como situación de estrés

Otto Dörr Zegers

Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1991; 19, 5: 243-251

El autor describe en primer lugar, el concepto de estrés, subrayando la importancia de sus dos dimensiones, la fisiológica (reacción al estímulo según intensidad y duración del mismo) y la psicológica (forma individual en la que se percibe y se asimila el estímulo), cuestionándose los intentos cuantificadores de estas respuestas (como la medición con puntuaciones de las repercusiones de los "life events") por entender que así se aleja la dimensión personal del problema.

Expone el concepto de "situación", más complejo y adecuado que el esquema simplista "estímulo-reacción" clásico.

También describe las razones encontradas en la literatura y las suyas propias por las que la medicina en general se constituye en una situación patógena, no encontrando diferencias en cuanto al nivel de stress producido entre la Medicina Intensiva y otras especialidades.

Asimismo, comenta las dos "características patógenas" propias de dicha especialidad: la cercanía a diario de la muerte junto con el erróneo concepto del médico de combatirla a cualquier precio al ser tomada como "enemigo", y la imposibilidad de crear una buena relación médico-enfermo, por la falta de tiempo propia de la "urgencia".

Ofrece al mismo tiempo unas pautas, dignas de ser leídas con detenimiento, para afrontar esta problemática.

José A. García-Noblejas Sánchez-Migallón
R.2 H.P.M.

El estado de la cuestión en...

Consumo de drogas en pacientes esquizofrénicos

M.^a Luisa Catalina Zamora

MIR I. Hospital Psiquiátrico de Madrid

En los últimos años ha aumentado el número de estudios sobre el abuso de drogas entre pacientes psiquiátricos y sobre todo entre Esquizofrénicos. Este interés se debe principalmente a la alta frecuencia con que coexisten ambos problemas y a que este fenómeno parece ir en aumento.

Respecto a la prevalencia de asociación de estas patologías los datos son variables, mientras que algunos autores como Miller y cols. (1989) y Dixon y cols. (1990) encuentran que hasta un 60% de pacientes esquizofrénicos consumen drogas, otros hallan que el consumo es similar al de la población general.

Mueser y cols. (1990) y Schneirer y cols. (1987) hacen una revisión de los estudios epidemiológicos sobre abuso de drogas en pacientes psiquiátricos. Si bien existen importantes limitaciones metodológicas en estos estudios como no especificar los criterios diagnósticos o no hacer grupos control de similares características sociodemográficas, la mayoría indican un mayor consumo de estimulantes (anfetamina y cocaína), alucinógenos y can-

nabis entre los pacientes esquizofrénicos con respecto a otros pacientes psiquiátricos y a la población general, y un menor consumo de alcohol, opiáceos e hipnótico, sedantes.

Según Dixon y cols. (1990) las hipótesis que justificaron el mayor consumo de drogas psicótropas entre los pacientes esquizofrénicos pueden quedar resumidas en los siguientes modelos:

—Modelo etiológico: El abuso de drogas es un factor etiológico en un subgrupo de pacientes esquizofrénicos. Andreassen y cols. (1987) encuentran asociación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de esquizofrenia, aunque no demuestran que se trate de una asociación causa-efecto; opinan que en un grupo de sujetos vulnerables el cannabis precipitaría la aparición de esquizofrenia.

—Modelo de disfunción dopaminérgica: Postula la hipótesis de que los trastornos dopaminérgicos pueden elevar la vulnerabilidad tanto para la esquizofrenia como para el abuso de drogas. Este modelo no está sustentado por ninguna evidencia clínica ni experimental.

—Modelo de socialización: El esquizofrénico consume drogas en un intento de identificarse con el grupo.

—Modelo de automedicación: Los esquizofrénicos usarían las drogas para disminuir síntomas depresivos, síntomas negativos y efectos extrapiramidales inducidos por neurológicos. Este modelo se basa en que los pacientes esquizofrénicos parecen preferir drogas con actividad dopaminérgica que tienen la acción potencial de revestir efectos extrapiramidales.

Además, si los síntomas negativos de la esquizofrenia son debidos a hipoactividad dopaminérgica como sugieren algunos estudios se refuerza esta hipótesis. En contra de esta teoría está que el uso de drogas exacerba los síntomas psicóticos.

—Modelo independiente: Las causas del abuso de drogas en esquizofrénico no difieren de las causas en la población general.

Las drogas estimulantes de tipo anfetamina y cocaína son las que con diferencia, más consumen los pacientes esquizofrénicos. Lieberman y cols. (1990) encuentran que los estimulantes pueden provocar o exacerbar síntomas psicóticos en pacientes esquizofrénicos en pequeñas dosis que no inducen psicosis en sujetos sanos. Esta vulnerabilidad se cree que refleja una hipersensibilidad dopaminérgica. Este fenómeno aparece en fases de actividad de la esquizofrenia. El consumo repetido podría aumentar el número de receptores postsinápticos dopaminérgicos lo cual desencadenaría mayor facilidad para la aparición de síntomas. En ratas se ha encontrado que la administración de una dosis única de estimulantes produce una serie de alteraciones conductuales y que si se continúa repetidamente la administración aparece una sensibilización progresiva con alteraciones cada vez más intensas e igual dosis. La inducción de este estado puede ser bloqueado por neurolépticos, pero no puede ser controlado por neurolépticos una vez que se ha desarrollado.

De acuerdo a estos hallazgos el problema del consu-

mo en pacientes esquizofrénicos no sólo es la alta probabilidad de exacerbación de síntomas psicóticos, sino que el consumo crónico produciría una alteración anatómica y neuroquímica que empeoraría el curso de la esquizofrenia.

Aunque las revisiones de Shneier y cols. (1987) y Mueser y cols. (1990) encuentran que la prevalencia de consumo de alcohol entre los esquizofrénicos es menor o igual que entre los enfermos con otros trastornos psiquiátricos y la población general, investigaciones más recientes, Drake y cols. (1990), opinan que los trastornos por abuso de alcohol son muy frecuentes en la población esquizofrénica, pero que permanecen sin diagnosticar. Otra hipótesis sugiere que los esquizofrénicos no consumen menos alcohol que la población general, sino que los síntomas psicóticos en ocasiones se atribuyen el consumo o privación quedando sin diagnosticar una esquizofrenia subyacente.

Algunos pacientes esquizofrénicos informan que el alcohol mejora sus síntomas mientras que otros informan lo contrario.

Los estudios revisados por Schneier y cols. (1987) encuentran un menor o igual consumo de opiáceos entre los esquizofrénicos. Estos datos son difíciles de comprender si se tiene en cuenta la información de que los opiáceos alivian los síntomas psicóticos. Se ha observado entre los consumidores de opiáceos un aumento de prolactina que podría justificar su efecto antipsicótico a través de un efecto antidopaminérgico. Este efecto antipsicótico podría enmascarar una esquizofrenia subyacente entre los consumidores.

Bower y cols. (1990) han estudiado la respuesta al tratamiento neuroléptico entre pacientes psicóticos consumidores de drogas. Eliminando otros factores que pueden influir en la eficacia del tratamiento, concluyen que los consumidores de drogas tienen peor respuesta.

Siris y cols. (1990) recomiendan en los pacientes en que coexisten ambos trastornos tratamiento con neuroléptico de alta potencia, ya que así se disminuye el riesgo de hipotensión ortostática, taquicardia y síntomas anticolinérgicos que pueden resultar del abuso de muchas sustancias. El uso de neurolépticos para reducir los efectos de algunas drogas, sobre todo estimulantes y consecuentemente su consumo se basa en una serie de hipótesis todavía no confirmadas. Un modo potencial de reducir el abuso de tóxicos es evitar los síntomas secundarios de la medicación neuroléptica y tratar adecuadamente la existencia de síntomas sobreañadidos como depresión y ansiedad.

CONCLUSIONES

A pesar de los numerosos trabajos existentes, las limitaciones metodológicas de las mismas, impiden conclusiones claras sobre la prevalencia del consumo de drogas psicoactivas en pacientes esquizofrénicos.

Debería tenerse en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico la existencia de cuadros psicóticos desencade-

nados por drogas, así como la posibilidad de que cuadros esquizofrénicos sean enmascarados por el alcohol y opiáceos en los casos en que coexisten abuso de drogas con trastornos psicóticos.

La posibilidad de que el consumo de tóxicos sea un modo de evitar síntomas negativos de la esquizofrenia o efectos secundarios de la medicación implica la necesidad de estar atentos a estos síntomas y aportar en la medida de lo posible soluciones alternativas.

BIBLIOGRAFIA

1. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg V. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987; 26: 1483-1486.
2. Bowers M, Mazure C, Nelson C, Jatlow P. Psychobogenic drug use and neuroleptic response. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16: 81-85.
3. Dixon L, Heas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Acute effects of drug abuse in Schizophrenic patients: Clinical observations and patients' self-reports. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16: 69-79.
4. Drake R, Osher F, Noordsy D, Hurlbut S, Teague G, Beaudett M. Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16: 57-67.
5. Lieberman J, Kinon B, Loebel A. Dopaminergic mechanisms in idiopathic and drug-induced psychoses. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16: 97-110.
6. Miller F, Tanenbaum J. Drug Abuse in Schizophrenia. *Hospital and community Psychiatry* 1989; 40: 847-849.
7. Mueser K, Yarnold P, Levinson D, Singh H, Bellack A, Keek, Morrison R, Yadam K. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16: 31-56.
8. Schneier F, Siris S. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1987; 175 (11): 641-652.
9. Siris S. Pharmacological treatment of substance-abusing schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16: 111-112.

REVISTAS RECIBIDAS

Anthropos. Revista de Documentación Científica de la Cultura. N.º 12 y N.º 9 (nueva edición). Barcelona.

Anales de Psicología. 191, Vol. 7, N.º 1. Universidad de Murcia.

Apuntes de Psicología. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. N.º 33, 1991. Monográfico.

Alcoholism. Vol. XXXVII. Zagreb, 1991.

Revista de Psiquiatría. Número Especial Mayo 1991. Revista de la Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.

Salud Mental. Revista del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. 14, N.º 1, 2 y 3, 1991. Mexico.

Pabellón de España. Revista mensual del Pabellón de España en la Exposición Universal de 1992. N.º 6 y 7.

Documentos de Psiquiatría Comunitaria. C.A.M. Hospital Psiquiátrico y Areas Salud Mental 4 y 5. N.º 1, Julio 1991.

International Social Science Journal Blackwell Journal/Unesco. August 1991. N.º 129.

Revista de Psiquiatría. Organo Oficial del Instituto Psiquiátrico "Doctor José Horwitz Barak". Santiago de Chile. Enero-Marzo 1991.

Papeles del Psicólogo. Epoca II. N.º 50, 1991. COP. Madrid.

Santé Mentale au Québec. Revista Científica semestral. Vol. XVI, N.º 1. Québec, Canadá.

Revista de Psiquiatría del Uruguay. Organo oficial de la Sociedad de Psiquiatría. Año LV, N.º 321-322. Julio-Diciembre 1990. Montevideo, Uruguay.

Informaciones Psiquiátricas. 2.º Trimestre 1991. N.º 14. Instituto Psiquiátrico Femenino. San Baudilio de Llobregat, Barcelona.

Otras publicaciones:

Boletín de la Cámara de Comercio e Industria. Madrid.

Implantación y Desarrollo de la Atención en Salud Mental. 1986-1991. Servicio Navarro de Salud.