

REFLEXIONES SOBRE LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA.

AYER Y HOY.

Laura Gómez Quijada, psicóloga sanitaria colegiada núm. 22965

Después de 25 años trabajando con personas afectadas por problemas mentales severos o graves, he querido hacer este artículo para recoger mis ideas basadas en mi experiencia.

1. Un poco de historia

En el siglo XX aparece y se consolida la psiquiatría organicista que defiende el origen orgánico del trastorno mental. En aquellos momentos, empezaron a aparecer diferentes tratamientos médicos para “tratar” a los pacientes. Egas Moniz, por ejemplo, introdujo la lobotomía, técnica que mediante la sección del lóbulo frontal del cerebro calmaba la excitación de los enfermos. También se aplicaba la terapia electroconvulsiva (electroshock), los comas insulínicos, las termoterapias de choque... A mediados del siglo XX surge un movimiento que iba en contra del trato que se estaba aplicando a los pacientes, recluyéndolos en manicomios, marginándolos y excluyéndolos de la sociedad. También reivindicaba dejar de utilizar las técnicas terapéuticas controvertidas y de dudoso resultado aplicadas en aquellos tiempos. Estamos hablando de la Antipsiquiatría.

David Cooper en 1967 propone el término de Antipsiquiatría para referirse a un movimiento de pensamiento opuesto a métodos que abolían el “yo” del paciente. El resultado de todo esto fue una corriente que se desentendió de los tratamientos antes comentados. Sólo persiste el electroshock y la lobotomía, con indicaciones muy limitadas, el resto de terapias han dejado de utilizarse. Este movimiento llevó a un intento de integración del enfermo mental en la sociedad mediante la “desinstitucionalización”. Su efecto fue la desmantelación masiva de los manicomios en muchos países occidentales desde la década de los setenta.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, especialmente a partir de la década de los setenta, aparece el gran despegue de la industria farmacéutica con sucesivos hallazgos de diferentes sustancias que servían para tratar los diversos trastornos mentales. Así aparece la psiquiatría farmacológica.

2. Reflexiones alrededor de la psicofarmacología

2.1. La situación actual en una pincelada

La desaparición de los grandes manicomios dejó en la calle a personas con problemas mentales que llevaban años y años viviendo en los psiquiátricos. Por lo tanto, se tuvieron que crear nuevos dispositivos “dentro” de la sociedad para poder atender a este colectivo. El efecto de eso en la actualidad es una falta importante de plazas de hospitalización para aquellos pacientes que, nos guste o no, necesitan de mayor soporte y no pueden aún vivir dentro de la sociedad por la gravedad de sus síntomas. Porque, queramos o no, hay pacientes de este tipo, que, debido a su fragilidad, necesitan una atención profesional continuada, al menos durante un tiempo más o menos largo. Y la

realidad es que no hay plazas disponibles para hospitalización indefinida sin previsión de alta. Con ello no quiero decir que son casos de imposible abordaje, sino que necesitan, en estos momentos, de mayor intensidad de la atención. Estos pacientes acaban con un montón de profesionales interviniendo: acompañantes terapéuticos, equipos de educadores y trabajadores sociales, enfermeros, psiquiatras, psicólogos, profesionales de la psicología y de apoyo en el domicilio... Esto, aparte de ser un “parcheado”, implica utilizar recursos que serían necesarios para otros pacientes con un perfil más adecuado a estos dispositivos.

Además, también faltan recursos rehabilitadores. Por ejemplo, hay una gran escasez de plazas de residencia y los pacientes que las necesitan están a la espera durante años. Los Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC) de algunas zonas están colapsados atendiendo a un gran número de pacientes. Y no hablemos de la falta inquietante de profesionales que escuchen lo que realmente le pasa a la persona que tienen delante. Los profesionales de los CSMA se dedican mucho más a medicar que a escuchar por la presión asistencial en los últimos tiempos. Tema que se ha agravado aún más por la pandemia.

Parecía que los fármacos descubiertos eran la panacea, una curación milagrosa para los problemas mentales. Y con la entrada progresiva de los fármacos y la visión biologista de la salud mental, hubo una salida progresiva del acto de escuchar al paciente. Hasta los que creen en la importancia de la escucha, cada vez lo tienen más complicado para poderse dedicar a ello. Con los recortes económicos se ha recortado también el tiempo de atención. Además, el número de atendidos en los centros de salud mental ha crecido en los últimos tiempos, sobre todo desde la irrupción de la pandemia. Actualmente hay muchos casos de personas que nunca habían tenido problemas de salud mental que empiezan a ser atendidas psiquiátricamente porque su situación personal y laboral que les hace padecer síntomas.

En los servicios, cada vez que marcha algún profesional, se le substituye por alguien que trabaja menos horas. Es decir, crece el número de atendidos y disminuye el número de horas de atención. Antes de que esto se produjese, la idea de escuchar poco y recetar ya estaba muy presente. De hecho, los nuevos especialistas en psiquiatría se quejan de que en la universidad no te enseñan a escuchar. De lo que se trata es de medicar a los pacientes para dar altas hospitalarias lo más rápido posible. Y el querer escuchar al paciente los sitúa lejos de lo que se espera en un psiquiatra.

Sí que parece verdad que con la entrada de los primeros neurolépticos se redujo la invasión de alucinaciones y delirios que el paciente psicótico sufría. Pero también es verdad que llegaron en un momento muy oportuno, cuando no existía ningún tratamiento médico realmente eficaz y apareció un gran rechazo a los que se usaban en ese momento. A parte la prensa también ayudó a ver dichos fármacos como milagrosos. En 1957, un artículo del American Journal of Psychiatry hablaba de un descenso de los pacientes ingresados, menos necesidad de prácticas de aislamiento y de sujeción mecánica. Su conclusión poco sólida y discutible era que esto se debía al uso de los antipsicóticos. Pero tal vez se empezó a perder aspectos muy importantes que anteriormente a esta década imperaban: la escucha del paciente como persona que sufre. Los primeros psiquiatras eran grandes investigadores que podían pensar que los síntomas de los pacientes eran un enigma a desvelar y que la respuesta estaba en su interior. La manera de poder descubrirlo sólo era una: hacer hablar al paciente y acompañarlo en esa investigación.

Los pacientes comentan a menudo que han ido al psiquiatra y les han cambiado la pauta de la medicación sin ni tan sólo escucharlos. Si no se escucha al paciente difícilmente se puede saber qué le pasa. De ahí que muchas personas piensen que los psiquiatras y psicólogos son una especie de adivinos que con su mirada omnipotente pueden ver más allá de lo que el paciente quiere mostrar.

Es evidente que cuando el paciente está en crisis a menudo ya no se puede utilizar el diálogo con él. En estos momentos la medicación es prácticamente la única manera de abordaje. Cualquier herramienta que se tenga a mano es importante, pero no a toda costa. La medicación tiene que ser utilizada para intentar pacificar al paciente. Pero a menudo el objetivo no es este. Muchas veces se intenta hacer desaparecer las alucinaciones y los delirios. Si se entiende el delirio como una neorealidad, como el intento de curación que realiza el psicótico, como su pensamiento... intentar erradicarlo con medicación es anular al sujeto. Si lo que se busca es pacificarlo para que pueda estar menos invadido, estamos en buen camino. Pero eso resulta lo más complicado, medicar y conseguir el equilibrio es muy difícil.

Además, los pésimos resultados sobre la llamada sintomatología negativa de los psicofármacos son evidentes. Y precisamente estos son los síntomas más incapacitantes: la falta de voluntad, de iniciativa, de deseo, de interés... son los que producen que el paciente difícilmente pueda tener una vida normalizada. Con los antipsicóticos estos síntomas no mejoran, incluso pueden empeorar.

Muchos pacientes, todo y ser muy medicados, siguen delirando y alucinando. Hasta el punto que uno no sabe muy bien si le está sirviendo de mucho. De hecho, en algunos casos la retirada de los antipsicóticos no implica mucho cambio en los síntomas del paciente.

2.2 Los efectos secundarios o adversos (¿colaterales?)

Está claro que al final lo más importante es que los profesionales seamos éticos en nuestro trabajo. Porque parece que los pacientes psiquiátricos son los únicos que no tienen derecho a negarse a tomar la medicación o a “negociar” con el psiquiatra en función de los efectos secundarios que le provoca ésta. No nos engañemos, la medicación psiquiátrica tiene efectos secundarios muy graves que pueden poner en peligro la vida del paciente. Por ejemplo, con el Leponex se tienen que hacer analíticas para controlar que los niveles de leucocitos en sangre para evitar que las defensas puedan estar en límites peligrosos para la salud. O el caso del Plenur, con el cual hay que analizar que los niveles de litio estén dentro de unos baremos porque sino es tóxico para el paciente.

La medicación tiene que estar al servicio del paciente para tranquilizarlo y poder así, mediante la palabra, llegar a la base del problema. Así no queda larvado y no trabajado, sino que se puede desarrollar para llegar en un futuro a la pacificación del paciente. Se trata de que pueda manejarse en la vida con sus síntomas.

Pero también hay otros efectos adversos de la medicación que no van en contra de la vida pero eso no implica que no sean importantes. Los problemas sexuales como la impotencia o problemas del deseo o de la eyaculación que produce en los hombres es uno de los motivos que ellos presentan a los psiquiatras. Para un hombre en edad joven, esto es un gran problema.

En el caso de las mujeres, la medicación a menudo es un ataque frontal contra la feminidad. Por ejemplo, la amenorrea (falta de menstruación) o la galactorrea (secreción de leche de los pechos) implica la confrontación a menudo de la paciente a la idea de embarazo, tema totalmente “prohibido” social y médicamente para una mujer con problemas mentales. También se dan desarreglos sexuales como la falta de libido.

También está el efecto secundario de aumento de peso, a veces espectacular, que choca de frente con la autoestima tirándola por los suelos. Además, de los efectos colaterales de eso contra la salud.

A un paciente que presenta, por ejemplo, una diabetes secundaria a la introducción del Leponex, se le tendrá que retirar la administración de dicho fármaco. Pero nadie le garantizará que eso implique la desaparición de dicha diabetes. Como es un fármaco que no puede ser retirado de manera inmediata, sino que se tiene que hacer de manera progresiva, el riesgo es evidente.

De aquí que los pacientes más conservados, los que no quieren ser un objeto en manos del psiquiatra, comiencen un pulso dialéctico en el que un buen profesional tiene que escuchar y entender lo que el paciente dice y como le afecta en su vida, en sus relaciones, en su día a día. Si esto no se hace, se dan casos en que los pacientes acaban acudiendo a la privada para conseguir tener más poder de decisión sobre su tratamiento farmacológico. Porque al final, si el profesional respeta al paciente y no intenta dominarlo, si se gana su confianza, él seguirá el tratamiento que el psiquiatra prescriba. Se trata de que el paciente sienta que tiene opinión sobre su tratamiento. Sería bueno que pudiese decir que no a un fármaco o a todos, y que el psiquiatra hiciese algo con eso, que el paciente pudiese correr riesgos, previo aviso del profesional. El tratamiento farmacológico debería de ser fruto de un consenso entre paciente y psiquiatra. Porque el profesional sabe de fármacos, pero el paciente sabe de su subjetividad, de su vida y sus anhelos. Porque si esto no se hace, lo que conseguimos es que el paciente retoque la medicación a su gusto. Tal vez no tome algunas pastillas porque no le guste los efectos que le producen o las tomen como si fuesen drogas. No olvidemos que ciertas medicaciones, como el Orfidal o el Rohipnol, son utilizadas por los toxicómanos como droga. También produce, a veces, intentos en solitario del paciente de dejar la medicación que seguramente fracasan acabando en una crisis.

La realidad es que la gran cantidad de efectos secundarios de los psicofármacos en general, producen una gran cantidad de abandonos del tratamiento.

Un buen psiquiatra debe de arriesgar y hacer un cambio total de una medicación que no funciona bien en un paciente para poner una nueva si es necesario. Y, si cree en ello, hacer estos intentos, si es necesario, en contra de la opinión de otros profesionales o de la familia. Esto es un acto de valentía. También tiene que ayudar a retirar del todo la medicación si el paciente lo desea. El psiquiatra tiene que estar a favor del paciente, no a favor de la familia, ni del servicio en el que trabaja, ni del resto de profesionales, ni de las farmacéuticas y de sus visitantes... Si el paciente está implicado teniendo capacidad de decisión en su tratamiento, más difícilmente lo abandonará unilateralmente. Todos sabemos los riesgos de una retirada de fármacos abrupta (por ejemplo, la recaída en la enfermedad). Cuando los efectos indeseables son superiores a los terapéuticos, no cabe duda que lo más lógico es retirar el tratamiento. Igualmente, cuando no se observa ningún efecto terapéutico sustancial.

La tendencia de algunos psiquiatras a recomendar a las familias que mediquen a escondidas a su familiar fomenta la idea delirante de persecución, de envenenamiento

de la comida... Esta posición es totalmente contraproducente, aumentando la sintomatología en lugar de rebajarla.

Las personas con enfermedad mental son de los pocos pacientes que pueden ser obligados de manera legal a seguir un tratamiento psiquiátrico no aceptado, a permanecer ingresadas contra su voluntad, mediante una orden de ingreso involuntario. Es decir, que pueden ser obligados a ser inyectados con medicación depot, a recibir electroshock... Por tanto, a recibir el tratamiento que el psiquiatra decida sin necesitar de su consentimiento. Y más si están legalmente incapacitados, cosa que hace a menudo correr a los profesionales para incapacitar a diestro y siniestro con la excusa de “proteger” al paciente de cualquier cosa (de él mismo, de la familia, de la sociedad...). Evidentemente cualquier tratamiento sin el consentimiento del paciente tendrá dudosos resultados. A parte, que tampoco queda claro si el ingreso es por su bien o por la tranquilidad de la familia, del psiquiatra, de la sociedad... para evitar que suceda algo grave que despierte las alarmas o que implique una denuncia legal para alguien.

2.3 Resultados del uso de la terapia farmacológica

Según las tesis que avalan las farmacéuticas y la psiquiatría biológica, las enfermedades mentales producen desequilibrios en los neurotransmisores cerebrales. Estos desequilibrios en el caso de la esquizofrenia son básicamente una hiperfunción dopaminérgica. En estudios post-mortem se observa esto, pero no queda claro si esto tiene relación con el mismo tratamiento antipsicótico. En diferentes estudios se ha demostrado que esto en realidad no está probado (Moncrieff, 2008). Es más, en realidad son inventos para potenciar las ventas de medicamentos (Cosgrove, 2012).

Según los resultados obtenidos en diferentes estudios a lo largo del tiempo, la farmacología mejora los síntomas psicóticos de una tercera parte de los pacientes pudiendo retomar su vida social o laboral (Miyamoto, Duncan, Marx y Lieberman, 2005). Una tercera parte mejora, pero va teniendo recaídas a lo largo del tiempo con su consecuente ingreso psiquiátrico y necesita del apoyo de recursos especializados (Lewander, 1992). Un tercio de los pacientes no mejoran o muestran una leve mejoría (Meyer y Quenzer, 2005; Kane, 1996).

Sería interesante, probar primero con tratamientos psicosociales con los pacientes. O como mínimo, combinar los dos tipos de tratamientos. No se debe de dar por sentado que todos los pacientes psicóticos necesitan necesariamente un tratamiento farmacológico ni que éste tenga que ser permanente y de por vida. Ya que la retirada de un psicofármaco siempre es un problema, más grande cuanto más tiempo lleve el paciente tomándolo. En algunos casos se da aumento de los síntomas positivos, agitación, acatisia, discinesias al hacerlo (Gardos, 1979). ¿Y quién no dice que es el mismo fármaco el que produce estas dificultades para retirarlo?

Por lo tanto, basarse sólo en la farmacología para tratar a los pacientes es despilfarrar los recursos públicos cada vez más escasos. Y si además se tiende a recetar los más caros, peor aún. Ya sabemos que a veces se retiran del mercado fármacos por su baja rentabilidad económica, todo y ser muy eficaces. Eso pasó con el Lorensen, el Eskazine, el Majeptil y el Decentán.

La Sanidad Pública no debería permitir la administración de fármacos que, todo y ser muchísimo más caros, no se ha demostrado aún que sean más eficaces que los baratos. De hecho, está claro que un fármaco más utilizado, pq tiene más años, es siempre más

seguro porque se ha aplicado a más pacientes, por tanto, se sabe más de efectos adversos que pueda provocar.

Pongamos el ejemplo de los antipsicóticos depot. Simplemente observemos en el anexo la tabla 1 del 2016. Aquí se habla de dinero sólo, el tema que únicamente mueve a las farmacéuticas, como empresas que sólo piensan en beneficios y en nada más. Sobran las palabras, no hay nada que añadir.

2.4 La industria farmacéutica

Los antipsicóticos de nueva generación tienen un coste muy superior. Esto ha implicado que aumente el coste del tratamiento del paciente. También es verdad que, en cierta medida, esdta “prohibido” recetar algunos fármacos desde la Seguridad Social por su elevado coste. Por ejemplo, el Xeplión. Por un lado, se intentan recetar los fármacos más baratos para reducir el coste de un tratamiento que se plantea como crónico. Esto implica recetar fármacos genéricos antes que marcas comerciales.

Cuando un fármaco, después de los diferentes ensayos, sale al mercado, la farmacéutica tiene la patente durante un tiempo limitado. Esto hace que durante esos años sea más caro y, por tanto, para evitar un exceso de gasto se intenta no recetarlo a los pacientes. Transcurrido ese tiempo, otros laboratorios ya pueden fabricarlo ese fármaco otros laboratorios y ya puede aparecer el genérico. Éste implica la bajada del coste y, a partir de su aparición también bajan el precio de la marca comercial. Este tema plantea siempre la controversia sobre porque es tan caro al inicio y después, cuando hay competencia, se puede bajar su precio. Los laboratorios defienden esto con el gran coste que implica la investigación y los derechos para que un fármaco sea aprobado para su uso médico.

Se ha realizado a lo largo del tiempo una gran cantidad de experimentos para demostrar que los antipsicóticos atípicos son mejores en cuanto a efectos terapéuticos y efectos secundarios que los típicos. Pero en realidad, no queda claro que eso sea así, los resultados son contradictorios. Todo y el mayor coste económico de los antipsicóticos atípicos, se ha establecido entre los psiquiatras la tendencia a recetarlos. Aún está el debate abierto por el elevado coste para el sistema sanitario público de dichos tratamientos.

Los resultados de los estudios realizados en general son poco fiables, fácilmente sesgables, de difícil interpretación, con seguimiento de poco tiempo... Además, se publican sólo algunos de ellos. Como son subvencionados por farmacéuticas, sólo salen a la luz los experimentos que interesan por sus resultados (Heres, 2006). Se ocultan o enmascaran datos para demostrar que tal fármaco nuevo es mejor que otro anterior.

A finales de 2006 se dieron los resultados de dos estudios no subvencionados por farmacéuticas sino por fondos públicos. Uno de ellos son los ensayos clínicos de antipsicóticos y la efectividad de intervención (CATIE) promovidos por el Instituto Nacional de la Salud Mental en los EEUU. El otro es el estudio de coste-utilidad de los últimos fármacos antipsicóticos en la esquizofrenia en Reino Unido (CUtLASS 1). Los dos dieron como resultado que no se observan diferencias significativas entre los resultados de los antipsicóticos atípicos y los típicos.

Los comités de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que crean los criterios diagnósticos de los trastornos mentales (DSM) son una parte de los encargados de crear o ampliar el mercado farmacéutico (Blench, 2005). La industria farmacéutica crea

diagnósticos para poder vender sus fármacos. La ampliación de los límites diagnósticos tipo “trastorno del espectro autista” permite medicar a pacientes que anteriormente no hubiesen sido tratados (Guimon, 2002) (Paula-Pérez, 2012). También, el hecho de incluir como patológico lo normal, haciendo así medicar a personas que no lo necesitan. Esto se ve en consulta cuando se medica a una persona en duelo (por la muerte de un familiar cercano, por la pérdida de una pareja, de un trabajo...). O el caso más fragante, del uso de psicofármacos en niños hiperactivos por déficit de atención (Iciarte, 2007).

A menudo, los psiquiatras utilizan fármacos que no son específicos para un trastorno. Según un estudio, esta práctica alcanza entre un tercio y dos tercios de las prescripciones (Medrano, 2009). Por ejemplo, es muy típica la utilización de anticonvulsionantes para el control de impulsos y problemas conductuales (Roncero, 2009), aunque se sabe que no son eficaces en esos problemas (Jones, 2011).

A veces se utilizan dosis que están por encima de las recomendadas en la ficha técnica o se usan simultáneamente varios fármacos con el mismo mecanismo de acción, cosa que carece de ningún soporte teórico ni empírico (Correll, 2009). A parte de las posibles interacciones y efectos secundarios que esto pueda producir, provocan a la vez síntomas físicos o psíquicos que a menudo también tienen que ser medicados (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia...). Esto conlleva que más fácilmente se abandone el tratamiento.

2.5 Los tipos de tratamiento

Las últimas tendencias son poner medicación inyectable depot en lugar de medicación oral. Antes esta medicación se dejaba para casos en los que el desorden del paciente, la cronicidad o la falta de soporte familiar hacía imposible la idea de varias tomas al día. Actualmente se plantea este tipo de medicación a pacientes autónomos que no tendrían dificultades. Así se fomenta la posición pasiva de ir a ponerse el inyectable una vez cada ciertos días y no la posición activa de tomárselo él mismo. Además, hay casos en que el inyectable se convierte en un acto intrusivo que es incorporado de manera delirante. El paciente puede pensar, por ejemplo, que le ponen o quitan alguna cosa del cuerpo con el pinchazo. También hay que señalar que con la medicación depot es más difícil de maniobrar ante los efectos secundarios ya que no se puede retirar la sustancia del cuerpo hasta que ésta se metaboliza al cabo de días o semanas. Tampoco se puede modular la dosis tan fácilmente como en la medicación oral.

Muchos psiquiatras afirman que el tratamiento farmacológico es de por vida... ¿Es necesario decir eso? ¿A quien le ayuda? ¿Quién sabe si eso es cierto o no? Los efectos de estas afirmaciones pueden ser devastadores. Es romperle al paciente la posibilidad de esperanza, de lucha, de trabajo... Porque hay casos de personas que han dejado de tomar medicación y que incluso han salido de la red psiquiátrica. Pero aquí también entra en juego la valentía del psiquiatra y la capacidad que tenga de arriesgar.

La medicación ha de ir ajustándose al momento del paciente. Al inicio de la primera crisis, seguramente las dosis son más altas, pero con los años y la experiencia, el paciente tiene mejor manejo de sus síntomas llegando a discriminar algunos que auguran una futura crisis y así puede evitarla antes de que aparezca. Evidentemente cuando está en crisis se aumenta la medicación y, cuando sale del ingreso, se tiene que ajustar para llegar a la dosis mínima que garantice el buen funcionamiento diario. Pero también, con los años y el trabajo por parte del paciente, cada vez se puede ir rebajando la dosis hasta poder prescindir de ella... ¿por qué no? ¿O tenemos que pensar en la

cronificación de la toma de medicación? Claro que, si sólo pensamos en que los pacientes toman fármacos, tal vez el tratamiento se queda tan cojo que sea imposible pensar en dejar de recetárselos. Está más que claro que el coste de un tratamiento farmacológico por vida es muchísimo mayor que pensar en tratamientos psicológicos, dispositivos como centros especiales de trabajo, residencias, pisos, servicios de rehabilitación, acompañantes psiquiátricos... Si se piensa en todos esto, creo firmemente que es posible que el tratamiento farmacológico no sea crónico, sino una parte más del tratamiento de una persona con un problema mental.

Además, el mundo de la psiquiatría también va a modas. De repente, a todos los pacientes les comienzan a prescribir un nuevo medicamento milagroso, que siempre dicen que tiene menos efectos secundarios y es más incisivo sobre los síntomas. No olvidemos la moda hace años del Prozac, medicamento que parecía incluso “chic” tomarlo.

3. Psicofármacos: actuación y efectos adversos

3.1 *Neurolépticos o antipsicóticos (ver tabla 2)*

Son fármacos que se utilizan básicamente en el tratamiento de las psicosis, especialmente en la esquizofrenia y en los episodios maníacos de los trastornos bipolares. Tipos:

- a. Antipsicóticos típicos: Aparecen en la década de los cincuenta. El primero fue la clorpromazina.

Actúan sobre el Sistema Nervioso Central, sobretudo en el área frontal mesolímbica bloqueando los receptores dopaminérgicos. Esto es debido a que los síntomas positivos de la psicosis se relacionan con la hiperfuncionalidad de la vía mesolímbica (con un exceso de dopamina). En cambio, los síntomas negativos se relacionan con una hipofuncionalidad de la vía mesocortical. Hay otras vías dopaminérgicas que no están afectadas en la psicosis. La vía nigroestriada, que controla los movimientos finos y la tuberoinfundibular, con la que la dopamina inhibe la secreción de la hormona de la prolactina. Como los antipsicóticos bloquean todos los receptores dopaminérgicos, se controla la sintomatología positiva, pero aparecen los efectos adversos de bloquear las vías no afectadas: efectos extrapiramidales y hiperprolactinemia (disminución de la libido, aumento y dolor de las glándulas mamarias y secreción de leche fuera de la lactancia).

Se planteaban, en su momento, como muy eficaces sobre la sintomatología positiva de la esquizofrenia, aunque poco efectivos con la sintomatología negativa. Sus efectos adversos eran muy importantes. Especialmente estos eran los trastornos extrapiramidales que afectaban al movimiento, pero también alteraciones hormonales, cardíacas, metabólicas (aumento de peso o alteraciones en los niveles de glucosa) y sedación. El más grave era el síndrome neuroléptico maligno que podía afectar a entre un 0,5 o un 1% de los pacientes que tomaban este tipo de fármaco. Solía afectar más a hombres y en las primeras semanas de tratamiento. A partir del mes de tratamiento era altamente improbable. El paciente debía ser atendido en el hospital tras iniciarse una serie de síntomas:

fiebre alta, rigidez muscular, alteración del estado mental con confusión y obnubilación, aumento de la tensión arterial, taquicardia, aumento de la sudoración y disritmia cardíaca.

Tipos de antipsicóticos típicos:

- Fenotiazinas:
 - Alifáticas: Ej. Clorpromazina, Levomepromazina, Trifluoroperazina
 - Piperidínicas: Ej. Tioridazina, Periciazina.
 - Piperazínicas: Ej. Trifluoperazina
- Butirofenonas: Ej. Haloperidol.
- Tioxantenos: Ej. Tiotixeno.

b. Antipsicóticos atípicos: Aparecen en la década de los noventa.

Su acción se ejerce sobre los receptores dopaminérgicos D2 bloqueándolos. También sobre los receptores de la serotonina, que está asociada con la sensación de bienestar y felicidad. También influyen sobre los receptores histamínicos que se encargan del ritmo sueño-vigilia. Y sobre los receptores muscarínicos, que se cree que pueden estar relacionados con la manía y la depresión.

Son más eficaces, según parece, sobre los síntomas positivos y negativos. Reducen los efectos adversos de los anteriores con una baja incidencia sobre los efectos extrapiramidales, sobre la prolactina y otras hormonas. Pero presentan otros efectos secundarios también graves, sobretodo metabólicos: aumento de peso, aparición de diabetes mellitus tipo II, hiperlipidemia (niveles elevados de lípidos en sangre), miocarditis, cataratas, efectos sexuales, cardíacos...

Tipos de antipsicóticos atípicos:

- Dibenzodiacepinas: Ej. Clozapina, Olanzapina, Clotiapina, Quetiapina.
- Bencisoxazoles: Ej. Risperidona.

3.2 Antidepresivos

Son fármacos que se utilizan básicamente en el tratamiento de los trastornos depresivos, de algunos trastornos de ansiedad, de desórdenes de la conducta alimentaria y de alteraciones del control de impulsos. No causan hábito, pero su supresión brusca puede causar efectos adversos.

Los efectos secundarios que producen son empeoramiento inicial de la depresión, aparición de ideas de suicidio, ansiedad, agresividad, manía o hipomanía, aceleración de ciclos de ánimo alto y bajo, aparición de una psicosis en pacientes depresivos, sueño, dolor de estómago o de cabeza, debilidad corporal o hiperactividad a la vez, y disfunción sexual. Aumentan los sueños vividos y las pesadillas.

Tipos:

- a. Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO): Son los primeros antidepresivos que surgieron. Bloqueaban la oxidación de los neurotransmisores descomponiéndolos (dopamina, noradrenalina, serotonina...). Por ejemplo, el Fenelzine (Nardelcine). Presentaban la posibilidad de reacción brusca hipertensiva peligrosa, incluso letal, porque podía llevar a la ruptura de una arteria cerebral (AVC) si se tomaban alimentos con altos niveles de tiramina: quesos maduros, carnes curadas, extractos de levadura, vino, encurtidos y conservas en vinagre. Tampoco se podía tomar ciertos medicamentos que se venden sin receta, por lo cual, el médico de cabecera debía tener control de toda la medicación que tomaba el paciente.

Producía efectos secundarios graves como debilidad, mareos, dolor de cabeza, temblor... Presentaba menor cantidad de efectos secundarios sobre la función sexual y la libido y una supresión completa de la fase REM del sueño. Están en desuso por sus riesgos de muerte. No se puede olvidar que los pacientes depresivos tienen tendencia a sufrir ideas de suicidio y de autoagresión. Por tanto, medicar un fármaco así puede ser muy peligroso.

- b. Tricíclicos: Previenen también la recaptación de neurotransmisores de forma no selectiva. Un ejemplo sería el Tryptizol. Aparecen mayores efectos secundarios que en los nuevos antidepresivos: boca seca, visión borrosa, estreñimiento, dificultad para orinar, empeoramiento del glaucoma, alteración del pensamiento, cansancio, alteración de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. Suprime puntualmente la fase REM del sueño.

- c. De segunda generación: Son los más nuevos. Se caracterizan por menor cantidad de efectos secundarios y menos probabilidades de padecerlos. Inhiben las proteínas transportadoras de monoamina de la serotonina, la dopamina, la noradrenalina o de sólo dos de ellas a la vez. Así se inhibe de forma selectiva la recaptación de dichos neurotransmisores y aumenta el nivel de éstos en las sinapsis entre neuronas.

La serotonina está asociada a la sensación de bienestar y felicidad. La disminución de dopamina se relaciona con la disminución de las endorfinas. Tiene que ver con el placer, la motivación y el deseo. La noradrenalina se asocia con la motivación y sus niveles bajos tienen que ver con la depresión.

Todo y que el efecto sobre los neurotransmisores aparece en pocos días, el estado de ánimo óptimo tarda 4 ó más semanas en aparecer, menos tiempo que en los anteriores tipos. Se aconseja asociar un antidepresivo a otro fármaco para potenciar su efecto. Por ejemplo, con litio, suplementos de hormonas tiroideas, antipsicóticos atípicos o agonistas de la dopamina. En otros casos, las empresas farmacéuticas han combinado dos fármacos para formar uno nuevo. Por ejemplo, existe en EEUU un fármaco llamado Symbyax que combina Prozac y Zyprexa y que se utiliza en depresión bipolar.

La clasificación de estos antidepresivos:

- Inhibidores selectivos de la recepción de serotonina (ISRS) (*ver tabla 3*): Se observa mayor tendencia a la aparición de disfunción sexual y supresión puntual de la fase REM del sueño.
- Inhibidores selectivos de la recepción de la dopamina (ISRD): Amineptona, Fenmetrazina, Vanoxerina.
- Inhibidores selectivos de la recepción de noradrenalina (ISRN): Atomoxetina, Maprotilina, reboxetina, Viloxazina.
- Inhibidores selectivos de la recepción de serotonina y noradrenalina (ISRSN): Venlafaxina.
- Inhibidores selectivos de la recepción de dopamina y noradrenalina (ISRDN). Bupropión.

3.3 Ansiolíticos

Son fármacos que se utilizan básicamente en el tratamiento de la ansiedad mediante una acción depresora del Sistema Nervioso Central. En general, afectan al GABA, neurotransmisor que inhibe la actividad neuronal modulando otros sistemas de neurotransmisión como el de la noradrenalina. Así el GABA ayuda a reducir el miedo y la ansiedad. Tipos:

- a. Barbitúricos: Fueron descubiertos en 1903 y su uso se extendió hasta los años setenta, momento en que aparecen las benzodiacepinas. Destaca su elevado potencial sedativo, el riesgo de sobredosis mortal y de adicción. Por ejemplo, el Pentotal. Se disuelven con facilidad al ser liposolubles y fácilmente llegan al cerebro impidiendo el flujo de iones de sodio entre las neuronas. Se unen a los receptores GABA aumentando la acción de este neurotransmisor.
- b. Meprobamato: Fue muy utilizada durante una época. Se usaba para la ansiedad, el síndrome de abstinencia alcohólica, los espasmos, las migrañas y el insomnio. Sus efectos adversos se centraban en la gran adicción que creaban, la pérdida de consciencia, la confusión... Sus beneficios no superaban a sus riesgos y se dejó de comercializar.
- c. Benzodiacepinas (*ver tabla 4*): Actualmente los más conocidos y utilizados de los ansiolíticos. Actúan como agonistas indirectos de la GABA en los receptores tipo A. Esto produce un aumento de la afinidad del GABA por su receptor en todo el cerebro, pero especialmente en el sistema límbico. Actúan también en los núcleos de Rafe inhibiendo la actividad de la serotonina sobre el sistema límbico. Sus efectos son alivio de la tensión cognitiva, sedación, anticonvulsionante...

Los efectos secundarios que produce son: somnolencia, vértigo, malestar estomacal, visión borrosa y otras alteraciones visuales, dolor de cabeza, confusión, depresión, trastornos de la coordinación... Las benzodiacepinas pueden provocar tolerancia. Con el tiempo se da una disminución progresiva del efecto terapéutico de la dosis, cosa que lleva a situaciones en la que el paciente

tiene que aumentar la dosis para conseguir obtener los efectos deseados. También produce dependencia física y psíquica. Por tanto, tras años de tratamiento dejar de tomarlas es muy difícil por el síndrome de abstinencia que producen.

3.4 Estabilizadores del estado de ánimo o eutimizantes:

Son fármacos que se utilizan para el trastorno bipolar. Desde 1995 se utiliza antiepilépticos en estos enfermos.

- a. Carbonato de litio (Plenur): Es el fármaco más utilizado y el que mejores resultados aporta. Se encarga de reducir la producción dopaminérgica global y modifica la sensibilidad a los agentes dopaminérgicos. Esto se basa en la idea que en las fases maníacas parece ser que existe una mayor densidad de receptores D2.

La principal dificultad es su toxicidad en el caso de sobrepasar la dosis terapéutica. Se tienen que realizar controles cada cierto tiempo de los niveles de litio (litemia) para evitar alcanzar dosis no terapéuticas. Se tiene que vigilar la función tiroidea y renal. Los efectos adversos son náuseas, diarrea, poliuria, polidipsia, temblor fino de la mano y debilidad muscular, bocio no tóxico, síndrome similar a diabetes insípida neurogénica, foliculitis, exacerbación del acné o psoriasis, leucocitosis, hipercalcemia, alopecia y ganancia de peso.

- b. Valproato (Depakine): Es un antiepiléptico. Como efectos adversos destaca que es muy irritante del estómago. Se tiene que realizar control hepático y de sangre. Psiquiátricamente se considera una buena segunda opción muy útil en cicladores rápidos o episodios mixtos (manía y depresión a la vez o alternancia en lapsos cortos de tiempo).
- c. Carbamazepina (Tegretol): Es un antiepiléptico. Se tiene que realizar un control sanguíneo por el peligro de disminución de leucocitos. Como efectos adversos presenta pérdida de la coordinación muscular y reacciones cutáneas.
- d. Otros antiepilépticos: Neurotin, Lamictal... No dan tan buenos resultados.

4. Conclusiones

En los últimos tiempos, y cada vez más, se está dando una vuelta de tuerca sobre todo este tema. Han surgido investigaciones como las ya nombradas y libros como “Anatomía de una epidemia” de Robert Whitaker, que recomiendo. Este periodista ha sido finalista al Premio Pulitzer al Servicio Público en el 1998 por artículos de investigación sobre psiquiatría. En ellos queda en evidencia que esos fármacos que prometían ser la curación de los trastornos mentales no son tan efectivos como parecía. La psiquiatría está en crisis. Se tienen que crear nuevos enfoques reduciendo la excesiva presencia de los laboratorios farmacéuticos en la formación de los profesionales. Tal vez, conseguimos iniciar una era en la que se le dé de nuevo al paciente un lugar de

privilegio por encima de las píldoras, pastillas e inyecciones... Tal vez se consiga dar más importancia y dedicar más dinero a los profesionales y no a los fármacos.

Para acabar, querría hablar de un caso desde mi experiencia. Actualmente, atiendo a una paciente que llegó hace 8 años con una gran sintomatología florida de alucinaciones y un tema delirante que la invadía profundamente y que la hacía sufrir mucho. Este tema delirante era la esencia de todas las entrevistas que teníamos en aquella época. A menudo me llamaba desbordada con estos temas. Iba vestida de una manera muy extravagante. Poco a poco su trabajo en entrevista la fue pacificando. Cada vez el tema delirante fue perdiendo presencia y había más lugar para la cotidianidad, el sentido del humor y para comenzar a vestirse de una manera más apropiada. Hace un tiempo su madre hablaba de la felicidad que le producía haber recuperado a su hija. También pudo recuperar algo del proyecto laboral y de los voluntariados, que la hacen sentir muy bien. Paralelamente a todo esto, se pudo reducir la toma de medicación y hace 6 años que no ingresa ni ha tenido que acudir a urgencias. Hemos podido espaciar entrevistas y ya no llama desbordada por ideas delirantes. Por tanto, está claro que es posible la mejora de la sintomatología con la palabra y la reducción de la medicación.

REFERENCIAS:

<http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2015/03/los-medicamentos-en-psiquiatria.html>

<https://es.wikipedia.org>

http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2011_03_01_archive.html

<https://www.personasque.es/esquizofrenia/salud/tratamiento/efectos-secundarios-antipsicoticos-2361/>

<https://www.ecured.cu/Ansiol%C3%ADticos>

<http://madinamerica-hispanohablante.org/antipsicoticos-atipicos-de-liberacion-prolongada-risperdal-consta-xeplion-abilify-maintena-trevicta-despilfarrando-el-dinero-de-todos/>

https://elpais.com/elpais/2016/02/19/ciencia/1455896472_860883.html

<https://actualidad.rt.com/actualidad/177204-funcionar-antidepresivos-cerebro>

<https://ivanlerma.com/2013/02/04/esquizofrenia-dopamina-y-antipsicoticos/>

<https://psicologiymente.net/neurociencias/noradrenalina-neurotransmisor>

<https://www.personasque.es/trastorno-bipolar/salud/diagnostico/papel-dopamina-2004>

Whitaker, R. (2011). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid. Editorial Capitán Swing.

ANEXOS

TABLA 1

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS INYECTABLES		ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS INYECTABLES	
NOMBRE	PRECIO POR MES DE LA DOSIS MÁXIMA	NOMBRE	PRECIO POR MES DE LA DOSIS MÁXIMA
Modecate	7€/mes (dosis de 125gr. al mes)	Risperdal Consta	402€/mes (dosis de 50gr. cada 14 días)
Clopixol	33€/mes (dosis de 400gr. cada 14 días)	Abifily Maintena	315€/mes (dosis de 400gr. al mes)
		Xeplion	504€/mes (dosis de 150gr. al mes)

TABLA 2:

Tabla de los antipsicóticos típicos y atípicos en sus versiones oral e inyectable con su principio activo y nombres comerciales:

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS ORALES		ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS ORALES	
PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
Levomepromazina	Sinogan	Clozapina	Leponex / Nemea
Trifluoperazina	Eskazine	Olanzapina	Zyprexa
Tioridazina	Meleril	Clotiapina	Etumina
Periciazina	Neuleptil	Quetiapina	Seroquel
Haloperidol	Haloperidol	Risperidona	Risperdal
Perfenazina	Decentan	Paliperidona	Invega
Pimozida	Orap	Aripiprazol	Abilify
Sulpirida	Dogmatil	Ziprasidona	Zeldox
Clorpromazina	Largactil	Amisulprida	Solian

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS INYECTABLES		ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS INYECTABLES	
------------------------------------	--	-------------------------------------	--

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
Decanoato de flupentixol	Fluanxol	Palmitato de Paliperidona	Xeplion
Decanoato de flufenazina	Modecate	Risperidona	Risperdal Consta
Palmitato de pipotiazina	Lonseren	Aripripazol	Abifily Maintena
Decanoato de zuclopentixol	Clopixol Cisordinol	Pamoato de Olanzapina	Zyprexa polvo para solución inyectable

TABLA 3

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
Citalopram	Prisdal
Escitalopram	Esertia
Fluoxetina	Prozac
Fluvoxamina	Dumirox
Paroxetina	Seroxat

TABLA 4

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL
Alprazolam	Trankimazin
Flurazepam	Dormodor
Bromazepam	Lexatin
Clonazepam	Rivotril
Diacepam	Valium
Clorazepato	Tranxilium
Clordiazepóxido	Librium
Bromazepam	Lexatin
Flunitrazepam	Rohipnol
Lormetazepam	Loramet / Noctamid
Lorazepam	Orfidal / Idalprem
Halazepam	Alapryl

Zolpidem	Stilnox
----------	---------