



# medicina

## *Vida y Salud*

Revista informativa oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Año VI • Volumen 4 • Mayo 2007

# Tratamiento con **Antidepresivos**

### Diagnóstico

- La venta de drogas ilícitas en las instituciones de segunda enseñanza de Costa Rica

### En persona:

- Dr. Fernando Morales Martínez



Foto: Jeffrey Arguedas

Dr. Minor Vargas  
Baldares  
Médico cirujano  
especialista en  
Anatomía Patológica  
Presidente del Colegio de  
Médicos y Cirujanos

# El viejo Hipócrates y modernidad

La filosofía griega nace con Tales de Mileto (624-546 a.C.) y la escuela naturalista (Physis) hace 2600 años, coincidiendo con la deportación de los judíos a Babilonia (586-538 a.C.). Sólo ciento cincuenta años más tarde Sócrates (469-439 a.C.) sin escribir una sola palabra, descubrió al hombre racional (sophya) y a su alma (psyché) como eje de la filosofía, estableciendo las bases de la ética, una verdadera revolución espiritual en la historia del pensamiento científico y filosófico del mundo occidental, sólo comparable a la que emergió del pensamiento judeo-cristiano: dos revoluciones filosóficas, paralelas y vigentes hasta el día de hoy.

Hipócrates de Cos, fundador de la medicina científica, quien naciera apenas 9 años antes de Sócrates, si escribió y mucho: el Corpus Hippocraticum, constituido por más de 50 tratados, que representan la más extensa e importante documentación antigua de carácter científico que ha llegado hasta nuestros días. Con ellos, y sobre todo con el celebradísimo y actual Juramento, nace la Ética Médica. Sin duda, la ciencia ética de Sócrates, parte medular en los diálogos platónicos, no habría sido posible sin el modelo de la Ciencia y Ética médicas de Hipócrates.

Sócrates no sólo descubrió la verdadera esencia del hombre, su alma ("la conciencia

y la personalidad intelectual y moral ordenada por el Dios"), sino también la virtud (sabiduría, justicia, fortaleza, templanza) y una nueva escala de valores ligada a las virtudes del alma y no a las variables del mundo exterior y del cuerpo. Descubrió también un nuevo concepto de libertad y felicidad. Para Sócrates, el nuevo héroe es quien sabe y es capaz de vencer a los enemigos interiores: "es el alma la que debe ser feliz y será feliz sólo cuando esté ordenada, o sea, cuando sea virtuosa".

La filosofía judeo-cristiana vino a complementar, enriquecer, consolidar y darle sentido al pensamiento socrático con las ideas de bondad, creación, revelación, voluntad, fe, amor, redención y salvación.

En el siglo XIX se estableció un humanismo romántico, libre de ideas metafísicas, autónomo y pragmático que culminó con las ideas nietschianas del superego y marxistas del socialismo y que colocaron al hombre sobre Dios y la naturaleza. En el siglo XX la producción en serie y el comercio se apoderaron del pensamiento del hombre. La sociedad fue transformada por grandes intereses económicos y políticos multinacionales y se impuso la tecnología utilitaria y globalizada. El hombre como consecuencia se ha convertido en un objeto, sujeto de investigación sociológica, consumista, inexpresivo y carente de los valores morales tradicionales.

**El médico así como el maestro, tiene una decidida cuota de responsabilidad para lograr el establecimiento de una sociedad libre de antivalores, sana y respetuosa de los derechos humanos.**



Las experiencias trágicas del siglo anterior, la increíble explosión de los avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina y los intereses económicos de mercado trajeron como consecuencia el deterioro de la integridad y dignidad de la persona humana y de la familia con la consecuente crisis social que hoy se vive en el mundo y que afecta directamente al acto médico. La complejidad y confusión crecientes especialmente en el campo de la salud, producto de la masiva información y desinformación actuales, ha resultado en una división lamentable de la ética inherente al ejercicio de nuestra profesión: por un lado una ética basada en la responsabilidad moral, el respeto a la vida y dignidad de la persona y a la búsqueda de principios ontológicos trascendentes; por otro lado una ética orientada a resolver, con criterios democráticos, de consenso, los problemas temporales de una medicina objetiva, campo de aplicación científica y tecnológica de la biología humana.

En esta encrucijada de búsqueda de “principios” a búsqueda de “criterios”, emerge la Bioética, que tiende a unir “lo bueno” de la ética clásica con “lo conveniente” de alcanzar un consenso de la ética utilitaria.

Lamentablemente desde su nacimiento, como ha sucedido con todas las áreas del pensamiento racional, la Bioética, rama indiscutible de la ética filosófica, ha sido víctima de grandes intereses ajenos al

campo de la moral, que tratan de apartarla de los principios clásicos que han sido aceptados universalmente desde hace más de veinte siglos.

Afortunadamente en los últimos años, muchos pensadores comprometidos directamente en el desarrollo tecnológico y comercial, han percibido y analizado las pérdidas de los valores éticos de la sociedad y el cambio negativo que ha producido el mercado libre capitalista y han pronosticado una tercera revolución espiritual y mundial. Para el siglo XXI, al parecer, la única vía existente para detener el deterioro y la destrucción del mundo y del hombre. El médico así como el maestro, tiene una decidida cuota de responsabilidad para lograr el establecimiento de una sociedad libre de antivalores, sana y respetuosa de los derechos humanos. Ante este panorama el médico tiene la obligación de alegar la objeción de conciencia en torno al verdadero bienestar virtuoso del paciente. Es por eso que nosotros, los médicos tenemos el deber de cumplir con la atención al paciente basada en el respeto a la vida, la dignidad humana y la protección de la familia, así como exigir de la sociedad todos los recursos que la medicina moderna ha puesto a su alcance para el logro de sus objetivos. Es por ello, que insto e invito a la reflexión de éstos temas y a que el médico de hoy pueda adoptar el ejemplo del viejo Hipócrates.

En los últimos años, muchos pensadores comprometidos directamente en el desarrollo tecnológico y comercial, han percibido y analizado las pérdidas de los valores éticos de la sociedad y el cambio negativo que ha producido el mercado libre capitalista y han pronosticado una tercera revolución espiritual y mundial.



Foto: Jeffrey Arguedas

Dra. Ilse Cerda  
Montero  
Médica cirujana  
especialista en  
Informática Médica

# Hacia nuevos rumbos

**A**l participar en esta edición de la revista Medicina Vida y Salud, como su directora, quiero empezar este editorial enviándoles un saludo muy caluroso a todos los colegas y amigos que siguen mes a mes esta publicación. A la vez, quiero dar gracias a Dios por haberme presentado ante esta oportunidad y pedirle sabiduría y entendimiento para transmitir correctamente el conocimiento de quienes escriben.

Es mi propósito hacer llegar a ustedes la información de una forma interesante, actualizada, oportuna y confiable, pero sobre todo poder cumplir con las expectativas de quienes han confiado en mí para la realización de esta tarea, fundamentada en principios éticos y morales y siempre en beneficio de la población médica y de la salud.

Al mismo tiempo quiero agradecer al Dr. Minor Vargas, al Dr. Oscar Fallas y a la Junta de Gobierno por la confianza y el estímulo para formar parte de un equipo de profesionales quienes con entusiasmo y gran capacidad laboran para este medio informativo.

Es el deseo de los miembros de la Junta de Gobierno que cada uno de nosotros se sienta parte de la revista, que esta sea un canal para mantenernos actualizados en temas gremiales, laborales, nuevos desafíos, así como informarnos de oportunidades a nuestro alcance.

En estos pocos días en que he estado participando en la edición de este número que tienen ustedes en sus manos, me he dado cuenta de la enorme tarea que implica la presentación de cada sección, tanto en la búsqueda de artículos de calidad como en la coordinación de cada uno de los espacios. Gracias a todos aquellos que en tan poco tiempo han hecho que me sienta parte de este barco como si zarpara desde puerto y no desde alta mar...

Como usuaria de las ediciones anteriores de la revista quiero externar también mi agradecimiento a la Dra. Gioconda Batres, por su cariño y empeño para que todos y cada uno de nosotros recibiera lo mejor de la revista durante más de cinco años. La admiro por ser una persona visionaria y por su perseverancia. Como directora, le doy las gracias por sus recomendaciones y sugerencias en la labor que debo continuar a partir de hoy.

Agradezco a mi familia una vez más por ayudarme a subir a bordo y darme la confianza para llevar el timón. Estoy segura de que con el apoyo de todos ellos y la participación de cada uno de ustedes llegaremos siempre a puerto seguro.

Tengo además el honor de compartir esta primera edición con el Dr. Fernando Morales Martínez en la sección "En Persona", a quien admiro por su trayectoria, sus conocimientos y su abnegada labor en beneficio de los adultos mayores.

Finalmente, quisiera incentivarlos ya sea individualmente o en asociación para que aprovechen el espacio que ofrece la revista como un medio para transmitir sus experiencias, opiniones, conocimientos y actividades y las compartan con los colegas del resto del país, así como con otras personas que leen esta revista en oficinas privadas, consultorios, clínicas, etc.

Recuerden que nuestra misión es: "Ser la revista del gremio médico de Costa Rica, integrando a los profesionales del país, con una información científica, social y humanista". Asimismo, el enfoque de nuestro perfil editorial: "...Espacios abiertos de opinión, tratamiento de temas especializados, investigación periodística, nuevos medicamentos y equipos, así como los avances científicos conforman las piezas centrales de MVS."

Me despido, en espera de sus aportes y de que disfruten cada una de las secciones.

# Tratamiento con antidepresivos de los trastornos ansiosos

Dr. Ricardo Millán González  
**Médico cirujano, Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA)**  
**Médico residente de tercer año Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS**

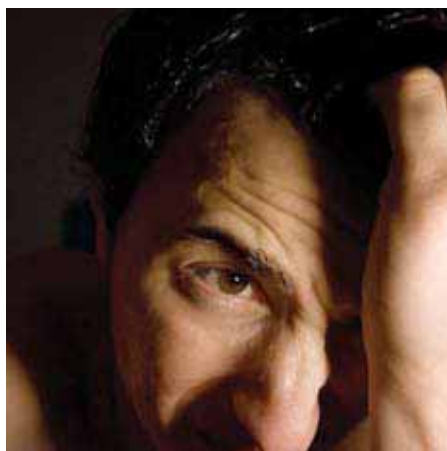
**E**n condiciones normales, si alguien se encontrara un animal peligroso en su camino, posiblemente su organismo sería capaz de generar de forma adaptativa (en ese momento) una respuesta que lo preparara para la huida: la persona experimentaría miedo a morir o a perder el control, taquicardia, sudoración difusa, etc., que le permitirían ponerse a salvo o realizar maniobras que en otro contexto serían difíciles de llevar a cabo.

Cuando estas respuestas de nuestro organismo se presentan sin que el estímulo esté presente o cuando es inofensivo o genera una reacción más abrupta e intensa de la esperable, estamos ante la presencia de un trastorno ansioso. En este caso la función adaptativa de nuestro sistema de alerta se pierde y pasa a considerarse una patología asociada con consecuencias nocivas para el organismo.

Los reportes de prevalencia de distintos trastornos ansiosos hablan de hasta un 12,5% en la población general, aunque otros autores describen cifras incluso mayores. Los más estudiados son el ataque de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias específicas, el síndrome de estrés post-traumático y el trastorno obsesivo compulsivo. Diversos autores hablan de una comorbilidad entre estos cuadros y los síndromes depresivos de hasta un 60%.

Pero normalmente, ¿qué determina la necesidad de tratamiento en un paciente específico? La respuesta no es sencilla, pero se requiere tomar en cuenta la severidad del cuadro, su persistencia en el tiempo, el nivel de discapacidad y el impacto en las funciones sociales, laborales, académicas, etc., que genere la sintomatología ansiosa.

Un tratamiento determinado para un trastorno ansioso se elige con base en características del paciente (respuestas previas,



**Cuando las respuestas de nuestro organismo se presentan sin un estímulo válido, estamos ante la presencia de un trastorno ansioso.**

medicación concomitante, contraindicaciones), la evidencia que soporta su uso, las preferencias del paciente y del médico tratante, además de la disponibilidad local para la intervención, que en nuestro medio merece especial consideración.

A este respecto, diversos estudios han demostrado que el uso de antidepresivos en Medicina general es efectivo aún en poblaciones que no tienen acceso a intervenciones realizadas por especialistas en salud mental.

Si lo anterior es cierto, vale la pena preguntarse por qué usar antidepresivos para tratar los trastornos ansiosos. Se sospecha que existe un traslape entre los circuitos neuronales asociados con la depresión y la ansiedad, en parte por la buena respuesta comprobada, la alta comorbilidad entre ambas entidades y la superposición genética existente entre ellas.

A nivel del hipocampo, el estrés local es capaz de aumentar el nivel de glucocorticosteroides. Estos a su vez pueden disminuir de forma directa la neurogénesis local o disminuir la liberación del factor neurotrófico derivado del cerebro (FNDC), que finalmente está asociado con atrofia y muerte celular.

Adicionalmente, se ha visto que el tratamiento con antidepresivos aumenta la disponibilidad de norepinefrina y serotonina hipocámpica, las cuales por sí mismas pueden aumentar la neurogénesis o a su vez promover la liberación del FNDC, con la consiguiente protección y crecimiento celulares.

Las manifestaciones periféricas de la ansiedad se generan porque el estrés a nivel hipocámpico estimula la excreción del factor de liberación de corticotropina, que estimula a su vez a la hipófisis, con el consiguiente aumento de la hormona adenocorticotropa, la cual por su acción sobre la glándula suprarrenal estimula la liberación de catecolaminas (con el consiguiente aumento en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial y en la glicemia) o de cortisol (el cual está asociado con el aumento de la gluconeogénesis, de la lipólisis, de la proteólisis y de la resistencia a la insulina, además de una disminución de las respuestas inmunológicas y de inflamación). Todas estas condiciones están además asociadas con riesgo cardiovascular.



A continuación se puntualizan las experiencias reportadas en el tratamiento de diversos trastornos ansiosos:

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

- Diversos estudios controlados y aleatorios han demostrado la eficacia del tratamiento agudo con varios inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS): fluoxetina, escitalopram, paroxetina y sertralina; con un inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN): venlafaxina; y con un antidepresivo tricíclico (ATC): imipramina.
- Los estudios comparativos no han demostrado diferencias significativas en cuanto a la eficacia de cada uno de los compuestos activos antes mencionados.
- Se ha visto que los síntomas psicológicos de la ansiedad responden mejor a los antidepresivos que a las benzodiacepinas.
- Según estudios a doble ciego, continuar con un ISRS o un IRSN se asocia a un incremento en el índice de respuesta.
- El tratamiento farmacológico y el psicológico tienen eficacia similar en el tratamiento agudo.
- No se ha establecido la eficacia comparativa en el tratamiento a largo plazo.
- Se desconoce si la terapia combinada se asocia a una mayor eficacia que la monoterapia.

### **Trastorno de pánico**

- Existe eficacia demostrada en estudios aleatorios controlados con placebo a doble ciego con: todos los ISRS, clo-

## **Se desconoce si la terapia combinada se asocia a una mayor eficacia que la monoterapia.**

mipramina e imipramina (ATC), venlafaxina (IRSN) y reboxetina, que es un inhibidor selectivo de la recaptura de norepinefrina (IRSN).

- Se reportan menos efectos secundarios con los ISRS.
- Existen estudios aleatorios y controlados que demuestran que continuar con un ISRS o clomipramina se asocia a menores recaídas a un plazo de 6 meses.
- Análisis combinados y estudios controlados aleatorios demuestran eficacia aguda similar entre tratamiento farmacológico y psicológico.
- La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) podría ser superior a los ATC para evitar recaídas sintomáticas.
- Se desconoce si la terapia combinada se asocia a una mayor eficacia que la monoterapia.

### **Fobia social**

- Existen estudios aleatorios y controlados que han demostrado eficacia con: todos los ISRS, venlafaxina (IRSN), fenelzina (inhibidor de la monoaminooxidasa, IMAO) y moclobemide (inhibidor reversible de la monoaminooxidasa, RIMAO).

- Estudios a doble ciego indican que el uso de ISRS después de una respuesta al tratamiento agudo aporta una ventaja significativa en comparación con placebo a los 6 meses.
- Existe una eficacia similar al comparar durante la fase aguda el tratamiento farmacológico con el psicológico.
- El tratamiento psicológico durante la fase aguda se asocia a un menor índice de recaídas durante el seguimiento.
- Se desconoce si la terapia combinada se asocia a una mayor eficacia que la monoterapia.

### **Trastorno de estrés postraumático**

- Estudios aleatorios y controlados han demostrado eficacia con: fluoxetina, paroxetina y sertralina (ISRS), venlafaxina (IRSN), amitriptilina e imipramina (ATC), fenelzina (IMAO) y mirtazapina, que es un modulador de la serotonina y norepinefrina (NaSSA).
- Según estudios controlados con placebo, si hubo respuesta al tratamiento agudo, existe una ventaja significativa de continuar el tratamiento con: fluoxetina y sertralina.
- Se desconoce si la terapia combinada se asocia con una mayor eficacia que la monoterapia.

### **Trastorno obsesivo compulsivo**

- Revisiones sistemáticas y un meta-análisis de estudios aleatorios y controlados han demostrado eficacia en el tratamiento agudo con: clomipramina (ATC), fluoxetina, paroxetina, citalo-

pram, escitalopram, fluvoxamina y sertralina (ISRS).

- Según un meta-análisis, la eficacia general es superior con la clomipramina.
- La tolerabilidad de los ISRS es superior al compararlos con la clomipramina.
- Existe evidencia contradictoria de una respuesta dosis dependiente de los ISRS.
- Estudios a doble ciego indican una ventaja de continuar el tratamiento por más de 12 meses una vez que hubo respuesta durante la fase aguda con los siguientes medicamentos: fluoxetina (usando dosis de hasta 60 mg/día), paroxetina, sertralina y clomipramina.
- La fluvoxamina ha demostrado ser capaz de mejorar la eficacia de la terapia de exposición y de la TCC; con clomipramina la información es inconsistente.
- Los índices de recaídas pueden ser mayores con una intervención inicial

**Cualquiera de los antidepresivos que se han mencionado es capaz de producir cambios palpables por el paciente hasta la cuarta o sexta semana de tratamiento, llegando a alcanzar una respuesta máxima para la mayoría de los trastornos ansiosos durante la doceava semana de recibir medicación.**

farmacológica al compararla con una psicológica.

Cabe destacar que la acción de cualquiera de los antidepresivos que se han mencionado es capaz de producir cambios palpables por el paciente hasta la cuarta o sexta semana de tratamiento, llegando a alcanzar una respuesta máxima para la mayoría de los trastornos ansiosos durante la doceava semana de recibir medicación.

Generalmente la sintomatología ansiosa es controlada durante la fase inicial con tratamiento ansiolítico (usualmente benzodiazepinas), pero es fundamental tomar en cuenta que el uso de esta medicación será tan solo provisional por su potencial ya bien descrito de generar tolerancia y dependencia. Se recomienda iniciar el descenso escalonado de estos fármacos antes de la tercera semana de tratamiento.

Como ventajas adicionales de los ISRS se menciona su bajo potencial de sedación, generalmente se requiere una o pocas tomas diarias, el potencial de letalidad por una sobredosis es menor que con ATC y benzodiazepinas, genera menos efectos adversos que los ATC y no posee capacidad de generar dependencia.

Puesto que las intervenciones especializadas en salud mental en nuestro medio se encuentran limitadas y dada la alta

prevalencia de los trastornos ansiosos, el tratamiento con antidepresivos de estas patologías debe ser considerado en la práctica médica del primer nivel de atención.

### Bibliografía recomendada:

- \* Ackerman DL and Greenland S. (2002) "Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder". J. Clin. Psychopharmacol.
- \* Baldwin DS and Polkinghorn C. (2005b) "Evidence-based pharmacotherapy of Generalized Anxiety Disorder". Int. J. Neuropsychopharmacol.
- \* Nestler, E., Hyman, S., Malenka, R. (2001). *Molecular Neuropharmacology: a foundation of clinical neuroscience*. McGraw-Hill Medical Publishing Division.



# Reaparecer de la nada

# Ausencias involuntarias

Desde hace muchos años, los secuestros a menudo son parte de las noticias mundiales. Sin embargo, aquellos en que la víctima reaparece después de largos períodos de captura llaman la atención por sus características y consecuencias.



María del Mar Cerdas R.

**C**uando alguien desaparece al ser secuestrado por individuos ajenos a la familia, aunque nunca se le olvida, después de un tiempo se llega a convivir con la posibilidad de que haya muerto. Por eso, cuando tiempo después aparece de súbito, contra toda probabilidad, la mirada de los medios se concentra sobre esa persona y lo que le sucedió durante el período en que estuvo privada de libertad. Cada caso es distinto, pero todos muestran aristas duras y dolorosas.

## Reciente conmoción

Según un artículo publicado por “The Associated Press” el 14 de enero de 2007, el Centro Nacional para Niños Desaparecidos y Explotados de Estados Unidos (CNNDE) ha señalado que anualmente alrededor de 58.000 personas son víctimas de secuestros en manos de personas externas a la familia. Si bien la mayoría de ellos regresa a salvo a sus casas, un promedio de 115 casos son raptados por períodos largos, se exige dinero por su liberación o son asesinados por sus captores. Joann Donnellan, portavoz del Centro, explicó que de esos 115, alrededor de 60 regresan a casa a salvo.

En 1998, la desaparición de una niña de 10 años mientras caminaba hacia la escuela en Austria conmocionó al país, donde se organizó una búsqueda masiva que se extendió hasta Hungría. Ocho años después, en marzo de 2006, el país tembló de nuevo cuando una joven de 18 años apareció en el jardín de una casa en un área residencial en el norte de Viena, diciendo que era Natascha Kampusch, la misma pequeña desaparecida años atrás.

Un portavoz de la policía federal austríaca, Armin Halm, informó a los medios locales que lograron identificar a Kampusch por una cicatriz en uno de sus brazos, huella de una operación de cuando era pequeña. También la identificaron su padre, madre y media hermana. Noticias BBC reportó que el pasaporte de Natascha Kampusch se encontró en la casa.

Al descubrir que la joven había escapado, el secuestrador se suicidó lanzándose al paso de un tren. Era un técnico de 44 años, llamado Wolfgang Priklopil. Nunca quedó claro cuál fue su motivo, ya que no existe conexión alguna con la familia y nunca pidió dinero a cambio de la liberación de Natascha.

Al hablar con la policía, ella aseguró que había sido secuestrada y encerrada en una casa durante años. Explicó que estaba restringida a un garaje con cama, closet y estante con libros infantiles, y que ocasionalmente tenía acceso a radio, televisión y periódicos. En artículos de la BBC se dijo que Tascha había declarado que Priklopil le daba comida, lectura y todos los suministros que ocupaba; él le enseñó a leer y escribir y matemáticas. La policía que revisó el garaje afirmó a la prensa que parecía un calabozo. El aposento medía cuatro por tres metros, con una entrada de 50 por 50 centímetros. Se cree que cuando el secuestrador salía, dejaba el escondite bloqueado con una caja fuerte a prueba de sonido.

## La niña que conmovió a todo un país

**E**l 5 de junio de 2002, mientras sus padres y cuatro hermanos dormían, un hombre le apuntó con una pistola a Elizabeth Smart, de 14 años, y la sacó del dormitorio de su casa en Salt Lake City, Utah, Estados Unidos.

Su hermana menor, Mary Katherine, de nueve años, compartía la cama con ella y presenció lo ocurrido. La niña dijo que primero había fingido seguir durmiendo y que escuchó cuando Elizabeth se golpeó un dedo del pie y al quejarse por el dolor, el hombre amenazó con matarla si hacía un solo ruido.

En una entrevista exclusiva con Elizabeth y su familia, para la NBC, seis meses después del rescate, la madre de Elizabeth contó que esa noche había quemado las papas de la cena y había abierto la ventana de la cocina. Alguien cortó el cedazo, ingresó por la ventana y llegó hasta el cuarto de las niñas.

Lois Smart dijo en la entrevista que Mary Katherine trató de avisarles a ella y a su esposo inmediatamente. “Los vio caminando por el corredor. Pensó que iban hacia el cuarto de sus hermanos y que iba a llevárselos a ellos también. Luego pensó que el hombre la había visto y regresó corriendo a su cama”.

Desde un inicio, la hermana menor dijo que el hombre que ingresó a su cuarto le parecía conocido, pero no fue sino hasta octubre de 2002 que dijo creer que sabía quién podía ser. Describió a un hombre que la familia conoció en el centro de la ciudad pidiendo dinero. Les dijo que su nombre era Emmanuel. En noviembre de 2001 había realizado algunos trabajos en el cielorraso de la casa y había recogido hojas secas. La policía luego lo identificó como Brian David Mitchell, vagabundo y profeta autoproclamado. También se determinó que Wanda Eileen Barzee estuvo involucrada en el secuestro.

La policía recibió dos llamadas de personas que vieron a Mitchell y lo reconocieron de las fotografías en que se decía que lo buscaban para cuestionarlo en relación con la desaparición de la niña. Dijeron que habían visto a un hombre con una descripción similar a la de Mitchell caminando por la calle con dos mujeres en un suburbio de Salt Lake City. Al momento de encontrarla, la niña llevaba peluca, lentes oscuros, un abrigo azul y algo similar a un velo.

En respuesta a una lluvia de preguntas, una vez más cuestionando el motivo de la duración del cautiverio, la policía dijo estar convencida de que se trató de un secuestro y que Smart estuvo retenida contra su voluntad. Elizabeth explicó que no le era posible escapar, porque tenía a dos personas con ella todo el tiempo.

Se dijo que habían estado en varios lugares durante los meses del rapto y que acamparon gran parte del tiempo. Otros informes apuntaban a que inmediatamente después de la desaparición se internaron en las montañas, luego pasaron a San Diego, Atlanta y que días antes del descubrimiento habían regresado a Salt Lake City.

Continúa en siguiente página.

Llamó la atención que, en ocasiones, su captor incluso la llevó con él a caminar por el pueblo. Muchos se preguntaron por qué ella no trató de huir entonces, lo que algunos expertos e investigadores atribuyeron al Síndrome de Estocolmo, una condición psicológica en la que los secuestrados se identifican con sus captores.

No obstante, sí huyó cuando la puerta hacia el garaje quedó abierta y pudo salir a buscar ayuda a una casa cercana. Strasshof, pueblo donde se encontraba, es un sitio con vecinos amigables, pero celosos de su privacidad. Irónicamente, las casas están muy cerca unas de otras, los niños juegan tranquilamente en las calles y las puertas se dejan abiertas la mayoría del tiempo. La mayoría de los vecinos se mostraron incómodos al hablar del tema y otros afirmaron que estaban impactados con la noticia y que nunca percibieron señales que despertaran sospechas.

El primer comentario público de Kampusch acerca de su captor, emitido a través de su psiquiatra, fue: “él era parte de mi vida”. El reconocido psiquiatra austríaco, el profesor Reinhard Haller, fue consultado por varios medios y dijo que ella mostraba una clara ambivalencia hacia su secuestrador fallecido. “La relación era tan complicada y variada, que es difícil de explicar”, afirmó.

Tres meses después de la desaparición de Kampusch, la policía cuestionó a Priklopil, uno más entre cientos de dueños de camionetas blancas, única pista otorgada por una niña que presenció el secuestro. Sin embargo, Nikolaus Koch, el investigador a cargo del caso, aseguró que en ese momento él tenía una coartada firme. Por otro lado, Maj-Gen Gerhard Lang, del Federal Criminal Investigations Bureau, dijo que al interrogarlo, la policía lo encontró “convinciente, amigable y cooperativo – nadie tenía razón alguna para dudar de él”.

La Ministra del Interior, Liese Prokop, saltó a la defensa diciendo que no quiere culpar a la policía, ya que trabajaron con lo mejor de sus conocimientos y habilidades de entonces, aunque con la tecnología y conocimiento actuales algunas cosas podrían hacerse mejor y más intensamente.

## La sorpresa de dos en uno

El caso de Kampusch fue seguido por el de William “Ben” Ownby y Shawn Hornbeck, hallados en enero de 2007 en Saint Louis, Missouri, EE.UU.

Shawn Hornbeck, hoy con 15 años de edad, desapareció en octubre de 2002, luego de salir de su casa a la 1:15 p.m. de un domingo para visitar a un amigo; nadie supo más de él. Ownby de 13 años, desapareció poco después de bajarse de un bus escolar, cuatro días antes de que la policía de Missouri encontrara a ambos niños juntos.

De nuevo la principal pista en el caso de Ownby fue la descripción de una camioneta, aportada por un adolescente que estaba con Ownby en el momento del secuestro. La policía seguía más de 500 pistas para buscar el camión.

Siguiendo una de ellas, unos oficiales llegaron a un complejo de apartamentos y descubrieron un carro que calzaba con la descripción. Cuando ingresaron al apartamento del

dueño, Michael J. Devlin, de 41 años y administrador de una pizzería, se llevaron una doble sorpresa. Adentro encontraron a quien buscaban –Ownby–, pero también a un joven de 15 años que se presentó como Shawn Hornbeck.

## Dudas tras el rescate

Como pareciera ocurrir en casos de secuestros largos, las preguntas no se hicieron esperar. Un artículo del 15 de enero de 2007 de “The Associated Press”, subrayaba las oportunidades de Hornbeck para escapar, sobre todo porque después de su desaparición, el rostro del niño estaba en todas partes: cartones de leche, volantes y periódicos. Por eso era difícil creer que todo el tiempo estuvo en un apartamento donde los vecinos lo veían a diario.

Lo más curioso parece ser que no se trataba de un secuestrado sujeto a estrictos controles, ya que quienes lo conocían afirman que lo vieron en múltiples ocasiones jugando fútbol americano en la calle, armando una tienda de campaña en la terraza, montando su bicicleta alrededor del complejo. Como si fuera poco, pareciera que hasta tenía acceso a un teléfono celular. “No despertó sospechas, porque no se veía sospechoso”, decía el artículo. En él se cita al propietario del apartamento, diciendo que el cuarto de Hornbeck ni siquiera tenía cortinas. Para él y los vecinos, Devlin vivía con su hijo.

Además, Devlin tampoco parecía tener motivos para ser sospechoso. Había vivido toda su vida en esta comunidad de tan solo 26.000 habitantes, tenía familia en la zona y aparte de unos cuantos partes de tránsito, no contaba con un récord criminal.

Quizás lo único que pudo haber sido extraño eran las discusiones y ruidos que escuchaba a todas horas Harry Reichard, del apartamento directamente arriba del de Devlin. Sin embargo, eso por sí solo no fue suficiente para llamar la atención sobre el par.

Stephen Golding, psicólogo forense entrevistado por “The Associated Press”, explicó que los captores establecen control sobre sus víctimas a través del miedo. “Se les lleva a creer, aprovechándose de aquello en lo que son vulnerables, que irse no es una opción y que harán las cosas peor para ellos o para otros”, dijo.

Donnellan, del CNNDE, destacó que lo más llamativo de este caso fue que una misma persona secuestró a más de un niño, sin dejar de lado la duración del cautiverio de Hornbeck.

Muchos establecieron un paralelo entre ese caso y el de Elizabeth Smart, de Salt Lake City, secuestrada en 2002 por un farsante religioso y atrapada durante nueve meses. Tras su regreso también hubo quienes señalaron que la niña no escapó a pesar de haber tenido oportunidades aparentes. (Ver recuadro: “La niña que conmovió a todo un país”).

## De lo más extraño

Randolph Dial, escultor y pintor, se encontraba en el Reformatorio Estatal de Oklahoma por el asesinato de un ins-

**La niña que conmovió a todo un país (continuación)**

**El hombre equivocado**

Al inicio de las investigaciones, todo parecía apuntar hacia Richard Ricci, misceláneo de 48 años. Ed Smart, padre de Elizabeth, dijo en la entrevista citada, que “circunstancialmente, él parecía ser la persona”.

Ricci había trabajado en casa de los Smart en la primavera y el verano de 2001.

La policía le encontró un historial de crímenes violentos y él admitió haber robado en la casa de los Smart y la de sus vecinos. Sin embargo, Mary Katherine era quien más dudaba que Ricci fuera el responsable de la desaparición de su hermana. Su padre comentó en la entrevista que cuando la pequeña “vio su foto en la televisión dijo: ‘¿Qué hace Richard ahí? No fue Richard’”.

Si bien es cierto que nunca se le acusó formalmente, lo mantuvieron encarcelado por violación a su libertad condicional. A pesar de que lo presionaron fuertemente durante junio y julio, todo el tiempo negó haber estado involucrado.

El 27 de agosto sufrió una hemorragia cerebral, mientras estaba en la Prisión Estatal de Utah por los cargos menores de robo a la familia Smart y a sus vecinos. Murió tres días después, sin haber recobrado conciencia. Tras su muerte, la policía continuó investigándolo y no lograron encontrar nada que los llevara hacia Elizabeth.

Fuentes: “Elizabeth Smart Found Alive”, CNN.com, 13 de marzo, 2003. “Bringing Elizabeth Home”, Katie Couric Special: Smart Family Talks About Terrifying Experience, NBC, 24 de octubre, 2003.

structor de karate en 1981. Había obtenido un estatus especial, lo que le permitió manejar un programa de elaboración de cerámica junto con Bobbi Parker, esposa del director adjunto de la cárcel. Hasta tenía acceso a la casa de la familia Parker durante el día, ya que se ubicaba en el mismo terreno del centro correccional.

En 1994, Dial se fugó de prisión y Parker desapareció con él. La policía la clasificó como una persona desaparecida y en peligro, ya que temían que el hombre la hubiera secuestrado.

Se dice que la madre de Parker recibió una llamada de su hija la noche de su desaparición, en la que le dijo llorando: “No puedo hablar ahora. Estoy bien. Dile a las niñas que las veré pronto”. Al día siguiente hizo una segunda llamada a una amiga a quien le dijo: “Dile a las niñas que las amo y estaré en casa pronto”. Desde entonces no se supo nada más de ella.

En 2005, “America’s Most Wanted” recibió la pista que llevó a la recuperación de Parker en Campiti, una pequeñísima comunidad en Texas, cerca del límite con Louisiana. Allí Parker y Dial trabajaban en un rancho de gallinas.

Ella declaró a las autoridades que había estado oculta contra su voluntad al temer por la seguridad de su familia. Dial, por su lado, aseguró que su relación con Parker nunca fue romántica y que vivían en cuartos separados. Él mismo justificó la relación de Parker con él como causada por el Síndrome de Estocolmo. “Ella vivía bajo la impresión de que si trataba de huir, yo iría detrás de ella y la haría lamentarlo, particularmente por su familia. No lo iba a hacer, pero ella no sabía eso”, dijo el mismo Dial.

El 8 de abril de 2005, CBS junto con AP, citaron a Frank M. Ochberg, ex-Director del Instituto Nacional de Salud Mental y experto en el Síndrome de Estocolmo, diciendo que aunque no intentaba un diagnóstico de Parker a larga distancia, sí describiría dos claras posibilidades.

Ochberg explicó que la mujer pudo haber sufrido el síndrome “si pasó por las etapas de shock, terror y regresión que se ven en capturas súbitas, y si desarrolló los irónicos y profundos sentimientos positivos por su captor, de forma espontánea y sin control consciente”.

Pero, por otro lado, dijo que “si había hecho una elección calculada para quedarse con su atacante (o irse con él desde un inicio), quizás por temor de que la dañara a ella o a su familia, o por preferencia por una vida distinta, entonces el síndrome no aplicaría”.

Una vez más, surgen las dudas. Los residentes del pequeño pueblo describen a Richard y a Samantha (“Sam” Deahl) –sus nombres ficticios-, como una pareja extraña que no trataba con otros y evitaba visitar el pueblo cercano.

Se dice que cuando Sam (Parker) iba al pueblo a hacer sus compras en el supermercado principal, llevaba un gran sombrero de paja, un pañuelo en el cuello y un vestido flojo; “como si estuviera de incógnito”, afirman.

Vivían en una casa rodante en un recluso lote, cerca de una calle de tierra al otro lado de cinco largos encierros metálicos para pollos. La mayoría asegura que aunque pensaban que algo no estaba bien, nunca sintieron que ella tuviera miedo o que se sintiera amenazada. Es más, varias personas



**El Síndrome de Estocolmo es un asunto complejo.**

## Más casos similares

Steven Gregory Stayner fue secuestrado el 4 de diciembre de 1972 cuando tenía siete años. Casualmente, era hermano del asesino en serie, condenado y en prisión, Cary Stayner.

A su regreso de la escuela fue secuestrado por Kenneth Parnell, un criminal y abusador de niños convicto, quien lo mantuvo con él durante siete años diciendo que era su hijo y que se llamaba Dennis Gregory Parnell. Durante este tiempo estuvieron en varios sitios e incluso lo matriculó en algunas escuelas.

En febrero de 1980, debido a que el pequeño se acercaba a la pubertad, Parnell secuestró a Timmy White, de cinco años. Motivado por la angustia del niño menor, Stayner escapó con él cuando su captor estaba en el trabajo y lo llevó hasta una estación de policía. Debido a las sospechas de que él había secuestrado al niño, Steven —ahora con 14 años— reveló su identidad. Parnell fue condenado por los dos casos de secuestro.

- Fusako Sano, una niña japonesa de 10 años, fue secuestrada por Nobuyuki Sato de 28 años. El hombre, mentalmente perturbado, la mantuvo encerrada en el piso de arriba de su apartamento durante nueve años y dos meses. Irónicamente, todo este tiempo estuvo a solo 200 metros de una caseta de policías y a 55 kilómetros del sitio de donde fue raptada.

Su captor la mantuvo atada durante varios meses, utilizó una pistola paralizadora como castigo si no cumplía con su tarea de grabar las carreras de caballos en la televisión, la amenazó con un cuchillo y la golpeó. Vestía con la ropa de Sato y recibía comida tres veces al día.

La madre del hombre vivía abajo en el apartamento, pero nunca tuvo contacto con la niña, por la violenta reacción de su hijo cuando siquiera se acercaba a las escaleras.

Se cuestionó el accionar de la policía, ya que Sato había sido condenado por actos violentos contra otra niña en 1989, pero su



nombre desapareció de la lista de delincuentes, por lo que ni siquiera fue considerado como sospechoso del secuestro de Sano en 1990. Solo fue descubierto por la policía después de que su madre llamó repetidamente a las autoridades para denunciar el comportamiento violento de su hijo hacia ella.

- Colleen Stan permaneció secuestrada de 1977 hasta 1984 en California, Estados Unidos. El responsable, Cameron Hooker, actuó junto con su esposa Janice Hooker (quien llevaba consigo a su bebé de ocho meses), a quien agredía. Bautizó "Carol Smith" a su prisionera y la sometió a siete años de tortura y privación sensorial, como parte de su adicción sadista.

Hooker se tomó tiempo para planear el secuestro e incluso fabricó pequeñas cajas de madera en las que encerraría a su víctima. Una de ellas estuvo colocada debajo de la cama de Hooker y su esposa. Le hizo creer a Stan que existía una organización llamada "La Compañía", que la vigilaba a ella y a su familia y que les haría daño a todos si intentaba escapar. Incluso la hizo firmar un contrato de esclavitud con el supuesto grupo.

Se dice que es posible que Stan haya padecido del Síndrome de Estocolmo. El caso es verdaderamente impresionante, sobre todo porque a los tres años del secuestro, Hooker llevó a Stan a ver a su familia y la obligó a decir que era su prometido (por temor, ella no pidió ayuda). Escapó tiempo después con la ayuda

de la esposa de Hooker, quien le dijo la verdad de que no existía la tal "Compañía".

- Las rusas Lena Simakhina, de 17 años y Katya Martynova, de 14, fueron secuestradas en el año 2000 por Viktor Mokhov, un obrero de fábrica de 53 años. Las raptó cuando pedían un aventón, tras salir de un club nocturno. Les ofreció licor, que había mezclado con drogas y las jóvenes perdieron el conocimiento. Se despertaron en una celda subterránea de 2.5 metros cuadrados a 3 metros de profundidad.

La policía calcula que el hombre trabajó de noche durante alrededor de tres años para construir el calabozo. Excavó a mano cerca de 60 toneladas de tierra que esparcía en un lote cercano. Edificó un verdadero complejo para mantener ocultas a sus prisioneras. Tras ingresar por una contraventana en el garaje, se llegaba a un cuarto secreto a nivel del suelo, y luego, por una puerta escondida, con escalera de madera hacia otra cámara abajo. Luego había una pequeña escotilla con candado a nivel del tobillo que daba a otra puerta y luego a la celda de las jóvenes.

Durante casi cuatro años fueron sus esclavas sexuales. Mokhov vivía con su madre anciana, que negó haber tenido conocimiento de las niñas.

Simakhina dio a luz a dos bebés durante su cautiverio y tenía ocho meses de embarazo cuando fue hallada. Se cree que fueron dejados en un orfanatorio local.

En 2004, antes de ser descubiertas, Mokhov comenzó a llevarlas ocasionalmente en caminatas nocturnas. En una de estas oportunidades, las jóvenes lograron entregarle un casete de música con una nota oculta pidiendo auxilio, a un desconocido que pasó cerca de ellas. En seguida le informó a la policía, que las rescató poco después.

Tras su arresto, Mokhov dijo a los investigadores que "quería tener muchos hijos. Quería mejorar la situación demográfica de Rusia".

Fuentes: "Ben Ownby, Shawn Hornbeck Both Found Alive!", CNN, 14 de enero, 2007. Betsy Taylor, "Questions Raised After Missing Boys found", AP, 14 de enero, 2007. "Kidnap Girl: Family Never Gave Up", CNN, 2006. Daniel Lovering, "Teen Missing Since 1996 Was Confined", AP, 22 de marzo, 2006. "Woman Kidnapped As Toddler in '76 Found", ABC News/AP, 14 de mayo, 2006. "Austrian Girl 'Found' After Years", BBC NEWS, 24 de agosto, 2006. "Kidnap Preoccupies Austrian Press", BBC, 29 de agosto, 2006. "Warden's Wife Found After 10 Years", America's Most Wanted, Recuperación #47, 4 de abril, 2005. "Escapee: I held Woman Captive", MSNBC.com de The Associated Press, 8 de abril, 2005. "Captive Wife: Stockholm Syndrome?", CBS/AP, 8 de abril, 2005. "Carolyn Correa's Sentencing Day", AP, 23 de septiembre, 2005. Susan Chun y David Osier, "Mom Finds Kidnapped Daughter Six years later", CNN.com, 2 de marzo, 2004. Tom Parfitt, "Inside the Sex Slaves' Cell", Telegraph, 5 de agosto, 2004. "Elizabeth Smart Found Alive", CNN.com, 13 de marzo, 2003. "Bringing Elizabeth Home. Katie Couric Special: Smart Family Talks About Terrifying Experience", NBC News, 12 de diciembre, 2003. Suzanne Herel, "Vallejo Infant Abducted 6 years Ago Found Safe", San Francisco Chronicle, 7 de diciembre, 2002. Wikipedia.org

agregan que ella manejaba sola y que le hubiesen sobrado oportunidades para huir.

Entre lo más sorprendente es la versión de Charles W. Sasser, detective de homicidios pensionado, que escribió un libro sobre el caso de Dial. En noticias de AP del 8 de abril de 2005, se dice que en el año 2001 tuvo contacto con ambos y que por eso la versión de que se trató de un secuestro es difícil de creer.

Lo inusual de este caso continúa. El contacto con el autor se dio luego de que Dial viajara a Oklahoma para presenciar la firma del libro sobre su propia historia (titulado "At Large"). Sasser asegura que luego de leerlo, Dial lo llamó para decirle que "había acertado". Lo curioso es que según el ex-policía, también habló con Parker y no recibió indicios de que estuviera con Dial en contra de su voluntad. "Hablé con ella y le dije que llamara a sus hijas", dice.

## Desde bebés

El 17 de mayo de 1996, en el pueblo de Vallejo, California, EE.UU., Le-Zhan Williams -un bebé de solo cuatro semanas- fue robado de su casa luego de que los secuestradores mataron a su madre, de tan solo 17 años. Después del asesinato, se le prendió fuego a la casa que la joven compartía con su abuela. Los vecinos vieron a dos mujeres jóvenes abandonar la escena con un pequeño bulto en brazos.

Seis años más tarde, lo encontraron en Sacramento, California, vivo y con buena salud.

El diario "San Francisco Chronicle" reportó el 7 de diciembre de 2002 que la policía detuvo a Latasha Brown, de 22 años, por sospecha de asesinato y secuestro, y a su madre, Delores Ann Brown, de 44 años, por sospecha de ocultar a un menor.

Luego de haber salido del estado por un tiempo, un año antes de su arresto, ambas regresaron al mismo lugar donde el niño nació.

Tras su hallazgo, se le realizaron pruebas de ADN para asegurar la identidad del niño, para regresarlo a la familia.



## Más llamas

Tras un incendio en diciembre de 1997, la policía de Filadelfia dictaminó que una bebé de tan solo 10 días murió en el siniestro. Sin embargo, tras encontrarla con vida alrededor de seis años más tarde, se habla de la posibilidad de que el incendio haya sido solo un distractor para lograr secuestrar a la recién nacida.

Luz Cuevas, madre de la niña, no la encontró al llegar al cuarto. Después de un rato, debió salir de la casa por el exceso de humo y con quemaduras en su cara. Sus otros dos hijos lograron salir y ponerse a salvo.

Al no haber encontrado restos de la recién nacida, la policía concluyó que se habían incinerado y la causa oficial del incendio se registró como el sobrecalentamiento de una extensión conectada a un calentador.

Cuevas nunca estuvo convencida de que su hija hubiese muerto en el incendio y en enero de 2004 se llevó la impresión de su vida. En una fiesta de cumpleaños del hijo de un conocido, se impactó con la similitud física de una niña de seis años con ella misma y con sus otros hijos.

Con el fin de obtener cabellos para realizar pruebas de ADN que comprobaran su teoría, la mujer le dijo a la niña que tenía un chicle en su cabello.

Un representante del estado contactó a Cuevas con la policía, que abrió una investigación y efectuó las pruebas de ADN que probaron que la niña era, en efecto, hija de Cuevas.

Carolyn Correa, de 41 años, fue señalada por la policía como la responsable de iniciar el incendio y raptar a la niña. Mientras se esperaban los resultados de las pruebas, la pequeña estuvo en custodia policial, pero al regresar a la casa de Correa con los resultados, la policía descubrió que había huido, dejando atrás tres niños más.

Al informar sobre el hecho el 2 de marzo de 2004, CNN.com obtuvo información de Thomas McDevitt de la unidad de víctimas especiales, quien dijo que Cuevas explicó a la policía que Correa era una amiga distante de un primo del padre de la niña, de quien Cuevas se separó.

Aparentemente, ambas mujeres se conocieron el día antes del incendio. Correa regresó al día siguiente diciendo que había dejado su cartera en el segundo piso; el fuego se descubrió poco después de que Correa se marchó de la casa. Días más tarde, Correa se entregó a las autoridades y tras el juicio realizado en septiembre de 2005, fue sentenciada a entre nueve y 30 años de prisión.

Las dudas de por qué la policía declaró muerta a la bebé no se aclararon por completo. Se pensó que fragmentos de hueso que se encontraron en la escena eran humanos, pero pruebas años más tarde determinaron que no lo eran. Un oficial involucrado afirmó que en el momento del incendio no existía razón alguna para sospechar que el incendio fuera provocado o secuestro.

# Dr. Fernando Morales Martínez

Por el adulto mayor

Foto: Jeffrey Arguedas Benavides



**María del Mar Cerdas R.**

“No hay una cultura hacia el adulto mayor, posicionada como yo la quisiera, pero estamos mejor que hace 30 años. Hemos ido mejorando, pero aún estamos muy lejos de donde deberíamos estar”.

Si bien en la familia de su madre había una vena médica, sin pensar en ella Fernando Morales supo desde muy temprana edad que tenía la actitud y la vocación para estudiar Medicina. El joven se dejó inspirar por lo que veía a su alrededor y por las inquietudes que brotaban en él sobre la parte ideológica de las ciencias.

“Siempre fui constante en la decisión”, recuerda. “En el colegio tuve claro en todo momento lo que quería hacer y lo hice, en contraste con otros que dijeron que iban a hacer algo e hicieron una cosa distinta o del todo no estudiaron”.

## Manos a la obra

El apoyo de sus padres le permitió viajar a Guadalajara, México, para comenzar su

deseada carrera. Al concluir, realizó el servicio social en ese país y luego en Costa Rica. En esta, su patria, también cursó la especialidad de Medicina Interna, con la UCR, en el Hospital Calderón Guardia.

Más adelante, la Geriátrica lo atrapó y a ella dedicó alrededor de siete años, para especializarse. “Siempre me ha llamado mucho la atención la parte social, y la Geriátrica presenta el mundo desde el punto de vista de cuatro esferas: médica, mental, funcional y social. No solo se ve un área, sino todas las cuatro facetas que hacen un todo para integrar al ser humano”, comenta Morales. “De estudiante vi que el anciano era la persona de la que nadie se ocupaba e incluso a mí nunca me formaron para atenderlo; me veía en apuros pensando cómo tratar al anciano o anciana, por haber recibido pocos conocimientos”. Al dedicarse de lleno a las personas mayores, conjugaba sus intereses en la esfera médica y social.

Aunque reconoce que le costó cierto trabajo encontrar el lugar ideal para estudiar Geriátrica y Gerontología, debido a que en el país no existía ese programa, luego de realizar estudios de Medicina Interna en la Universidad de Nueva York, viajó a la Universidad de Pensilvania. “Me fui a EE.UU. pensando que ahí iba a conseguir lo que buscaba, pero en la década de 1980 no estaba tan bien organizada la Geriátrica”, recuerda. Aclara, no obstante, que hoy día las cosas han cambiado y la formación en esa área ha mejorado mucho.

En Pensilvania se contactó con el profesor de Geriátrica de la Universidad de Edimburgo, universidad “madre” de la suya, adonde más adelante asistió y concluyó sus estudios. Luego regresó a Costa Rica a poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

### Dedicación total

Desde antes de salir del país para especializarse, ya había comenzado a dar una lucha que aún hoy, casi 30 años más tarde, no termina. Consciente de que la situación actual del adulto mayor en el país está lejos de ser la óptima, este médico ha dado múltiples luchas por combatir el abuso, maltrato, abandono y negligencia en la atención de las personas mayores. Desde su llegada al Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, sus esfuerzos tomaron más fuerza y no han cesado.

*“Me preocupa sobremedida la actitud generalizada de que nada nos importa. La gente y el médico piensan que nunca van a envejecer. Son lamentables algunos casos de ancianos que tengo que ver. La gente cree que este tema siempre es con otros y que no los alcanza a ellos. Esto ocurre aún más entre la gente joven; la mayoría piensa que no va a envejecer y se sienten como si hubiesen hallado la fuente de la eterna juventud”, afirma. El especialista destaca que la vejez es inevitable y, aunque la cirugía plástica rejuvenece por fuera, advierte que la parte interna nada la pueda arreglar.*

### Esfuerzos y más esfuerzos

En 1992 se abrió la especialidad de Geriátrica en la UCR. Además de empezarla,

Morales es el director del programa, de la mano de un excelente equipo de profesionales. Actualmente cuenta con más de 40 médicos graduados y alrededor de 30 más en formación. El puesto se elige cada dos años y en todas las ocasiones ha resultado electo.

De igual forma llegó a la dirección del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes hace 13 años, mediante un concurso. “Toda mi vida profesional y estudiantil ha sido a base de esfuerzos, méritos y perseverancia”, afirma. “Me he sacrificado porque he tenido que estar fuera del país muchos años; viví afuera por más de 12. Mi vida personal fue la más sacrificada, pero al final tengo una especialidad casi como otra carrera, con cerca de siete años de estudio”.

Morales destaca el gran apoyo que siempre tuvo de sus padres. El afirma que ahora se está viviendo en otro mundo y otra vida. Actualmente, asegura que aunque se les ofrecen a los estudiantes excelentes oportunidades para ir a los mejores centros de estudio en el mundo, pocos tienen el interés de invertir en ello. Al menos hoy en día existe la posibilidad de formar a los médicos geriatras en el país, tras la creación del programa de posgrado. Morales se asegura de que esté al más alto nivel y todos los años se hace una evaluación muy crítica para tratar de mejorarlo.

Y es que la atención del adulto mayor cada vez adquiere más trascendencia. Según explica Morales, “a diferencia de los países desarrollados, que primero se hicieron ricos y luego envejecieron, nuestro país sigue siendo pobre, al mismo tiempo que envejecemos. Tenemos que ser muy talentosos, creativos y originales para dar la respuesta necesaria. Aunque la tenemos, ocupamos el apoyo de toda la comunidad médica, la población en general y los políticos, que suelen ser demasiado olvidadizos. Las ideas están ahí, igual que la voluntad y la experiencia”.

### Costa Rica en el mundo

Esa relación también ha favorecido la posición de Costa Rica en atención primaria.

### DATOS IMPORTANTES

- **Nombre:** Fernando Morales Martínez
- **Estado civil:** Casado
- **Esposa:** Marisol Rivera Lang.
- **Estudios:** Egresado en Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara (al estar los estudios unificados, el título es de la Universidad Nacional Autónoma de México); estudios de Posgrado en Medicina Interna en la Universidad de Nueva York; Universidad de Texas y Universidad de Pensilvania para la especialidad en Geriátrica y Gerontología; especialidad en Medicina interna en la Universidad de Costa Rica, en el Hospital Calderón Guardia. Universidad de Edimburgo, Escocia, especialidad en Geriátrica y Gerontología. Posgrado en la Universidad de Ginebra en Geriátrica y Gerontología Médica.
- **Reconocimientos:** Fellow del Royal College of Physicians de Edimburgo, Gran Bretaña y del American Geriatric Society de Estados Unidos. Miembro de la Academia Europea de Geriátrica, EAMA, Suiza
- **Publicaciones:** Con OMS y OPS, gran cantidad de publicaciones, libros, investigaciones, congresos y actividades en diferentes lugares del mundo. Localmente ha escrito varios libros de Geriátrica y Gerontología. Pronto saldrá el tercer tomo de “Elementos prácticos en Geriátrica y Gerontología”.
- **Lugar actual de trabajo:** Director del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología (desde 1994). Además, es catedrático de la Universidad de Costa Rica y asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- **Otros:** Desde 1984 hasta la fecha, de manera ininterrumpida, da un curso al año de una semana de duración de educación médica continua. Más de 3.000 médicos han pasado por este.

Hay que hacer conciencia sobre el respeto y el amor a los adultos mayores.

Por ejemplo, el país generó protocolos del manejo y tratamiento de las enfermedades de las personas adultas mayores que casi son de uso mundial y el lanzamiento por parte de la Organización Mundial de la Salud (OPS) se hizo en aquí en el año 2000.

También ha involucrado al país en proyectos a nivel mundial de gran importancia, como el de ciudades amigables con las personas mayores. En este momento, la suma de ciudades participantes es de 33 en un total de 22 países. Por otra parte, el nuestro es el único país centroamericano que figura en la lista de 10 países participantes en otro proyecto para clínicas amigables, que termina en Costa Rica a finales de mayo para presentarlo ante la OMS. Morales explica que de allí van a salir las pautas a nivel mundial de lo que debe ser un centro de salud amigable con las personas mayores.

Hace tres años el Dr. Morales llevó al país a participar en un programa contra el abuso, maltrato, negligencia en la atención y abandono del adulto mayor; Costa Rica fue una de 12 naciones participantes, financiadas con dinero de la Universidad de Ginebra.

“Hemos hecho todo lo que hemos podido”, dice el médico. “Además, tenemos excelentes relaciones con diversas universidades Europeas, de Norteamérica y las Latinoamericanas más importantes”.

Pero queda claro que aún queda mucho camino por andar. Lo primero que debería cambiar en este campo, según lo comenta el Dr. Morales, es seguir insistiendo en la cultura y en mejorar la actitud de las personas. Siempre les dice a sus estudiantes de Medicina que deben pensar qué va a pasar en el futuro, cuando sean abuelos, jubilados y con bisnietos. La pregunta es vital: “¿Qué van a hacer entonces?”.

“Son solo gotitas en el mar, pero por eso hay que insistir una y otra vez, sin pensar en uno mismo sino en los ancianos. Si se logra influir en la comunidad médica, ya eso es una gran cosa”, destaca.

La información es la herramienta para estar preparado. Pensando en ello, se ha creado una “Escuela de Oro” en el hospital

de Geriatria, donde se realiza una actividad al mes. Se presentan los temas más relevantes sobre una enfermedad determinada.

“Llegan 200 ó 300 personas mayores y preguntan de todo. Es muy importante, para que ellos se formen y formen a los hijos y amigos; y corran la voz”, dice Morales. “No hay otra manera de lograrlo. Salimos en la televisión, en la radio y en otros medios de comunicación. Estamos constantemente innovando programas para promover este aprendizaje, para que se vaya haciendo una cultura de aprecio y respeto por el adulto mayor”.

El esfuerzo nunca ha cesado. Así surgió la idea de la Cadena Mayor auspiciada por la Oficina de la Primera Dama de la República, que se desarrollo durante 5 años, con el propósito de crear conciencia en nuestra comunidad y recaudar dinero para el equipamiento de la nuevo edificio del Hospital Geriátrico. Morales recuerda que a raíz de esa labor hubo hijos que teniendo las posibilidades para hacerlo, recogieron a sus padres, que estaban en asilos, y se los llevaron a sus casas.

“La Geriatria no es una profesión glamorosa como, otra profesiones, pero es una especialidad muy bonita, muy llena de lindas experiencias y vivencias. El paciente es muy agradecido y está deseoso de que lo ayuden. Al que le guste, va a vivir maravillosamente bien, porque se obtienen muchas satisfacciones y uno puede aprender mucho de cada persona que ve”, dice Morales.

A menudo los hijos de adultos mayores le aseguran al médico que no saben cómo tratar a sus padres o abuelos. La respuesta del médico es simple: “¿Ustedes tienen hijos? Nadie les enseñó a ser padres, ¿verdad? Pues es igual, uno aprende haciendo. Igual ocurre con las personas mayores”.

Lo más importante para este especialista es no marginarlas ni institucionalizarlos en hogares para ancianos para que otros se encarguen de ellos. La solución es prepararse bien. “Es un arte del cual hay que aprenderlo todo”, dice Morales. “También envejecer es un arte que hay que aprender. Saber envejecer, saber que le toca a uno. No hacer lo de los avestruces y negarse a lo que viene”.

## MÁS A FONDO

- **Eutanasia:** Es un tema ético que debe madurarse, analizarse y profundizarse. Tenemos que llegar a un consenso nacional. Tiene implicaciones muy profundas.
- **Principal satisfacción:** Servirles a las personas adultas mayores.
- **Pendiente:** Concretar todo el plan que hemos diseñado para personas adultas mayores y superar todos los obstáculos que han aparecido en el camino.
- **Pasatiempo:** Me gusta viajar, leer, escribir, caminar, oír música.
- **Libro:** “Cruzando el umbral de la esperanza”, a mi juicio, la obra maestra de Juan Pablo II.
- **Cómo quisiera pasar sus últimos días:** Seguir siendo activo, independiente y autónomo, con capacidad de juicio. Quisiera continuar contribuyendo desde cualquier lugar donde pueda, con motivación para que se sigan haciendo programas y actividades y todo lo que vaya a beneficiar a las personas mayores.
- Todos, independientemente de la especialidad, deben formarse e informarse en este tema, no solo por la práctica profesional, sino por su propio beneficio... Éxito no quiere decir lingotes de oro, sino satisfacción plena y salud plena.

Este médico se declara un apasionado enamorado, de principio a fin, de la Geriatria.



# Alcances del Programa de Atención Telefónica,

## Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo

Lic. Javier Rojas Elizondo

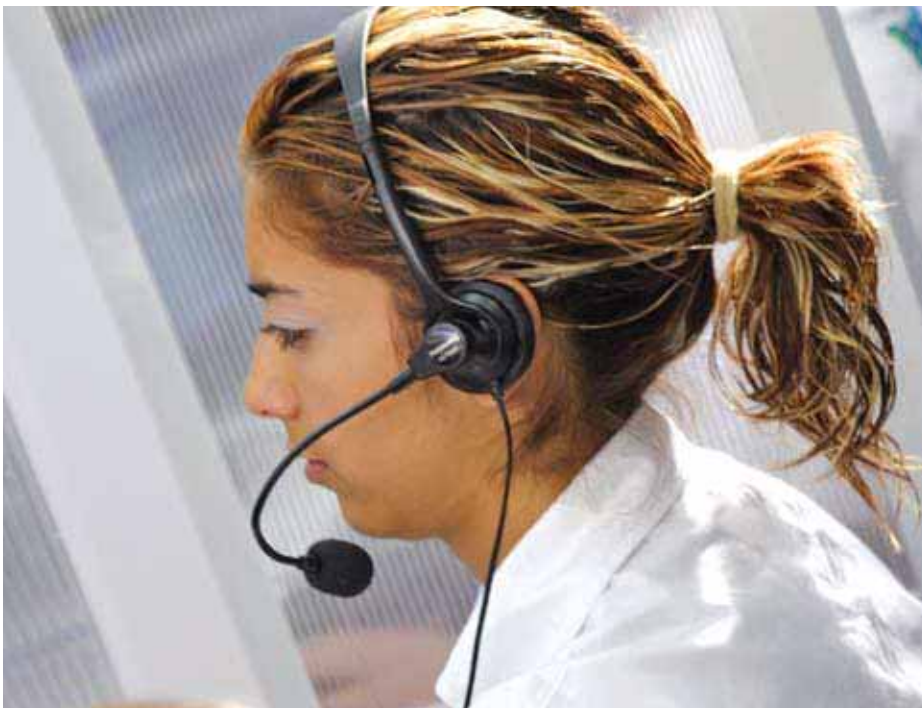
Enfermero especialista en Salud Mental  
Psicólogo especialista en Modificación de Conducta  
Jefe Departamento de Enfermería, Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo

### Resumen

En el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo se utiliza un modelo de atención telefónica. El programa se ha convertido en una estrategia en la prevención, evolución y tratamiento de la enfermedad. Entre los objetivos del programa se encuentra la implementación de acuerdo a las normas y protocolos de la atención de una persona con enfermedad terminal. Entre las características más importantes del programa está el que es un sistema genérico que se adapta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas y terminales. El modelo utiliza los postulados básicos de los componentes de intervención en crisis. Entre ellos el contacto psicológico, las dimensiones del problema, las posibles soluciones, las acciones concretas y el proceso de seguimiento.

### Introducción

En los últimos tiempos ha aumentado el interés por los temas relacionados con el Control del Dolor y los Cuidados Paliativos. En Costa Rica las unidades de Control del Dolor ofrecen servicios integrales, mediante un enfoque biopsicosocial del ser humano. Esto permite configurar perspectivas globales y multifactoriales del sufrimiento y su impacto en las personas.



En el trabajo diario se encuentran situaciones problemáticas que requieren ser resueltas rápidamente. En esta orientación se utilizan modelos de intervención telefónica. En nuestro país, el modelo inició en el año 1999 y se ha convertido en la columna vertebral del movimiento de prevención, evolución y tratamiento del enfrentamiento a la enfermedad. En el desarrollo de este trabajo se presentan los alcances de este programa. Se detallan

**En el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo se utiliza un modelo de atención telefónica.**



algunas de sus características más importantes. Se describe el modelo de intervención y se hacen referencias sobre el nivel de satisfacción de los usuarios. En este sentido, la investigación muestra información estadística relativa a los resultados de la intervención implementada.

### Objetivos

- Presentar información sobre los resultados del plan de atención telefónica del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Enunciar las características del modelo de atención en crisis a personas con enfermedades terminales.

### Características del Programa de Atención Telefónica

La característica más importante del programa de atención telefónica es que el paciente y su familia son el punto de partida. La atención telefónica permite proveer información y asistencia personal algunas veces en forma más satisfactoria.

Otra particularidad es que es de fácil acceso. La mayoría de las personas cuenta con un teléfono y el costo por su uso es bastante bajo. A la mayoría de los usuarios se le pide poca información, con lo que se respeta su confidencialidad. El espacio de atención del profesional en Enfermería se extiende al hogar, permitiendo maximizar el plan de cuidados.

Otros beneficios del Plan de intervención consisten en que se favorecen y se jerarquizan los criterios de intervención. McGee (1974) señala que las líneas de atención telefónica favorecen la seguridad familiar y por ende la calidad de vida de las personas que usan sus servicios. Un rasgo sobresaliente y que se aplica en las unidades de Control del Dolor es que permite diferenciar las Emergencias Paliativas de las que no lo son. Por último, el servicio favorece la coordinación entre los diferentes niveles de atención comunitaria tales como Equipos Básicos de Atención y Clínicas Periféricas.

### Ayuda por teléfono: modelo de atención

El modelo de intervención telefónica es genérico para trabajar en un sinnúmero de ambientes (Slaikeu 1996, 216); se puede adaptar con facilidad en el abordaje de personas con enfermedades crónicas y terminales. En la implementación del modelo se cuenta con la ayuda de los profesionales de Enfermería que laboran en el Centro. Para tal efecto, se les entrenó en los componentes de intervención en crisis (Shaikueu 1996, 75-92).

### Contacto psicológico

En la atención telefónica, el primer contacto con el paciente se refiere a la voz del interlocutor. En este apartado se incluye lo que dice y cómo lo dice. Para lograr los objetivos de este componente la voz debe ser calmada y estimuladora, para que la persona que llama se sienta comprendida. La voz del consejero puede reemplazar el estado de angustia de la persona que llama. El consejero debe evitar hacer simetría sonora con la crisis del usuario. Este aspecto requiere entrenamiento.

Se puede prestar especial atención a los silencios, al no contar con indicios verbales o gestos que ratifiquen el mensaje verbal. Algunas veces el silencio nos puede indicar pensamiento productivo.

### Dimensiones del problema

La mayoría de las personas que atienden el teléfono desconocen las características de las personas a las que se hace referencia. Esto implica hacer un interrogatorio previo que ayude a delimitar con claridad el problema

al que se hace referencia. Dentro de las preguntas básicas se encuentra el nombre de la persona o paciente para el que se necesita la ayuda. La segunda pregunta es acerca del número telefónico desde donde se está realizando la llamada. Seguidamente se registra el nombre y parentesco de la persona que realiza la llamada. Luego se aplican tácticas de preguntas abiertas tales como: "¿En qué le podemos ayudar?". Se debe confiar en la descripción narrativa que hace la persona que brinda la información. Para completar información se solicita el diagnóstico médico que se le realizó a la persona e información sobre el tipo de tratamiento que recibe actualmente. Usualmente se lleva registro escrito de la evolución de la conversación.

### Posibles soluciones

El número de llamadas telefónicas de un paciente con frecuencia brinda elementos sobre la evolución de este. Los usuarios por lo general agotan los recursos personales y sociales (Caplan, 1964). Es a través del contacto telefónico que se pueden explorar las alternativas que ha utilizado el usuario, previo al contacto. Algunas veces la estrategia consiste en hacer que el usuario reconsidere una solución que ha sido probada antes.

### Acción concreta

Se busca presentar posibles soluciones para que el usuario sea el que tome la decisión. Algunas de las pautas se encausan para que alguno de los familiares se acerque a la unidad de trabajo a recoger algún tratamiento necesario en la fase de crisis expuesta. Si el caso así lo amerita, se harán las coordinaciones necesarias para realizar una acción específica con el equipo interdisciplinario. La acción directiva también puede comprender una comunicación con la unidad móvil que visite o brinde un paso a seguir en la situación presentada. En la mayor parte de los casos, las intervenciones buscan el desahogo emocional como estrategia cognitiva en la expresión de sentimientos.

### Seguimiento

El plan de seguimiento permite el proceso de retroalimentación sobre la evolución del problema. Procedimientos como este deben ser parte del programa de visita domiciliaria.

## La característica más importante del programa de atención telefónica es que el paciente y su familia son el punto de partida.

### Resultados

El consenso de las principales revisiones de los registros que se llevan en el Centro muestra, en forma cualitativa, importantes interrogantes por parte de los usuarios del servicio. Estas están relacionadas con las características de este. A continuación se presentan algunas de las más sobresalientes:

- “¿Cuál es el costo de los Cuidados Paliativos?”
- “Mi familiar tiene cáncer. ¿Lo puedo llevar para que lo valoren hoy mismo?”
- “¿Qué tipo de ayuda económica se brinda a los pacientes?”
- “Mi familiar tiene cáncer, pero nosotros decidimos no decírselo. Queremos saber si ustedes guardarán el secreto.”
- “¿Podrían enviarme un médico y una enfermera para que valoren a mi familiar en la casa?”
- “¿Qué tipo de pacientes internan en esa institución?”
- “Recientemente he tenido muchos dolores. ¿Me podrían valorar?”
- “Mi familiar tiene cáncer. ¿Podría obtener ayuda psicológica?”

La mayoría de las interrogantes presentadas anteriormente evidencia la necesidad de la población de obtener información respecto a las características de los servicios que se brindan.

En el mismo estudio se demostró que la mayor parte de las llamadas recibidas en el programa correspondían a aspectos relacionados con el cuidado paliativo. En menor grado las llamadas obedecían a tópicos referentes al dolor crónico y a la organización del Centro.

Destaca además que durante el periodo de octubre de 2002 a marzo del año 2003, los tres síntomas más frecuentes por los que llamaron los usuarios fueron: el dolor en un 56%, el estreñimiento en un 10% y las náuseas y vómitos en un 9,5%.

En cuanto al sitio de fallecimiento se determinó que un 40% de las personas falleció en el hogar. Esto coincide con los están-

dares de calidad de vida de una institución de Control del Dolor y Cuidado Paliativo.

Con respecto a las dudas sobre el control de los medicamentos la mayoría de ellas apuntaba a la debilidad de los analgésicos, a los efectos de los opioides y al funcionamiento de ellos.

Con respecto al área emocional, la depresión reactiva se ubica en el primer lugar de las consultas, seguida por la dificultad en el afrontamiento de la enfermedad y en el tercer lugar, aspectos relacionados con la ira y el enojo como consecuencia inmediata del padecimiento.

### Conclusiones

1. Existe una estrecha relación entre la intervención telefónica y el grado de satisfacción que muestran los usuarios.
2. Los componentes de la metodología de intervención en crisis se adaptan a la metodología de un plan de intervención telefónica.
3. El modelo de intervención telefónica debe ser aplicado por un profesional en Enfermería con entrenamiento en intervención en crisis.  
Existen evidencias positivas del impacto de este tipo de intervención.
4. Es necesario reforzar la tecnología en materia de comunicación para maximizar los resultados de la intervención.

### Bibliografía recomendada

- Caplan, G. 1964. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books Inc.
- Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. 1998. Antología Curso Posgrado Centro Nacional del Control del Dolor y Cuidados Paliativos. San José: CCSS (Caja Costarricense del Seguro Social).
- Slaikau, Karl A. 1996. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Traducción del inglés. México: Manual Moderno.

# La venta de drogas ilícitas en las instituciones

## de segunda enseñanza de Costa Rica



Foto: Yessenia Montero Chaves

Dra. Lizbeth Salas Araya  
Médico cirujana  
Universidad Autónoma de  
Centroamérica (UACA)  
Área de Salud de Cartago



Foto: Yessenia Montero Chaves

Dr. Róyer Víquez Mesén  
Médico cirujano  
Universidad Autónoma de  
Centroamérica (UACA)  
Área de Salud de Puriscal



Foto: Yessenia Montero Chaves

Dr. Ricardo Martínez Díaz  
Médico cirujano  
Universidad Autónoma de  
Centroamérica (UACA)  
Área de Salud de Siquirres

### Introducción

Las drogas están presentes en todas las sociedades y constituyen el centro de una encrucijada, mercantil y política. A partir del siglo XX, las drogas fueron consideradas ilícitas y han estado vinculadas al mundo del crimen. No obstante las rápidas transformaciones que han ocurrido en nuestro planeta en todos los órdenes y la acumulación de conocimientos específicos sobre la cantidad y calidad del consumo de drogas y los movimientos de capitales banqueados, el problema pareciera agravarse. Los estados nacionales se han vuelto sensibles a la droga, donde la complicidad y la corrupción juegan un papel determinante para lograr el consentimiento de las esferas políticas más elevadas. Según estimaciones

conservadoras, el tráfico de las drogas en el mundo genera al año 500 mil millones de dólares.

Si revisamos las investigaciones hechas en diferentes partes del mundo, hallamos que el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas se da alrededor de los 13 años. Numerosos estudios revelan que los y las adolescentes pasan de consumir alcohol y tabaco a sustancias ilegales.

### Aspectos conceptuales

Recordemos que droga es toda sustancia de origen natural o sintético que al consumirla va a provocar una posible modificación en algunos de los sistemas de nuestro cuerpo. En esta definición que es bastante

amplia, usualmente son consideradas tanto sustancias legales como ilegales, incluyendo aquellas que son para el mejoramiento de nuestra salud. Así por ejemplo, si tuviéramos una fuerte cólico estomacal, lo más probable, al recurrir a una farmacia, es que le recomienden un antiespasmódico; si sucediera lo mismo en un lugar muy alejado de la ciudad o en un pueblo con pocas alternativas de medicación, lo más factible es que tomemos un mate o infusión de alguna planta natural que un familiar o amigo cercano nos sugiera. En ambos caos estamos incorporando sustancias que influyen de alguna u otra manera, una droga es sintética y la otra natural.

Con respecto a esto, es importante la diferenciación que hace Washton al distin-

guir el término genérico de droga del de sustancia psicoactiva, señalando que esta última es toda aquella sustancia natural o sistémica que al ingresar al organismo afecta de otra manera al normal funcionamiento del cerebro o su sistema nervioso central. Así, la precisión radica en que toda la sustancia psicoactiva (SPA) tiene como objetivo la modificación o alteración de las funciones psicológicas.

En relación a la clasificación de las drogas que producen dependencia existen muchos criterios que las catalogan. Una clasificación básica es aquella que se atiene a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias.

Washton sugiere que con fines educativos para el paciente se consideren hasta tres posibles categorías de sustancias psicoactivas: estimulantes, depresores y alucinógenos.

Se considera estimulantes a todas aquellas sustancias que excitan y activan el funcionamiento del sistema nervioso central; que se asocian a comentarios que hacen las personas como: "Subir el ánimo", "quitar el sueño o hambre". En esta categoría están la cocaína (clorhidrato, pasta básica, bazuco), el tabaco (nicotina), café (cafeína), medicamentos (anfetaminas, broncodilatadores, antiitúrgenos, entre otros).

Las sustancias depresoras son aquellas que enlentecen la capacidad de funcionamiento del sistema nervioso central, por ende las funciones psicológicas y corporales. Son aquellas de las que algunas personas comentan que dan sueño, tranquilizan o a veces entristecen; por ejemplo: alcohol, la heroína, medicamentos tranquilizantes.

Las sustancias alucinógenas son las que alteran la percepción del individuo, por lo que la persona puede apreciar ciertos estímulos distorsionados. Sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD) y el cannabis.

## Justificación

El consumo de drogas es un tema de preocupación pública y de seguridad ciudadana. Carecemos de estimaciones nacionales que permitan evaluar la magnitud del fenómeno. Algunos estudios del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia arrojan algunas pistas de la situación, entre ellas es importante destacar la investigación sobre adolescencia y drogas en Costa Rica,

acercándose al conocimiento del consumo, desde cuatro diferentes grupos de población: estudiantil, adolescentes de la calle, jóvenes infractores y adolescentes en tratamiento.

En los estudiantes, el consumo se asocia a sustancias catalogadas como lícitas (alcohol, tabaco, tranquilizantes). En 1993 se hizo una investigación con estudiantes de décimo y undécimo años de educación secundaria, donde se determinaron prevalencias de consumo de tabaco en el último año, pero no nos indica la existencia dentro de este grupo de consumidores de sustancias ilícitas, ni el lugar de adquisición de la droga. Con esta interrogante surgen otras, como el factor económico, el tipo de droga de mayor venta entre los jóvenes estudiantes y aspectos que los llevan a iniciarse en las drogas ilícitas.

## Según estimaciones conservadoras, el tráfico de las drogas en el mundo genera al año 500 mil millones de dólares.

La preocupación por este tema ha aumentado este año debido a varios sucesos en escuelas, por ejemplo, el hallazgo de drogas y armas en los bultos escolares. Sin embargo, no existen temas investigativos profundos con respecto a la población estudiantil y el uso de drogas ilícitas dentro de las mismas instalaciones públicas, aunque sí es posible encontrar artículos en los periódicos nacionales donde hacen del conocimiento público la situación nacional relacionada y declaraciones del gobierno al respecto.

Sí existen programas preventivos del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) junto con el Ministerio de Educación Pública, pero no una investigación que analice la verdadera problemática de las drogas ilícitas en las mismas aulas estudiantiles.

## Marco conceptual

En el campo de la fundamentación teórica de la prevención, Hansen (1992) ha identificado ciertos constructos teóricos que son comunes a los investigadores cuando describen los programas con mayor probabilidad de eficacia, como información relativa a creencias y conocimientos para la toma de decisiones (consumo - no consumo), toma de decisiones concreta (conducta adoptada frente a las sustancias), compromiso en relación a un estilo saludable de vida, esclarecimiento de valores personales frente a las sustancias y frente al involucrarse en actividades ilícitas de producción y tráfico de drogas, reforzamiento de habilidades para la mejor comunicación, el mejor manejo de situaciones de prisión, etc., establecimiento de metas y de reforzamientos de corto y mediano plazo, adecuado manejo del estrés, reforzamiento de la autoestima, sentido de trascendencia (espiritualidad y solidaridad más allá de lo material).

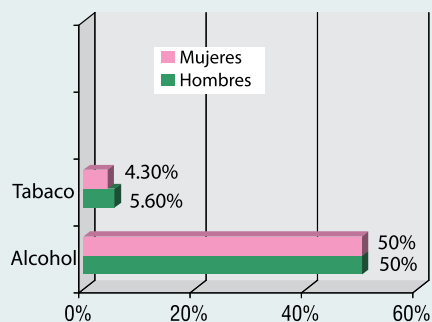
## Muestra de la investigación

Costa Rica es un país latinoamericano subdesarrollado que para el año 2050 podría alcanzar los 6.8 millones de habitantes. En cuanto a la densidad poblacional, se pasó de 47 a 75 habitantes por Km<sup>2</sup> según el censo nacional de población en el año 2000. El 59% vive en las zonas urbanas y esta población urbana registra un crecimiento de 3,8, ubicándose por encima de la tasa de crecimiento nacional. La población joven con edades entre los 12 y 35 años alcanzó un total de 1.644.429 personas en este siglo, lo que representa un 43,1% de la población total.

El área de investigación es una comunidad urbano-marginal de San José, en donde se presentan abundantes problemas sociales, como son las madres jefas de hogar, hogares desintegrados, hacinamiento, abuso sexual y psicológico, etc. También, encontramos problemas económicos, por falta de empleo, y poca preparación educativa.

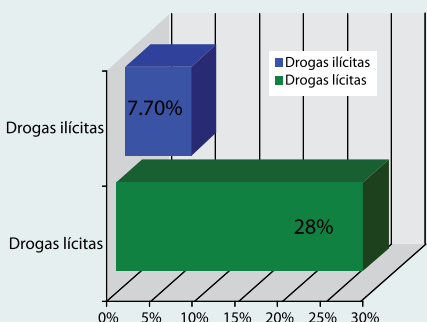
Esta comunidad cuenta aproximadamente con 4.770 habitantes, donde encontramos una población adolescente de un 40 %, entre las edades de 10 a 19 años de edad. De estos tenemos que: el 15 % se encuentra trabajando, 10% desocupado, y 75% son estudiantes. Las drogas no son ajenas para esta comunidad, ya que existen numerables

**Grafico No 1.  
Consumo de drogas lícitas**



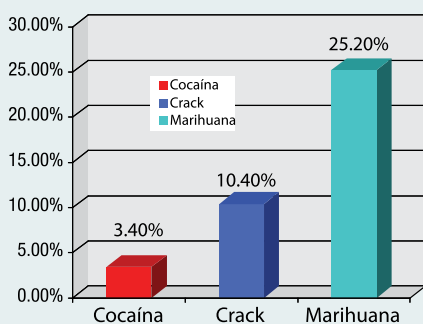
Fuente: Encuesta Colegio Público de segunda enseñanza, mayo 2005

**Grafico No 2.  
Consumo de drogas lícitas vs. drogas ilícitas**



Fuente: Encuesta Colegio público, 2005

**Grafico No 3.  
Drogas ilícitas de mayor consumo**



Fuente: Encuesta realizada en colegio de segunda enseñanza de educación pública 2005

ventas, o búnker; se da la demanda, oferta y consumo abiertamente, sin ningún tipo de vigilancia policial, y no existen controles de ninguna clase.

El sistema educativo consiste en 2 centros de enseñanza primaria y uno de enseñanza secundaria, ambos públicos, donde asiste casi el 98% de la población de la localidad y otros sectores aledaños.

**Metodología empleada**

La metodología que se empleó para la investigación en el campo social fue el de encuesta abierta. Se tomó una muestra aleatoria al azar, con un margen de error de menos del 2%. Se realizó en dos días en el Colegio Teodoro Picado, de Corina Rodríguez, que cuenta con una población de 880 alumnos (adjunto No.1. Encuesta).

Para obtener el tamaño de la muestra, se consideró la siguiente fórmula que es útil cuando se tienen datos cualitativos para el análisis de fenómenos sociales como el caso que nos ocupa:

$$N = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

$$n' = \frac{S^2}{o^2}$$

$o^2$  variante población

$S^2$  variante muestra

Se error estándar (u-x) media población y media muestral.

(Se)<sup>2</sup> error estándar al cuadrado para determinar  $o^2$  por lo que  $o^2$  es igual a (Se)<sup>2</sup> varianza poblacional.

N es igual 880 estudiantes  
Se es igual a 0,0015 error  
P 97 por ciento de confiabilidad.

(0,0015)<sup>2</sup> es igual 0,000225  
 $S^2$  es igual a 097 (1-097)  
Al aplicar la muestra obtenemos:

La muestra es igual a 129,33333

$$1 + \frac{129,33333}{880}$$

La muestra es de 112 estudiantes.

**Desarrollo del tema**

La encuesta se llevó a cabo en estudiantes de todos los niveles de un colegio público, cuyas edades iban de los 12 años a los 19 años, encontrándose la media de la encuesta en aproximadamente 15 años de edad. De la muestra, 55,35% corresponde al sector femenino y el 44,65% al sexo masculino.

Con respecto al uso de drogas lícitas, encontramos que un 9,9% fuma, de este tenemos que el 4,3% son mujeres y el 5,6% son hombres; refieren que aproximadamente consumen de 1 a 6 cigarrillos por día, los cuales consiguen sin ningún problema en pulperías y supermercados. Con respecto al consumo de licor, hay una incidencia del 17,6%; con respecto al sexo, se dio un 50% de cada uno. El lugar en que lo compran también es cualquiera en que se expendan licores (bares, supermercados, etc.) o en sus casas (ver gráfico No.1).

El cuadro siguiente es muy llamativo ya que las probabilidades de consumo de marihuana son mayores si el sujeto consume tabaco y alcohol.

Con respecto al consumo de drogas ilícitas, tenemos que el 9,8% de la población se encuentra actualmente consumiendo algún tipo de droga, ya sea marihuana, crack o piedra y cocaína. (Ver gráfico No.2). Se tiene también que el 25,2% de los entrevistados nos refiere que en algún momento ha utilizado o probado alguno de los tipos de droga. (Ver gráficos No.2 y No.3)

Podemos notar el fenómeno de escalamiento o progresión en el uso de sustancias psicoactivas del uso del alcohol y tabaco al uso de marihuana y luego a otras sustancias

**Cuadro No. 1  
Consumo de drogas ilícitas por edades y sexo**

EDADES	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
12-15 años	---	---
16-18 años	28%	54%
19 y más	18%	---

Fuente: Encuesta realizada colegio público, mayo 2005.

**Cuadro 2.**

	Individuos	Familia	Comunidad
Físico (Biológico)	- Desnutrición - Cirrosis - TBC pulmonar - TEC y otros traumas. - Discapacidades - Intoxicaciones - ETS, HIV, SIDA, etc.	- Traumatismos. - Discapacidades transitorias y permanentes. - Síndrome alcohólico fetal.	- Discapacidad y mortalidad por accidentes y hechos violentos.
Psíquico	- Enfermedad adictiva. - Desórdenes Psiquiátricos Asociados. - Psicopatía Secundaria. - Discapacidades. - Baja capacidad de resiliencia.	- Coadicción. - Depresión. - Estrés. - Eventos traumáticos de la vida. - Disfunción familiar.	- Estrés social prolongado. - Eventos traumáticos sociales
Social	- Deserción escolar y laboral. - Desempleo. - Marginación social. - Conducta delictiva. - Comportamiento antisocial. - Carencias materiales graves.	- Desintegración familiar. - Violencia familiar. - Baja de la productividad. - Marginación social. - Aumento del gasto en salud.	- Anomia. - Delincuencia. - Accidentes de tránsito. - Hechos violentos. - Aumentos de los costos en salud. - Deterioro del medio ambiente.

ilegales. Esto lo postula Kandel explicando cómo el consumo de drogas sigue una secuencia progresiva.

En cuanto al consumo por género, tenemos que las mujeres que consumen drogas se concentran entre las edades entre 16 y 18 años y representan el 54,54% de la población consumidora; mientras que el restante 45,45% son hombres, de los que se concentra un 27,27% entre 16 y 17 años y 18,18% entre los 19 años y más (ver cuadro N°1).

Con respecto a la venta de drogas ilícitas dentro del colegio, el 6% de alumnos contestó que sí le han ofrecido drogas dentro de las instalaciones del colegio; y fuera de las instalaciones del colegio, un 29,5%. Ahora, como los lugares de mayor facilidad para comprar drogas, los jóvenes citan varias localidades

Con respecto a que si son los estudiantes los que venden la droga, el 26,9% contestó afirmativamente; y si habían visto a compañeros ingerir drogas dentro de las instalaciones del colegio, el 19,1% respondió que sí. El tipo de droga más utilizado es la marihuana, como se describe en el gráfico No. 3. Con respecto a la venta de drogas observemos el gráfico No. 5.

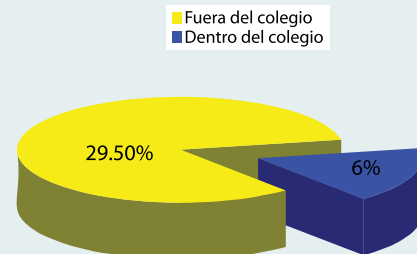
Con respecto a la pregunta de que si les interesaría alguna capacitación con respecto a las drogas, el 92% contestó afirmativamente. De los jóvenes que se encuentran consumiendo drogas o han consumido drogas, el 2,6% refiere que ha intentado dejar de consumir y otro 2,6% refiere que no está interesado en integrarse a un grupo de ayuda.

### Conclusiones

Podemos ver algunas conclusiones clínicas en el cuadro anterior. También, relacionándolo con este tema, es preocupante ver el último Estado de la Nación donde nos indica que dentro unos 25 a 30 años, habrá 55 jóvenes por cada 55 adultos mayores, y los primeros serán la fuerza laboral de este país. No obstante, viendo el panorama actual, podría darse más bien un incremento de las patologías dependientes de este mal de las drogas.

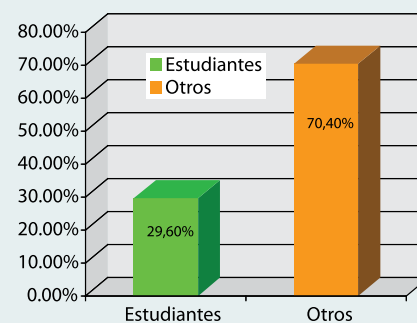
Nuestro débil sistema de salud realmente no ha tomado riendas en este ámbito, donde todavía estamos en pañales e inclusive nuestras Áreas de Salud no cuentan con los recursos necesarios para salir adelante ni el gobierno propone ni ofrece soluciones.

**Gráfico No 4. Lugar donde se venden drogas**



Fuente: Encuesta Colegio Público de segunda enseñanza, mayo 2005

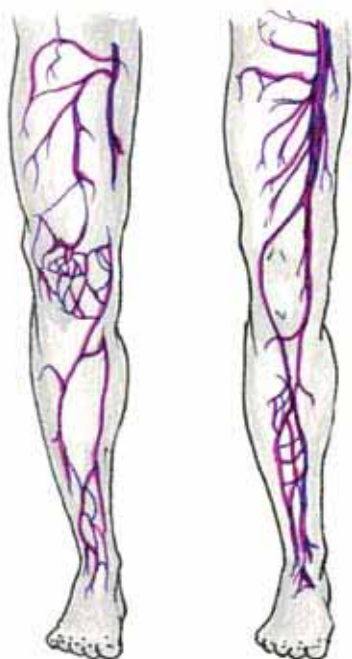
**Gráfico No 5. Vendedores de drogas**



Fuente: Encuesta Colegio público, mayo 2005

### Recomendaciones bibliográficas

1. Fundación Paniamor, Guía de Capacitación. Autoestima y comunicación en las relaciones intergeneracionales. San José, Costa Rica. Ediciones PRONIÑO. 1998.
2. Fundación Paniamor. Guía de Capacitación. Violencia y abuso contra personas menores de edad. San José, Costa Rica. Ediciones PRONIÑO. 1998.
3. Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible: resumen del tercer informe, 1996 (1997). Proyecto Estado de la Nación San José, Costa Rica.



# Claudicación intermitente

Dr. Agustín Arguedas Quesada

Médico cirujano internista

Director médico en Farmacología Clínica del sitio [www.amppmd.com](http://www.amppmd.com)  
 Coordinador de los cursos en Hipertensión Arterial del Programa de Educación Médica Continua de la Universidad de Costa Rica  
 El Dr. Arguedas posee una Maestría en Farmacología y Terapéutica de la Universidad de Columbia, Canadá. Actualmente labora como catedrático en el Departamento de Farmacología Clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

## Introducción

La claudicación intermitente es el síntoma de presentación más frecuente de la enfermedad oclusiva de las arterias de las piernas. Ocurre como resultado de la isquemia muscular durante el ejercicio, debido a la obstrucción del flujo arterial.

La prevalencia de esta condición aumenta significativamente con la edad, estimándose que ocurre hasta en una quinta parte de los individuos mayores de 65 años. Aterosclerosis es la causa subyacente en la gran mayoría de los pacientes que sufren de claudicación intermitente.

## Definición del problema

La claudicación intermitente se refiere a la aparición de dolor en las piernas, que es desencadenado por el ejercicio y aliviado por el reposo. Por lo general, el dolor aparece primero en los músculos de la pantorrilla, y menos frecuentemente en los muslos, los glúteos o el pie.

La distancia que el paciente puede caminar antes de la aparición del dolor es indicador del grado de insuficiencia vascular arterial. Un caso se cataloga como severo si el dolor ocurre antes de caminar 50 metros. También puede existir un dolor sordo y persistente, que ocurre durante la noche estando en reposo, lo que sugiere enfermedad muy

severa y es una amenaza para la pérdida de la extremidad afectada.

El fumado es, por mucho, el factor de riesgo más importante para el desarrollo de claudicación intermitente por aterosclerosis periférica. La severidad de la enfermedad se relaciona con la magnitud del fumado. Otros factores de riesgo son la edad avanzada, la diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia.

## Implicaciones

La claudicación intermitente tiene impactos negativos sobre la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, el curso natural es bastante benigno en cuanto a complicaciones en la pierna afectada, pues múltiples estudios longitudinales han detectado que sólo una cuarta parte de todos los pacientes experimentarán deterioro de los síntomas, y la tasa de amputación varía entre 1 y 7% al cabo de 5 a 10 años. Por otra parte, el riesgo de progresión de la aterosclerosis y de amputación es mayor en los pacientes que continúan fumando.

Pero, aún más importante, las personas que sufren de esta condición tienen un riesgo aumentado de mortalidad; los pacientes con claudicación intermitente tienen un aumento de 12% en el riesgo anual de mortalidad en comparación con sujetos controles de edad similar. Alrededor de 66% de las muertes son debidas a cardiopatía isquémica, y un 10% a

enfermedad vascular cerebral. Por esas razones, las guías de manejo de la hipertensión y de la dislipidemia catalogan a la enfermedad arterial periférica como un equivalente de la enfermedad coronaria.

## Evaluación

El diagnóstico se basa en la historia clínica de dolor en las piernas que aparece con la misma intensidad de ejercicio y que se alivia rápidamente con el reposo. La reducción de la intensidad o la ausencia de los pulsos periféricos es un hallazgo frecuente en el examen físico, especialmente en los pulsos pedeos; también pueden escucharse soplos en los vasos periféricos. La piel suele ser fría, atrófica y sin vellosidades.

Un índice de presión tobillo/brazo reducido ( $<0,9$ ) es también sugestivo del diagnóstico. Sin embargo, ni la presencia de pulsos ni un índice de presión tobillo/brazo normal descarta el diagnóstico cuando la historia clínica es muy sugestiva; en tales casos puede medirse el índice después de realizar ejercicio físico. Por el contrario, un índice de presión tobillo/brazo mayor de 1,3 plantea la sospecha de vasos sanguíneos fuertemente calcificados.

Debe investigarse la presencia de diabetes mellitus, debido a la alta prevalencia de esta enfermedad en los sujetos con claudicación intermitente.



No es necesario realizar una evaluación por revascularización a menos que el paciente tenga un compromiso funcional muy significativo, y exista una posibilidad razonable de que el procedimiento invasivo pueda brindar un sustancial alivio sintomático.

El diagnóstico diferencial debe considerar otras posibilidades tales como la compresión de las raíces nerviosas, la estenosis espinal, la artritis de la cadera, el quiste de Baker, la claudicación venosa y el síndrome compartimental crónico.

La aparición de claudicación intermitente en un individuo joven obliga a evaluar por la presencia de otras condiciones tales como el *atrapamiento* de la arteria poplítea, la displasia fibromuscular y los síndromes de compresión externa.

### Abordaje terapéutico

Uno de los objetivos del tratamiento debe ser la mejoría de los síntomas al caminar. En ese sentido, un programa de ejercicio regular, por lo menos 3 veces a la semana, aumenta la distancia al caminar y el tiempo de ejercicio. El tratamiento con cilostazol también aporta beneficios similares, aunque sus frecuentes efectos adversos son una limitación práctica.

Hay mucha controversia en relación con los procedimientos de revascularización. Existen algunas evidencias de que la angioplastia percutánea puede temporalmente reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida en algunos pacientes seleccionados de acuerdo con el sitio y con la magnitud de la obstrucción arterial. No existen evidencias para establecer si la colocación de *stents* es superior a sólo la angioplastia. Por otro lado, la cirugía de *bypass* brinda una mayor tasa de permeabilidad vascular que la angioplastia a 1 ó 2 años plazo, pero la diferencia desaparece a los 4 años; además, la cirugía por sí misma se asocia con un riesgo aumentado de morbilidad y de mortalidad a corto plazo.

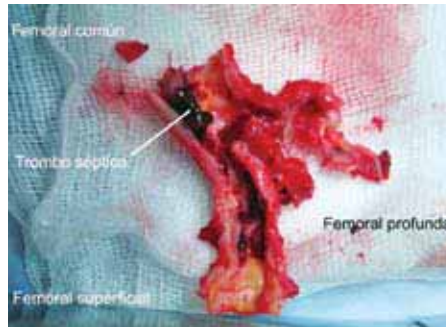


Imagen: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php>

Además de la mejoría sintomática es importante tener claro que, por las implicaciones mencionadas antes, el principal objetivo de la terapia en los pacientes que sufren de claudicación intermitente debe ser la reducción del riesgo de sufrir eventos cardiovasculares.

Aunque no se ha demostrado que en estos pacientes el dejar de fumar reduzca los síntomas y mejore la distancia al caminar, es una estrategia recomendada porque reduce el riesgo de mortalidad por causas cardiovasculares.

Hay evidencias claras de que el uso de fármacos antiagregantes plaquetarios, como aspirina a dosis bajas o clopidogrel, reduce la necesidad de procedimientos de revascularización locales y de eventos cardiovasculares mayores, incluyendo mortalidad. No existen evidencias concluyentes sobre la utilidad de pentoxifilina.

“Las auto evaluaciones de este texto se encuentran en las publicaciones originales en el sitio:  
[www.ampmd.com](http://www.ampmd.com)”

A menos que exista una contraindicación absoluta, todos los pacientes con claudicación intermitente deben recibir tratamiento con una estatina con el fin de reducir la incidencia de los eventos cardiovasculares.

Aunque el control estricto del perfil glucémico en los diabéticos brinda beneficios en otros territorios, no parece surtir efecto sobre el riesgo de amputación u otras complicaciones de la enfermedad arterial periférica. Asimismo, el control de la presión arterial reduce el riesgo de eventos cardiovasculares, pero no se ha demostrado que altere el curso de la claudicación intermitente.

### Conclusión

En la gran mayoría de los casos, la claudicación intermitente de la marcha es una condición que indica la presencia de enfermedad aterosclerótica. Esta circunstancia no debe verse como una patología periférica, sino que debe considerarse como un signo importante de enfermedad vascular generalizada, que tiene grandes repercusiones sobre la calidad y la expectativa de vida de los pacientes que la sufren.

Aunque existen estrategias para reducir los síntomas, el principal objetivo terapéutico debe ser la reducción del riesgo cardiovascular global. Por lo tanto, los médicos que brindan atención primaria tienen un papel primordial en la prevención secundaria de eventos cardiovasculares en estos pacientes.

### Bibliografía recomendada

1. ACC/AHA 2005 guidelines for the management of peripheral arterial disease. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 1239-312.
2. Burns P, Gough S, Bradbury AW. “Management of peripheral arterial disease in primary care”. *BMJ* 2003; 326: 584-8.
3. Garcia LA. “Epidemiology and pathophysiology of peripheral arterial disease”. *J Endovasc Ther* 2006; 13(suppl 2): I13-9.