

Alucinógenos: ¿drogas para soñar?

Sr. Director: Hemos leído con gran interés el artículo de Royo-Isach et al¹. Desearíamos aportar algunos comentarios y proporcionar información adicional al artículo mencionado. Los autores hacen referencia principalmente a la dietilamida del ácido d-lisérgico o LSD-25. Bajo el término alucinógenos se define a diferentes sustancias que pueden provocar cambios en las percepciones². Estas sustancias se encuentran en plantas, hongos, animales o son productos de síntesis química. A nuestro juicio, dado el actual aumento del consumo de otros alucinógenos diferentes al LSD, se echa en falta una referencia al resto de alucinógenos. Los naturales, como las setas de la especie *psilocybe* (psilocibina, psilocina), los cactus *Peyote* y *San Pedro* (mescalina), la ayahuasca (harmina, harmalina, N,N-dimetiltriptamina-DMT); los antagonistas del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), como la ketamina; o como algunas anfetaminas alucinógenas de síntesis, como DOM (4-metil-2,5-dimetoxianfetamina), 2-CB (2,5-dimetoxi-4-bromo-feniletilamina) o 2-CI (2,5-dimetoxi-4-iodofeniletilamina) (tabla 1). Cabe destacar que la lista de anfetaminas alucinógenas está en continuo cambio según aparecen nuevos derivados³. En el apartado sobre los efectos de los alucinógenos, coincidimos con los autores en que los usuarios consumen otras sustancias durante el bajón, principalmente alcohol y *Cannabis*. Es importante destacar la situación inversa, el aumento en el consumo de alucinógenos de forma concomitante o durante el bajón de ciertos estimulantes, como la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA o éxtasis). Hay un consumo incipiente de alucinógenos asociados a otras sustancias (policonsumo) durante sesiones de bailes maratoniano y música electrónica, en las fiestas tipo *rave* o en la llamada «cultura de club». Este consumo podría representar una gran parte del consumo total de alucinógenos en nuestro medio en la actualidad⁴.

Palabras clave: Drogas.
Alucinógenos. Salud mental.

TABLA 1. Clasificación de alucinógenos

A) Estructura química relacionada con la serotonina: indolalquilaminas

Derivados del ácido lisérgico
Amidas del ácido lisérgico (ergina) e isolisérgico (isoergina)
Dietilamida del ácido lisérgico (lisergida, LSD-25)
Triptaminas sustituidas
Psilocibina, psilocina
Bufotenina, DMT y DET
Betacarbolina: alcaloides de la harmala (harmina, harmalina, harmalol)
Ibogaína
Ácido iboténico y muscimol

B) Estructura química similar a las catecolaminas: feniletilaminas

Mescalina, emelicina y miristicina
Fenilisopropilaminas
Metilendioxianfetaminas «entactógenas»: MDMA, MDA, MDE
Metoxianfetaminas «alucinógenas»: DOM, 2CB, 2CI, 2C-T-2

C) Otros

Arilcicoalquilaminas
Fenciclidina (PCP)
Ketamina
Derivados tropanos: atropina, hiosciamina y escopolamina
<i>Salvia divinorum</i> : salvinorina A
Tujanos

Estamos en desacuerdo cuando los autores refieren que uno de los efectos principales de los alucinógenos es su capacidad de producir reapariciones espontáneas de la experiencia alucinógena sin que tenga lugar un nuevo consumo, conocido como trastorno persistente de la percepción por alucinógenos o *flashback*. Recientemente se ha revisado la evidencia científica disponible sobre este tipo de trastornos. Como aspectos más relevantes, se refiere que el término *flashback* ha sido definido de formas muy diversas con el tiempo, que la mayoría de los estudios proveen poca información para juzgar cuántos casos han sido definidos según criterios diagnósticos DSM-IV y, finalmente, concluye que, sin ser posible conocer la verdadera

incidencia del trastorno con los datos actuales y teniendo en cuenta los millones de personas que han ingerido alucinógenos, la incidencia del trastorno es mucho menor de lo que se creía⁵.

Por otra parte, los autores señalan que «este efecto conocido como *flashback* puede producir reacciones psicóticas en sujetos predispuestos genéticamente». Creemos que se refieren al consumo de alucinógenos como causa de las reacciones y no propiamente al *flashback*, que habitualmente es pasajero y provoca sobre todo trastornos de ansiedad.

Para finalizar queremos felicitar a los autores por fomentar los programas de reducción de riesgos entre los usuarios de esta sustancias. Mediante el reconocimiento de un consumo de sustancias por parte de los usuarios, tratan de aportar información para la disminución de los riesgos asociados al consumo. En nuestra opinión, estas estrategias pueden ayudar al acercamiento de ciertos consumidores a las redes asistenciales y están basadas en una visión más realista del problema del consumo de drogas de abuso.

S. Abanades^a, C. Unizony^b,
Y. Álvarez^a y M. Farré^a

^aUnidad de Farmacología. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM)-Hospital del Mar. Barcelona. Departamento de Farmacología, Terapéutica y Toxicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.
^bUnidad de Farmacología Clínica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

- Royo-Isach J, Magrané M, Martí R, Gómez S. Alucinógenos: ¿drogas para soñar? Una intervención preventiva y asistencial desde el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;33:331-4.
- Nichols DE. Hallucinogens. *Pharmacol Ther*. 2004;101:131-81.
- News release for the EU drugs agency in Lisbon. Four more synthetic drugs under EU control [consultado 07/06/04]. Disponible en: <http://www.emcdda.eu.int>
- Abanades S, Peiró AM, Farré M. Club drugs: viejos fármacos son las nuevas drogas de la fiesta. *Med Clin (Barc)*. 2004; 123:305-11.
- Halpern JH, Pope HG Jr. Hallucinogen persisting perception disorder: what do we know after 50 years? *Drug Alcohol Depend*. 2003;69:109-19.

Programa MIR de familia: importancia del residente como docente

Sr. Director: Celebramos el interés del artículo de Sánchez et al¹, relativo a la opinión sobre la actividad docente de los formadores de MIR de tercer año de medicina familiar y comunitaria. El artículo destaca la importancia de la interacción entre profesionales para alcanzar los objetivos docentes. Sin ánimo de corregir sus conclusiones, deseáramos añadir un elemento al discurso que consideramos ausente: la importancia del propio residente como formador de otros profesionales. Este aspecto ha sido considerado en otros ámbitos desde hace más de una década, denominando a este movimiento *residents as teachers* (los residentes como docentes), con destacadas revisiones realizadas por autores como Bing-You² y Morrison³ en 1993 y 2000, respectivamente. Una muestra de su importancia en Estados Unidos es que, en un estudio realizado en 2001 dirigido a 2.057 directores de programas de posgrado, el 55% de los que respondieron reconocía incluir en sus currículos programas específicos de formación para capacitar a los residentes⁴ como docentes (con una media de 11,5 h), que son obligatorios en la mayoría de los casos. Los contenidos podían incluir aspectos como valoración de necesidades del aprendiz, métodos de enseñanza, estilos de aprendizaje y *feedback*, entre otros.

Palabras clave: Docencia. Postgrado. Pregrado.

Los residentes de medicina de familia enseñan básicamente (en el hospital y en el centro de salud) en dos situaciones: a los estudiantes de medicina y a los residentes de años inferiores. También hacen docencia informal a sus tutores, pues han sido expuestos –seamos sinceros– con áreas del currículo que aquéllos no siempre alcanzan o practican (dinámica familiar, cirugía menor, traumatología, estadística, medicina basada en la evidencia, medicina comunitaria, etc.). Habrá voces que defiendan la enseñanza «informal» al residente en este campo. También podrá parecer pintoresco que defendamos la inversión de tiempo y dinero del programa docente cuando los tutores disfrutaban de pocos recursos en su capacitación docente. Lo que no podemos negar es que hay evidencias científicas a favor de su implantación⁵.

El nuevo programa docente de la especialidad ha sido consciente de la importancia de esta realidad y –creemos que por primera vez de forma expresa– alude a que el residente «conocerá los métodos de enseñanza aplicables a la formación de pregrado y posgrado, así como a la formación continuada en medicina de familia»⁶. Obviamente, alcanzar este objetivo exige metodología docente tan definida como la que exigiríamos, por ejemplo, en áreas de comunicación, bioética o paliativos. El aumento en la duración del período de residencia de 3 a 4 años permitirá, sin duda, que se alcancen estas expectativas.

Siguiendo el enunciado anterior, creemos que la docencia del residente sobre los estudiantes podría ayudar a que hubiera tutores implicados activamente en pregrado y

posgrado sin tener que renunciar a dos facetas de una misma realidad⁷.

E. Calvo Corbella, G. Collada Holgueras y R. Marcos García

Centro de Salud Universitario Pozuelo I.
Área 6. Madrid. Unidad Docente de MFyC.
Madrid. España.

1. Sánchez Marín FJ, Molina Durán F, Martínez Ros MT, Sánchez Sánchez F, Cifuentes Verdú MA, Martínez Hernández MA, et al. Programa MIR de medicina familiar: una interacción transprofesional en una realidad compleja. *Aten Primaria*. 2004;33:312-9.
2. Bing-You RG, Tooker J. Teaching skills improvement programmes in US internal medicine residencies. *Med Educ*. 1993; 27:259-65.
3. Morrison EH, Hafner JP. Yesterday a learner, today a teacher too: residents as teacher in 2000. *Pediatrics*. 2000;105:238-41.
4. Morrison EH, Friedland JA, Boker J, Rucker LL, Hollingshead J, Murata P. Life as a house officer. *Academic Medicine*. 2001;76 Suppl:1-4.
5. Morrison EH, Rucker L, Boker JL, Hollingshead J, Hitchcock MA, Prislín MD, et al. A pilot randomised, controlled trial of a longitudinal residents- as- teachers curriculum. *Acad Med*. 2003;78: 722-9.
6. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Consejo Nacional de Especialidades Médicas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003. p. 19.
7. Calvo Corbella E. Cómo tener residentes y estudiantes y no morir en el intento [taller]. Congreso XXI semFYC. San Sebastián, 2001.