



Suplemento Especial
Academia de Psiquiatría de Puerto Rico

El trastorno bipolar: Una condición mental difícil de diagnosticar y tratar

El trastorno bipolar está caracterizado por la presentar uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía y del estado de ánimo. Los pacientes afectados suelen padecer también episodios de depresión, motivo por el cual es imprescindible obtener un buen historial e información colateral para poder llegar al diagnóstico de bipolaridad. Aunque este es un trastorno afectivo, cuando se presentan episodios de depresión bipolar, el tratamiento no debe ser como el de una depresión unipolar.

Frecuentemente leemos en la prensa, escuchamos en la radio, en discusiones entre compañeros de trabajo y ni hablar del seno del hogar, que tal o cual persona actúa de tal manera porque es un “bipolar”. Cabe preguntarnos si nuestra sociedad comprende en realidad esta situación o usa el término genéricamente porque es un diagnóstico psiquiátrico de moda.

A continuación describiremos brevemente esta condición mental: el trastorno bipolar es una enfermedad que causa cambios de humor extremos. Está caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía y del estado de ánimo. Esta condición, clínicamente, se refleja en estados de manía o, en casos más leves, hipomanía, junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión.

El afectado suele oscilar entre la alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología.

Trastorno bipolar I

Existen varios tipos de trastorno bipolar. **En el Trastorno Bipolar I, el individuo presenta situaciones extremas de manía.** Muchos pacientes muestran una ansiedad severa con ira cuando se encuentran en un

periodo maníaco (hasta el punto de la furia), mientras que otros se vuelven eufóricos y grandiosos.

En el periodo maníaco, el incremento en la energía y en las actividades es muy común, además de que el paciente suele tener verborrea. La necesidad de dormir se encuentra disminuida. Además, la persona tiende a distraerse rápidamente y puede manifestar e incluso llevar a la práctica ideas irreales, grandiosas y sobreoptimistas. Debido a todo esto, las facultades sociales se ven disminuidas y las ideas poco prácticas suelen llevar a indiscreciones tanto financieras como amorosas. Durante estos episodios maníacos el paciente puede terminar hospitalizado involuntariamente o hasta terminar arrestado.

Trastorno bipolar II

En el Trastorno Bipolar II la elevación de la hipomanía no llega a los extremos de la manía. Esto hace que el trastorno tipo II sea más difícil de diagnosticar, ya que los episodios de hipomanía pueden simplemente parecer como periodos de una alta productividad del individuo.

La hipomanía es generalmente un episodio disruptivo menor que la manía y las personas que se encuentran en este episodio usualmente experimentan los síntomas de la manía en menor grado o número (menos síntomas).

**William Julio, MD,
DABPN**

Psiquiatra General y Geriátrico

Presidente Capítulo de
Psiquiatría Geriátrica del
Colegio de Médicos y
Cirujanos de Puerto Rico
Academia de Psiquiatría de
Puerto Rico, Tesorero
Asociación de Psiquiatras
de la Región de Bayamón,
Vice-Presidente.

williamjulio@doctor.com



La duración es regularmente menor que en la manía. Este es considerado como un periodo de creatividad del desorden, que se caracteriza por una gran cantidad de ideas, un pensamiento extremadamente ingenioso y un incremento en la energía.

Periodo depresivo

Las señales y los síntomas del periodo depresivo en el trastorno bipolar incluyen, pero no se limitan a:

Sentimientos constantes de tristeza	Ansiedad
Problemas de concentración	Culpa
Desórdenes del sueño	Desesperanza
Cambios de apetito	Soledad
Falta de motivación	Fatiga
Odio hacia uno mismo	Indiferencia
Dolor crónico (con o sin causa)	Irritabilidad
Despersonalización	Apatía
Pérdida de interés sexual	Ideas suicidas
Ansiedad social	Ira
Pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba	

Otro aspecto importante es que los pacientes suelen presentar fases depresivas durante más tiempo en sus vidas que los periodos de elevación de ánimo.

Los síntomas y signos de la depresión bipolar son los mismos que los de un episodio de depresión mayor (unipolar).

Para hacer aún más retante el diagnóstico, los pacientes tienden a visitar a su médico cuando están deprimidos y, por ende es necesario obtener un buen historial e información colateral para poder llegar al diagnóstico de bipolaridad.


Tratamiento

Actualmente, no existe cura para el trastorno bipolar, pero puede ser controlado. El objetivo del tratamiento consiste en un control eficaz del curso de la enferme-

dad a largo plazo, lo que puede suponer el tratamiento de los síntomas emergentes. Para lograrlo se emplean, técnicas farmacológicas y psicológicas. El tratamiento farmacológico se basa en el uso de estabilizadores de ánimo y, en la mayoría de los casos, conlleva el uso de combinaciones de medicamentos.

Cabe recalcar que la depresión bipolar no se trata farmacológicamente igual que la depresión unipolar, ya que podríamos propiciar el resurgimiento de un episodio hipomaniaco o, peor aún, maniaco.

La psicoeducación también ha demostrado ser eficaz y necesaria. En cuanto al aspecto social, se debe buscar la plena integración en el entorno. Para ello es prioritario considerar a este y a los demás trastornos mentales como cualquier otra condición médica. La erradicación del estigma, de los estereotipos, de los prejuicios y del rechazo con que se carga a las personas que padecen problemas mentales, es el mejor instrumento para que la propia persona afectada reduzca sus niveles de estrés social, que en muchas ocasiones son los que provocan los cambios de humor extremos.

Como profesionales de la salud, es nuestro deber seguir orientando y educando a nuestros pacientes sobre esta y otras condiciones mentales, para que puedan identificar cuando existe un problema afectivo y a la vez, saber dónde y cómo buscar ayuda para ello. 



Marcel Duchamp.
Nude Descending a Staircase, No. 2

El rol del aprendizaje del miedo en el desarrollo de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son las condiciones psiquiátricas más comunes en la población general. Además, son las condiciones psiquiátricas cuyo sustrato biológico se ha podido definir con mayor precisión. En este artículo, repasaremos la neurobiología de estos trastornos y cómo el estudio del aprendizaje y la extinción del miedo nos ha llevado a un mejor entendimiento de estas condiciones.

Los trastornos de ansiedad en Puerto Rico

Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés post-traumático y la fobia social y específica.

La prevalencia de estas condiciones se estima en un 14.6% en la población general de los Estados Unidos¹. En Puerto Rico, la prevalencia se ha estimado en un 13.6%². Hay una alta comorbilidad de estos trastornos con enfermedades físicas y somatización, que lleva a que la mayoría de los pacientes con trastornos de ansiedad sean evaluados primero por médicos de cuidado primario. En este nivel de cuidado, los síntomas de an-

siedad a veces son confundidos con otras condiciones y el tratamiento ofrecido resulta ser poco efectivo.

Neurobiología de los trastornos de ansiedad

Debido a la alta prevalencia y a deficiencias en la identificación de estos trastornos, hemos desarrollado un proyecto de investigación que evalúe los mecanismos biológicos que pueden estar asociados al desarrollo de trastornos de ansiedad. Una de las áreas de estudio que más ha ayudado en el entendimiento de los sustratos biológicos de los trastornos de ansiedad es el aprendizaje del miedo. Cuando hablamos de miedo, nos referimos a la respuesta fisiológica que se presenta ante un estímulo amenazante. El circuito de aprendizaje del miedo se ha definido e incluye la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal (Figura 1). Este circuito se utiliza tanto para asociar un estímulo neutral con un estímulo amenazante y producir una respuesta de miedo (condicionamiento) como para crear una memoria que disminuya la asociación entre el estímulo neutral y el amenazante y que reduzca la respuesta de miedo (extinción). Las personas con trastornos de ansiedad presentan muchas veces deficiencias en las áreas anatómicas incluidas en este circuito. La extinción del miedo es de particular importancia clínica, ya que los tratamientos psicológicos con más evidencia de efectividad en trastornos de ansiedad, como la terapia de exposición, están basados en la capacidad de extinción.

Karen G. Martínez, MD, MSc

Psiquiatra de niños y adolescentes

Catedrática auxiliar del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Puerto Rico

karen.martinez4@upr.edu

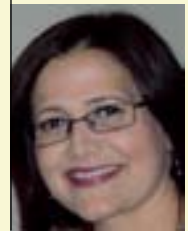
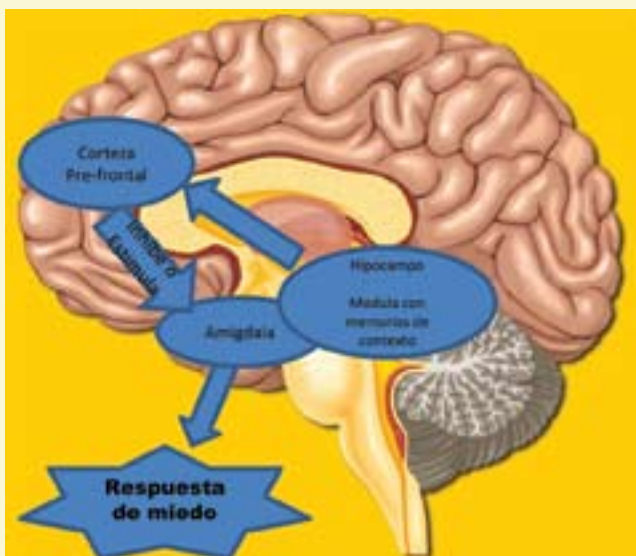


Fig. 1: Esquema del circuito del aprendizaje del miedo.



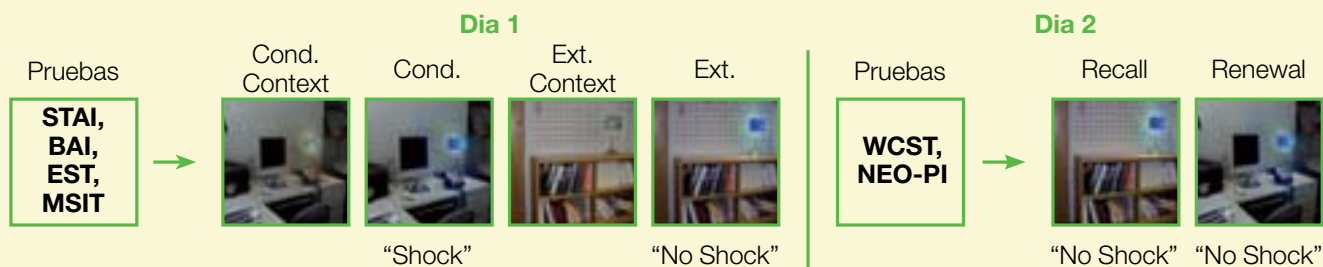


Fig. 2: Protocolo experimental. Protocolo de aprendizaje del miedo desarrollado por Mohammed R. Milad, PhD
 STAI= State-Trait Anxiety Inventory; BAI=Beck Anxiety Inventory; EST=Emotional Stroop Task,
 MSIT= Multi-source Interference Task; WCST= Wisconsin Card Sorting Task; NEO-PI= Neuroticism,
 Extraversion, Openness Personality Inventory

Metodología de nuestro estudio

Para poder aumentar la utilidad clínica de los hallazgos en el aprendizaje del miedo, estamos evaluando métodos de predecir respuestas de condicionamiento y extinción con pruebas cortas y costo-eficientes. Las respuestas de miedo las estamos midiendo usando un protocolo donde se condiciona al sujeto a asociar un estímulo eléctrico con una luz de un color en específico y, luego, se evalúa su respuesta autonómica de sudoración como medida de miedo. Este protocolo se lleva a cabo en dos días. El primer día para lograr el condicionamiento (asociar la luz con el estímulo eléctrico) e, inmediatamente después, la extinción (no aparear la luz con el estímulo eléctrico). El condicionamiento se lleva a cabo poniendo la imagen de luz en el contexto de una imagen de un cuarto particular (ejemplo: imagen de biblioteca) mientras que la extinción se lleva a cabo en otro contexto (ejemplo: imagen de oficina). El segundo día se muestran nuevamente las imágenes del cuarto donde se llevaron a cabo el condicionamiento y la extinción, y se puede entonces medir la respuesta causada por la memoria de condicionamiento y de extinción (Figura 2). Para predecir las respuestas de miedo, estamos utilizando pruebas neuropsicológicas que se han comprobado como estimuladoras de áreas del circuito del miedo. Además, estamos evaluando rasgos y síntomas de ansiedad y características de la personalidad que podrían estar asociadas al desarrollo de ansiedad. Hasta el momento, hemos analizado el poder predictivo de estas pruebas en 48 sujetos sin ninguna patología.

Resultados

Las pruebas individuales no pudieron predecir ninguna respuesta de miedo, pero al combinar las pruebas a través de modelos de regresión múltiple, pudimos predecir varias fases del aprendizaje del miedo (Figura 3). Pudimos predecir 29% de la varianza de la respuesta de condicionamiento, un 39.8% de la varianza de la respuesta durante la prueba de la memoria de condicionamiento y las respuestas al contexto tanto de condicionamiento (51%) como de extinción (26%). No pudimos predecir eficientemente las respuestas durante la extinción.

Conclusión

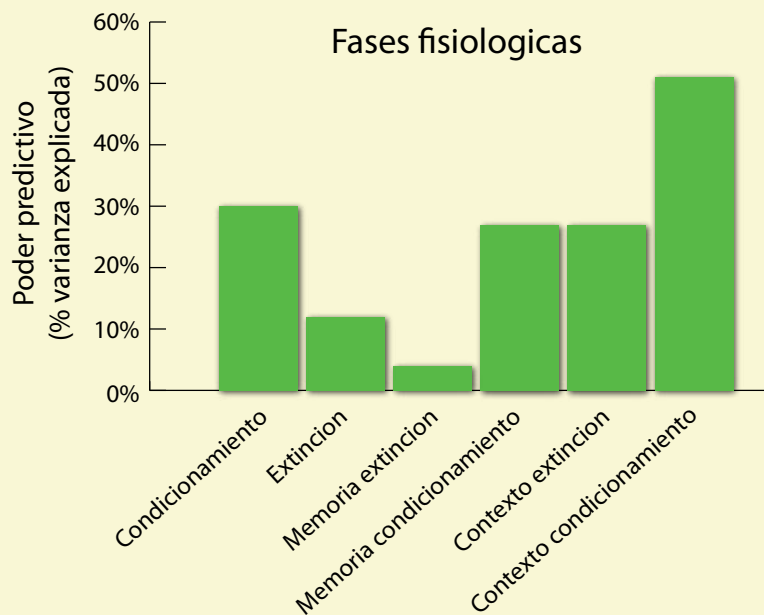
Al momento, hemos encontrado que, utilizando una batería simple de pruebas, podemos predecir hasta un 50% de las respuestas fisiológicas de miedo en sujetos sin psicopatología. Estamos también estudiando a personas con trastornos de ansiedad para evaluar si la misma batería de pruebas puede predecir las respuestas en esta otra población.

Predecir las respuestas de miedo en las personas nos podría ayudar a desarrollar medidas de cernimiento más efectivas y a predecir la respuesta al tratamiento. También se espera que este estudio sirva como base para el desarrollo de otras investigaciones que ayuden a entender los aspectos biológicos de los trastornos de ansiedad y que esto, a su vez, ayude a desarrollar tratamientos más efectivos para estas condiciones.

Referencias

1. Canino G, Bird H, Rubio-Stipec M, Bravo M. The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico. *PR Health Sci J* 1997;16(2):117-24.
2. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five Epidemiological Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1998;45:977-86.

Fig. 3: Poder predictivo de una batería de pruebas psicológicas y neuropsicológicas para predecir respuestas de Miedo.



El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH):

Algunos elementos para su diagnóstico tardío y en adultos

Michel Woodbury Fariña, MD

Especialista en Psiquiatra

Profesor Asociado
Departamento de Psiquiatría
RCM-UPR

michel.woodbury@upr.edu



El TDAH (conocido por el acrónimo inglés *ADHD*) es un trastorno conductual que tiene bases neurológicas y cuenta con un componente genético, con sus orígenes en las edades tempranas. Los criterios diagnósticos para los adultos son los mismos que para los niños y adolescentes.

Signos frecuentes

A las personas con TDAH se les hace difícil concentrarse porque muestran una distracción moderada a severa, periodos de atención adecuada breve y conductas impulsivas que, a veces, incluyen hiperactividad motora. El TDAH impacta la vida cotidiana resultando en una dificultad para desempeñarse bien en los quehaceres diarios. El TDAH es una combinación de problemas de motivación, de memoria y de funciones ejecutivas que no necesariamente se identifican inicialmente en la juventud.

Definición y ejemplos

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos: “Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenido o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (ejemplos: escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas).” Así, cuando algo no les interesa a estos pacientes, no van a poder concentrarse por mucho tiempo.

Una explicación útil para los pacientes sería la siguiente: El cerebro es como un cubo. Para aprender, el cubo tiene que estar vacío y así podrá llenarse con la información. Cuando hay más interés en la actividad, más grande y profundo se vuelve el cubo. De este modo, con mayor capacidad, el cubo se llena después de 45 a 60 minutos. Luego, hay que tomar un descanso para vaciar el cubo y empezar de nuevo. Cuando no hay interés, el cubo se vuelve pequeño y llano. Este cubo, con menor capacidad, se llena rápido y, después de 10 a 15 minutos, se necesita un descanso para vaciarlo. Cualquier esfuerzo por tratar de mantener la concentración con el cubo lleno resultará en un fracaso. Personas con TDAH pueden “tener el cubo grande” para algunas áreas de interés. Sin embargo, lo tienen pequeño y llano en demasiadas situaciones. No es que no pueden concentrarse, sino que dependen de la motivación que sientan cuando están en alguna actividad. Por esto, las terapias conductuales son exitosas si aumentan el deseo de lograr las metas identificadas.

TDAH y el aprendizaje

El TDAH no es un trastorno del aprendizaje, aunque muchos casos están asociados con desórdenes de ese tipo. Así, es un hecho que el 50% de los niños que cumplen con los criterios diagnósticos de TDAH tienen problemas de aprendizaje. Sin embargo, una diferencia de diez puntos en las subpruebas de inteligencia se asocia con TDAH. Esto es debido a que las pruebas exigen mantener la atención en forma sostenida,

algo que muchos pacientes con TDAH no pueden lograr. Aunque sea cierto que la atención es el síntoma que está más relacionado con los trastornos del aprendizaje, un bajo rendimiento académico no es criterio suficiente para establecer el diagnóstico, a pesar de que este es uno de los motivos más comunes para la consulta con el médico.

La buena memoria como factor que retrasa el diagnóstico de TDAH

Hay resistencia para diagnosticar TDAH por primera vez en personas después de los 18 años. Esto ocurre debido a que uno de los requisitos para el diagnóstico es haber mostrado problemas desde temprana edad. Por otro lado, uno de los principales obstáculos para la detección temprana de TDAH es que los pacientes dotados con una memoria superior pueden compensar con esta las limitaciones de su pobre concentración desde temprana edad, pudiendo así superar la etapa escolar sin mayores problemas. Esto lo logran sobre todo contando con lo que aprenden en las clases, ya que, debido a la falta de concentración, no suelen estudiar más. Así, por otro lado, cuando hay problemas académicos estos tienen que ver con la memoria: si hay mala memoria, pueden surgir problemas en la escuela elemental. Con mejor memoria, aprueban más grados sin problemas académicos. Sin embargo, cuando pasan a la escuela superior y a la universidad, el hecho de que allí se exige que se suplementen las clases con estudios en el hogar puede significar una barrera insuperable para los pacientes con TDAH, llevándolos así a su primer fracaso.

El factor familiar en el retraso del diagnóstico

Algunas familias bien funcionales pueden ofrecer la estructura para que, bajo presión, las personas con TDAH estudien y saquen buenas notas. En esta situación, recién se ven los primeros fracasos académicos cuando el paciente con TDAH se independiza del hogar. Más aún, el diagnóstico de TDAH puede ser considerado en aquellos que piensan que no han logrado su potencial. Las personas con TDAH no son ni vagos, ni locos ni estúpidos, como dice en la portada de algún libro.

TDAH y las funciones ejecutivas

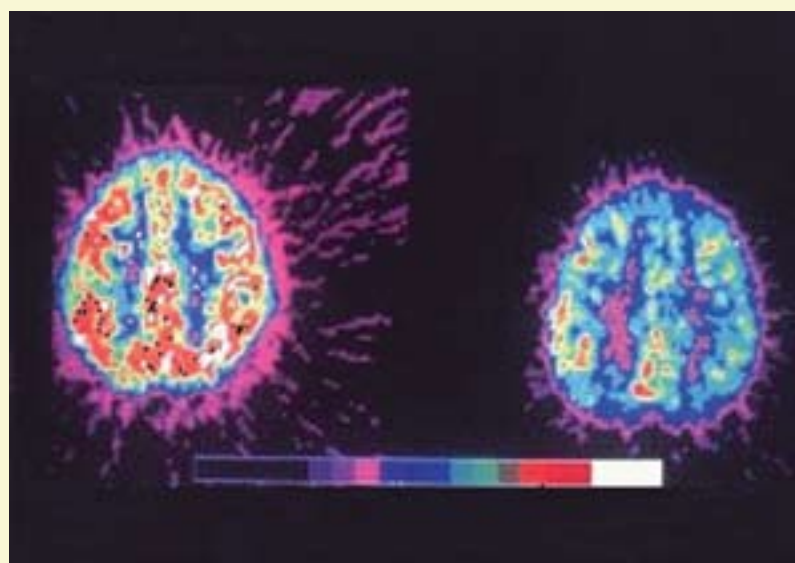
Para entender mejor la importancia de la memoria en personas con TDAH, hay que tomar en cuenta a las

funciones ejecutivas, donde la concentración es solo una. Estas funciones aseguran la coordinación y manejo de tareas complejas. En este aspecto, es también de importancia la memoria del trabajo (*working memory*). Recordar números requiere una memoria simple; la capacidad de repetir los números al revés es más difícil. Este es un ejemplo de la memoria del trabajo, que el autor define como “la memoria flotante” porque es algo que uno lleva como si fuera una nube en la mente. Por eso, si se manda a una persona con TDAH a buscar algo, muchas veces o no lo hace o trae un objeto equivocado. Esto es porque no pueden llevar esa “nube” en su mente.

Investigadores estiman que un 40% de las personas con TDAH tiene problemas con las funciones ejecutivas y que estas son quienes están en riesgo de no cumplir las metas académicas o los objetivos laborales. Así que mientras peores seas las funciones ejecutivas, más tempranamente se verán los problemas académicos.

Comentario

No se puede descartar la posibilidad de diagnosticar el TDAH por primera vez en la adultez. Aunque no hay cura, los adultos con TDAH pueden obtener la misma mejoría con el tratamiento que se ve en los niños y adolescentes con TDAH. **G**



Actividad metabólica cerebral en personas sin TDAH (izquierda) y con TDAH (derecha): este síndrome conductual se asocia con patrones neurofisiológicos distintivos.

La relación médico-paciente

**Neftalí Olmo Terrón, MD,
DFAPA**

Fellow Distinguido de la
Academia Psiquiátrica Americana
Expresidente de la Academia de
Psiquiatría de Puerto Rico
nolmo@onelinkpr.net



La relación médico-paciente es básica en el acto médico. Mucho se habla de este tema tan importante, pero falta aún mucho por hacer para fortalecer esa relación. Es un fenómeno que se imagina, se vive y se siente, pero no siempre se concretiza operacionalmente. En especial en la Psiquiatría esto tiene un rol decisivo y, en forma directa o indirecta, también tiene aplicación en Medicina General y en otras especialidades.

Orígenes

La relación de un médico con un paciente ha sido tratada en la antigüedad, inclusive de una manera más concreta que hoy en día. En el Código de Hammurabi, del siglo XVIII a.C. en Babilonia, se incluía normas y determinaciones tan duras como que, si el paciente moría durante una operación, se le cortaría la mano al cirujano.

En Grecia en el siglo V a.C. Hipócrates, de una manera más civilizada, promulgaba “hacer bien, y al menos, no hacer daño”. En el siglo II d.C., Galeno bautizó el concepto como *primum non nocere*: ‘Lo principal es no hacer daño.’

Evolución en Psiquiatría

Si bien Aristóteles ya describía los pilares de la psicoterapia, vemos que en la época moderna, la relación con el paciente psiquiátrico continúa evolucionando. Hasta finales del siglo XIX, los pacientes psiquiátricos eran atendidos por médicos somáticos, principalmente neurólogos.

Sigmund Freud enfatiza en la actitud de “neutralidad” del analista con sus pacientes. Así, el analista “interpreta”, pero deja ese rol cuando se trata de lugar, hora, días feriados, vacaciones, honorarios y otras consideraciones de la realidad. También la actitud del analista cambia cuando termina la sesión, “en que trata al paciente como un invitado distinguido”. En los Estados Unidos en 1919 el Dr. C.F. Menninger y sus hijos Will y Karl crearon una clínica en Topeka, Kansas, y, en 1925, iniciaron un programa hospitalario como alternativa al ambiente muy simple de los asilos psiquiátricos. En 1946, iniciaron un programa para residentes con un currículo formal, como se conoce en la actualidad. Allí y en los grandes centros de Boston, Nueva York y Chicago es que el formato de tratamiento adquirió un nivel moderno, incluyendo

*A Manual for Psychiatric Case Study*¹, las investigaciones y el aspecto moderno de la relación médico-paciente.

La relación del médico con un paciente

El médico se relaciona con el paciente con cortesía, respeto, lealtad y confidencialidad. El paciente ve en su médico un agente de ayuda, de compromiso y de salvación. En muchos casos el paciente idealiza a su médico, aunque esto ha perdido fuerza en tiempos recientes. A veces esta idealización puede ser peligrosa e interferir con el mejor juicio que una persona debe tener al valorar a un profesional, que es un ser humano con sus debilidades e, inclusive, con un posible mal juicio. Es decir, el paciente debe mantener un aquilatamiento de su terapeuta basado en un juicio real, no idealizado, independientemente de que haya cabida para la admiración y amistad.

Estilos y formas de trato

Hay diferentes estilos para tratar a un paciente psiquiátrico. Los psiquiatras biológicos evalúan y monitorean a sus pacientes desde el punto de vista de signos y síntomas, basándose en los parámetros universalmente aceptados en el ámbito de la investigación, lo que facilita la comunicación concreta sobre del progreso del tratamiento. En este nivel, las consideraciones de psicoterapia, cuando están presentes, toman un rol secundario. Pero, en muchas situaciones, la tónica del tratamiento es una combinación de psiquiatría biológica con psicoterapia.

Hay varios tipos de psicoterapia: cognoscitiva, dinámica, psicodinámica, interpersonal, trascendental, meditación, combinada, etc. Sus niveles van desde una terapia de apoyo hasta psicoterapia expresiva. El ejemplo extremo de psicoterapia expresiva es el psicoanálisis, modalidad que ha sido desvalorizada, también por la limitación de

apoyo por las aseguradoras y el desarrollo de la psicofarmacología. En el psicoanálisis, el principio universal es la “neutralidad” ya mencionada. El analista se limita a la confrontación (“observo que usted tiende a reaccionar de la misma manera”), a la interpretación (“asumo que sus reacciones se basan en experiencias previas con su padre”) y *working-through* (la repetición de las interpretaciones en diversos contextos)².

Pero aun en el ámbito psicoanalítico está indicada la atención a la “realidad”. Como ejemplo, Greenson menciona un caso personal en los 1970: un paciente “libreasociaba” sus sueños, fantasías, memorias y experiencias todos los días de la semana. Al cuarto o quinto día, no decía nada de un ruido ensordecedor proveniente de un compresor en la calle. Greenson entonces interrumpió al paciente y le dijo: “¿Es que usted no va a decir nada acerca de ese ruido ensordecedor?”³

Otro ejemplo, en psicoterapia de apoyo, sería el caso del médico que enseñó a una viuda con rasgos de dependencia a girar cheques pues ella nunca se había preocupado por aprenderlo. Ella, al casarse, trasladó la relación de dependencia con sus padres a su marido. Al quedar viuda, su intento de transferir su dependencia a un familiar cercano podría tener consecuencias devastadoras como destruir la relación del familiar con su pareja. Esto no es tan raro en Puerto Rico.

Los parámetros de ética psiquiátrica están definidos en la literatura. Myers y Gabbard⁴ presentan este tema, con aplicación a todas las ramas de la Medicina.

La relación con otro médico

La relación del paciente con otros médicos obliga a una conducta ética entre los médicos. Hay que estar atento para prevenir acerca de lo que ya manifestaba Hipócrates: el chismorreo. El nuevo médico o el consultor deben comunicarse con el terapeuta previo con deferencia a esa relación primaria y, por ello, empleando la frase “he visto a su paciente”.

El médico de una organización

Cuando el médico es empleado de una clínica u hospital, la relación se complementa con el vínculo de la organización con los pacientes. Ahora, los criterios del médico deberán encajar en los parámetros de la institución, inclu-

yendo factores como tiempo, horarios, honorarios, modalidades, facturación y otros. El expediente clínico pertenece a la institución y no al médico. Por otro lado, la facultad médica de un hospital tiene una personalidad jurídica independiente del hospital, la que debe de primar y respetarse.

Situación con los seguros de salud

Se suele dar una situación triangular donde el seguro puede decidir cuántas atenciones al año puede tener un paciente, su frecuencia, duración, modalidades, medicamentos “autorizados”, los honorarios e, inclusive, el derecho a inspeccionar el expediente. Así, se crean consideraciones que al buscar costo-efectividad administrativa, podrían no necesariamente ser las mejores y afectar la relación médico-paciente e, inclusive, la dignidad y autoestima del profesional.

El paciente forense

En estos casos, se trata de pacientes para una evaluación civil o manejados por el Poder Judicial, por lo que los parámetros de confidencialidad del médico no aplican, pues se entiende que los informes serán compartidos con la entidad que pide la intervención.

Apoyo gubernamental

Las disposiciones gubernamentales que se dan son el resultado de deliberaciones y de un proceso en el que la calidad del asesoramiento que se pueda dar a los legisladores es crítica así como la receptividad que los legisladores puedan dar, en base a su capacidad e interés.

Comentario

La relación médico-paciente sigue siendo la base del acto médico y es importante que se mantenga sólida. Es necesario estar atentos a factores que se puedan mejorar, también con la contribución clara de los seguros médicos y de las autoridades gubernamentales, para poder brindar la mayor calidad de servicio en beneficio de la comunidad y de los pacientes necesitados.

Referencias

1. Menniger KA, Mayman M, Pruyser PW: A Manual for Psychiatric Case Study, 2nd Edition, New York Grune & Stratton 1962.
2. Greenson, R, The Technique and Practice of Psychoanalysis, New York, International University Press Inc., 1967.
3. (Greenson, comunicación personal).
4. Myers M and Gabbard GO: Physician as Patient: a Clinical Handbook for Mental Health Professionals. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2008.

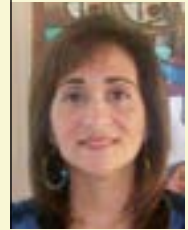
La depresión: Visión amplia y enfoque en su tratamiento

Brenda Matos, MD

Psiquiatra General

Subespecialista en Niños
y Adolescentes

Benji68@prtc.net



Una de cada ocho personas puede requerir tratamiento para depresión en el curso de su vida y más del 70% de las hospitalizaciones psiquiátricas están asociadas a trastornos afectivos. Esto tiene una significativa implicancia socioeconómica si se consideran los costos directos del tratamiento y los costos indirectos por la pérdida de productividad.

El rol del médico en la depresión

La depresión se ha conceptualizado como una enfermedad crónica, en cuyo tratamiento, al igual que en otros trastornos mentales, el rol de los médicos primarios es clave. Esto es así porque los pacientes psiquiátricos tienden a recurrir inicialmente a los médicos primarios en busca de ayuda. Hay también estudios que revelan que el médico primario que trata la depresión tiene una visión más amplia en el cuidado del bienestar del paciente. Sin embargo, se han encontrado deficiencias en el tratamiento ofrecido en la práctica general cuando se trata de las dosificaciones o la duración del tratamiento, de su pobre cumplimiento y de las complicaciones de las comorbilidades médicas.

El estigma de la enfermedad “mental”

Este estigma juega un rol en la resistencia a buscar, aceptar y a continuar un tratamiento. Como parte del estigma, los pacientes depresivos piensan con frecuencia, y en forma incorrecta, que la enfermedad es causada por culpa de ellos mismos y que son responsables de su curación.

Es vital educar al paciente y a su familia acerca de la naturaleza, pronóstico y tratamiento de la depresión no sólo para aumentar la adherencia al plan terapéutico sino para aliviar la culpa y aumentar la esperanza en su tratamiento. El paciente necesita conocer la gama completa de las opciones de tratamientos disponibles antes de acordar participar del tratamiento.

Depresión y comorbilidad

La depresión puede ser comórbida con otras enfermedades o con otros trastornos psiquiátricos y puede estar causada por el uso de ciertos medicamentos. Si la depresión es comórbida con condiciones médicas no psiquiátricas (ejemplos: diabetes, enfermedad coronaria), los efectos de estas condiciones médicas concurrentes pueden ser más severos.

Los mayores factores de riesgo para depresión incluyen:

- Historia de depresión, familiar o personal
- Intentos suicidas previos
- Género femenino
- Carencia de apoyo social
- Eventos de vida estresante
- Uso de sustancias concurrentes.

El costo de la enfermedad en dolor, sufrimiento, incapacidad y muerte es alto. Hay siete intentos suicidas por cada intento suicida completado, y alrededor del 2 a 3% de aquellos que intentan suicidio lo completan.

Importancia del diagnóstico

Antes de decidir y aplicar el tratamiento se debe realizar en un diagnóstico preciso. El médico debe primero distinguir la depresión clínica de la tristeza o angustia como

respuesta normal de las experiencias de vida. Entre los síntomas depresivos que hay que identificar, están un estado depresivo, la pérdida de interés, la alteración en el patrón del sueño o la alimentación, los sentimientos de minusvalía, culpas, la disminución en la habilidad para concentrarse e ideas suicidas, entre otros.

Importancia del tratamiento

Una vez identificada, la depresión casi siempre puede ser tratada exitosamente con medicamentos, psicoterapia o la combinación de ambos. Otros tratamientos formales son terapia electroconvulsiva y terapia de luz. Cada uno de estos tratamientos tiene beneficios y riesgos, que deben ser analizados cuidadosamente antes de seleccionar la opción del tratamiento para cada paciente. El tratamiento inicial debe ser aplicado por un periodo de tiempo suficiente para permitir una apreciación razonable de la respuesta del paciente o ausencia de respuesta. El tratamiento procede en tres fases: tratamiento agudo, tratamiento de continuidad y tratamiento de mantenimiento. La meta del tratamiento agudo es la remisión completa de los síntomas depresivos; la del tratamiento de continuidad es disminuir la probabilidad de la recaída; y el fin del tratamiento de mantenimiento es prevenir un nuevo episodio depresivo.

Los objetivos iniciales del tratamiento en orden de prioridad son:

- Remisión de los síntomas y signos
- Restauración del funcionamiento psicológico y ocupacional al del estado asintomático
- Reducción de la probabilidad de recaídas y recurrencias.

Consideraciones sobre medicamentos

Los medicamentos han demostrado ser efectivos en el trastorno depresivo mayor. El tipo de medicamento escogido está basado en el perfil de los efectos secundarios, el historial previo de respuesta del paciente, el historial familiar de respuesta y el tipo de depresión.

Hay evidencia considerable que sugiere que la terminación del tratamiento cuando hay aún síntomas depresivos residuales se asocia a pobres resultados a



Vincent Van Gogh, Portrait of Dr. Gachet, 1890.
Oil on Canvas, 26" x 22"

largo plazo, a bajo funcionamiento y alto riesgo de deterioro laboral. Si el episodio depresivo completo recurre en un corto tiempo luego de haber sido discontinuado el medicamento, la dosis terapéutica debe ser reiniciada.

Los medicamentos SSRI son los antidepresivos más ampliamente usados en el tratamiento de la depresión. Estos son los agentes preferidos debido a su efectividad, accesibilidad de uso, ausencia relativa de efectos adversos aun en dosificaciones altas, además de ser bien tolerados. Existen otros agentes modernos y, al igual que los SSRI, son más seguros que los tricíclicos, los tetracíclicos y los MAOI. Actualmente, se utilizan psicotrónicos no antidepresivos y otros no psicotrónicos como parte del tratamiento para la depresión.

Comentario

Para alcanzar el mejor resultado en el tratamiento de la depresión, entre otros factores, es importante tener un diagnóstico preciso y que el paciente esté informado y educado sobre lo que conlleva su diagnóstico y tratamiento. Se requiere seleccionar la modalidad de tratamiento más apropiada acorde a los síntomas, proveer el tratamiento por el tiempo apropiado, darle seguimiento al paciente y, en el caso de un cuidador primario, reconocer el momento en que el apoyo de un psiquiatra se vuelve necesario. **G**