

SUPLEMENTO ESPECIAL

Sociedad Psiquiátrica de Puerto Rico Capítulo de la Asociación Psiquiátrica Americana Academia de Psiquiatría de Puerto Rico



PR Academy of Psychiatry 2014 Annual Meeting
Condado Plaza Hotel
San Juan, P.R.
Saturday, September 13, 2014



Accreditation: 7 credits AMA PRA Category 1 has been requested to the Junta de Licenciamiento y Disciplina de Médicos, through the Ponce School of Medicine.

Registration fee: \$90.00

For more information and registration: Educational Partners and Coaching 787-646-0780

Mensaje de la Presidenta

La Sociedad Psiquiátrica de Puerto Rico es el Capítulo local de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), fundada en 1844, hace 170 años. Es la organización psiquiátrica más grande del mundo y representa a más de 35 000 psiquiatras.

A continuación, hay algunos postulados de la organización, según descritos por la APA:

Los miembros de esta sociedad trabajan juntos para asegurar una atención humana y un tratamiento eficaz para todas las personas con trastornos mentales, incluyendo el retardo mental y las adicciones.

La APA es la voz y la conciencia de la psiquiatría moderna. Su misión, visión y valores son:

Visión:

- La visión es que la sociedad tenga a su disposición evaluaciones, diagnósticos y tratamientos psiquiátricos accesibles y de calidad.

Misión:


- Promover la más alta calidad de atención para personas con trastornos mentales (incluyendo retardo mental y trastornos de uso de sustancias) y sus familias;
- Promover la educación e investigación en Psiquiatría;
- Promover y representar a la Psiquiatría; y
- Atender las necesidades profesionales de sus miembros.

Valores:

- Mejores estándares de la práctica clínica;
- Más elevados estándares éticos de conducta profesional;
- Prevención, acceso, atención y sensibilidad para los pacientes y compasión por sus familias;
- Decisiones de tratamiento centrado en el paciente;
- Principios de tratamientos científicamente probados;
- Apoyo para los pacientes;
- Liderazgo;
- Formación profesional permanente;
- Apoyo colegial;
- Respeto a diversos puntos de vista y pluralismo;
- Respeto a otros profesionales de la salud.

De acuerdo a esto, en el Capítulo de Puerto Rico de la APA se han desarrollado varios comités: de ética, de educación, de medios informativos, de procesos legislativos y de salud pública, entre otros. También estamos trabajando de forma colaborativa con otras organizaciones médicas y profesionales, así como con las distintas organizaciones psiquiátricas del país.

Una de las metas educativas que estamos desarrollando es la institucionalización en Puerto Rico del Congreso de Geropsiquiatría. Llevamos 5 años ofreciendo localmente este congreso y, siendo este una de las pocas actividades educativas en geropsiquiatría que se ofrece en la nación americana, nos proponemos hacerlo todos los años en el mes de febrero y así poder invitar a psiquiatras de los Estados Unidos y de otros países. La Universidad de St. Louis estará colaborando en este proyecto.

También tenemos como meta comprometer a nuestros residentes de Psiquiatría en los trabajos y en los procesos que estamos llevando a cabo para que en un futuro cercano puedan tomar las riendas y seguir con los esfuerzos realizados. Nos enorgullece la respuesta, la participación y el interés que han demostrado los residentes del Recinto de Ciencias Médicas y de la Escuela de Medicina de Ponce, los dos programas de adiestramiento que tenemos en Puerto Rico. Deseo, a través de este medio, agradecerles y felicitarles tanto a ellos como a la Dra. Luz Colón, a la Dra. Lelis Nazario, a la Dra. Vilma McCarthy y a la Dra. Ana Torres por motivarlos a participar. 

Quiero finalizar mi mensaje con un pensamiento:

Largo es el camino de la enseñanza por medio de teorías; breve y eficaz por medio de ejemplos.

Séneca

Ingrid Alicea Berrios, MD, DFAPA

Presidenta

Sociedad Psiquiátrica de Puerto Rico,
Capítulo de la Asociación Psiquiátrica Americana

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Karen Pujals, PhD

Psicóloga Clínica
Santa Cruz Behavioral



William Julio, MD, FAPA

Psiquiatría; Geriatría Psiquiátrica
Presidente Academia de Psiquiatría de PR



Es importante que conozcamos los criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) para poder reconocer esta enfermedad en nuestros pacientes y ayudarlos a obtener un tratamiento adecuado. La expansión del conocimiento en genética, en imágenes del cerebro y en investigación del comportamiento nos está brindando una mejor comprensión de las causas de este desorden, de cómo prevenirlo y de cómo desarrollar tratamientos más efectivos según la edad del paciente.

Incidencia

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los desórdenes del cerebro más comunes en niños y puede continuar hasta la adolescencia y la adultez. Las investigaciones sugieren que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en cerca de un 5% de los niños y un 2,5% de los adultos. Igualmente, los estudios indican que el TDAH es más prevalente en niños que en niñas, con una proporción de aproximadamente 2:1 en niños y 1.6:1 en adultos. Sin embargo, los síntomas de inatención son más comunes en las féminas que en los varones.

Características

La característica esencial del TDAH es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad/impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo. La manifestación conductual de **la inatención** puede ser: desenfocarse de una tarea, falta de persistencia, dificultad al sostener el foco de atención y ser desorganizado, sin que se deba a desafío o falta de comprensión. Por otro lado, **la hiperactividad** se refiere a la actividad motora excesiva cuando no es apropiada o inquietud excesiva, *tapping* o locuacidad. En los adultos, la hiperactividad puede manifestarse como inquietud excesiva o que tiende a cansar a los demás con su nivel de actividad. **La impulsividad** se refiere a acciones apresuradas que ocurren en

el momento, sin premeditación, y que tienen un alto potencial de daño al individuo (por ejemplo, cruzar la calle sin mirar). Este síntoma puede reflejar un deseo de recompensas inmediatas o la incapacidad de postergar la gratificación. Además, la impulsividad puede manifestarse como indiscreción social (por ejemplo, interrumpir a otros excesivamente) y/o tomar decisiones importantes sin considerar las consecuencias a largo plazo (por ejemplo, aceptar un trabajo sin considerar información adecuada).

Para cumplir con los criterios diagnósticos del TDAH, algunos de los síntomas deben haber estado presentes antes de los 12 años de edad y los síntomas deben estar presentes por 6 meses o más a un grado mucho mayor que el esperado para la edad. Igualmente, la manifestación del trastorno debe estar presente en más de un entorno (por ejemplo, en el hogar, en la escuela, en el trabajo) y debe interferir con el funcionamiento, según su nivel de desarrollo, en el ámbito social, académico o en las actividades extracurriculares.

Diagnóstico

A pesar de que los síntomas del TDAH se presentan en edades tempranas, el diagnóstico generalmente no se realiza hasta que el niño se encuentra en un entorno escolar estructurado (por ejemplo, prekínder o kindergarten) cuando la información que pueden proveer los maestros

está disponible, comparando la atención e impulsividad del niño en cuestión con los compañeros de su edad. En el hogar, los padres podrían observar que su hijo/a pierde el interés en las cosas antes que otros niños. Asimismo, los maestros frecuentemente observan que el/la niño/a muestra dificultad al seguir las instrucciones o se observa “espaciado” con frecuencia en el salón de clases o en el recreo.

Tratamientos

Existen tratamientos disponibles dirigidos a disminuir los síntomas del TDAH y mejorar el funcionamiento, entre los cuales se encuentra la medicación, la psicoterapia, la educación y el adiestramiento, o una combinación de tratamientos. El tratamiento farmacológico es considerado como la primera línea de tratamiento para el TDAH. Los estimulantes del sistema nervioso central son la primera opción de agentes y han mostrado tener la mejor eficacia con efectos secundarios leves y tolerables. El metilfenidato y las anfetaminas son el tipo más común de medicamentos utilizados para tratar el TDAH. Igualmente, se pueden utilizar medicamentos no estimulantes, tales como atomoxetina, guanfacina y

clonidina. Los efectos secundarios comúnmente reportados son: disminución en el apetito, problemas del sueño, ansiedad e irritabilidad.

Comentario

Esta es una época excitante para la investigación del TDAH. La expansión del conocimiento en genética, las imágenes del cerebro y la investigación del comportamiento nos están proporcionando una mejor comprensión de las causas de este desorden, de cómo prevenirlo y de cómo desarrollar tratamientos más efectivos para todos los diferentes grupos de edad. Como médicos, es importante que nos mantengamos al tanto de esta condición para poder identificar correctamente a los pacientes que la padezcan y para poder tratarla o referirlos adecuadamente y, así, poder mejorar la calidad de vida y el funcionamiento de quienes la padecen. ☐

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. (10th ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.



Hospital San Juan CAPESTRANO

Ahora con
Programa Especializado
en Jóvenes de 13 a 17 años

ADOLESCENTES

Si identificas algunas de estas señales o síntomas, llámanos para orientarte.

- Pensamientos o gestos suicidas
- Peligro para sí mismo u otros
- Comportamiento autodestructivo
- Irritabilidad / Comportamiento violento
- Depresión
- Aislamiento/Retraimiento
- Poca productividad escolar
- Desafío, no respeto a la autoridad
- Cambios en los patrones de sueño

Un Mundo de Posibilidades

para su Recuperación Emocional

¡LLAMA HOY!

1-888-967-4357

Línea de ayuda confidencial 24/7

ACEPTAMOS LA MAYORÍA DE LOS PLANES MÉDICOS



Impacto de la legalización del cannabis:

Resumen de evidencias



Comité de Violencia y Adicciones del CMCP, R,
Comité de Adicciones del Capítulo de PR de la Asociación Psiquiátrica Americana
Compilado por Arnaldo Cruz Igartua MD, DABPN, 2014

El cannabis fumado dista mucho de ser una droga inofensiva

El cannabis fumado puede producir dependencia fisiológica, síndrome de intoxicación y de abstinencia o retirada. Tiene 20 veces más amoníaco y 5 veces más cianuro de hidrógeno que el tabaco fumado. Estudios en pilotos de avión muestran que su efecto dañino en el desempeño de funciones motoras complejas perdura hasta 24 horas después de su uso. En otros estudios se evidencia que duplica el riesgo de accidentes de auto; y que en los usuarios ocurre una pérdida de introspección y negación, o sea, que estos tienen dificultad en reconocer el daño de su uso, lo minimizan o lo niegan.

Aún no hay suficientes estudios comparativos para determinar la efectividad/toxicidad del cannabis fumado versus sus distintos derivados o los estudios están aún en proceso de realización. La marihuana fumada tiene efectos más tóxicos, peligros y más accesibilidad (en especial a niños y adolescentes) que los derivados que están en uso médico (como el dronabinol o *Marinol*). Hay varios derivados cannabinoides en experimentación, los que se estima sean aprobados en los próximos años para uso médico en varias indicaciones (nabiximol o *Sativex* y cannabidiol o *Epidolex*, entre otros). Varios estudios destacan que el daño e impacto de legalizar y normalizar la sustancia es mucho mayor en los niños y adolescentes. La enfermedad mental que con mayor frecuencia produce la marihuana es la adicción; en los Estados Unidos 1 de cada 4 (25%) personas que empezaron el uso frecuente de alguna sustancia adictiva antes de los 18 años tiene adicción, en comparación con

1 de cada 25 (4%) que comenzó su uso a los 21 años o después. Esto hace innecesario el cambio de cannabis de la categoría 1 en la FDA y también legalizar su uso.

Prioricemos la educación sobre la salud en vez de normalizar las sustancias

Quienes proponen la legalización en Puerto Rico tienen una visión que no considera la importancia, basada en evidencia, de la prevención y del tratamiento de las adicciones. En su mayoría, ponen énfasis en la sustancia en vez de hacerlo en la salud o ignoran las enfermedades de adicciones. Ese enfoque es contraproducente cuando los estudios establecen que las adicciones y la violencia representan problemas epidémicos de salud pública. Proponen ver drogas “buenas o suaves” y otras “malas o fuertes”. Alegan que legalizar las “buenas” les beneficia a ellos y no perjudica a otros ni a la sociedad. Por “normalizar” se entiende presentar como inofensivo y deseable el uso de alguna sustancia.

La mayoría de los medios de comunicación contribuye a normalizar el uso de sustancias adictivas, legales e ilegales, en vez de educar sobre sus peligros. Suelen publicar a diario las opiniones de los cuatro proponentes principales de la legalización:

- el legalista (su punto de vista es legal),
- el reduccionista (personas que trabajan en la reducción de daños),
- el usuario y
- el grupo que abiertamente expresa interés comercial en la venta de drogas.

Hay estudios que demuestran que normalizar el uso de sustancias se relaciona con un aumento en el uso por parte de los adolescentes. Las sustancias más utilizadas por los adolescentes alguna vez fueron las legalizadas para adultos: el alcohol (48,6%) seguido por el tabaco (14,3%). El 15,1% de los estudiantes informó haber utilizado alguna otra sustancia en algún momento de su vida. De estas, las sustancias más comúnmente reportadas fueron la marihuana (12,4%), las pastillas no recetadas (6,1%) y los inhalantes (6,1%). Otros estudios indican que por lo menos el 28,3% de las ventas de alcohol está ligada a los menores de 21 años y a adultos con dependencia o abuso de alcohol. Esto hace que la industria de alcohol tenga un interés económico en que se mantengan o aumenten las altas tasas de consumo de alcohol en los menores de edad.

Daños por la ausencia de prevención y tratamiento en Puerto Rico

En Puerto Rico el acceso a tratamientos basados en evidencia de las personas con adicciones es muy bajo. Estudios del año 2002 indican que solo 2 de 100 personas con alcoholismo y solo 11 de 100 con otras adicciones recibieron algún tratamiento. Los enfermos sin tratamiento usualmente tienen alguna enfermedad mental (hasta un 58% de comorbilidad psiquiátrica) y/o física concurrente que tampoco ha sido diagnosticada ni tratada. Esa falta de detección temprana y de tratamiento lleva a varios pacientes a un deterioro gradual y peligroso. La evidencia indica que las enfermedades de adicciones sin prevención ni tratamiento están estrechamente ligadas a aumentos en la tasa de violencia y de criminalidad. Hay estudios que determinan claramente que tanto la prevención como los tratamientos de las adicciones basados en evidencia son beneficiosos para la mayoría de pacientes y la sociedad. Estos bajan los costos a razón de siete dólares por dólar invertido en tratamiento.

Hay evidencia de múltiples daños económicos y sociales relacionados con la legalización, propaganda y tráfico de sustancias legales e ilegales en Puerto Rico, Estados Unidos y Europa. Algunos estudios indican que por cada dólar que el Gobierno gana en impuestos se pierden 10

o más dólares en daños relacionados con accidentes, procesos judiciales, pérdida de productividad y otros.

Abuso de sustancias en adolescentes: problema #1 de salud pública

En Europa la droga ilegal más usada por los escolares es el cannabis. También es la más empleada entre los que iniciaron tratamiento por primera vez, cuyo número en Europa aumentó de 45 000 en 2006 a 60 000 en 2011. En Estados Unidos, el uso de cannabis se asocia a casi el doble de incidencia de abuso de otras drogas como el éxtasis, la cocaína, el crack y analgésicos, en comparación con quienes no las usan.


Después de la década entre 1998 y 2008 en que disminuyó el abuso de sustancias en adolescentes, se observa ahora (de 2008 a 2011) un aumento significativo en el abuso de cannabis y otras drogas. El abuso intenso de cannabis aumentó en un 80% desde 2008. En Puerto Rico el uso de drogas había descendido a 8,8% en el periodo 2005-2007 y ascendió a 13,3% en el periodo 2010-2012. El uso de marihuana mostró el mayor aumento duplicando su prevalencia, de 6,1% en el periodo 2005-2007 a 12,4% en el periodo 2010-2012. El uso de sustancias o adicción en adolescentes es hoy el problema prevenible más costoso en Estados Unidos y el origen de los mayores problemas de salud pública.

Plan nacional: cuatro pilares para el manejo de las adicciones

El enfoque de salud ofrece 4 tipos de prevención a las personas con enfermedades y a sus familias.

En armonía con ese enfoque, en el subcomité de violencia y adicciones del CM CPR, en colaboración con el comité de adicciones del Capítulo de Puerto Rico de la Asociación Psiquiátrica Americana, preparamos un programa nacional de cuatro pilares basados en evidencia. Este programa (ver *Galenus* 43) busca integrar los cuatro pilares de prevención en salud: los dos pilares de tratamiento y prevención, y los otros dos pilares de servicios de reducción de daños y de desarrollo de leyes no punitivas.

La evidencia apoya que una mayor oferta de prevención y tratamiento basados en evidencia es beneficiosa al rehabilitar los enfermos y a sus familias. La implementación de los cuatro pilares citados ha evidenciado su eficacia en rehabilitar a enfermos y en prevenir y reducir la criminalidad, bajando los costos y daños al Gobierno y a la sociedad. Construir más cárceles no reduce el círculo de reingresos a la prisión ni los costos. Referir a grupos de doce pasos tampoco es suficiente. El CM CPR propone no encarcelar al usuario de ninguna sustancia adictiva, pero sí detectar tempranamente y tratar al que se diagnostique como enfermo. Recomendamos que la evaluación de cada usuario sea realizada por un grupo de especialistas en adicción (o profesionales calificados), que incluya al menos a un psiquiatra y a un trabajador social.

La posición actual del CM CPR en cuanto a no favorecer la legalización del cannabis fumado es compartida por importantes organizaciones médicas como la Academia Americana de Psiquiatría de las Adicciones, la Sociedad Americana de Medicina Adictiva, la Asociación de Psiquiatría Americana, Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes y la Asociación de Pediatría Americana, entre otras. 

Referencias

(Debido a las limitaciones de espacio solo incluimos algunas de las principales referencias citadas).

- Programa nacional de cuatro pilares integrados para la salud mental y las adicciones en PR. A.Cruz Igartua MD, DABPN GALENUS, 44, año 2014.
- Economic Benefits Of Treatment: A Critical Review Of The Evidence For Policy Makers, February 2005.
- California Drug and Alcohol Treatm.Assessment (CALDATA) 1991- 1993.
- Estimate of the Commercial Value of Underage Drinking and Adult Abusive and Dependent Drinking to the Alcohol Industry*, SE.Foster, et al.
- The Partnership Atitude Tracking Study, Metlife Foundation 2011.*
- Medical Marijuana Use among Adolescents in Substance Abuse Treatment Stacy Salomonsen-Sautel, PhD et al; J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012.
- Adolecent Substance Use: America's #1 Public Health Problem; CASA Study, The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. 2011.
- Pediatric Marijuana Exposures in a Medical Marijuana State, JAMA Pediatr. 2013;167(7):630-633.
- El uso de sustancias en los escolares puertorriqueños, Consulta juvenil VIII 2010-2012 (Estudio para ASSMCA por investigadores UPR y UCC).
- The Four Pillar Drug Policy in Switzerland, 20 years after. Hans Koepfel, MD, J of Global Drug Policy and Pract 2008.
- Informe Europeo sobre Drogas 2013: Tendencias y novedades.
- Addiction Denial and Cognitive Dysfunction, William Rinn, Ph.D. ea., J Neuropsych and Clin Neurosc 2002; 14:52-57.
- El perfil de la violencia en Puerto Rico: 1984-2004, CM CPR, 2013
- Legalization of Marijuana: Potential Impact on Youth. Pediatrics, Alain Joffe and W. Samuel Yancy, 2004
- A Comparison of Mainstream and Sidestream Marijuana and Tobacco Cigarette Smoke Produced under Two Machine Smoking; Publ 2008.
- Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis, MarkAsbridge, et al, BMJ 2012
- Cannabis and its Effects on Pilot Performance and Flight Safety: A Review; Australian Transport Safety Bureau, 2004.
- 2002 Household Survey; PR SA Needs Assessment Program. UCC PR.
25. Política Pública CM CPR sobre Proyecto de la C. 1362 de 4 Sept 2013 y proyecto del Senado S. 517, 16 abril 2013.
- ASAM-Draft Public Policy Statement on Medical Marijuana, 2013.
- Fact Sheet; Office of Nat.Drug Policy On Mariguana Legalization; 2010.
- Government approves medical marijuana research. U of Arizona study, with post-traumatic stress. LA Times, 03/14/2014, E.Halper; C.Carcamo.

Fibromialgia y su peligroso trastorno depresivo



Fabio H. Lugo, MD

Médico Psiquiatra
Profesor Asociado

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de Ponce

La fibromialgia (FM) es un trastorno de la percepción del estímulo de dolor en el cerebro. Se manifiesta con un dolor generalizado por tres meses, acompañado de fatiga, disturbio del sueño y déficit cognitivo (atención, concentración y memoria). Es un estado de hipersensibilidad cerebral en el que el paciente reporta dolor severo ante un estímulo físico no doloroso (alodinia) con fallo de la función ejecutiva cerebral que lo lleva a un estado de depresión crónica. En FM, el cerebro se desorienta y comienza a amplificar la percepción de dolor en todo el cuerpo. La alodinia se ha relacionado con la respuesta de grupos de células nodrizas (*stem cells*) en su intento de reparar daños en el cordón espinal.

Etiología

La causa de la FM no es clara. Es un problema común que se presenta en el 2 al 4% de la población y que puede manifestarse en cualquier etapa de la vida, inclusive en niños. Tiene un componente genético. No tiene cura y el pronóstico es peor en varones. En el historial de FM los pacientes suelen presentar los siguientes factores de riesgo o condiciones previas:

1. Radiculopatía lumbo-sacral;
2. Radiculopatía cervical;
3. Estrés, generalizado u ocupacional;
4. Artritis reumatoide;
5. Depresión mayor;
6. Apnea del sueño;
7. Deficiencias de micronutrientes;
8. Enfermedad autoinmune; y
9. Traumas físicos y corporales.

La investigación neurocientífica encontró lo siguiente en pacientes con FM:

1. Niveles bajos de serotonina y triptófano;
2. Elevación de sustancia P en el cordón espinal;
3. Alteración del estadio de sueño profundo;
4. Hipofunción del eje HPA; y
5. Hipoperfusión del tálamo.

Trastorno depresivo por condición médica

Los pacientes con FM –mujeres en su mayoría– se pueden levantar “trancados con el dolor” y no pueden dormir porque “el dolor no los deja dormir”. Ante un cuadro clínico tan desesperante, los pacientes pueden desarrollar episodios de depresión mayor (293.83). Se debe cumplir con los criterios A y B del Manual Estadístico Diagnóstico 5 (DSM 5) de la Asociación Psiquiátrica Americana, para lo que deberán tener cinco o más de los siguientes síntomas:

- Tristeza o falta de interés por dos semanas;
- Pérdida o aumento de peso;
- Insomnio o hipersomnio;
- Retardo o agitación psicomotora;
- Pérdida de energía;
- Minusvalía;
- Habilidad para pensar y concentrarse disminuida;
- Mostrar pensamientos, intentos o planes suicidas.

La enfermedad se complica con un suicidio, en especial en varones. En los Estados Unidos hay un aumento de litigios contra los médicos por esta complicación. Por eso, es importante que se consulte con el médico psiquiatra para ayudar en el enfoque multidisciplinario del tratamiento.

Tratamiento

Psicoterapia individual, psicoeducación, técnicas de reducción de estrés, ejercicio de ultra baja intensidad,


hidroterapia pasiva, reevaluación de estilos de vida, nutrición apropiada, grupos de apoyo y educación a familiares / seres queridos deben ser los pilares del tratamiento del paciente con FM.

La FDA aprobó indicación a tres medicamentos: duloxetine, milnacipran y pregabalin. Los tres modulan y disminuyen el estímulo del dolor, y tienen la advertencia de la FDA (Black Box Warning) sobre probabilidad de suicidio.

El tratamiento farmacológico de elección en FM son los antidepresivos. Además, pueden ser tratados con relajantes musculares, hipnóticos y medicamentos para el dolor. Los opioides no están indicados y de hecho complican la condición del paciente con FM.

Conclusión

La FM les cambia la vida al paciente y sus familiares. El autor la suele llamarla “La enfermedad del llanto

del músculo”. Hay evidencia científica de cambios en el funcionamiento cerebral en pacientes con FM. El dolor persistente conduce a fallo cerebral que se manifiesta por daño de funciones ejecutivas que pueden asociarse con incapacidad. Esto, a su vez, lleva al paciente de FM a padecer de trastornos neuropsiquiátricos. El tratamiento del episodio depresivo deberá ser consultado y dirigido por el médico psiquiatra. 

Referencias

1. National Fibromyalgia Association.
2. DSM 5, American Psychiatric Association.
3. American College of Rheumatology: Fibromyalgia Guidelines.
4. Placebo-Controlled Monotherapy Trial of Pregabalin in patients with Fibromyalgia: J Pain. 2008 Sept; 9 (9): 792-805.
5. Efficacy of milnacipran in patients with fibromyalgia: J Rheumatology. 2005 Oct (10):1975-85.
6. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder: Pain. 2005 Dec 15; 119 (1-3):



Distribuida gratuitamente por correo a los médicos de Puerto Rico, estudiantes, residentes de medicina, clínicas, hospitales y convenciones médicas.

15,000 ejemplares por edición.
Más de 100,000 lectores por edición.

Impresa en Puerto Rico

GALENUS

REVISTA PARA LOS MÉDICOS DE PUERTO RICO

Si usted es médico en Puerto Rico ya es parte de nuestro equipo.

Esta es su revista.
Esperamos que la disfrute.

info@revistagalenus.com

787.565.8171

787.688.5968



www.galenusrevista.com

Depresión postparto y sus implicaciones

Brenda E. Matos, MD

Psiquiatra General, Subespecialista en Niños y Adolescentes
 Presidenta Capítulo de Psiquiatría de Niños y Adolescentes
 del Colegio Médico-Cirujanos de PR
 Presidenta Electa, *American Psychiatric Association, Puerto Rico Chapter*



Varios estudios muestran que durante los meses que siguen al parto (periodo en que la mujer es muy vulnerable a nivel psíquico) más del 40% de las madres sufren síntomas depresivos-ansiosos inespecíficos y que del 10% al 15% desarrollan una enfermedad depresiva. Esto causa sufrimiento personal y familiar, afecta la relación de pareja y el desarrollo emocional del bebé, que puede verse seriamente condicionado por la enfermedad psíquica materna. Luego de ser diagnosticada, la depresión postparto requiere de medidas terapéuticas urgentes.

La depresión postparto (DPP o depresión postnatal) afecta al 13% de las mujeres –y con menor frecuencia a los hombres– después del nacimiento de un hijo. La mayoría de los casos de DPP se presentan en el primer mes posterior al parto o poco después. Por lo general, los síntomas alcanzan su mayor intensidad entre las 8 y 12 semanas después del nacimiento.

No se conocen bien las causas pero se considera que los cambios hormonales (gonadales y tiroideos) y el cambio de ritmo de vida son posibles factores. Así, el modelo etiológico sugiere que la depresión postparto es de tipo biopsicosocial y se piensa que los factores psicosociales tienen mayor peso que los biológicos.

Los factores de riesgo más importantes son:

- Crisis frecuentes de ansiedad o depresión durante el embarazo, en especial en el tercer trimestre;
- Haber tenido previamente depresión o ansiedad;
- Historial de depresión o ansiedad en la familia;
- Estrés causado por el cuidado infantil;
- Falta de apoyo social;
- Dificultades en el matrimonio;

- Baja autoestima;
- Estrés por eventos externos como problemas financieros o la pérdida de un trabajo;
- Embarazo no deseado o no planeado;
- Complicaciones obstétricas; y
- Tener un bebé irritable.

Características de la depresión postparto

La depresión postparto presenta la misma psicopatología que un episodio depresivo mayor, pero con algunas peculiaridades. Hay que tener en cuenta que algunos síntomas de la depresión mayor, como las alteraciones del sueño o del apetito, la fatiga y la disminución de la libido, se consideran normales en el postparto. Por ello, el principal instrumento de detección temprana para dicha depresión es la Escala de Edimburgo. Esta escala se centra en los síntomas más típicos de la depresión: ánimo bajo, pérdida de la capacidad de disfrute y ansiedad.

En la depresión postparto, del 20 al 40% de las mujeres reportan algún disturbio emocional o disfunción cognoscitiva. En casos raros (1-2 de 1000 partos) la depresión postparto se caracteriza por sentimientos depresivos e ideas suicidas. En casos severos, la depresión puede alcanzar proporciones psicóticas con alucinaciones, delirios y pensamientos infanticidas.

Otras clasificaciones

Los *baby blues* se caracterizan por ser una depresión mucho más leve que la depresión postparto. Se presentan en los primeros días después del parto y se caracterizan por un estado de labilidad afectiva transitorio en la mayoría de las mujeres, pero un 20% de las que los padecen no presentarán remisión y continuarán con la depresión.

Un subgrupo dentro de la depresión tiene un trastorno obsesivo compulsivo postparto, caracterizado por las ruminaciones egodistónicas relacionadas con hacerle daño al bebé. Son pensamientos intrusivos que se experimentan con intensa angustia.

Otro trastorno psíquico que puede presentarse de manera comórbida con la depresión postparto es el trastorno de estrés postraumático, desencadenado por acontecimientos estresantes en el momento del parto.

Riesgos de no tratar la depresión postparto

Estudios presentan varios efectos adversos asociados a la depresión materna postparto y consecuencias negativas en la relación madre-hijo y en el desarrollo infantil, en términos emocionales, conductuales y cognoscitivos. En preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses del parto se encontraron coeficientes intelectuales más bajos que en niños cuyas madres no se

deprimieron en ese periodo. Otro estudio dio a conocer una asociación entre DPP materna y violencia en los hijos.

Tratamiento

Si una mujer ha padecido de depresión postparto, el riesgo de que se repita después del siguiente parto es del 25%. Por eso es importante diseñar un plan preventivo durante el embarazo en estas pacientes.

Una vez diagnosticada correctamente la depresión postparto, se establece un plan de tratamiento que, en condiciones óptimas, debería ser elaborado por un equipo multidisciplinario que incluya a todos los profesionales que atienden a la diada madre-hijo, es decir, el psiquiatra, el médico de familia, el pediatra, y el psicólogo. En cuanto al tratamiento psiquiátrico, se debe considerar tanto la psicoterapia como el tratamiento farmacológico. La decisión de usar o no un antidepresivo debe basarse en un análisis cuidadoso de riesgo/beneficio. 