

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SECCIÓN DE PSIQUIATRÍA
CURSO ME-4016**

**CAJA COSTARRICENSE DE
SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO**

CLASES DEL DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI*¹

AÑO 2.000

¹ Profesor Asociado de la Escuela de Medicina, UCR
Director, Unidad de Posgrado en Psiquiatría, CENDEISSS-SEP, UCR.
Subdirector, Hospital Nacional Psiquiátrico, CCSS

CAPÍTULO I: PRINCIPIOS GENERALES CON EL USO DE PSICOFARMACOS

I. INTRODUCCION:

Cuando el médico se dispone a recetar un psicofármaco a un paciente que presenta un componente emotivo importante en su cuadro clínico, con alguna frecuencia le surgen algunas dudas en cuanto a la elección del medicamento y la dosis a la cual prescribirlo.

En el presente trabajo, trataré de hacer algunos lineamientos generales para que puedan servir de orientación a aquellos colegas que deseen aclararse por sí mismos esas dudas.

II. DEFINICION DE PSICOFARMACOS:

Los psicofármacos, sustancias psicotrópicas o psicoactivas son medicamentos que actúan primariamente a nivel del sistema nervioso central induciendo cambios en los procesos de pensamiento, percepción, afecto, estado de vigilia y comportamiento tanto normales como patológicos. Por lo tanto, en el momento actual, estas sustancias no son específicas por las alteraciones normales del aparato psíquico, hecho que amerita hacer un balance entre lo malo que se desea modificar y lo bueno que simultáneamente se alterará.

Existen otras sustancias que sin ser primariamente psicofármacos pueden modificar en forma secundaria el funcionamiento psíquico, tal es el caso de la digital, algunos antibióticos y hormonas.

III. LO PRIMERO QUE HAY QUE HACER:

Antes de pensar en recetar un psicofármaco debemos tener un diagnóstico presuntivo.

Para lograr establecerlo se debe hacer una buena historia clínica incluyendo aspectos psicológicos y psicofarmacológicos, tanto en el paciente como en sus familiares.

Los factores hereditarios juegan un papel importante tanto en el cuadro psicopatológico como en la respuesta a psicofármacos.

El desarrollo de la personalidad del sujeto, puede darnos alguna información importante en cuanto a los mecanismos de defensa que utiliza y el grado de perturbación que tiene en el momento de la entrevista.

La historia clínica debe ser complementada con un examen físico completo y un buen examen neurológico. Todo esto lleva la finalidad de detectar padecimientos orgánicos que se nos presentan con un disfraz de enfermedad mental, siendo las manifestaciones psíquicas secundarias a un cambio en la estructura o la bioquímica del cerebro. Si estos padecimientos son tratados con psicofármacos, los resultados no serán óptimos y estaremos perdiendo el tiempo para instaurar una terapéutica específica que será la única que vendrá a resolverle las molestias al paciente.

IV. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO EN PSICOFARMACOLOGIA:

El diagnóstico presuntivo tiene gran importancia para recetar el medicamento más adecuado.

Si el paciente tiene un diagnóstico presuntivo que implica cambios en el afecto, entonces tenemos que buscar medicamentos que vayan a tener acción más específica sobre el afecto, por ejemplo: los antidepresivos o el carbonato de litio. Si por el contrario, predominan los elementos ansiosos lo más recomendable sería usar ansiolíticos. Si éste implica que hay elementos psicóticos, lo más adecuado es

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

el uso de antipsicóticos. Si sugiere que existe un trastorno disrítmico del cerebro, el uso de anticonvulsivantes va a ser lo primero a que se debe recurrir antes de usar otros psicofármacos.

V. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO ÚNICAMENTE:

Las sustancias psicotrópicas únicamente brindan alivio sintomático al igual que los antigripales, es decir, que no "curan" en el sentido médico de la palabra, ya que cuando los niveles sanguíneos caen por debajo de cifras efectivas, las molestias pueden reaparecer. Esto es importante, ya que debemos tener siempre presentes otras formas de tratamiento concomitante como psicoterapia individual, de grupo o de familia, modificaciones ambientales, tratamiento social, técnicas de modificación del comportamiento, otros tratamientos biológicos como la terapia electroconvulsiva, consejo religioso, o legal, etc.

En otras palabras, el psicofármaco no va a modificar el proceso básico del trastorno mental y es por eso, que algunos pacientes que tienen enfermedades de larga evolución, se descompensarán nuevamente cuando suspenden el tratamiento en forma voluntaria. Por eso es que no se debe dejar recaer sobre estos medicamentos el peso completo de la mejoría del paciente. Debemos pensar en última instancia, que una persona más tranquila o menos deprimida, podrá afrontar mejor los problemas existenciales y esto le permitirá sentirse mejor.

VI. NO POSEEN EFECTO MÁGICO:

Los efectos de un medicamento están en relación directa con los mecanismos de acción y la dosis a la cual se den, pero debemos cuidarnos de no sustituir con un psicofármaco otras necesidades básicas del organismo. Por ejemplo, una paciente desnutrida que se deprime, lo más lógico es enfocar primero su problema nutricional y luego se verá si amerita o no un antidepresivo. Un niño que tiene un retardo mental nunca mejorará su coeficiente de inteligencia con estas sustancias. Tampoco mejorará el cansancio de un hombre sobretrabajado, ya que lo más importante es que disminuya su intensidad de trabajo.

Una higiene mental adecuada siempre será mejor que una "pastillita para nervios" en los pacientes que no tienen una enfermedad mental seria; y aún en éstos son un complemento importante del tratamiento.

VII. TRATAMIENTO INDIVIDUAL:

Todas las personas, sufran de enfermedad o sean sanos, responden en forma diferente a los psicofármacos al igual que otros fármacos en general.

Aquí se cumple nuevamente aquel principio de la medicina que dice que debemos de tratar a personas que tienen una enfermedad; y no a una enfermedad aislada. Es decir; no vamos a tratar a un deprimido, sino a la señora fulana de tal, que tiene una depresión.

En esta respuesta individual intervienen factores genéticos que han sido determinados por nuestros antecesores, que definirán el grado en que metabolizan los medicamentos y el tipo de respuesta a los mismos. El estudio de estos factores está adquiriendo mucho auge en la actualidad en lo que se ha llamado la farmacogenética.

Por otra parte existen factores constitucionales adquiridos como la estatura, el peso y la cantidad de tejido grasoso que hacen que los efectos sean diferentes.

Además, en el caso de los psicofármacos, ciertos hábitos de un sujeto van a modificar la respuesta. Por ejemplo, un individuo que consume bebidas alcohólicas con regularidad, va a ser más resistente a los efectos de los medicamentos sedantes, ya que se desarrolla tolerancia cruzada. Una dieta mal balanceada puede predisponer a que se presenten reacciones adversas más severas como estreñimiento crónico.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

No debemos perder de vista otros tratamientos que el paciente recibe concomitantemente para enfermedades somáticas, ya que se pueden presentar interacciones que pueden dar resultados impredecibles.

Estados fisiológicos especiales como el embarazo y la convalecencia, hacen que se modifique también la respuesta y que se tengan que observar medidas especiales.

La edad también es un factor importante, ya que los niños toleran en general menos psicofármacos y deben recibirlos durante un tiempo menor que en el caso de adultos. Los pacientes seniles, por presentar con frecuencia alteraciones metabólicas en el cerebro, tienden a dar más reacciones adversas y manejan mejor dosis pequeñas.

La intensidad del trastorno emocional también va a contribuir a variar la respuesta. Cuando un sujeto está sumamente ansioso va a necesitar dosis tres o cuatro veces mayores de tranquilizantes que cuando está calmado, por lo tanto debemos tener presente que existen tratamientos de inicio y tratamientos de mantenimiento con dosis mucho menores en el segundo caso. Si dejamos al sujeto con dosis iniciales lo más seguro es que se irá sobredosificando progresivamente conforme se vaya tranquilizando.

VIII. NO USAR POLIFARMACIA:

Por polifarmacia se entiende el uso simultáneo de varios fármacos y en el caso específico de psicofarmacología, consiste en la mezcla de ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos o antidepresivos como tratamiento diario a un paciente con trastornos psíquicos.

Esta forma de tratamiento ha sido muy utilizada en épocas anteriores y aún en la actualidad. Los psiquiatras no nos hemos excluido, tanto en nuestro país como en todo el mundo.

Esta tendencia se originó en la creencia de que dos sustancias con buen efecto terapéutico eran más eficaces que una sola y si en lugar de dos, se utilizaban cuatro, el efecto era mucho mayor. Lo incorrecto de esta creencia se basa en que: a) no se toman en cuenta que existan asociaciones antagónicas, sinérgicas y tóxicas que pueden ser evitables, ya que sus efectos son difíciles de cuantificar y b) la potencialización de reacciones adversas que sube en forma geométrica, ya que además de la posibilidad de una reacción propia de un medicamento, se le suma la interacción con la otra sustancia pudiendo aparecer efectos secundarios mucho más intensos y con mayor frecuencia.

Además, si un paciente que está en polifarmacia, desarrolla una reacción adversa, nunca se sabrá con exactitud cuál fue el o los productos responsables, teniendo que suspender a veces toda la medicación con el consiguiente riesgo de una exacerbación de los síntomas.

Amerita reflexionar lo que puede pensar o sentir una persona cuando tiene que ingerir gran cantidad de pastillas de diferentes tamaños y colores. Podría pensar que está muy enfermo, o que se puede intoxicar o que tal vez, su médico no está seguro de lo que le sucede y entonces le mandó un "tiro de escopeta" para tratar varias enfermedades simultáneamente. Estas dudas en el paciente, conducen a que modifique por sí mismo la dosis o suspenda todo el tratamiento habiendo fracasado el médico, sin percatarse, en su función de aliviar a los dolientes.

IX. SIEMPRE TOMAR EN CUENTA FACTORES PLACEBO:

Por factores placebo, se entienden factores inespecíficos que rodean a la situación terapéutica y que va a afectar positiva o negativamente la respuesta al psicofármaco, sin tomar en cuenta el tipo o la dosis del mismo.

Estos efectos pueden ser responsables hasta del 40% de la mejoría en sujetos neuróticos y del 20% en psicóticos.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

De estas circunstancias la más importante es la relación médico-paciente. Si el paciente percibe a su médico comprensivo y sensible, con actitud de escucha atenta, si siente que le ha entendido su enfermedad, entonces la respuesta al medicamento, sea cual sea la sustancia activa, será buena. Si por el contrario, siente que el médico no lo ha entendido ni escuchado, la misma medicación no va a producir mejoría alguna o inclusive puede empeorar su cuadro.

Es importante también lo que el paciente espera del tratamiento, si tiene consciencia de lo que le ocurre, si tiene buena motivación para el mismo, si no tiene ganancias secundarias importantes con su enfermedad y si no es fácilmente influenciado por las opiniones que la gente tiene de los medicamentos que está tomando ya que habrán personas que tengan buenas opiniones pero habrá otras que no (Moi-zesowics, 1988).

Pacientes que han estado utilizando gran cantidad de psicofármacos con poca o nula respuesta positiva, en general tienden a responder mal al tratamiento debido a que su problemática incluye una actitud negativa hacia la medicación que no se va a poder corregir y que va a incidir en una mala respuesta. Estos sujetos tienen en general, un mal pronóstico.

Las expectativas que tiene la familia del paciente también influyen en la respuesta, sobretudo cuando son difíciles de satisfacer. La colaboración de la familia es imprescindible cuando el paciente no cumple con las indicaciones o cuando su enfermedad no le permite entenderlas, como es el caso del paciente demenciado.

Otras circunstancias son un consultorio apropiado, sin mucho ruido, que brinde la confidencialidad requerida para poder hablar de cosas que pueden originar un sentimiento de vergüenza, con la tranquilidad de que nadie lo está escuchando. La decoración y orden del mismo, habla de la personalidad del médico.

La técnica con que se entreviste al paciente es importante. Un médico muy precisado en terminar, no le da tiempo al paciente para que pueda estructurar y verbalizar adecuadamente sus ideas. Las preguntas cerradas, que se pueden contestar con un sí o un no, impiden obtener información que podría ser interesante; en cambio las abiertas, dejan margen para que el paciente deje volar su imaginación y puedan aflorar preocupaciones que estaban inconscientes.

El aspecto físico de la medicación sigue siendo primordial. Una cápsula demasiado grande puede hacer sentir al sujeto que no la podrá deglutir. Hay personas que le ponen más énfasis al color que al nombre de la misma y cuando le caen bien refieren que las pastillas amarillas fueron las mejores que han tomado. Cuando la misma medicación viene empacada con un color diferente, es difícil convencerlo de que se trata del mismo remedio. Además, cuando el color se ha desvanecido de una parte de la píldora, da la sensación de que no está en condiciones de ser ingerida ya que puede ocasionar una intoxicación.

El envase en el cual se le entreguen las medicinas es importante. Un frasquito bien presentado da seguridad de que su contenido es de buena calidad. Si el empaque es una bolsita de plástico, podría pensarse que no le ofrece buena protección y esto infunde desconfianza.

El prospecto que se incluye en el empaque del medicamento juega también un papel importante. Cuando contiene muchos efectos secundarios, el paciente puede creer que varios de ellos le pueden suceder y prefiere no tomar la medicación que podría ser de mucho beneficio.

Hasta la seguridad del médico mismo en el manejo de los psicotrópicos se ha visto que influye en la respuesta. Cuando el médico conoce bien las indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios la respuesta tiende a ser mejor.

Debido a esto, es que se han tomado varias medidas en investigación clínica, para filtrar, hasta donde sea posible, el efecto placebo y dejar únicamente la respuesta pura al medicamento. Dentro de ellos cabe mencionar los estudios doble ciego en donde ni el paciente ni el investigador que valora al pa-

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

ciente saben qué tipo de medicación están recibiendo. Los estudios con control de placebo de características similares a la sustancia activa también cumplen con este objetivo.

El médico que maneje bien estos factores, estará sumando a los efectos terapéuticos del medicamento, aspectos que favorecerán una buena respuesta clínica, que es en primera instancia lo que se desea.

X. USAR LA MENOR DOSIS EFECTIVA:

Debido a la gran cantidad de reacciones adversas que pueden dar los psicofármacos y a que la mayoría de éstas están en relación directa con la dosis a la que se administran, lo más aconsejable es usar las menores cantidades con las que el paciente se sienta libre de síntomas.

Para lograr esto es conveniente iniciar los tratamientos con dosis bajas e ir las incrementando progresivamente, hasta lograr la mejoría deseada. Si se comienza por dar dosis altas desde el principio, no se sabrá si el paciente podría sentirse igual de bien con una dosis menor; consumiendo mayor cantidad de medicamento, lo que va a repercutir en un mayor gasto económico o de tiempo institucional al tener que administrar más pastillas o más veces al día, una misma medicina.

Este procedimiento de empezar con dosis bajas no se debe seguir cuando el paciente se considera una emergencia y haya que se debe usar un tratamiento más enérgico.

XI. BIBLIOGRAFIA:

APPLETON, W.S. Y DAVIS, J.M.: "**Psicofarmacología Clínica Práctica**", Salvat Editores, Barcelona, España, pág. 27-84, 1985.

FABRE, J.: "**Terapéutica Médica**", Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, pág. 10-12, 1982.

GHODSE, H. y KHAN, I.: "**Psychoactive Drugs: Improving Prescribing Practices**", Organización Mundial de la Salud, Suiza, pag 22-42, 1988.

GOODMAN, A. Y GILMAN, L.S.: "**The Pharmacological Basis of Therapeutics**", Sétima Edición, Macmillan Publishing Co., New York, E.U.A., pág. 1-65, 1985

KLINE, N.S.: "**Psychiatric Treatment in Medical Practice**", W.B. Saunders Company, Philadelphia, E.U.A., pág. 21-42, 1962.

MASSERMAN, J.H.: "**Current Psychiatric Therapies**", Grune and Stratton, New York, U.S.A., pág. 89-97, 1972.

MOIZESZOWICZ, J.: "**Psicofarmacología Psicodinámica**", Segunda Edición, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, pág. 13-65, 1988.

SARACENO, B. ETAL: "**Uso de Psicofármacos en la Clínica**", Organización Panamericana de la Salud, cuaderno Técnico No. 32, Washington, E.U.A., pág. 1-2, 1990.

SCHATZBERG, A.F. y COLE, J.O.: "**Manual of Clinical Psychopharmacology**", American Psychiatry Press, Estados Unidos, pag 1-10, 1986.

URIARTE, V.: "**Psicofarmacología**", Editorial Trillas, México, pág. 11-13, 1978.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

CAPITULO II: ANTIPSICOTICOS

I. INTRODUCCION:

Se han denominado también neurólépticos o tranquilizantes mayores. Los antipsicóticos comprenden un grupo heterogéneo de sustancias químicas que han venido a revolucionar el tratamiento psiquiátrico al lograr ser efectivos en el tratamiento sintomático de las psicosis, tanto funcionales como orgánicas, pudiéndose controlar a la mayoría de estos pacientes en forma ambulatoria, con lo que se logró un drástico descenso en el número de pacientes hospitalizados.

Aunque desde tiempos inmemoriales se utilizaban diversas pociones y sustancias naturales para tratar a este grupo de enfermedades, se considera que el primer antipsicótico efectivo fue la reserpina que se comenzó a utilizar en la década de 1930, sin embargo producía con mucha frecuencia depresiones severas por lo que su efectividad se vio opacada por este hecho.

El primer medicamento realmente revolucionario de este grupo fue la clorpromazina (Largactil) que apareció en el mercado en 1952, marcando el inicio de la psicofarmacología como una rama importante de la farmacología y una revolución dentro del campo de la psiquiatría. Con su introducción en clínica, una gran cantidad de pacientes hospitalizados por largo tiempo pudieron manejarse en sus comunidades y el número de camas de los grandes hospitales mentales comenzó a declinar.

A partir de este producto, se han sintetizado más de 500 antipsicóticos, aunque en la práctica se utilicen sólo 30 debido a que casi todos poseen efectos similares sin preponderancia de ninguno de ellos.

Tienen un mecanismo de acción en común que es el bloqueo de los receptores D_2 tanto del nigroestriado como los mesolímbicos. Del grado de afinidad por estos receptores va a depender la facilidad con que producen extrapiramidalismo. Los nuevos antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina), se unen a estos receptores en menor proporción y producen menos problemas. Anteriormente se consideraba que para que una sustancia tuviera efecto antipsicótico debía producir extrapiramidalismo (rigidez muscular y temblor), concepto que ha cambiado y se ha reforzado con el hecho de que existen sustancias que producen extrapiramidalismo y no poseen efectos antipsicóticos como los antidepresivos tricíclicos y la metoclopramida.

II. CARACTERISTICAS GENERALES:

II-A. Son efectivos en el tratamiento de las psicosis tanto orgánicas como funcionales, agudas o crónicas.

II-B. Disminuyen la actividad psicomotora llegando a dar cuadros de catatonía, sin que se produzca sueño profundo.

II-C. Son eficaces para controlar la hiperexcitabilidad, la agitación y la agresividad de cualquier etiología.

II-D. Son capaces de producir extrapiramidalismo.

II-E. Su acción es a nivel subcortical, lo que los diferencia de los barbitúricos, bromuros e hidrato de cloral, cuya acción es cortical.

II-F. Producen hipotermia llegando a producir temperaturas tan bajas como de $35^{\circ} C$, en sujetos por lo demás, sanos.

II-G. Aumentan la actividad neuronal de las células del tálamo, disminuyendo el umbral a las crisis convulsivas, llegando a producirse convulsiones espontáneamente, sin que esto implique que el paciente sea epiléptico.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

II-H. Pueden producir hipotensión arterial y/o hipotensión postural ya que son bloqueadores alfa adrenérgicos. El efecto hipotensor se produce por una depresión del centro vasomotor del bulbo raquídeo y por una dilatación del extremo venoso del lecho capilar. La hipotensión postural se debe a un bloqueo de la cadena ganglionar del sistema nervioso simpático que hace que la respuesta vasopresora al ponerse de pie se haga más lentamente.

II-II. Poseen efecto antiemético. Esto es importante porque podría ocultar uno de los síntomas característicos de la hipertensión intracraneana como es el vómito.

II-J. Bloquean las aferencias sensoriales por lo que elevan el umbral al dolor. Esto los convierte en un recurso adicional para los pacientes que tienen un dolor muy intenso como los que sufren de cáncer terminal y en los que la morfina ha dejado de ser efectiva.

II-K. Producen indiferencia afectiva y quietud emocional con lo que se logra una menor reactividad a los estímulos ambientales permitiéndole afrontar los problemas con mayor efectividad.

II-L. Bloquean sistemas enzimáticos en el cerebro que determinan una disminución de las percepciones tanto normales como patológicas. Esto puede producir la sensación de que se tiene un bloqueo mental y de que no se vive la vida con la debida intensidad. Sin embargo, esto es de gran ayuda cuando se tienen ideas delirantes y alucinaciones ya que se logran controlar.

II-M. Su mecanismo de acción principal consiste en el bloqueo a los receptores dopaminérgicos que son los que se han asociado a la producción de las alucinaciones y las ideas delirantes.

III. FASES DURANTE EL TIEMPO DE ADMINISTRACION:

El efecto antipsicótico de estas sustancias, no se logra inmediatamente después de iniciado el tratamiento, sino que se pasa por tres fases, según Kline y Barsa:

III-A. Fase de efectos secundarios:

Es la primera etapa, generalmente abarca la primer semana de tratamiento. No hay un verdadero efecto antipsicótico sino que se presenta sedación, efectos anticolinérgicos, extrapiramidalismo, hipotensión arterial, etc. pero no se nota un cambio sustantivo en los síntomas psicóticos ya que deben atravesar la barrera hematoencefálica y producir modificaciones en los receptores que requieren un tiempo considerable para establecerse. Si se interrumpe el tratamiento en esta fase, rápidamente reaparecen los síntomas previos.

III-B. Fase de turbulencia:

Se presenta entre los 7 y los 10 días de iniciado el tratamiento. Se caracteriza por un empeoramiento de la condición mental del paciente y que generalmente se acompaña de agitación. Esta fase es más notoria con la reserpina. No hay que incrementar la dosis ni cambiar el tratamiento. Lo que hay que hacer es esperar a que pase. En caso de que exista mucha agitación, se puede agregar, durante un tiempo corto, un ansiolítico como el diazepam.

III-C. Fase de integración:

Se presenta alrededor de los 12 y 15 días y persiste durante el tiempo que se mantengan niveles plasmáticos efectivos del medicamento. Esto es importante de tener presente, ya que un paciente que ameritó internamiento por un cuadro psicótico severo, no debe dársele la salida hasta que hayan transcurrido dos semanas, para que se haya producido esta fase.

Es importante mencionar que algunos pacientes en esta fase, suspenden el tratamiento y refieren sentirse mejor. Esto se debe a que desaparecen los síntomas secundarios pero no se mantiene el efecto primario por lo que al pasar el tiempo, se puede presentar una nueva recaída.

Algunos pacientes que han tenido varias crisis psicóticas deben mantenerse con dosis pequeñas del antipsicótico permanentemente para evitar recaídas

IV. PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO:

Existen algunos principios generales de tratamiento que se aplican a todos los antipsicóticos en general.

IV-A. Son medicamentos potentes que pueden dar efectos secundarios muy importantes por lo que siempre hay que tener presente la relación riesgo-beneficio en donde se tenga certeza de que el beneficio va a ser mucho mayor.

IV-B. En situaciones de emergencia, siempre es recomendable administrarlos por vía intramuscular cada 6 – 8 horas.

IV-C. Las dosis orales de mantenimiento son una tercera parte menor que las necesarias para remitir la crisis intrahospitalariamente. La cantidad de medicamento es directamente proporcional a la intensidad de los síntomas o se que a mayor severidad mayor dosis. Cuando el paciente está en fase de mantenimiento, tiene pocos o ningún síntoma lo que explica la disminución de la dosis.

IV-D. En el tratamiento de mantenimiento se pueden administrar en una sola dosis al acostarse ya que producen menos efectos secundarios, facilitan el cumplimiento del tratamiento y siguen siendo efectivos ya la sustancia madre y sus metabolitos activos se acumulan en los tejidos adiposos y se van liberando lentamente, prolongando su acción.

IV-E. Debe escogerse el antipsicótico de acuerdo a las características individuales de cada paciente y al tipo de la psicopatología que presenta.

IV-F Es preferible involucrar a los familiares en el tratamiento, ya que a veces el paciente no se da cuenta de lo enfermo que está y tiende a discontinuar el tratamiento. Se requiere supervisión para que vaya a renovar las recetas y no le falte la medicación.

IV-G. En pacientes que no son disciplinados en el cumplimiento de las indicaciones es preferible utilizar los antipsicóticos de depósito como el decanoato de flufenazina, que una vez administrado, no existe forma de retirarlo del organismo. Su efecto se prolonga entre 15 días y un mes.

IV-H. No es aconsejable cambiar de un antipsicótico antes de 15 días de estarlo utilizando ya que ese es el período de latencia que requiere para comenzar a actuar y no se puede tener certeza de que ha sido inefectivo.

IV-G. No deben de suspenderse abruptamente ya que pueden producir un cuadro similar a la disquinesia tardía pero de corta duración; algunos signos neurológicos y cuadros confusionales. Después de haberlos estado tomando en forma continua, desde disminuirse la dosis durante un período de un mes.

IV-H. La duración del tratamiento va a depender de algunos factores. Se estima que si se trata del primer episodio, la duración es de 1 año. Si es el segundo episodio, la duración es de 2 años. Después del tercero el tratamiento es continuo. Cuando existen antecedentes familiares de personas que han tenido esquizofrenia, el periodo de tratamiento tiende a ser más prolongado. Cuando existen factores precipitantes como la muerte de un familiar, el tratamiento tiende a ser de más corta duración que cuando no existe. Cuando el paciente tiene antecedentes personales de ser muy tímido, inhibido y de pocas relaciones interpersonales, el tratamiento tiende a ser más prolongado.

V. TIPOS DE ANTIPSICÓTICOS:

Para efectos de este curso, mencionaré a continuación dos clasificaciones:

V-A. De acuerdo a su acción clínica:

Desde este punto de vista, se clasifican en:

V-A-1. Antipsicóticos sedantes:

En su acción clínica va a predominar el efecto sedante, tranquilizante e inductor de sueño. Los más típicos representantes de este grupo son: Largactil ®, Sinogán ® y el Meleril ®. Como reacción adversa más frecuente producen hipotensión arterial. Están más indicados en las esquizofrenias en donde predominan la agitación, la intranquilidad y el insomnio.

V-A-2. Antipsicóticos incisivos:

Su efecto principal va a ser la supresión de las ideas delirantes y las alucinaciones por lo que son más utilizados en las esquizofrenias en donde predominan estos síntomas. Los representantes más característicos de este grupo son: Stelazine ®, Trilafón ®, Flufenazina y Haldol ®.

V-B. De acuerdo a su mecanismo de acción a nivel bioquímico:

Las modificaciones que se producen en los neurotransmisores son diferentes para estos grupos.

V-B-1. Antipsicóticos clásicos:

Estas sustancias bloquean al receptor dopaminérgico exclusivamente por lo que van a producir extrapiramidalismo con más frecuencia y no van a tener efecto sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia (apatía, anhedonia, alogia, asocialidad). Tienden a producir más disquinesia tardía que los atípicos con el uso prolongado. Los representantes de este grupo son: Largactil ®, Sinogán ®, Meleril ®, Stelazine ®, Trilafón ®, Decanoato de Anatensol ® y Haldol ®.

V-B-2. Antipsicóticos atípicos:

Estas sustancias bloquean al receptor dopaminérgico y al serotoninérgico simultáneamente por lo que van a producir muy poco extrapiramidalismo y van a mejorar los síntomas negativos de la esquizofrenia (apatía, anhedonia, alogia, asocialidad). Tienden a producir muy poca disquinesia tardía. Los representantes de este grupo son: Leponex ®, Risperdal ® y Zyprexa ®.

VI. MEDICAMENTOS DE ESTA CATEGORÍA:

VI-A Clorpromazina (Largactil ®):

Tiene como características principales tener un buen efecto sedante aunque es menos efectivo que la trifluoperazina en el control de las alucinaciones e ideas delirantes. Viene en las siguientes presentaciones: tab. 25 y 100 mg y ampollas de 50 mg para uso intramuscular. La dosis de inicio en un paciente

esquizofrénico agudo varían entre 600 mg y 1.000 mg / día, mientras que la de mantenimiento es de 400 mg / día.

Sus indicaciones son: esquizofrenia con agitación e insomnio, trastorno afectivo bipolar en fase maniaca o hipomaniaca, trastornos mentales orgánicos (epilepsia, trauma craneal, tumor cerebral) con psicosis, insomnio rebelde a tratamiento, retardo mental con crisis de agresividad. A dosis bajas, de 25 mg tid, se puede utilizar para tratamiento de cuadros ansiosos rebeldes a los tranquilizantes usuales y en algunos trastornos psicósomáticos como colitis nerviosa.

Dentro de sus contraindicaciones están: las nefro y hepatopatías en donde existe disminución funcional ya que tiende a acumularse en el organismo y dar efectos secundarios difíciles de manejar. En los epilépticos compensados pueden presentarse crisis convulsivas ya que baja el umbral a las mismas por lo que deben observarse y si se presentan, elevar la dosis de los anticonvulsivantes. En madres que están amamantando a bebés recién nacidos debe tenerse precaución ya que puede pasar a la leche y producir sedación o convulsiones en el niño. Durante el primer trimestre del embarazo debe evitarse su uso ya que puede producir problemas de bajo peso neonatal y alteraciones anatómicas en corazón.

Su principal reacción adversa es la somnolencia que se puede contrarrestar disminuyendo la dosis (no menos de 300 mg / día), fraccionando la dosis en una tercera parte al desayuno y dos terceras partes al acostarse o administrar un estimulante suave del sistema nervioso central como una taza de café o un té doble. Otra reacción adversa frecuente es la hipotensión arterial que cuando disminuye a menos de 90/60, hay que disminuir la dosis y si no hay respuesta debe cambiarse el antipsicótico por uno que produzca menos hipotensión como es la Trifluoperazina (Stelazine ®).

VI-B Levomepromazina (Sinogán ®):

Tiene como características principales tener un buen efecto sedante aunque es menos efectivo que la trifluoperazina en el control de las alucinaciones e ideas delirantes. Viene en las siguientes presentaciones: tab de 25 y ampollas de 25 mg para uso intramuscular. La dosis de inicio en un paciente esquizofrénico agudo varían entre 150 mg y 250 mg / día, mientras que la de mantenimiento es de 100 mg / día.

Sus indicaciones son: esquizofrenia con agitación e insomnio asociado a otro antipsicótico que tenga más poder incisivo (antidelirante y antialucinatorio) a la dosis de 25 o 50 mg hs, trastorno afectivo bipolar en fase maniaca o hipomaniaca a la dosis de 25 o 50 mg hs, trastornos mentales orgánicos (epilepsia, trauma craneal, tumor cerebral) con psicosis a la dosis de 100 o 150 mg / día, insomnio rebelde a tratamiento a la dosis de 25 o 50 mg hs, retardo mental con crisis de agresividad a la dosis de 25 mg tid.

Debido a que tiene un efecto potencializador de los analgésicos puede utilizarse concomitantemente con acetaminofén para dolores rebeldes. En la forma de ampollas se puede administrar junto con meperidina (Demerol®) en dolores producidos por cáncer avanzado.

Dentro de sus contraindicaciones están: las nefro y hepatopatías en donde existe disminución funcional ya que tiende a acumularse en el organismo y dar efectos secundarios difíciles de manejar.

Su principal reacción adversa es la somnolencia que se puede contrarrestar disminuyendo la dosis (no menos de 50 mg / día), fraccionando la dosis en una tercera parte al desayuno y dos terceras partes al acostarse o administrar un estimulante suave del sistema nervioso central como una taza de café o un té doble. Otra reacción adversa frecuente es la hipotensión arterial que cuando disminuye a menos de 90/60, hay que disminuir la dosis y si no hay respuesta debe cambiarse el antipsicótico por uno que produzca menos hipotensión como es la trifluoperazina (Stelazine ®).

VI-C Tioridazina (Meleril ®):

Sus características son similares al anterior excepto que posee un mayor efecto inhibitorio de la sexualidad pero mayor capacidad de producir efectos anticolinérgicos (es el más anticolinérgico de todos

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

los antipsicóticos). Tiene poco efecto incisivo pero es un buen sedante. La tioridazina viene en grag de 10 y 100 mg

Sus indicaciones son: esquizofrenia con agitación a la dosis de 400 a 600 mg / día durante la fase aguda y a la dosis de 300 mg / día en la fase de remisión. En los trastornos mentales orgánicos (epilepsia, trauma craneal, tumor cerebral) con psicosis a la dosis de 300 a 400 mg / día. En el retardo mental con crisis de agresividad a la dosis de 100 mg tid. En pacientes con conductas hipersexuales se puede utilizar a la dosis de 300 mg / día. En personas con eyaculación precoz puede utilizarse a la dosis de 10 mg 1 hora antes de las relaciones sexuales.

Está contraindicado en pacientes que tienen retinopatías especialmente la pigmentaria ya que puede acumularse a ese nivel y producir mayor lesión. También aquellos en los que un efecto anticolinérgico puede ser perjudicial como es el glaucoma de ángulo abierto, la hipertrofia prostática y el estreñimiento crónico.

Dentro de sus efectos secundarios está la somnolencia que se maneja igual que la de la clorpromazina o la levomepromazina. Los efectos anticolinérgicos deben tenerse presentes ya que pueden ocasionar: sequedad de boca que se contrarresta tomando líquidos con frecuencia o mascando chicle; obstrucción nasal que hace que la persona respire por la boca o ronque durante las noches lo que se combate con descongestionantes nasales como la Otrivina® o el Afrín®; visión borrosa que va cediendo con el tiempo de uso; estreñimiento que mejora con el uso de laxantes y dificultad para iniciar el chorro al orinar que amerita disminuir la dosis o suspender el tratamiento.

VI-D Trifluoperazina (Stelazine ®):

Es un antipsicótico que tiene un potente efecto incisivo (antialucinatorio y antidelirante) pero es poco sedante. Viene en las siguientes presentaciones: grageas de 1 y 5 mg. La dosis de inicio en un paciente esquizofrénico agudo varían entre 20 mg y 30 mg / día, mientras que la de mantenimiento es de 10 a 20 mg / día.

Su principal reacción adversa es el extrapiramidalismo que consiste en rigidez muscular y temblor de reposo que se exagera cuando el paciente está ansioso y falta de expresividad en la cara que no debe confundirse con afecto aplanado. Además puede manifestarse como una crisis distónica en la cual se producen contracturas musculares sostenidas y dolorosas que no se pueden controlar con la voluntad como por ejemplo: Sacar la lengua en forma desmedida, tortícolis, desviaciones de los ojos hacia arriba y a un lado, contracturas en los músculos de la espalda o de las extremidades. Otra forma de extrapiramidalismo lo constituye la acatisia que es la imposibilidad de mantenerse quieto en un solo lugar, por ejemplo: si se le dice al paciente que permanezca sentado en una silla, lo hace sólo por breves momentos para luego ponerse de pie y repetir el proceso nuevamente. Estas reacciones requieren de tratamiento antiparkinsoniano como biperidén (Akinetón®) a la dosis de 2 mg bid o tid. En el caso de una crisis distónica debe inyectarse 1 ampolla de biperidén de 5 mg IM y en el lapso de 20 minutos se aflojan los músculos. No es recomendable utilizar la vía endovenosa ya que puede precipitar un cuadro de alucinaciones visuales agudo.

Sus indicaciones son: esquizofrenia con inhibición y apatía a la dosis de 2 grag de 5 mg bid o tid. En esquizofrénicos que se encuentran en fase de remisión se puede administrar a la dosis de 2 a 4 grageas en una sola toma al acostarse. En el trastorno afectivo bipolar en fase depresiva con elementos psicóticos como por ejemplo tener las ideas delirantes de estar podrido debajo de la piel o de tener el corazón parado, se recomienda una dosis de 30 mg / día asociado a antidepresivos como la imipramina (Tofranil®) a la dosis de 25 mg tid. En trastornos ansiosos que no han respondido a tranquilizantes usuales puede utilizarse a dosis bajas de 1 mg tid. En el autismo infantil se puede utilizar a la dosis de 1 grag bid.

Sus contraindicaciones son las nefro y hepatopatías en donde existe disminución funcional ya que tiende a acumularse en el organismo y dar efectos secundarios difíciles de manejar. Debe usarse

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

con precaución en los pacientes en los que un efecto anticolinérgico puede agravar el cuadro como es: glaucoma de ángulo abierto, hipertrofia prostática y estreñimiento crónico.

VI-E Perfenazina (Trilafón ®):

Es en todo similar a la trifluoperazina solo que es ligeramente más sedante. Se presenta en grageas de 4 mg. Las dosis usual en un paciente esquizofrénico es de 8 a 24 mg / día.

VI-F Decanoato de flufenazina (Decanoato de Anatensol ®):

Se presenta únicamente en la forma de depósito, unida a una molécula de ácido decanoico conteniendo 1 cc con 25 mg para uso IM. Esto le permite una liberación prolongada que puede mantener niveles plasmáticos efectivos durante 2 a 4 semanas. Sus características son similares a las de la trifluoperazina. Es muy útil para el paciente renuente a tomar su tratamiento o que lo abandona con frecuencia. Una vez que se ha aplicado intramuscularmente, no se puede sacar por lo que nos asegura que recibió el tratamiento. La dosis usual de 1 a 3 cc IM cada 15 días asociado con biperidén 2 a 6 mg / día.

Este medicamento está contraindicado en los pacientes que sufren de un trastorno bipolar ya que en ellos es más frecuente la aparición de una disquinesia tardía que consiste en movimientos involuntarios en el área peribucal que tienen a evolucionar en forma crónica y para los cuales no existe tratamiento específico.

VI-G Haloperidol (Haldol ®):

Tiene una estructura química diferente a los anteriores. Viene en grageas de 5 mg, amp de 5 mg para uso IM. y gotas (20 gotas = 2 mg). La ventaja de este producto en gotas es que es incoloro e insípido por lo que se puede dar junto con alimentos líquidos, a pacientes renuentes a aceptar tratamiento o para provocar extrapiramidalismo y así atraer a consulta a un paciente que no tiene conciencia de enfermedad. Este recurso se utiliza en alcohólicos sin conciencia de enfermedad o en cuadro maniacaes que son egosintónicos y no motivan al paciente a ponerse en tratamiento.

VI-H Clozapina (Leponex ®):

Pertenece a una familia de antipsicóticos que se denominan atípicos ya que prácticamente no producen extrapiramidalismo. Se ha postulado que puede ser útil en el tratamiento de la disquinesia tardía ya que tiene un efecto bloqueante de los receptores 5HT₂ y que incluso puede prevenir el extrapiramidalismo que producen los otros antipsicóticos. Se comenzó a utilizar en clínica en 1974 pero en 1976 fue retirado del mercado debido a que se presentaron 8 muertes por agranulocitosis en Finlandia y mientras se aclaraba el panorama, la compañía productora lo retiró, para volverla a introducir en el mercado Norteamericano en 1990. Se presenta en tabletas de 25 y 100 mg. La dosis diaria varía entre 50 y 400 mg/ día.

Su acción sobre los receptores de la dopamina es diferente a la de otros neurolepticos ya que se liga no sólo a los receptores D₂ como lo hacen los otros antipsicóticos, sino que también a los receptores de tipo D₄ que no están tan vinculados al sistema extrapiramidal y que están relacionados con los procesos de pensamiento.

Posee una alta afinidad por los receptores 5HT₂, incluso mayor que la que posee por los receptores dopaminérgicos, lo que hace que tenga un efecto terapéutico sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia ya que liberan a las neuronas nigroestriatales de la inhibición serotoninérgica (Ereshefky, 1993).

Además aumenta la síntesis de D lo que produce un aumento de la misma en el cuerpo estriado, evitando que aparezcan los fenómenos extrapiramidales.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

El período de latencia es de 10 días aunque se pueden apreciar mejorías importantes antes de ese lapso.

Comparando su potencia con la clorpromazina se ha visto que 100 mg de CPZ equivalen a 25 mg de clozapina.

Se ha usado la clozapina en trastornos del comportamiento de diversa etiología y se ha visto que los síntomas de agresividad, irritabilidad, intranquilidad motora, desconfianza y disforia tienden a remitir en forma satisfactoria.

Entre sus indicaciones están: las distintas formas de esquizofrenia, algunas psicosis orgánicas p.e. asociadas a demencia de tipo multi-infarto y la enfermedad de Alzheimer (a dosis bajas) y en estas paranoideas.

Está contraindicado su uso en casos de delirio alcohólico, estados comatosos, hepato y nefropatía, historia de discrasias sanguíneas y embarazo.

Entre las reacciones adversas, las que se diferencian de los antipsicóticos usuales son: sialorrea marcada, sudoración, taquicardia de 120 latidos por minuto y ocasionalmente incontinencia urinaria. Puede producir crisis convulsivas en el 5% de los pacientes (Jeffries, 1993). Es capaz de deprimir la médula ósea en el 1% de los pacientes tratados (Jeffries, 1993), produciendo leucopenias y granulocitopenias que pueden remitir sin suspender el tratamiento dando ácido fólico 5 mg bid y vitamina B12 1.000 micro gm IM por semana. También ha sido reportado como provechoso el uso de litio en dosis de una tab de 300 mg por día. Si se llega a presentar una verdadera agranulocitosis, es imperativo suspender el tratamiento.

VI-I. Risperidona (Risperdal ®):

Constituye el grupo más nuevo de antipsicóticos cuyo único representante hasta este momento es la risperidona (Risperdal), que se comenzó a utilizar en clínica en 1986 (Chouinard, pag 121, 1994).

Comparte con la clozapina su poca capacidad de producir extrapiramidalismo debido a que tienen poca afinidad por los receptores D_2 . Mientras que los neurolépticos clásicos muestran una ocupación del 70 al 90 % (la flufenazina ocupa > del 95% y el haloperidol al 75 %) (Sigmundson, 1994, pag S70). De los receptores de este tipo, la risperidona solo el 60 %. Entre menor sea la capacidad de bloquear a los receptores D_2 , menos efectiva es una sustancia en su capacidad para corregir los síntomas positivos de la esquizofrenia pero produce menos extrapiramidalismo (EPS).

Además, tiene una acción de bloqueo a los receptores $5-HT_2$ que han sido relacionados con los síntomas negativos de la esquizofrenia por lo que le confiere un mayor espectro de acción, mejorando tanto los síntomas negativos como los positivos en un mayor grado que los neurolépticos clásicos. Esta acción también le confiere cierto efecto antidisquinético, al igual que la clozapina.

Tiene una poca afinidad por los receptores colinérgicos lo que la diferencia de la clozapina. Es mucho menos potente que el haloperidol en su capacidad para producir catalepsia lo que sugiere una poca probabilidad de producir extrapiramidalismo.

Se ha demostrado que también tiene un efecto antidisquinético, que guarda relación con su capacidad de bloquear los receptores $5-HT_2$. No produce la sialorrea que da la clozapina.

Se presenta en comprimidos de 1, 2 y 3 mg. Las dosis usuales fluctúan entre 4 y 8 mg/día.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

Los efectos secundarios más frecuentes con este medicamento son los siguientes: insomnio, agitación, ansiedad, cefalea. Menos frecuentes son: somnolencia, fatiga, mareos, falta de concentración, náusea, disfunción en la erección y en la eyaculación, rinitis y rash.

En dosis altas o en pacientes sensibles, puede producir trastornos en la marcha.

VI-J. Olanzapina (Zyprexa ®, Telorzan ®):

La olanzapina (Zyprexa) tiene gran afinidad por los receptores 5 HT_{2a} , D₁ y D₄, mientras que la afinidad por los D₂ es mucho menor.

Viene en una presentación de 5 y 10 mg/tab. La dosis usual es de 5 a 20 mg/día. Produce muy poco extrapiramidalismo a las dosis efectivas usuales. No ocasiona disminución en el número de leucocitos ni agranulocitosis por lo que no requiere controles hematológicos frecuentes. Las reacciones adversas más frecuentes son: somnolencia, mareos, estreñimiento, aumento de peso, hiperprolactinemia e hipotensión postural. Durante su administración se puede presentar elevación transitoria de las transaminasas glutámico pirúvicas.

En pacientes que están recibiendo antihipertensivos debe usarse con precaución ya que puede potencializar el efecto hipotensor.

Debe usarse con precaución en pacientes con demencia de tipo Alzheimer ya que puede producirles disfagia con dificultades en la deglución. Además en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, historia de íleo paralítico y aquellos con infarto reciente de miocardio o insuficiencia cardiaca.

VII. BIBLIOGRAFIA:

ALFARO, R.": Estudio Abierto del Uso de Droperidol en los Pacientes Psicóticos Agudamente Descompensados (Comunicación Preliminar), *Revista Cúpula*, # 23, pag 8-11, 1988.

ANDREW, H.G.": Clinical Relationship of Extrapiramidal Symptoms and Tardive Diskinesia", *Can. J. of Psychiatry*, Vol 39 (9), Suplemento 2, pag S76, noviembre de 1994.

CHOUINARD, G. y ARNOTT, W.": Revisión Clínica de la Risperidona", *Psiquis*, Vol 3 (4), México, pag 121, 1994

CURRY, S.H.": The Strategy and Value of Neuroleptic Drug Monitoring", *J. of Clinical Psychopharmacology*, Vol 5 (5), pag 263-271, octubre de 1985.

ERESHEFKY, L. y LANCOMBE, S.": Pharmacological Profile of Risperidone", *Can. J. of Psychiatry*, Vol 38 (Suplemento 3), pag S80, setiembre de 1993.

FORREST, I. et al.: "**Phenotiazines and Structurally Related Drugs**", Raven Press, New York, 1974.

GOLDMAN, H.H.: "**Psiquiatría General**", Editorial El Manual Médico Moderno, México, pag 607-619, 1989.

JEFFRIES, j.j.:" Ethical Issues in Drug Selection for Schizophrenia", *Can. J. of Psychiatry*, Vol 38 (Suplemento 3), pag S70, setiembre 1993.

KANE, J. M. y SMITH, J. M.: "Tardive Diskinesia", *Arch. of Gen, Psy.* Vol 39(4), pág. 473, 1982.

LAZARUS, a.:" The Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review", *Can. J. of Psychiatry*, Vol 31 (7), pag 670, octubre de 1986.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

- LIPTON, M. et al.: "**Psychopharmacology: A Generation of Progress**", Raven Press, New York, 1978.
- MASSON, A.S. y GRANACHER, R. P.: "**Clinical Handbook of Antipsychotic Drug Therapy**", Brunner Mazel Publishers, New York, 1980.
- MOIZESZOWICZ, J.: "**Psicofarmacología Psicodinámica**", segunda edición, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988.
- PEARLMAN, P.: "Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review of the Literature", *Clin. Psychopharmacology*, Vol 6 (5), pag 257, octubre de 1986.
- ROPERT, R. et al: "Benzamides and Related Compounds", *Psy. J. of the U. of Ottawa*, Vol 4(2), pág. 161, 1979.
- SCHATZBERG, A.F. y COLE, J.O.: "**Manual of Clinical Psychopharmacology**", American Psychiatric Press, Washington D.C., Estados Unidos, pag 67-108, 1986.
- SCHATZBERG, A. y NEMEROFF, C. : "**Textbook of Psychopharmacology**", American Psychiatric Press, Washington D.C., Estados Unidos, 1995.
- SHADER, R.I.: "**Manual of Psychiatric Therapeutics**", segunda edición, Editorial Little Brown, Boston, Estados Unidos, 1994.
- SIGMUNDSON, H.K. : "Pharmacotherapy of Schizophrenia: A Review", *Can. J. of Psychiatry*, Vol 39 (9), Supplement 2, pag S70, noviembre 1994.
- SIMPSON, L. L.: "**Drug Treatment of Mental Disorders**", Raven Press, New York, 1976.
- VALLEJO R., J.: "**Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**", tercera edición, Salvat Editores, México, pag 680-688, 1991.
- URIARTE, V.: "**Psicofarmacología**", Editorial Trillas, México, 1978.
- YASSA, R. : "Treatment of Neuroleptic Induced Leukopenia with Lithium Carbonate", *Can. J. of Psychiatry*, Vol 26 (7), pag 487, nov 1981.

RESUMEN DE ANTIPSICÓTICOS:

Nombre genérico:	Nombre de patente y presentaciones:	Acción:	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	Contraindicaciones:	Reacciones adversas más frecuentes:
Clorpromazina.	Largactil, tabletas de 25 y 100 mg y ampollas IM de 50 mg.	Antipsicótico clásico, de tipo sedante	<u>Esquizofrenia agitada</u> : 400 mg / día. <u>Insomnio rebelde a tratamiento</u> : 25 a 50 mg hs. <u>Esquizofrenia paranoide</u> : 300 mg / día. <u>Pacientes agresivos</u> : 1 amp IM cada 6 a 8 horas. <u>Trastorno afectivo bipolar</u> : 200 a 300 mg / día.	Hipotensión arterial previa. Epilepsia (relativa). Pacientes que están tomando anticolinérgicos.	Sedación. Hipotensión arterial. Hipotensión ortostática. Fotodermatitis. Crisis convulsivas espontáneas. Ictericia colostática. Pigmentación del cristalino.
Levomepromazina.	Sinogán, tabletas de 25 mg Ampollas IM con 25 mg.	Antipsicótico clásico, de tipo sedante	<u>Estados de agitación</u> : 1 ampolla IM c/ 6-8 horas. <u>Insomnio</u> : ½ o 1 tableta hs. <u>Síndromes dolorosos severos</u> : 25 mg IM cada 6 a 8 horas + Demerol 1 amp.	Hipotensión arterial previa. Estados de confusión mental.	Sedación. Hipotensión arterial. Hipotensión ortostática. Efectos anticolinérgicos.
Tioridazina.	Meleril, tabletas de 10 y 100 mg, jbe con 25 mg/cdita.	Antipsicótico clásico, de tipo sedante.	<u>Cuadros psicóticos en retardo mental</u> : 200 a 400 mg / día. <u>Delirios paranoides en pacientes seniles</u> : 50 a 200 mg / día. <u>Hipersexualidad</u> : 100 a 200 mg bid o tid	Glaucoma, estreñimiento, hipertrofia prostática.	Efectos anticolinérgicos Sedación. Hipotensión arterial. Retinopatía pigmentaria. Alteraciones en el electrocardiograma.
Trifluoperazina.	Stelazine, grageas de 1 y 5 mg.	Antipsicótico clásico, de tipo incisivo.	<u>Esquizofrenia con muchas alucinaciones o ideas delirantes</u> : 5 a 10 mg tid.	Enfermedades degenerativas del SNC. Pacientes sensibles al efecto extrapiramidal, Leucopenia.	Extrapiramidalismo. Aumento en la producción de prolactina.
Perfenazina.	Trilafón, grageas de 4 mg.	Antipsicótico clásico, de tipo incisivo y ligeramente sedante.	<u>Esquizofrenia con ansiedad</u> : 2 tab bid o tid.	Hipotensión arterial previa. Estados de confusión mental.	Extrapiramidalismo. Aumento en la producción de prolactina.

Nombre genérico:	Nombre de patente y presentaciones:	Acción:	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	Contraindicaciones:	Reacciones adversas más frecuentes:
Decanoato de flufenazina.	Decanoato de Anatenzol Ampollas con 1 cc conteniendo 25 mg.	Antipsicótico clásico, de tipo incisivo de depósito.	<u>Esquizofrenia crónica</u> : 1 o 2 cc IM cada 15 días	Antecedentes de trastornos afectivos en la familia.	Extrapiramidalismo y sobretodo disquinesia tardía. Aumento en la producción de prolactina.
Haloperidol.	Haldol, tabletas con 5 mg Gotas 20 gotas = 2 mg. Ampollas IM con 5 mg.	Antipsicótico clásico, de tipo incisivo y sedante.	<u>Cuadros de agitación</u> : 1 amp IM cada 6-8 horas. Esquizofrenia con muchas alucinaciones o ideas delirantes: 2 tab bid o tid. <u>Pacientes sin conciencia de enfermedad</u> : se utilizan 10 a 15 gotas tid para inducir extrapiramidalismo y hacer que el paciente busque tratamiento.	Hipotensión arterial previa. Sensibilidad al efecto extrapiramidal.	Extrapiramidalismo. Elevación de la prolactina en sangre.
Clozapina.	Leponex, tabletas de 25 y 100 mg.	Antipsicótico atípico, de tipo sedante.	<u>Esquizofrenia crónica con muchos síntomas residuales</u> : 300 a 400 mg/día. Esquizofrenia resistente a tratamiento: 150 a 400 mg / día. <u>Disquinesia tardía</u> : 200 mg/ día.	Antecedentes de discrasias sanguíneas. Epilepsia no controlada. Uso concomitante de otros medicamentos que puedan producir leucopenia.	Agranulocitosis con o sin leucopenia. Taquicardia de 110 por minuto. Sialorrea. Aumento de peso. Cefalea. Somnolencia. Cambios en el EKG.
Risperidona.	Risperdal, tabletas de 1, 2 y 3 mg.	Antipsicótico atípico, de tipo activador.	<u>Esquizofrenia aguda en pacientes sensibles al efecto extrapiramidal</u> : 2 a 6 mg/ día. <u>Esquizofrenia resistente a tratamiento</u> : 4 a 6 mg/ día.	Insuficiencia cardíaca, infarto reciente del miocardio, anormalidades de la conducción cardíaca, enfermedad cerebrovascular, hipovolemia. Su seguridad durante el embarazo no ha sido establecida.	Insomnio, agitación, cefalea y ansiedad. También se ha reportado: mareo, náusea o vómito, dolor abdominal, incontinencia urinaria, constipación, disquinesia tardía.

Nombre genérico:	Nombre de patente y presentaciones:	Acción:	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	Contraindicaciones:	Reacciones adversas más frecuentes:
Olanzapina	Zyprexa ®, tabletas de 5 y 10 mg. Telorzan ®, tabletas de 10 mg.	Antipsicótico atípico, de tipo sedante.	Esquizofrenia aguda en pacientes sensibles al efecto extrapiramidal: 10 a 15 mg / día. <u>Esquizofrenia con predominio de síntomas negativos</u> : 10 a 15 mg / día. <u>Esquizofrenia resistente</u> : 20 a 30 mg / día. Trastorno afectivo bipolar en fase maniacal: 10 a 15 mg / día.	Hipotensión arterial previa. Madres lactando. Pacientes que manejan máquinas peligrosas.	Síndrome de impregnación maligna. Elevación de la prolactina y las transaminasas en sangre. Hipotensión arterial. Hipotensión ortostática. Cefalea. Estreñimiento.

Notas:

- 1° Todos los psicofármacos están contraindicados en insuficiencia hepática y renal y en el primer trimestre del embarazo.
- 2° La somnolencia que producen los psicofármacos, puede controlarse de la siguiente manera:
- 2-a Disminuyendo la dosis pero manteniendo siempre una dosis terapéutica.
 - 2-b Esperando dos semanas a que se produzca tolerancia.
 - 2-c Administrando concomitantemente un estimulante suave del sistema nervioso central como es el té o el café.
 - 2-d Fraccionando la dosis total del día en α de la dosis al levantarse y β al acostarse.
 - 2-e Suspendiendo el psicofármaco y cambiándolo por uno menos sedante.
- 3° Los efectos anticolinérgicos que pueden dar los psicofármacos pueden ser los siguientes:
- 3-a **Sequedad de boca** que se puede combatir mascando chicle de mentol o tomando agua con frecuencia.
 - 3-b **Obstrucción nasal** que puede ocasionar voz nasal o ronquidos en las noches. Se combate con descongestionantes nasales como Afrín ®, Otrivina ®.
 - 3-c **Estreñimiento** que se puede combatir ingiriendo alimentos que contengan abundante fibra como la papaya, la naranja, el salvado de trigo además de ingerir al menos 6 vasos de agua al día.
 - 3-d **Crisis de glaucoma agudo** por aumento súbito de la presión intraocular por lo que de inmediato debe ser referido a un oculista.
 - 3-e **Taquicardia refleja** que puede llegar a ser de 110 latidos por minuto. Se puede corregir dando atenolol 100 mg al desayuno.
- 4° El extrapiramidalismo que pueden producir los antipsicóticos clásicos y en mucho menor grado los antipsicóticos atípicos puede ser de los siguientes tipos:
- 4-a **Parkinsonismo secundario**: Se caracteriza por temblor, rigidez muscular, inexpresividad facial, pérdida del balanceo de los brazos al caminar, aumento de la secreción sebácea facial, signo de la rueda dentada. Se trata con biperidén (Akinetón ®) 1 tab de 2 mg bid.

- 4-b **Acatisia:** Se caracteriza por una sensación de no poder permanecer quieto en un lugar. Se puede malinterpretar como que se siente más nervioso pero sería un error aumentarle la dosis. Se puede tratar con Akinetón como en el punto anterior o con diazepam 5 mg tid.
- 4-c **Crisis distónicas:** Se caracterizan por contracturas involuntarias, sostenidas y dolorosas que pueden abarcar diversos grupos musculares produciendo cuadros similares a tortícolis, contracturas de los músculos de la base de la lengua y de los músculos extraoculares.
- 4-d **Disquinesia tardía:** Es una forma que se presenta generalmente con el uso prolongado de los antipsicóticos clásicos. Tiene tendencia a responder poco al tratamiento. En el momento actual, el tratamiento más indicado es con Leponex ® 100 mg bid.

CAPÍTULO III: ANSIOLITICOS

I. INTRODUCCION:

El término ansiedad proviene del latín anxietas, angor, anxius y angina. En todas ellas existe la idea de estrechez, constricción, estar lleno de aflicciones o problemas que causan mucha incomodidad.

La palabra ansiedad era raramente utilizada en los textos de psiquiatría, antes de la década de 1930. Su uso se originó en el término germánico angst que utilizó en sus escritos Freud como sinónimo de alarma o susto.

La ansiedad es una sensación desagradable de que algo malo puede suceder en el futuro inmediato o remoto. Cuando es normal, la persona puede identificar los elementos que considera de riesgo potencial y en cierta forma, es un mecanismo de defensa que le permite enfrentar los peligros y darles la mejor respuesta posible en el menor tiempo. Por ejemplo: cuando alguien conduce un automóvil mientras está lloviendo, puede sentir temor de tener un accidente al no responderle los frenos en una curva y esto lo hace disminuir la velocidad y evitar riesgos innecesarios. Cuando es patológica, no logran identificar causas desencadenantes o se le asigna un peligro desproporcionado a algo que no lo tiene. En este caso la ansiedad cobra una intensidad mayor, dura más tiempo y le da al individuo la sensación de que no la puede controlar. En este caso es cuando se busca ayuda para manejarla adecuadamente. Se asocia a las sensaciones de terror, horror, alarma, susto, pánico o preocupación. Siempre es egodistónica y está dirigida hacia el futuro lo que genera mucha inseguridad.

Cuando es patológica no hay una amenaza real o su intensidad objetivamente es desproporcionada.

El término angustia se refiere a las manifestaciones somáticas de la ansiedad y generalmente coexisten. Pero hay personas que sólo se quejan de las palpitaciones precordiales, de la frialdad de manos y pies, de la sudoración o de la sensación de opresión torácica. Desde el punto de vista psicofarmacológico, en los casos de angustia se pueden utilizar los antiadrenérgicos o los betabloqueadores que eliminan estos síntomas en el ámbito periférico sin producir mayor sedación. Las benzodiazepinas actúan fundamentalmente sobre el componente psíquico de tal forma que los síntomas físicos desaparecen secundariamente.

Estas diferencias entre ansiedad y angustia son puramente académicas ya que en la práctica se utilizan como sinónimos.

Por mucho tiempo, se ha considerado, que el sistema límbico es donde reside las bases de la emoción y sus manifestaciones conductuales, autonómicas y endocrinas.

La ansiedad es un término que se utiliza para caracterizar un síntoma o una enfermedad.

La angustia se genera en el sistema límbico. Para que su sensación se haga consciente, ésta tiene que ascender a corteza. Por sus conexiones con el hipotálamo y la hipófisis se van a presentar los trastornos hormonales que acompañan a la angustia como pueden ser: hipertiroidismo, amenorreas, hipermenorreas, ciclos anovulatorios, hipoadrenocorticismo, etc.

Por sus conexiones con el tálamo, se relaciona con el sistema neurovegetativo que nos va a dar alteraciones en la piel como palidez, frialdad, rubicundez, hipertensión arterial, úlcera gástrica, colitis espasmódica.

El médico debe estar atento a descubrir en los síntomas que relata el paciente si hay muestras de ansiedad, ya que algunas veces ésta es muy obvia y no hay problema en detectarla pero otras veces,

el paciente no impresiona como ansioso, sino que es a través de sus síntomas que se deduce que está angustiado o tenso.

Cuando se ha llegado a la conclusión de que el paciente tiene un cuadro ansioso entonces se procede a evaluar si amerita o no tratamiento psicofarmacológico, ya que tal vez otra modalidad terapéutica puede ser más efectiva como p.e. insistir en hábitos de higiene mental, modificar los hábitos de trabajo, aumentar el tiempo disponible a actividades recreativas, un tratamiento psiquiátrico más especializado como psicoterapia o terapia de familia.

Cuando se ha tomado la decisión de usar ansiolíticos, debe tenerse presente de que estas sustancias en la actualidad, únicamente brindan alivio sintomático mientras las concentraciones sanguíneas sean efectivas. Cuando el producto es metabolizado, las condiciones previas vuelven a reaparecer ya que la realidad de la vida no se va a modificar por el efecto de una pastilla.

Otro aspecto importante de tomar en cuenta, es la potencialidad del paciente para desarrollar el hábito de estar ingiriendo tranquilizantes ya que entonces va a complicarse su cuadro clínico con esta nueva condición.

Debe tenerse presente que la mente humana normalmente cuenta con mecanismos de defensa automáticos e inconscientes, que se aplican continuamente y tienen la finalidad de devolverle la tranquilidad a la persona. Si estos mecanismos de defensa son sustituidos por una pastilla y esta condición prevalece durante cierto tiempo, se va a producir una atrofia de ellos y el resultado será que el individuo se convierte en un inválido mental.

Los trastornos ansiosos abarcan una gama grande de cuadros como: los trastornos por ansiedad generalizada, las crisis de pánico, la agorafobia y las distintas formas de fobias. Reich (1986) menciona que el 3 % de la población general sufre de un trastorno de ansiedad generalizada que amerita tratamiento. La agorafobia y los trastornos de pánico se presentan también en el 3% de la población. Las fobias llegan al 4 % de la población. Este autor menciona que los trastornos ansiosos se presentan con más frecuencia en el sexo femenino en una relación de 2:1 y son más frecuentes en personas entre los 15 y los 35 años de edad.

Desde el punto de vista biológico, los trastornos ansiosos están relacionados con un aumento en la disponibilidad de neurotransmisores excitatorios, especialmente norepinefrina (NA) o con un aumento en la sensibilidad del receptor postsináptico a los mismos o con ambos mecanismos a la vez. Tomando esto en cuenta, el tratamiento lógico va a consistir en disminuir la disponibilidad de los neurotransmisores excitatorios, aumentar la disponibilidad de los neurotransmisores inhibitorios o disminuir la excitabilidad del receptor postsináptico. Los medicamentos que se usan para lograr estos fines, se denominan ansiolíticos, tranquilizantes menores o atarácicos.

La mayoría de las personas que ingieren estos psicofármacos se hallan fuera de los hospitales.

Debe considerarse a los ansiolíticos como una forma de tratamiento de los cuadros ansiosos, pero no debe de olvidarse otras posibilidades terapéuticas como son: la psicoterapia en sus variadas formas, medidas de higiene mental, cambios ambientales, ayuda religiosa, etc.

También debe tenerse presente que el 40% de los cuadros ansiosos remiten mediante un efecto placebo, es decir, que no depende del tipo ni la dosis de medicamento que usemos y en donde tiene un papel muy importante la relación médico-paciente.

Algunas veces se recetan ansiolíticos por la falta de tiempo del médico para escuchar a su paciente y la receta constituye una salida fácil pero con esta conducta se puede exponer al paciente a un riesgo innecesario de adquirir una dependencia.

II. PRINCIPIOS GENERALES CON EL USO DE ANSIOLÍTICOS:

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

La ansiedad se debe a un aumento de la disponibilidad de noradrenalina a nivel del sistema nervioso central, especialmente a nivel de sistema límbico. Los ansiolíticos deben tratar de disminuir este exceso y lo logran de varias formas: bien sea aumentando la disponibilidad del GABA que es un neurotransmisor inhibitorio, o inhibiendo la síntesis de noradrenalina, o bloqueando al receptor de noradrenalina. Dentro de éstos tenemos:

- II-A.** Disminuyen los síntomas de la ansiedad a nivel del sistema límbico que es subcortical, por lo que se diferencian los barbitúricos y el alcohol, cuyo mecanismo de acción es cortical y tiende a producir somnolencia muy rápidamente.
- II-B.** Atenúan las consecuencias del comportamiento ante la frustración lo que hace que se generen menos síntomas ansiosos.
- II-C.** A dosis altas inducen al sueño.
- II-D.** No modifican las alucinaciones ni las ideas delirantes.
- II-E.** Pueden agravar las depresiones inhibidas.
- II-F.** Disminuyen el estado de vigilia, por lo que deben utilizarse con precaución en: los chóferes de trailer o los que manejan máquinas peligrosas, los pacientes que están ingiriendo otros depresores del sistema nervioso central como antihistamínicos o alcohol.
- II-G.** En algunos pacientes es preferible recetarlos con un horario fijo, por ejemplo: cada 8 horas. Esto tiene la ventaja de que se evita la aparición de los síntomas. Tiene la desventaja de que el paciente podría estar tomando más dosis que la necesaria y se favorecería la farmacodependencia.
- II-H.** En otros pacientes es preferible usar un esquema PRN o sea cuando el paciente sienta síntomas muy intensos. Tiene la ventaja que se requieren por lo general dosis menores y no se produce tanta dependencia psicológica.
- II-I.** Son capaces de dar un síndrome de abstinencia caracterizado por: Intranquilidad, irritabilidad, insomnio, dolores musculares, temblores, agitación, sudoración, náusea, sabor metálico en la boca, hipersensibilidad al tacto, fotofobia, visión borrosa, hiperacusia, cuadros confusionales, mareos.

III. TIPOS DE ANSIOLÍTICOS:

Existen varios grupos de ansiolíticos dependiendo de su mecanismo de acción. Se revisarán los utilizados con mayor frecuencia.

III-A. Diazepán (Valium ®, Diazepán MK ®):

Es uno de los tranquilizantes más utilizados y del que se tiene mayor experiencia. Pertenece al grupo de las benzodiazepinas de acción prolongada. Su efecto ansiolítico es potente y además posee efecto miorrelajante. Tiene una vida media de eliminación de 20 a 50 horas por lo que le confiere propiedades de eliminación lenta. Esto significa que con el tiempo de estarlo usado se podría administrar dos veces por día. Viene en las siguientes presentaciones: tabletas de 2, 5 y 10 mg, ampollas de 10 mg y jarrabe con 2 mg/ cdita.

Está indicado en todo tipo de trastorno ansioso, cuadros tensionales, en situaciones de estrés, en cefalea de tipo tensional, irritabilidad, intranquilidad, insomnio. Las dosis en estas ocasiones pueden ser de ½ a 1 tableta de 5 mg tres veces por día.

En cuadros de tipo disociativo (crisis histéricas) es preferible utilizar la vía intramuscular en dosis de 10 mg IM cada 6 u 8 horas.

En niños, las dosis recomendadas varían entre 0,07 a 0,5 mg/ Kg. Debe tenerse presente que en niños, los cuadros ansiosos generalmente reflejan situaciones conflictivas que tienen en el ambiente en que se desenvuelven y si éstas no se eliminan, persistirán los síntomas.

El diazepam está contraindicado en la miastenia gravis. En el primer trimestre del embarazo debe evitarse aunque si fuera absolutamente necesario ya que la intensidad del cuadro amenace la continuación del embarazo, debe proponerse a la futura madre para que decida si acepta el riesgo o no. Este es el ansiolítico que tiene más antigüedad en el mercado y por lo tanto el más seguro. Debe tenerse precaución con personas que conducen automóviles o manejan máquinas peligrosas ya que al principio del tratamiento se puede producir somnolencia y disminución del estado de vigilia, por lo que se podrían alterar los reflejos normales pudiendo sufrir accidentes. Los adultos mayores toleran poco este tipo de medicamentos ya que podrían sufrir caídas o pérdida del control de esfínteres. En pacientes con insuficiencia hepática y renal debe utilizarse a dosis bajas ya que tiende a acumularse en el organismo. Los pacientes que tienen una depresión inhibida pueden empeorar con el uso de diazepam.

La principal reacción adversa es la somnolencia que se puede manejar disminuyendo la dosis, fraccionándola 1/3 de la dosis al desayuno y 2/3 al acostarse, dando un estimulante suave del SNC como té o café, esperando 2 semanas a que se produzca tolerancia o cambiando el producto por uno menos sedante.

En el paciente adulto mayor puede presentarse incontinencia de esfínteres por lo que debe usarse un ansiolítico de acción más corta o uno no benzodiazepínico como la buspirona (Brispar ®) o hidroxizina (Atarax ®).

IV-B. Lorazepam (Ativan ®):

Pertenece al grupo de las benzodiazepinas de acción corta. Su efecto ansiolítico es potente y además posee efecto miorrelajante. Tiene una vida media de eliminación de 10 a 20 horas por lo que se considera de acción corta. Esto lo hace útil en el paciente con disfunción hepática o renal leve ya que no produce metabolitos activos. Sin embargo, por esta misma causa lo hace más propenso a producir habitaciones. Viene en tabletas de 2 mg únicamente.

Está indicado en todo tipo de trastorno ansioso, cuadros tensionales, en situaciones de estrés, en cefalea de tipo tensional, irritabilidad, intranquilidad, insomnio. Las dosis en estas ocasiones pueden ser de ½ a 1 tableta de 5 mg tres veces por día.

La principal reacción adversa es la somnolencia que se puede manejar disminuyendo la dosis, fraccionándola 1/3 de la dosis al desayuno y 2/3 al acostarse, dando un estimulante suave del SNC como té o café, esperando 2 semanas a que se produzca tolerancia o cambiando el producto por uno menos sedante.

En el paciente adulto mayor puede presentarse incontinencia de esfínteres por lo que debe usarse un ansiolítico de acción más corta o uno no benzodiazepínico como la buspirona (Brispar ®) o hidroxizina (Atarax ®).

IV-C. Bromazepam (Lexotan ®, Bromazepam Raven ®):

Pertenece también al grupo de las benzodiazepinas de acción intermedia. Su efecto ansiolítico es potente y además posee efecto miorrelajante. Tiene una vida media de eliminación de 18 a 60 horas por lo que se considera de acción prolongada. Viene en tabletas de 1,5, 3 y 6 mg por tableta. El Bromazepam Raven ® viene únicamente en tabletas de 3 mg.

Está indicado en todo tipo de trastorno ansioso, cuadros tensionales, en situaciones de estrés, en cefalea de tipo tensional, irritabilidad, intranquilidad, insomnio. Las dosis en estas ocasiones pueden ser de 1,5 mg tid para casos de primera vez; de 3 mg para casos de más larga evolución y en casos crónicos se puede llegar hasta 6 mg tid.

IV-D. Alprazolam (Tafil ®, Ansiolet ®):

Pertenece al grupo de las benzodiazepinas antidepressivas. Su efecto ansiolítico es potente y además posee un ligero efecto antidepressivo. Tiene una vida media de eliminación de 11 horas por lo que se considera de acción intermedia. El Tafil se presenta en tabletas de 0,25; 0,5 y 1 mg mientras que

el Ansiolit viene sólo 3 mg/ tableta. Está indicado en todo tipo de trastorno ansioso especialmente en los que se presentan algunos síntomas de tipo depresivo, cuadros tensionales, en situaciones de estrés, en cefalea de tipo tensional, en colitis de tipo nervioso, en trastorno dermatológicos de origen tensional como la dermatitis atópica. Las dosis en estas ocasiones pueden ser de 0,25 mg tid para casos de primera vez; de 0,5 mg tid para casos de más larga evolución y en casos crónicos o resistentes, se puede llegar hasta 1 mg tid.

IV-E. Loflazepato de etilo (Victán ®):

Pertenece también al grupo de las benzodiazepinas de acción prolongada. Su efecto ansiolítico es moderado. Tiene una vida media de eliminación de 20 horas por lo que se considera de acción prolongada y se puede administrar en dos tomas por día. El Victán ® se presenta en tabletas de 2 mg en frascos de 30 tabletas. Está indicado en todo tipo de trastorno ansioso, cuadros tensionales, en situaciones de estrés, en cefalea de tipo tensional, en colitis de tipo nervioso, en trastorno dermatológicos de origen tensional como la dermatitis atópica. Tiene menos potencial para producir habituaciones. Las dosis fluctúan entre 2 mg bid o tid.

IV-F. Hidroxizina (Atarax ®):

Es un ansiolítico con una acción dual: ansiolítica y antialérgica. Está indicada en todo tipo de trastorno ansioso, cuadros tensionales, en situaciones de estrés, en cefalea de tipo tensional, en colitis de tipo nervioso, en trastorno dermatológicos de origen tensional como la dermatitis atópica, asma bronquial. Viene en tabletas de 10 y 25 mg y en jarabe con 10 mg / cdita. Las dosis fluctúan entre 10 mg tid para casos que consultan por primera vez o de 25 mg tid para casos más severos. No posee efectos miorrelajantes por lo que se puede utilizar en adultos mayores y en niños. También constituye una alternativa para los pacientes que no toleran las benzodiazepinas.

IV-G. Propranolol (Inderal ®):

No se puede considerar como un ansiolítico clásico ya que tiene poca acción sobre el sistema nervioso central pero tiene la capacidad de bloquear las manifestaciones periféricas de la ansiedad como son: la sudoración y la frialdad de manos, la taquicardia y el temblor. Se ha usado con mucha frecuencia para el tratamiento de la hipertensión arterial. También puede corregir algunas alteraciones bioquímicas secundarias a la ansiedad, como por ejemplo: disminuir el colesterol. Debe evitarse el uso de este medicamento en aquellos pacientes que tienen o han tenido crisis de asma bronquial ya que pueden provocar broncoespasmo. La dosis usual para pacientes ansiosos es de 40 mg bid. Existe un producto que tiene una acción más selectiva sobre el miocardio que es el atenolol (Tenormín ®) y es muy útil para los pacientes que tienen un temor desmedido a la taquicardia (taquicardiofobia).

IV-H. Buspirona (Brispar ®):

Es un ansiolítico reciente y novedoso ya que no está relacionado con las benzodiazepinas y se considera que produce ansiolisis sin inducir sedación. Prácticamente no produce habituación por lo que no requiere receta de psicotrópicos para ser despachado en las farmacias. Su efecto ansiolítico es leve por lo que es muy útil para personas sensibles al efecto sedante de los medicamentos. No potencializa al alcohol ni a otros medicamentos sedantes por lo que está indicado en personas que ya están tomando alguno de estos productos. Tampoco tiene acción miorrelajante y se puede usar en adultos mayores. El Brispar ® viene en tab. de 5 y 10 mg y la dosis usual es de 20 a 30 mg/día.

IV-I. Difenhidramina (Benadryl ®):

Esta sustancia se ha utilizado para el tratamiento de las distintas condiciones alérgicas desde comienzos de la década de los 50s. No posee actividad ansiolítica primaria pero desde los comienzos se vio que producían sedación como efecto secundario inespecífico y por esta razón es que se utilizan para tratamiento de los trastornos ansiosos. Tienen la ventaja de que no producen miorrelajación ni dan habi-

tuación. Como desventaja se señala que en algunos pacientes no les quita la sensación de ansiedad sino a dosis a las que se produce mucha sedación por lo que su uso es limitado. Los pacientes de la tercera edad constituyen un grupo que se pueden beneficiar de estas sustancias. El Benadryl ® viene en cápsulas de 50 mg y en ampollas multidosis con 10 mg/cc en frascos de 10 cc. La dosis usual es de 50 mg bid. La difenhidramina es la más usada ya que tiene varias presentaciones.

El Benadryl viene en cápsulas de 25 mg, comprimidos de 50 mg, jarabe con 12.5 mg/cdita y frasco ampolla de 10 cc conteniendo 10 mg/cc.

IV-J. Prometazina (Fenergán ®):

Antihistamínico inespecífico con acción sedante y antiparkinsoniana. El Fenergán se presenta únicamente en ampollas con 50 mg por lo que su uso es más limitado a casos de emergencias y por un período de tiempo no mayor de 3 días. Se puede administrar simultáneamente con haloperidol para potencializar el efecto sedante y evitar el extrapiramidalismo.

IV-K. Trifluoperazina (Stelazine ®):

Pertenece al grupo de los antipsicóticos. Es dosis bajas se puede utilizar para el tratamiento de pacientes que no han respondido a los otros ansiolíticos. Sin embargo, por sus reacciones adversas de tipo extrapiramidal su uso debe ser muy restringido. Debido a que bloquea a los receptores a la dopamina (D) y a la norepinefrina (NE), se justifica su uso en los trastornos ansiosos resistentes. Sus ventajas consisten en que no producen miorelajación, no producen habituación (se recetan en formularios corrientes) y dan poca somnolencia a dosis bajas. Viene en tabletas de 5 mg para 1 bid.

IV-L. Haloperidol (Haldol ®):

El haloperidol (Haldol ®) también es un antipsicótico que se puede utilizar como ansiolítico. Viene en gotas (20 gotas = 2 mg) y se da en dosis de 5 a 10 gotas bid.

V. BIBLIOGRAFIA:

GOLDMAN, H.H.: "**Psiquiatría General**", Editorial El Manual Médico Moderno, México, pag 628-640, 1989.

GREENBLATT, D. y SHADER, R.: "Benzodiazepines", *New England J. of Medicine*. VOL 291, páginas 1011-1015, 7 de noviembre 1974.

GREENBLATT, D. y SHADER, R.: "**Benzodiazepines in Clinical Practice**", Raven Press, New York, U.S.A., 1974.

HOLLISTER, L.: "Valium: A Discussion of Current Issues". *Psychosomatics*, VOL 18: 1, Pág. 45-58, 1977.

MARKS, J.: "**The Benzodiazepines: Use, Overuse, Misuse, Abuse**". University Park Press, Baltimore, U.S.A., 1978.

MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA,: "**Semana Epidemiológica**", # 47, 19 al 25 de noviembre de 1995.

MOIZESZOWICS,J.: "**Psicofarmacología Psicodinámica**". Editorial Paidós Buenos Aires, Argentina, 1982.

- PRIEST, R. G. et al.: "**Benzodiazepines: Today and Tomorrow**". International Medical Publishers, Lancaster, England, 1980.
- REICH, J.: "The Epidemiology of Anxiety", *The J. of Nervous and Mental Disease*, Vol 174 (3), pag 129, marzo de 1986.
- SCHATZBERG, A.F. y COLE, J.O.: "**Manual of Clinical Psychopharmacology**", American Psychiatry Press, Estados Unidos, pag 139-172, 1986.
- UHLENHUTH, E. H. et al.: "Minor Tranquilizers: Clinical Correlates of Use in an Urban Population". *Archives of General Psychiatry*, VOL 35 (5), pág. 650-655, 1978.
- VALLEJO R., J.: "**Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**", tercera edición, Salvat Editores, México, pag 703-7109, 1991.

RESUMEN DE ANSIOLITICOS:

Nombre genérico:	Nombre de patente y presentaciones:	Acción:	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	Contraindicaciones:	Reacciones adversas más frecuentes:
Diazepán	Valium ®, tabletas de 5 y 10 mg, ampollas de 10 mg. Diazepán MK ®, tabletas de 5 y 10 mg, ampollas de 10 mg.	Ansiofítico potente, de larga duración. Miorrelajante.	<u>Trastornos ansiosos</u> : 10 a 30 mg/día. <u>Crisis de pánico</u> : 1 amp. IM cada 8 horas.	Miastenia gravis. Relativa en el primer trimestre del embarazo y personas que manejan máquinas peligrosas.	Somnolencia, incontinencia de esfínteres en adultos mayores.
Lorazepán	Ativán ®, tabletas de 2 mg. Lorazepán MK ®, tabletas de 2 mg.	Ansiofítico potente de corta acción. Miorrelajante.	<u>Trastornos ansiosos</u> : 2 a 6 mg/día. <u>Insomnio inicial</u> : 2 mg 1 hora antes de acostarse.	Miastenia gravis. Relativa en el primer trimestre del embarazo y personas que manejan máquinas peligrosas.	Somnolencia, incontinencia de esfínteres en adultos mayores.
Bromazepán	Lexotán ®, Bromazepán Raven ® Tabletas de 1,5, 3 y 6 mg.	Ansiofítico potente de acción intermedia. Miorrelajante.	<u>Trastornos ansiosos</u> : 3 a 6 mg/día. <u>Cefalea de tipo tensional</u> : 4,5 mg / día. <u>Situaciones de estrés</u> : 3 a 4,5 mg / día.	Miastenia gravis. Relativa en el primer trimestre del embarazo y personas que manejan máquinas peligrosas.	Somnolencia, incontinencia de esfínteres en adultos mayores.
Alprazolán	Tafil ®, tabletas de 0,25, 0,5 y 1 mg. Ansiofítico ®, tabletas de 0,5 mg.	Ansiofítico moderadamente potente con acción antidepresiva leve. Miorrelajante.	<u>Trastornos ansiosos</u> : 0,75 a 1,5 mg / día. <u>Trastornos psicossomáticos</u> : 0,25 mg tid.	Miastenia gravis. Relativa en el primer trimestre del embarazo y personas que manejan máquinas peligrosas.	Somnolencia, incontinencia de esfínteres en adultos mayores.
Loflazepato de etilo.	Victán ®, tabletas de 2 mg.	Ansiofítico potente, de larga duración. Miorrelajante.	<u>Trastornos ansiosos</u> : 2 mg cada 12 horas.	Miastenia gravis. Personas que manejan máquinas peligrosas.	Somnolencia, incontinencia de esfínteres en adultos mayores.
Hidroxizina	Atarax ®, tabletas de 10 y 25 mg y jarabe con 10 mg/ cdita.	Ansiofítico moderadamente potente con efecto antihistamínico.	<u>Trastornos psicossomáticos con componente alérgico</u> : 10 mg tid. <u>Trastornos ansiosos en adultos mayores</u> : 25 mg tid.	Hipersensibilidad al producto.	Somnolencia,

Nombre genérico:	Nombre de patente y presentaciones:	Acción:	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	Contraindicaciones:	Reacciones adversas más frecuentes:
Propranolol	Inderal ®, tabletas de 40 mg.	Betabloqueador de efecto periférico fundamentalmente.	<u>Taquicardiofobia</u> : ½ a 1 tab bid. <u>Temblores de manos</u> : ½ a 1 tab bid. <u>Sudoración excesiva</u> : ½ a 1 tab bid.	Asma bronquial. Hipotensión arterial previa.	Hipotensión arterial, broncoespasmo, depresión, impotencia sexual.
Buspirona	Brispar ®, tabletas de 5 y 10 mg.	Ansioselectivo con poco efecto sedante.	<u>Hipersensibilidad a benzodiazepinas</u> : 5 o 10 mg bid o tid.	Primer trimestre del embarazo.	Somnolencia.
Difenhidramina	Benadryl ®, cápsulas de 25 mg, tabletas de 50 mg, frasco ampolla con 10 cc conteniendo 10 mg / cc y jarabe con 12,5 mg/cdita.	Antihistamínico con efecto sedante.	<u>Trastornos ansiosos en niños</u> : 1 cdita tid. <u>Trastornos ansiosos en adultos mayores</u> : 50 mg tid.	Glaucoma, hipertiroidismo, enfermedad cardiovascular. Relativa en asma bronquial.	Efectos anticolinérgicos. Somnolencia.
Prometazina	Fenergán ®, ampollas de 5 mg.	Antihistamínico antiparkinsoniano sedante.	<u>Estados de agitación</u> : 1 amp IM cada 6 a 8 horas.	Hipotensión arterial previa.	Somnolencia. Hipotensión arterial.
Trifluoperazina	Stelazine ®, grageas de 5 mg.	Antipsicótico incisivo.	<u>Trastornos ansiosos rebeldes a tratamiento</u> : 5 mg bid.	Enfermedades degenerativas del SNC. Pacientes sensibles al efecto extrapiramidal, Leucopenia.	Extrapiramidalismo. Aumento en la producción de prolactina.
Haloperidol	Haldol ®, gotas; 20 gotas = 2 mg.	Antipsicótico sedante.	<u>Trastornos ansiosos rebeldes a tratamiento</u> : 5 a 10 gotas bid o tid.	Hipotensión arterial previa. Sensibilidad al efecto extrapiramidal.	Extrapiramidalismo. Elevación de la prolactina en sangre.

Notas:

- 1º Todos los psicofármacos están contraindicados en insuficiencia hepática y renal y en el primer trimestre del embarazo.
- 2º La somnolencia que producen los psicofármacos, puede controlarse de la siguiente manera:
- 2-a Disminuyendo la dosis pero manteniendo siempre una dosis terapéutica.
 - 2-b Esperando dos semanas a que se produzca tolerancia.
 - 2-c Administrando concomitantemente un estimulante suave del sistema nervioso central como es el té o el café.
 - 2-d Fraccionando la dosis total del día en α de la dosis al levantarse y β al acostarse.
 - 2-e Suspendiendo el psicofármaco y cambiándolo por uno menos sedante.
- 3º Los efectos anticolinérgicos que pueden dar los psicofármacos pueden ser los siguientes:

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

- 3-a **Sequedad de boca** que se puede combatir mascando chicle de mental o tomando agua con frecuencia.
- 3-b **Obstrucción nasal** que puede ocasionar voz nasal o ronquidos en las noches. Se combate con descongestionantes nasales como Afrín®, Otrivina®.
- 3-c **Estreñimiento** que se puede combatir ingiriendo alimentos que contengan abundante fibra como la papaya, la naranja, el salvado de trigo además de ingerir al menos 6 vasos de agua al día.
- 3-d **Crisis de glaucoma agudo** por aumento súbito de la presión intraocular por lo que de inmediato debe ser referido a un oculista.
- 3-e **Taquicardia refleja** que puede llegar a ser de 110 latidos por minuto. Se puede corregir dando atenolol 100 mg al desayuno.

CAPÍTULO IV: ANTIDEPRESIVOS

I- INTRODUCCION:

La depresión es uno de los síntomas que con mucha frecuencia se presenta en los pacientes ambulatorios y hospitalizados. Puede constituir una entidad nosológica en sí misma, llamándose depresión primaria, o formar parte de otra enfermedad en cuyo caso se llama depresión secundaria.

Se caracteriza por un humor depresivo o tristeza que invade a la persona y la hace reaccionar negativamente ante los acontecimientos de la vida. Generalmente el paciente se siente decaído, sin fuerzas, llora con frecuencia, pierde el apetito, le cuesta conciliar el sueño y concentrarse, la atención es dispersa, le cuesta tomar decisiones por lo que dependen de otras personas para que le ayuden en esta tarea, tiene tendencia a reprocharse por errores cometidos en el pasado, que en algunos casos son imaginarios y en otros están desproporcionados al estímulo que los originó. Puede estar acompañada de síntomas somáticos como estreñimiento, sequedad de boca, palpitaciones, trastornos menstruales, cefalea, caída del cabello, aumento en la frecuencia de resfriados y reacciones alérgicas.

II. FASES DE LA ACCION:

Cuando se inicia el tratamiento con antidepresivos se debe esperar a que estos produzcan los cambios químicos necesarios para que la persona llegue a mejorar. Cuando una persona muestra un cambio muy importante al segundo o tercer día de tomar estas sustancias se considera que esto se debe a un efecto placebo que no depende ni del tipo ni de la dosis del antidepresivo que se esté tomando. Algunos antidepresivos poseen un efecto estimulante inespecífico similar al que poseen las anfetaminas por lo que el paciente puede experimentar alguna mejoría sin que se considere un efecto antidepresivo propiamente dicho y que dura poco tiempo si el medicamento se suspende.

II-A. Período de latencia:

Generalmente dura de 8 a 12 días y en el se observan básicamente los efectos secundarios de la medicación por lo que algunos pacientes abandonan el tratamiento sin lograr mejoría. Dentro de esas reacciones se mencionan: somnolencia, insomnio, mareos, cefalea, sequedad de boca, obstrucción nasal y nerviosismo. Cuando el antidepresivo posee efecto anfetamínico se puede notar en este período una disminución del cansancio y una tendencia de insomnio.

II-B. Período antidepresivo propiamente dicho:

Se inicia aproximadamente al doceavo día y se mantiene durante el tiempo en que el paciente tome la medicación a una dosis efectiva.

III. PRINCIPIOS GENERALES CON EL USO DE ANTIDEPRESIVOS:

Existen algunas reglas de tratamiento que se aplican a todos los antidepresivos en general.

III-A. Hay que esperar a que pase el periodo de latencia para ver su efecto:

Los antidepresivos requieren de al menos 8 a 12 días para iniciar su efecto clínico. Esto se debe a que tienen que atravesar la barrera hemato encefálica y modificar las condiciones de los neurotransmisores, lo que requiere cierto tiempo.

III-B. Deben tomarse diariamente:

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

A diferencia de los tranquilizantes, que manifiestan su efecto a los 30 minutos de haberlos ingerido, los antidepresivos deben tomarse todos los días, se sienta bien o se sienta mal, ya que su efecto se va a notar con el transcurso de varios días. Esto favorece el mantenimiento de un nivel plasmático estable y optimiza los resultados.

III-C. No deben suspenderse apenas hayan desaparecido los síntomas depresivos:

La normalización de los cambios bioquímicos deben mantenerse durante un tiempo para que se consoliden. Si el tratamiento se suspende prematuramente, pueden ocurrir recaídas a las 2 o 4 semanas de la suspensión y pueden ser más severas que el episodio inicial.

III-D. Usar dosis efectivas:

Algunos médicos prefieren usar dosis muy bajas de antidepresivos para evitar la aparición de reacciones adversas pero entonces no se obtiene el efecto primario y se prolonga innecesariamente la depresión.

III-E. Usarlos durante un tiempo adecuado:

La mayoría de las depresiones requieren de tres a seis meses de tratamiento. En niños y en pacientes adultos mayores, pueden requerirse tiempos más cortos. Cuando existen antecedentes familiares de depresiones o intentos de suicidio los tratamientos tienden a ser más largos.

III-F. Respuesta a tratamiento:

Si tomamos en cuenta la población de deprimidos tanto los que buscan como los que no buscan tratamiento se ha visto que el 25% de ellos responden sin ningún tratamiento. Un 40% responden a factores placebo como vitaminas, polifosfatos, tranquilizantes, cambios en la vida rutinaria y con el inicio de algunas actividades nuevas. Cuando se emplea un antidepresivo en una dosis adecuada el porcentaje de mejoría se eleva a un 80%. En algunos casos se requiere el uso de terapia electroconvulsiva (TEC) con lo que sube el porcentaje de mejoría a un 92%. Existe un 8% de pacientes que no responden a ningún tratamiento conocido y que con el transcurso del tiempo mejora espontáneamente. Esto último es importante de tomar en cuenta para no sentirnos frustrados al ver que no podemos ayudar algún deprimido.

IV. TIPOS DE ANTIDEPRESIVOS:

Existen varios antidepresivos en el mercado que tienen mecanismos de acción y un perfil de efectos secundarios diferentes por lo que el buen médico tiene que escoger el que más se adapte al cuadro clínico del paciente.

IV-A. Imipramina (Tofranil®)

Fue el primer antidepresivo que salió a la práctica clínica, a mediados de la década de los cincuenta. Se considera un estándar de medición al cual deben compararse los antidepresivos más nuevos para certificar su efectividad. Su efecto antidepresivo es potente y es poco sedante por lo que está más indicado en las depresiones inhibidas. Se requieren de 1 a 3 semanas de periodo de latencia para que se pueda manifestar el efecto antidepresivo propiamente dicho. Antes de ese tiempo, se hacen evidentes únicamente los efectos secundarios. Las depresiones de tipo endógeno de moderadas a severas, son las que mejor responden. Es el medicamento de primera elección para el tratamiento de la enuresis nocturna de los niños en donde se puede dar hasta 75 mg administrados en una sola toma antes de acostarse. Se recomienda que se inicie con 25 mg hs para probar tolerancia y grado de respuesta en el niño e ir incrementándola progresivamente hasta lograr control de los síntomas. No se recomienda el uso de antidepresivos en el primer trimestre del embarazo, sin embargo, si existiera la imperiosa necesidad de utilizar uno, el que tiene una mayor trayectoria es la imipramina.

En algunos pacientes cuya depresión se acompaña de aumento de peso debido a que se aumenta la ingesta de alimentos por tensión, la imipramina puede ser útil para corregir ambos factores.

Algunos esquizofrénicos pueden tener concomitantemente síntomas depresivos por lo que se puede usar este medicamento conjuntamente con los antipsicóticos.

En algunas personas que sufren de retardo mental se pueden presentar cortos períodos depresivos por lo que se puede administrar durante 2 a 3 meses.

Tiene la ventaja, al igual que el resto de antidepresivos, de que no crea hábito aún tomándolo durante mucho tiempo. Únicamente se puede administrar en forma oral y se presenta en grageas de 10 y 25 mg. La dosis promedio para una depresión moderada es de 75 mg / día fraccionando la dosis en 25 mg tid. La duración del tratamiento es en promedio de 3 a 6 meses para evitar que se produzcan recaídas. En un número muy pequeño de pacientes, se requiere tratamiento continuo.

Está contraindicado en pacientes que están ingiriendo concomitantemente inhibidores de la MAO que en Costa Rica tenemos únicamente el moclobemide (Aurorix ®). Deben dejarse pasar 14 días de suspendido el IMAO para poder iniciar la imipramina ya que se pueden presentar crisis convulsivas y fiebre. También en personas que han tenido recientemente de un infarto miocárdico o que sufren de miocardiopatías tales como arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva o taquicardia. Aquellos pacientes en los que un efecto anticolinérgico puede ser peligroso como los que sufren de glaucoma de ángulo cerrado, hipertrofia prostática o estreñimiento crónico deben tener mucho cuidado.

Los principales efectos secundarios son los debidos a efectos anticolinérgicos como obstrucción nasal, sequedad de boca, dificultad para iniciar el chorro al orinar, retención urinaria o taquicardia refleja. Estos efectos disminuyen con el tiempo de administración o al disminuir la dosis. En adultos mayores pueden presentarse períodos de confusión mental en donde existe desorientación global. En estos casos se recomienda suspender el tratamiento y usar otro antidepresivo. Pueden presentarse efectos secundarios a sobreestimulación del sistema nervioso central como temblores, parestesias, tinitus, incoordinación, aumento en las percepciones (hiperpatía) y sudoración.

IV-B. Amitriptilina (Tryptanol ®)

Es un producto muy similar en todo al anterior. Se diferencia de él en que es un poco más sedante. Se presenta únicamente en tabletas para vía oral conteniendo 10, 25 y 75 mg. La dosis diaria promedio es de 75 a 150 mg. Tiene las mismas indicaciones que la imipramina excepto que no se usa en enuresis nocturna. Por su efecto sedante es más efectivo en las depresiones ansiosas o mixtas. En el alcoholismo ha demostrado ser también efectivo.

IV-C. Clomipramina (Anafranil ®):

Es similar a los dos anteriores pero tiene un mayor efecto bloqueador de la serotonina por lo que lo hace muy útil en el manejo de pacientes que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Viene en presentación de tabletas de 25 y 75 mg. La dosis diaria usual es de 50 a 150 mg. Los efectos secundarios son similares a los anteriores.

IV-D. Citalopran (Cipramil ®):

Su acción se debe a un efecto bloqueador de la recaptación de serotonina. Tiene como característica que se liga débilmente a las proteínas plasmáticas por lo que tiene pocas interacciones con otras sustancias que también se ligan a ellas. Viene en tabletas de 20 mg y la dosis diaria usual es de 24 a 40 mg.

IV-E. Fluoxetina (Prozac ®):

Fue lanzado en 1988 y constituye el primer representante de los antidepresivos inhibidores específicos de la recaptación de serotonina (ISRS). Se le ha denominado la pastilla de la felicidad ya que algunas personas que han estado deprimidas durante mucho tiempo han logrado salir. Tiene la duración de acción más prolongada, ya que su metabolito, la norfluoxetina tiene una vida media sumamente prolongada. Esto constituye una ventaja para los adultos jóvenes ya que es suficiente una toma diaria pero

para los adultos mayores constituye un problema ya que tiende a acumularse con el transcurso del tiempo. Viene en cápsulas de 20 mg y la dosis diaria usual es de 20 a 40 mg.

IV-F. Fluvoxamina (Luvox ®):

Ha sido lanzado recientemente. Tiene un efecto ligeramente sedante por lo que está indicado en las depresiones ansiosas o mixtas. Químicamente tiene una estructura molecular diferente a los otros ISRS. Se presenta en tabletas de 100 mg y la dosis diaria usual es de 100 a 200 mg.

IV-G. Sertralina (Altruline ®):

Es otro de los ISRS. Se caracteriza por tener un buen poder activador (anfetamínico) por lo que lo hace muy útil para el tratamiento de las depresiones inhibidas. Se presenta en tabletas de 50 mg y la dosis diaria usual es de 50 a 150 mg.

IV-H. Paroxetina (Paxil ®):

Se caracteriza por tener un efecto ligeramente sedante por lo que se prefiere usar en depresiones ansiosas. Se presenta en tabletas de 20 mg y la dosis diaria usual es de 20 a 40 mg.

IV-I. Maprotilina (Ludiomil ®):

Ha sido considerado como un inhibidor selectivo de la recaptación de norepinefrina aunque no es 100 % noradrenérgico. Su efecto antidepresivo es potente y posee un ligero efecto sedante. Se presenta en tabletas de 10, 25 y 75 mg. La dosis diaria usual es de 75 a 150 mg.

Además de la depresión, se ha visto que es efectivo en algunos síntomas físicos como el dolor de espalda.

IV-J. Reboxetina (Edronax ®):

Es el último antidepresivo que ha llegado a Costa Rica. Al tener una alta selectividad por la norepinefrina lo hace presentar pocas reacciones adversas. Se presenta en tabletas de 4 mg. La dosis promedio diaria es de 8 mg. Se considera que tiene un efecto activador por lo que lo se indica principalmente en las depresiones inhibidas.

Dentro de las reacciones adversas más frecuentes están: boca seca, estreñimiento, sudoración, insomnio, vértigo, temblores, sudoración.

IV-K. Moclobemide (Aurorix ®):

El moclobemide es un inhibidor selectivo y reversible de la enzima monoaminoxidasa. Se dice que es selectivo ya que inhibe sólo a la MAO-A lo que le quita peligro de interacción con los alimentos ricos en tiramina como sucedía con los IMAO clásicos y es reversible lo que significa que la MAO que resultó inhibida, al dejar de ingerir el producto, se activa nuevamente.

IV-L. Hipericum perforatum o hierba de San Juan, (Quetzal ®)

Es el extracto natural de la planta Hipericum perforatum. En España se le conoce con el nombre de corazoncillo. Sus flores tienen cinco pétalos y son de un vivo color amarillo. Presenta hojas carnosas con puntos glandulares translúcido que parecen agujeros, de ahí su nombre de perforatum. Se le considera un regulador del estado de ánimo. Se considera que produce un bloque de la recaptación de serotonina asociada a una disminución de los neurotransmisores dentro de la célula. Además posee un ligero efecto inhibitorio de la MAO y de la catecol orto metil transferasa (COMT). Poseen pocas reacciones adversas. Viene en tabletas de 300 mg y la dosis diaria usual es de 1 tid.

IV-M. Metilfenidato (Ritalina ®):

Produce liberación de monoaminas con lo que la depresión disminuye. Tiene el inconveniente que en algunos pacientes desarrolla tolerancia rápidamente por lo que debe cambiarse el antidepresivo. Es muy útil en las depresiones que se manifiestan básicamente por falta de energía. En los adultos mayores en donde predominan los síntomas de pseudodemencia también tienen utilidad. Su inicio de acción es bastante rápido. Viene en tabletas de 10 mg. La dosis diaria usual es de 10 a 20 mg. Está contraindicado en infarto reciente de miocardio y en la hipertensión arterial inestable. Sus efectos secundarios son los de activación del sistema nervioso central como temblores, taquicardia, sudoración, frialdad de manos y pies, inquietud.

IV-N. Alprazolán (Tafil ®, Ansiolit ®):

Es una molécula básicamente ansiolítica que posee un anillo indólico en su molécula y esto le confiere ligeras propiedades antidepresivas por lo que es muy útil para el tratamiento de pacientes ansiosos que tienen síntomas depresivos leves. El Tafil ® se presenta en tabletas de 0,25, 0,50 y 1 mg mientras que el Ansiolit ® se presenta sólo en tabletas de 0,50 mg. Tiene las propiedades miorelajantes de las benzodiazepinas lo que le brinda utilidad cuando coexisten síntomas tensionales.

IV-O. Hormona tiroidea (Litroxina ®):

Se utiliza como potencializador de otros antidepresivos. Su mecanismo de acción es potencializar al receptor postsináptico por lo que aumenta la sensibilidad al receptor. No se recomienda su uso de primera opción. En cambio en las depresiones resistentes si se usa con frecuencia. Viene en tabletas de 0.1 mg y la dosis usual como potencializador de antidepresivos es 1 o 2 por día.

V. BIBLIOGRAFIA:

- BUENO, J.A. et al: "**Psicofarmacología Clínica**", Salvat Editores S.A., Barcelona, España, 1985.
- GOLDMAN, H.H.: "**Psiquiatría General**", Editorial El Manual Médico Moderno, México, pag 620-628, 1989.
- MELTZER, H.Y.: "**Psychopharmacology: The Third Generation of Progress**", Raven Press, New York, USA, 1987.
- MOIZESZOWICZ, J.: "**Psicofarmacología Psicodinámica**", Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1982.
- SCHATZBERG, A.F. y COLE, J.O.: "**Manual of Clinical Psychopharmacology**", American Psychiatry Press, Estados Unidos, pag 27-66, 1986.
- URIARTE, V.: "**Psicofarmacología**", Editorial Trillas, México, 1978.
- VALLEJO R., J.: "**Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**", tercera edición, Salvat Editores, México, pag 689-699, 1991.

RESUMEN DE ANTIDEPRESIVOS:

Nombre genérico:	Nombre de patente y presentaciones:	Acción:	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	Contraindicaciones:	Reacciones adversas más frecuentes:
Imipramina	Tofranil ®, grageas de 10 y 25 mg	Antidepresivo tricíclico, activador.	<u>Depresiones inhibidas</u> : 30 a 75 mg / día. <u>Enuresis nocturna</u> : 25 a 50 mg hs.	Glaucoma, hipertrofia prostática, estreñimiento crónico.	Sequedad de boca, obstrucción nasal, dificultad para iniciar el chorro al orinar, visión borrosa.
Amitriptilina.	Tryptanol ®, tabletas de 10 y 25 mg.	Antidepresivo tricíclico sedante.	<u>Depresiones ansiosas</u> : 30 a 75 mg / día.	Glaucoma, hipertrofia prostática, estreñimiento crónico.	Sedación, sequedad de boca, obstrucción nasal, dificultad para iniciar el chorro al orinar, visión borrosa.
Clomipramina.	Anafranil ®, tabletas de 25 y 75 mg.	Antidepresivo tricíclico, antiobsesivo.	<u>Trastorno obsesivo compulsivo</u> : 75 a 150 mg / día. <u>Depresiones inhibidas</u> : 50 a 75 mg / día.	Glaucoma, hipertrofia prostática, estreñimiento crónico.	Somnolencia. Temblor. Mareo. Cefalea. Insomnio.
Citalopram.	Cipramil ®, tabletas de 20 mg	Antidepresivo ISRS, ligeramente sedante.	<u>Depresiones inhibidas</u> : 20 a 40 mg / día.	1 trimestre del embarazo, madres lactando.	Somnolencia, cefalea, astenia, insomnio, temblor, nerviosismo, dispepsia.
Fluoxetina.	Prozac ® cap 20 mg; Proxetina ®, cap 20 mg; Xetina ®, cap 20 mg,	Antidepresivo ISRS, activador.	<u>Depresiones inhibidas</u> : 20 a 40 mg / día.	Pacientes que toman IMAO, hipersensibilidad al medicamento.	Nausea, cefalea, anorexia, insomnio, ansiedad, sudoración, temblor.
Fluvoxamina.	Luvox ® tab 100 mg.	Antidepresivo ISRS, sedante.	<u>Depresiones ansiosas</u> : 100 mg / día.	1 trimestre del embarazo, madres lactando.	Somnolencia, cefalea, astenia, insomnio, temblor, nerviosismo, dispepsia.
Sertralina.	Altruline ®, tabletas de 50 mg.	Antidepresivo ISRS, activador.	<u>Depresiones inhibidas</u> : 50 a 100 mg / día. <u>Trastorno obsesivo compulsivo</u> : 50 a 100 mg / día. <u>Trastorno de pánico</u> : 50 a 100 mg / día.	Uso concomitante con alcohol o IMAO, insuficiencia cardíaca, infarto reciente de miocardio.	Somnolencia, cefalea, diarrea, temblor, sudoración, disfunción sexual.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

Nombre genérico:	Nombre de patente y presentaciones:	Acción:	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	Contraindicaciones:	Reacciones adversas más frecuentes:
Paroxetina.	Paxil ®, tabletas de 20 mg.	Antidepresivo ISRS, ligeramente sedante.	<u>Depresiones ansiosas</u> : 20 a 40 mg / día. <u>Trastorno obsesivo compulsivo</u> : 20 a 60 mg / día. <u>Trastorno de pánico</u> : 20 a 40 mg / día.	Uso concomitante de IMAO o alcohol, 1 trimestre del embarazo.	Somnolencia, hiponatremia, equimosis, disfunción sexual, mareo, insomnio, sudoración.
Maprotilina.	Ludiomil ®, tabletas de 10, 25 y 75 mg.	Antidepresivo cuatricíclico.	<u>Depresiones ansiosas</u> : 30 a 75 mg / día.	Uso concomitante de alcohol, infarto de miocardio reciente, glaucoma.	Efectos anticolinérgicos, sedación, crisis convulsivas espontáneas.
Reboxetina	Edronax ®, tabletas de 4 mg.	Antidepresivo bloqueador de la recaptación de NA.	<u>Depresiones inhibidas</u> : 1 tab al desayuno o 1 al desayuno y otra al almuerzo.	Hipersensibilidad al producto, 1 trimestre del embarazo, mujeres en periodo de lactancia.	Somnolencia, sequedad de boca, mareo, estreñimiento, cefalea.
Venlafaxina	Efexor ®, tabletas de 37,5 50 y 75 mg.	Antidepresivo bloqueador de la recaptación de NA y SE.	<u>Depresión mayor</u> : 75 a 150 mg / día. <u>Trastorno afectivo bipolar, fase depresiva</u> : 75 a 150 mg / día.	Hipersensibilidad al producto, uso concomitante de IMAO, antecedentes de crisis maniacaes.	Somnolencia, efectos anticolinérgicos, náusea, disfunción sexual, astenia, sudoración.
Moclobemide.	Aurorix ®, tabletas de 150 mg.	Antidepresivo IMAO específico.	<u>Depresiones orgánicas</u> : 1 tab bid. <u>Depresiones atípicas</u> : 1 bid o tid.	Embarazo, hipertensión arterial inestable.	Efectos anticolinérgicos, intranquilidad, mareo, sedación.
Hipericum perforatum (hierba de San Juan).	Quetzal ®, tabletas de 300 mg.	Antidepresivo natural.	<u>Depresiones leves</u> : 1 tab tid.	Hipersensibilidad al producto.	Efectos anticolinérgicos, dolores gastrointestinales.
Metilfenidato	Ritalina ®, tabletas de 10 mg.	Anfetamina.	<u>Depresiones resistentes</u> : 10 a 20 mg / día.	Marcada ansiedad, tensión o agitación.	Insomnio, agitación, crisis convulsivas espontáneas, anorexia, pérdida de peso.

Nombre genérico:	Nombre de patente y presentaciones:	Acción:	Indicaciones y esquemas de tratamiento:	Contraindicaciones:	Reacciones adversas más frecuentes:
Alprazolán.	Tafil ®, tabletas de 0,25, 0,50 y 1 mg. Ansiolit ®, tab de 3 mg.	Benzodiazepina ligeramente anti-depresiva.	<u>Depresiones ansiosas</u> . 0,25 a 0,5 mg bid o tid.	Glaucoma, dependencia física, consumo concomitante de alcohol,	Somnolencia, síntomas de supresión cuando se suspende súbitamente, cansancio, incoordinación, problemas de memoria con el uso prolongado, mareo.
Hormona tiroidea.	Litroxina ®, tabletas de 0,1 mg.	Potencializador del receptor post sináptico.	<u>Depresiones rebeldes a tratamiento</u> : 0,1 mg bid. <u>Potencializador de antidepresivos</u> : 0,1 mg bid.	Enfermedades cardíacas descompensadas.	Irritabilidad, nerviosismo, taquicardia, pérdida de peso.

Notas:

- 1º Todos los psicofármacos están contraindicados en insuficiencia hepática y renal y en el primer trimestre del embarazo.
- 2º La somnolencia que producen los psicofármacos, puede controlarse de la siguiente manera:
- 2-a Disminuyendo la dosis pero manteniendo siempre una dosis terapéutica.
 - 2-b Esperando dos semanas a que se produzca tolerancia.
 - 2-c Administrando concomitantemente un estimulante suave del sistema nervioso central como es el té o el café.
 - 2-d Fraccionando la dosis total del día en α de la dosis al levantarse y β al acostarse.
 - 2-e Suspendiendo el psicofármaco y cambiándolo por uno menos sedante.
- 3º Los efectos anticolinérgicos que pueden dar los psicofármacos pueden ser los siguientes:
- 3-a **Sequedad de boca** que se puede combatir mascando chicle de mentol o tomando agua con frecuencia.
 - 3-b **Obstrucción nasal** que puede ocasionar voz nasal o ronquidos en las noches. Se combate con descongestionantes nasales como Afrín ®, Otrivina ®.
 - 3-c **Estreñimiento** que se puede combatir ingiriendo alimentos que contengan abundante fibra como la papaya, la naranja, el salvado de trigo además de ingerir al menos 6 vasos de agua al día.
 - 3-d **Crisis de glaucoma agudo** por aumento súbito de la presión intraocular por lo que de inmediato debe ser referido a un oculista.
 - 3-e **Taquicardia refleja** que puede llegar a ser de 110 latidos por minuto. Se puede corregir dando atenolol 100 mg al desayuno.

CAPÍTULO V: ABORDAJES TERAPÉUTICOS NO FARMACOLÓGICOS

I. INTRODUCCIÓN:

Dentro de este capítulo se tratarán de analizar los distintos tipos de tratamiento no farmacológicos que pueden usarse como única opción terapéutica o como complemento de los tratamientos farmacológicos.

La mayor parte de los pacientes desean, a nivel consciente o inconsciente, ser comprendidos y escuchados y tratar de hacer algo que no dependa de la medicación para sentirse mejor.

II. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL:

La salud mental se entiende como un estado de bienestar físico y mental que permite al individuo el desarrollo pleno de sus capacidades mentales y disfrutar de la vida. La salud mental se valora más cuando se ha perdido y aparece un trastorno mental. El fomento de la misma es un forma de prevenir las consecuencias de los trastornos mentales y el tratamiento que implica el haberla perdido. También favorece la recuperación cuando se sufre de un trastorno mental.

Erich Fromm en su obra "The Sane Society" define a la salud mental de la siguiente forma: " La persona mentalmente sana es productiva, no alienada, se relaciona armoniosamente con el mundo y emplea su razón para captar objetivamente la realidad. Además tiene la experiencia de sí misma como una entidad individual única y al mismo tiempo siente la unidad con los demás hombres; no se haya sujeta a autoridad irracional alguna y acepta voluntariamente la autoridad de la conciencia y la razón; esa persona está renaciendo cada día mientras vive y considera el vivir como su más preciosa oportunidad" (Coronado, página 13).

Algunos pacientes por desconocimiento o por inobservancia, no ponen en práctica algunas medidas que son básicas en cualquier padecimiento psicológico.

La salud mental debe promoverse desde la infancia ya que es en esta época en donde se sientan las bases de la personalidad futura. Por otra parte, si en esta época se pierde, va a ser difícil recuperarla ya que no se van a tener los mecanismos necesarios para fomentarla nuevamente. En otras palabras, desde la infancia se aprende a vivir bien o a vivir mal.

II-A. Motivación:

Toda conducta, deseable o no, normal o anormal, es el resultado de causas que la precedieron, por lo general complicadamente entretrejidas. En otras palabras, toda conducta es motivada. Un estudiante puede estar sacando calificaciones bajas porque su inteligencia es muy promedio, porque no estudia mucho, porque prefiere dedicar su tiempo a actividades sociales, porque al examinarse sufre de bloqueos emocionales, porque está resentido contra la autoridad que sus instructores representan o bien porque desea decepcionar a sus padres que quieren de él un alumno de honor. Puede un cirujano hacer uso de toda su pericia porque ansía salvar una vida, porque quiere impresionar a sus colegas con su habilidad, porque es un perfeccionista, porque le gusta andar trasteando con los instrumentos de su profesión porque le gusta tener poder sobre otro ser humano o porque quiere demostrarse a sí mismo y a los demás que como cirujano supera a su profesor y maestro (Carroll, página 30).

La motivación nos puede llevar a ser felices o infelices. En el masoquismo, el individuo necesita a nivel inconsciente, sufrir para expiar culpas o por sentir que ha hecho cosas malas por las que se tiene que pagar.

Un paciente psicótico en un hospital, puede estar allí porque sus padres lo rechazaron de pequeño, porque lo mimaron excesivamente, porque tuvo profundos sentimientos de culpabilidad debido a

sus experiencias sexuales de adolescente, porque sus aspiraciones eran demasiado altas y jamás alcanzó las metas que él mismo se impuso, porque ciertas características personales no eran aceptables para el grupo de sus contemporáneos, porque pasó por varios choques emocionales en su niñez o porque durante varios años adquirió sentimientos de ineptitud para las situaciones de la vida real y entonces se refugió en un mundo de fantasía.

II-B. Frustración:

La frustración es la no obtención de una gratificación de una motivación. La vida usualmente nos expone a la insatisfacción de un deseo. Esto no debe llevar a reflexionar sobre lo que pudo haber ocasionado el problema. Esto nos lleva a intentar otras alternativas de solución para tratar de lograrlo. Si del todo no lo podemos lograr, tenemos que resignarnos a aceptar este fracaso. Este fracaso se puede deber a condiciones externas del individuo y que se originan en el medio en que se desenvuelve por ejemplo: cambios laborales, accidentes, cambios de domicilio, situaciones económicas difíciles, entre otras. También pueden tener origen en el psiquismo del individuo y se denominan internas como por ejemplo: aspiraciones demasiado elevadas, perfeccionismo neurótico, ambición desmedida, poca confianza en sí mismo. Esta insatisfacción genera hostilidad que puede ser dirigida hacia el entorno en la forma de hostilidad o se puede dirigir hacia adentro del individuo produciendo depresión. Existen personas que tienen muy poca tolerancia a la frustración y generan ansiedad con situaciones que a otras no les produciría ninguna molestia. Estas personas van a tener una propensión a estar de mal genio, a sentirse insatisfechas, a protestar por todo. En otras palabras, van a perder su salud mental con mucha facilidad.

Si un muchacho durante un recreo es puesto en ridículo por un compañero, lo más natural es que trate de mantener su status, devolviéndole la agresividad a su ofensor y propinándole un puñetazo. Pero si no se atreve a hacerlo, puede encontrar su escape en una conducta agresiva en su casa, pegándole a su hermano menor, dándole un puntapié al perro o haciéndole un berrinche a sus padres que no entenderían lo que sucedió.

II-C. Conflicto:

Un conflicto surge en el momento que se presentan dos opciones de solución para afrontar un problema. Implica que hay que decidirse por una de ellas que excluye a la otra. A veces quisiéramos tener lo bueno de ambas opciones y no sufrir las consecuencias negativas de ninguna de ellas. Esto genera nueva frustración porque en la realidad, debemos hacer la escogencia aceptando lo bueno y lo malo que tiene la elección. En ocasiones quisiéramos quedar bien con Dios y con el diablo pero esto no es posible y entonces nos sentimos intranquilos y tensos. Un ejemplo de esto podría ser el que una joven esté pensado en casarse y tenga que escoger entre dos candidatos, cada uno de ellos con sus cualidades y sus defectos. Lo mismo le puede ocurrir a un hombre que está pensando en divorciarse de su esposa con la que ha vivido casado durante veinticinco años para poderse casar con una mujer veinte años menor a la que probablemente no podrá complacer a plenitud y se corre el riesgo que lo abandone cuando le haya sacado bastante dinero.

II-D. El insight:

Es la capacidad de analizarse a uno mismo y de tener una idea de lo que quiere, como lograrlo y todos los factores que influyen en el proceso. Se le ha llamado también capacidad de análisis o autoanálisis. Este factor nos permite hacer los mecanismos de ajuste necesarios para lograr lo que nos proponemos y evitar el fracaso. Algunas personas poseen muy poca capacidad de insight y no se explican como le suceden las cosas. Por ejemplo: una mujer que viste en forma provocativa no se explica por qué los hombres la buscan sólo para el mal.

II-E. Las cuatro necesidades básicas:

Maslow esbozó la teoría de las necesidades básicas del ser humano que son las siguientes:

II-E-1. Necesidad de logro:

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

Los seres humanos existen dentro de un medio ambiente. Para poder sobrevivir en él deben aprender a afrontar los problemas que este medio le presenta. Desde el nacimiento, el individuo está en lucha constante para obtener algún grado de control sobre el mismo. Dependiendo de los mecanismos de ajuste que posea, podrá lograrlo con mayor o menor éxito. Entre mayor sea el éxito, mayor será la confianza que desarrolle en sí mismo y será una persona progresista.

II-E-2. Necesidad de posición social:

Los seres humanos somos sociales y vivimos en comunidades por lo que las relaciones interpersonales son fundamentales en la motivación de la conducta. Entre más extrovertida sea una persona, más posibilidades tiene de triunfar en la vida. Los introvertidos tienen que buscar mecanismos de ajuste para poder sobrevivir en forma aislada y están más propensos a perder la salud mental. En este aspecto es muy importante el concepto de límite. Nuestra libertad llega hasta donde comienza la libertad de la persona que está a nuestro alrededor. Si aprendemos a respetar a nuestros semejantes, podremos vivir en armonía con ellos y ser apreciados. Si somos demasiado egoístas, no tendremos éxito en las relaciones interpersonales y seremos rechazados con mayor facilidad teniendo que acostumbrarnos a estar aislados.

II-E-3. Necesidad de seguridad física:

La necesidad física básica es mantener el equilibrio interno u homeostasis. Si ésta se mantiene podremos vivir tranquilos. Si se altera podemos fallecer. Un ejemplo de esto es la sensación de hambre que se nos presenta cuando se están consumiendo los nutrientes circulantes en nuestro torrente sanguíneo. Si ingerimos nuevamente alimentos, aseguramos nuestro bienestar, si por alguna razón no podemos hacerlo, entonces podríamos morir.

II-E-4. Necesidad de seguridad emocional:

Esto significa que el ser humano debe tener satisfechas ciertas necesidades emocionales como son el sentirse amado, querido, apreciado, aceptado tanto en la familia como en el grupo en que se desenvuelve. La emoción y el pensamiento se encuentran estrechamente relacionadas de tal forma que las personas que sufren de tensión crónica, perciben y piensan en una situación hiperemotiva que distorsiona el significado de lo que se percibe o se piensa y las respuestas van a ser inapropiadas.

El tener satisfechas estas cuatro necesidades es un factor muy importante para lograr tener salud mental.

II-F. Factores que impiden tener salud mental:

Existen varias causas por las que se puede perder la salud mental. A veces no somos conscientes de que la estamos perdiendo hasta que ya se hace evidente un trastorno mental. Dentro de estos factores mencionare los siguientes:

II-K-1. Excesiva ambición de dinero y posesiones:

Hay personas que no disfrutan de lo que tienen por pensar en lo que desearían tener. Toda su vida está teñida de angustia por tratar de lograr tener más dinero o posesiones que al fin y al cabo hay que dejarlas cuando uno se muere. El proceso de muerte en estas personas es sencillamente aterrador ya que lo más valioso que poseen se lo tendrán que dejar a otras personas que talvez no le darán el mismo valor y las malgastarán.

II-K-2. Desbalance de actividades:

Normalmente debe existir un balance entre estudio, trabajo, vida familiar y descanso. Cuando se trabaja demasiado o se descansa demasiado, se produce un desbalance que a la postre generará trastornos emocionales. Un buen equilibrio entre estas actividades produce sensación de bienestar y de ser feliz.

II-K-3. Excesiva preocupación por la belleza física:

La belleza física es un don que no todas las personas poseen. Pueden existir personas, que aún siendo muy bellas, desean ser mejor por lo que recurren a hacerse cirugía plástica, a tomar remedios extraños, a realizar exhaustivos ejercicios, a tomar grandes cantidades de vitaminas sin percatarse que lo más lindo de una persona es su gracia y su talento. La belleza física puede perderse pero se seguirá siendo atractivo por una personalidad positiva y feliz.

II-K-4. Alta grado de perfeccionismo:

Una apropiada dosis de perfección es bueno tenerla pero una sobre preocupación por hacer todo perfecto puede generar trastornos paralizantes y nunca se produce nada ya que debe tener tal grado de calidad que nunca se alcanza. Nunca se tiene a la pareja perfecta, nunca se consigue el trabajo perfecto, nunca se viste con suficiente perfección y esto genera problemas psicológicos. Se ha dicho que lo perfecto es enemigo de lo bueno porque nunca se termina.

II-K-5. Tendencia a la insatisfacción por todo:

Existen individuos eternamente insatisfechos porque siempre le tienen que buscar algún defecto a algo o alguien, no miran todo lo bueno que tienen sino resaltan algo pequeño que les disgusta de tal forma que siempre están insatisfechos. Esto genera mal carácter y cólera.

II-K-6. Rigidez excesiva con uno mismo:

Los seres humanos estamos expuestos a situaciones cambiantes a las cuales se debe adaptar. Si una persona es muy rígida consigo misma y no se adapta a los cambios, genera mucha cólera y reacciona inapropiadamente. Cosas que se consideraron inadecuadas en un momento determinado pueda que sean apropiadas en otros.

II-K-7. Preocupación obsesiva por el orden y la puntualidad:

Es bueno ser ordenado y puntual. Pero la preocupación obsesiva por ello es generadora de ansiedad y depresión. Si todo el mundo pensara igual en cuanto a la puntualidad, sería muy bonito pero hay factores que están fuera de nuestro control y que influyen directamente sobre nuestra puntualidad. Por ejemplo: llegar tarde al trabajo porque el autobús llegó retrasado. Esto puede ser terriblemente preocupante para un obsesivo o puede causar ligeras molestias en una persona normal.

III. CONSEJERÍA:

Es otra forma elemental de brindar alguna ayuda a los pacientes que sufren de ansiedad o depresión no psicóticas. Este tipo de apoyo lo puede ofrecer cualquier persona aunque no tenga formación en ciencias de la salud.

III-A. Consejos a los pacientes que sufren de ansiedad:

Además de la psicoterapia formal que requiere un entrenamiento adecuado, el médico general o el trabajador del campo de la salud mental, puede darle al paciente ansioso, los siguientes consejos:

III-A-1. Haga ejercicio físico:

El ejercicio físico es un medio no farmacológico para canalizar ansiedad. Con su práctica se mejora la oxigenación cerebral, disminuyen las molestias digestivas como las relacionadas con colitis; se

umenta la autoestima y se duerme mejor. Todo esto tiene un efecto positivo para disminuir los síntomas ansiosos.

III-A-2. Establezca metas:

Hay personas que quieren alcanzar grandes éxitos en muy corto tiempo. Esto los lleva a tener que trabajar largas jornadas que podrían exceder las capacidades físicas de la persona. Esto hace que se genere ansiedad, tensión, trastornos en el dormir que a la postre llevaran a una disminución del rendimiento que a su vez va a generar más tensión. Las metas deben establecerse en base a premisas realizables. Si las metas son muy ambiciosas, van a ocasionar frustración lo que lleva a mayor ansiedad. Si son poco elevadas, van a constituirse en un factor de poca productividad y en una falsa sensación de maestría.

III-A-3. Aclare y priorice los problemas:

Cuando todos los problemas tienen el mismo valor, es difícil poder resolverlos adecuadamente. Hay que poder establecer una jerarquización de los mismo para resolver primero los que tienen mayor importancia y causan mayor preocupación. Al irlos resolviendo, se van delimitando mejor los que son menos importantes y se pueden resolver más fácilmente. Esto ayuda a fortalecer el sentimiento de tener más control sobre lo que está rodeando a la persona y esto constituye el principio de la curación.

III-A-4. Participe en grupos de apoyo mutuo:

En los grupos de apoyo mutuo como los Neuróticos Anónimos (NA), participan varias personas que se definen a sí mismas como ansiosas lo que disminuye los prejuicios que puedan existir. En las reuniones de estos grupos se intercambian experiencias e ideas que pueden ser de mucho provecho para la persona que llega por primera vez a estas reuniones. También favorece la socialización que ayuda a mejorar los síntomas ansiosos por otros mecanismos.

III-A-5. Aprenda a tolerar un mayor grado de ansiedad:

Es una ilusión pensar en un mundo libre de ansiedad. Todos los seres humanos, en determinados momentos de nuestras vidas, experimentamos síntomas ansiosos. El que ha tenido un trastorno ansioso desearía irse al otro extremo de no sentir absolutamente nada de ansiedad y esto lo lleva a experimentar frustración. todas las personas debemos aprender a tolerar algunas síntomas ansiosos sin tener que recurrir a otra dosis de tranquilizantes o a otro trago de licor para controlarlo.

III-A-6. Practique algunas técnicas de relajación:

Los ejercicios de relajación tienen un factor positivo en la disminución de los síntomas ansiosos. El simple hecho de respirar profundamente durante 5 minutos tiene valor. Otra práctica consiste en sentarse en una silla o sillón cómodo, cerrar los ojos, imaginarse que se está en la playa o cualquier otro lugar placentero y después de haber establecido una respiración rítmica, debe comenzarse a hacer una revisión mental de aflojar los músculos, desde la cabeza hasta los pies. Conforme vaya bajando el estado de relajación, se va experimentando una sensación de pesantez bastante agradable. En total, el ejercicio toma alrededor de 15 minutos y se puede hacer varias veces al día.

III-A-7. Evite el consumo de alcohol o sustancias estimulantes del SNC:

Hay personas que tratan de lograr alivio refugiándose en la ingesta de bebidas alcohólicas. Estas sólo producen un alivio muy pasajero por lo que puede generar la falsa necesidad de tener que repetir la ingesta, con lo que se puede agregar un nuevo problema al existente. El licor no se debe usar como medicina ya que puede acarrear muchos problemas. Otra vía de escape, la constituye el fumado. Se sabe que la nicotina es un estimulante del sistema nervioso central. Entre más se fume más se activará y por lo tanto más posibilidades existen de que se aumenten los síntomas ansiosos.

III-A-8. Planifique las actividades del día y de la semana:

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

No hay nada más nefasto que levantarse en las mañanas sin saber qué se realizará ese día. Esto genera una sensación de incertidumbre que puede generar más ansiedad. El tener planificado con antelación, las cosas que se harán el día de hoy y las del resto de esta semana, dan una idea de lo que se tiene que realizar y eliminan la incertidumbre. También le permite a la persona saber cuanto ha progresado en lo que tenía que realizar. Hay personas que al no planificar, se dedican a perder el tiempo en actividades improductivas o viendo programas de televisión que no consideran interesantes.

III-A-9. Aproveche el tiempo libre en actividades que promuevan la salud mental:

Existen actividades que proporcionan tranquilidad y otras que más bien aumentan los síntomas de la ansiedad. El pasar todo un día de descanso acostado viendo televisión, puede generar más ansiedad. Las actividades al aire libre con un poco de ejercicio, causan relajación y tranquilidad. Con frecuencia se considera que la mejor forma de combatir el cansancio es estando acostado pero esto podría ser una falacia porque para descansar primero se necesita estar cansado al realizar alguna actividad física.

III-A-10. Organice la actividad laboral:

Una actividad laboral desorganizada puede hacer creer que existen grandes problemas que resolver. El desorden en el archivo, la correspondencia pendiente, las reuniones que no se han realizado oportunamente y los asuntos pendientes de resolución, pueden generar sensaciones de tensión que si no se resuelven irán en aumento. Hay que jerarquizar lo que se debe resolver y tratar de hacerlo lo antes posible para aliviar la carga y sentirse más libre.

III-A-11. Evite hacer cosas innecesarias que le generan ansiedad:

Con frecuencia, la persona siente la necesidad de hacer cosas que considera necesarias para sentirse mejor pero, después de realizadas, se llega a la triste conclusión de que no fue así. Hay personas que estando estresadas por todo lo que tienen pendiente de hacer, buscan nuevas complicaciones, ingresando a nuevos cursos de cosas que no son necesarias, comprometiéndose a realizar cosas para las que no tienen tiempo o interesándose en otras que en realidad no son de interés. Es como si existiera una necesidad masoquista inconsciente de tener que estar preocupado.

III-A-12. Reestructure la vida afectiva:

Existen personas que se sienten insatisfechas con la vida afectiva que están llevando pero no se animan a remediarla con la falsa esperanza de que en un futuro cambiarán las cosas. Esto causa sensación de angustia que va aumentando conforme vayan pasando los días.

III-A-13. Tómese unas minivacaciones todos los días:

El hecho de poder disfrutar de unos 15 a 30 minutos de descanso, relajamiento, meditación o actividades con las que uno disfruta plenamente, pueden constituir un factor de mejoría para personas que habitualmente son muy tensas y preocupadas. Es un momento para reflexionar y pensar en uno mismo. Al hacerlo diariamente, le permite a la persona a tener un punto de comparación con otros momentos en que ha estado muy angustiado.

III-A-14. Renuncie a actividades que le demandan tiempo y no son provechosas:

Existen personas que se dedican a un deporte con tal intensidad que llegan a generar ansiedad porque no tienen tiempo para practicarlo adecuadamente, o pasan viendo programas de televisión como novelas, que le restan tiempo para interactuar con la familia o sencillamente descansar.

III-A-15. Evite comprometerse a hacer cosas para las que no tiene suficiente tiempo o dinero:

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

Hay personas ansiosas que pareciera que tuvieran una adicción por actividades que no le deparan mayor provecho y que no tienen tiempo para realizarlas, pero aún así insisten en hacerlas. Ejemplo de esto son personas con muy poco tiempo libre que se comprometen a hacer ejercicios a horas muy tempranas o tardías, participar en labores de beneficencia, tomar cursos a altas horas de la noche o los sábados porque no tienen tiempo. Esto se hace para proyectar una imagen de intelectualidad o de bondad por la que se tiene que pagar un alto precio. Hay que tener la suficiente madurez como para rehusar participar en una nueva actividad que de antemano se sabe que va a producir tensión.

III-A-16. Afronte las cosas que teme:

La mejor forma de superar los temores es afrontándolos. Puede suceder que se falle en el intento por lograrlo en cuyo caso deben analizarse cuáles fueron los posibles errores para tratar de no volverlos a cometer. Si se logra salir exitoso, se convierte en una experiencia promotora de seguridad que favorece a la superación del temor.

III-A-17. Trate de vivir el momento:

Hay personas que viven excesivamente preocupadas por lo que les pueda suceder en el futuro. Usualmente se tiene una percepción amenazante del mismo y esto genera más ansiedad. También es frecuente anticipar que se sentirá ansiedad y esto hace que se trate de confirmar esta anticipación con lo que de verdad se angustia más. Si se tiene un momento de bienestar debe tratar de disfrutarlo al máximo sin pensar cuánto durará. Otras personas viven preocupadas porque se van a morir y esta preocupación les impide disfrutar de la vida presente. Si se siente mal debe pensar que todo en la vida pasa y que ese momento malo también pasará.

III-A-18. Mejore su asertividad:

Por asertividad se entiende decir no cuando se debe hacerlo o decir sí cuando se considera apropiado. Hay personas que prolongan una relación de pareja insatisfactoria debido a que no se animan a terminarla. Hay personas adultas jóvenes que no se atreven a defender sus puntos de vista ante una madre dominante. Hay mujeres víctimas de violencia que no se atreven a denunciar a sus agresores. Hay mujeres que no se atreven a divorciarse de un hombre alcohólico e irresponsable que les ocasiona grandes sufrimientos con maltratos y penurias económicas.

III-B. Consejos a los pacientes que sufren de depresión:

III-B-1. No desanimarse con un día malo:

Cuando esté en el proceso de recuperación, no todos los días van a ser buenos, pueden existir días malos. No se desanime si se presenta uno de ellos. Tampoco hay que pensar que se perderá el progreso y se volverá a echar atrás como cuando empezó el tratamiento. Inclusive las personas consideradas como "normales" tienen algún día malo o "negro".

III-B-2. Disfrutar de los días buenos:

Cuando se sienta bien, disfrute ese bienestar y no se ponga a pensar cuánto va a durar. Esto le ayuda a mantenerlo bien. Cuando una persona ha estado deprimida por mucho tiempo le cuesta aceptar que se siente bien como si existiera una necesidad inconsciente de sufrir (masoquismo) y en lugar de disfrutarlo, se torturan pensando que durará poco y que para qué sentirse mejor si el fin y al cabo otra vez se deprimirán.

III-B-3. No anclarse al pasado:

La persona deprimida tiende a revivir el pasado en un vano intento por recuperar momentos felices que nunca volverá. Otras veces se tienen intensos remordimientos de conciencia por errores que se

cometieron y que nunca se podrán olvidar. Todo esto retarda la recuperación. Hay que intentar mirar positivamente hacia el futuro y pensar que el futuro será mejor.

III-B-4. No depender excesivamente de otras personas:

Las personas que dependen excesivamente de otras tienden a ser inseguras y generan gran ansiedad y depresión cuando tienen que afrontar un problema. Cuando la felicidad de una persona depende de lo que haga o diga otra, estará a merced de ella para vivir bien. Valerse por sí mismo produce confianza y seguridad en uno mismo. Esto le infundirá un sentimiento de autosuficiencia que le favorece a su recuperación.

III-B-5. No tomar decisiones trascendentales cuando está deprimido:

Las decisiones trascendentales como por ejemplo cambiar de domicilio, dejar un trabajo o divorciarse deben dejarse para cuando se sienta mejor. La valoración objetiva de las distintas opciones se ve oscurecida por la depresión misma con lo que se tiende a ver con más facilidad, los aspectos negativos de las mismas. La ambivalencia que se asocia a la depresión hace más difícil pensar con claridad y tomar decisiones más apropiadas y a veces, se cometan errores que pueden tener consecuencias serias para el resto de la vida.

IV. GRUPOS DE APOYO MUTUO:

Los grupos de apoyo mutuo se constituyen en base a personas que se declaran ser portadoras de un determinado padecimiento pero que están decididas a superar su problema, lo que facilita homogenizar los trastornos que sufren sus miembros. Esto facilita el intercambio de conocimientos y experiencias, tanto provechosas como fracasadas, que pueden ser de mucha utilidad para los participantes. No existe un terapeuta que sea coordinador del grupo pero se rotan entre los participantes, la coordinación del grupo para que pueda existir orden en las intervenciones. Algunos de ellos siguen normas establecidas como los Doce Principios que guían a Alcohólicos Anónimos. En estos grupos no se trata de profundizar en los factores psicodinámicos que están influyendo en el problema ni de cambiar factores de personalidad. Se trata de lograr que las personas superen un determinado problema. Cada uno de los participantes debe verbalizar lo que considere más importante sin seguir ningún orden predeterminado. Existen grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), Neuróticos Anónimos (NA), Asociación Costarricense de Trastornos Afectivos Recurrentes (ACOTAR).

V. INTERVENCIÓN EN CRISIS:

La intervención en crisis con fines terapéuticos, es una experiencia relativamente nueva. El objetivo de ayudar a la persona durante una crisis psicológica, valorando las debilidades y las fortalezas del paciente en crisis, ha motivado el surgimiento de diversos métodos, encaminados a intervenir, especialmente cuando se ha alterado, la integridad física y psicológica de la misma. Es notorio que al atravesar el momento de la dificultad psicológica, el individuo espontáneamente solicita ayuda que ha llegado a la conclusión de que solo no podrá salir de ella. Las iniciativas terapéuticas deberán ser dirigidas por el terapeuta, con participación más activa de la persona, estimulando el desarrollo de nuevas formas de solucionar problemas.

Caplan precisó, que la crisis tiene lugar "cuando una persona se enfrenta a un obstáculo importante a sus objetivos vitales, que es insuperable por algún tiempo mediante, la utilización de los métodos acostumbrados de solución problemas. Existen varios tipos de crisis como las ansiosas, las depresivas, las económicas, las laborales entre otras.

Existen seres que tienen una mayor fragilidad interior y tienden a percibir como amenazantes, acontecimientos que no lo son para otros y desencadenan una situación de crisis con mayor facilidad. Cuando se tienen elevados niveles de ansiedad o estrés existe una mayor propensión para experimentar una crisis ante un acontecimiento relativamente poco amenazador.

Señalan dos clases de crisis:

V-A. Crisis de desarrollo o maduración.

En este tipo, se centra la atención en el proceso continuo del vivir y crecer, desde la infancia hasta la edad avanzada. Se considera la vida de la persona como un proceso siempre cambiante, a causa de las sucesivas etapas de madurez o desarrollo. A través de todas las diversas etapas y edades de la vida, suelen producirse cambios físicos, psicológicos, sociales o del medio ambiente que en algunas personas pueden ocasionar una situación crítica. Las crisis de desarrollo son predecibles y por tanto pueden ser previstas y atenuadas.

V-B. Crisis de situación:

Esta segunda categoría, se produce cuando sucesos no anticipados, amenazan la integridad física, social o psicológica del individuo y suelen ir asociadas a cierto grado de desequilibrio emocional. La naturaleza impredecible de estos sucesos introduce un elemento de azar, no existente en la crisis de desarrollo. Estas crisis situacionales son las más serias y destructivas que se pueden encontrar y son ejemplos de esta categoría: las crisis de guerra, las catástrofes naturales (terremotos y huracanes), los incendios, algunas situaciones familiares tales como: la pérdida de un miembro de la familia, el nacimiento de un hijo prematuro, el divorcio de los padres. Como se puede apreciar, son verosímilmente más aplastantes y destructores que las clasificadas como del desarrollo. En cada una de estas situaciones se genera tensión emocional y se experimenta cierto grado de estrés. Este desasosiego hace que se activen diversas conductas adaptativas tendientes a dominarlas y por lo tanto puedan ser superadas. Si por el contrario los mecanismos de defensa fallan, se favorece la aparición de la crisis. Concibe a ésta como un potencial en la promoción de crecimiento. Las crisis duran generalmente de 4 a 6 semanas. La persona está psicológicamente más indefensa y por consiguiente más susceptible a los cambios y se resuelven en forma positiva o negativa. Es positiva la resolución cuando se preste para una ocasión de desarrollar la personalidad o para lograr un equilibrio más maduro. Es negativa cuando produce la disgregación de un orden preexistente o una desviación peligrosa de una normalidad generalmente reconocida.

Pueden existir otras crisis en relación con el medio exterior, pero que ocurren con intervención consciente o inconsciente del individuo y que pueden reflejar las características de su personalidad previa tales como: dificultades con figuras de autoridad, cambios de roles, triunfos o fracasos en exámenes, ascensos o pérdida del trabajo, la delincuencia juvenil o la farmacodependencia.

Otros tipos de crisis se pueden deber a factores psíquicos internos y a condiciones más biológicas a saber: brotes psicóticos, intoxicación alcohólica y otras enfermedades físicas.

El que un acontecimiento se convierta o no en crisis para una persona, dependerá de su percepción del acontecimiento, de su sistema de apoyo y de sus capacidades de enfrentamiento.

Los objetivos de la intervención en crisis son:

V-C. Evitar la hospitalización.

Con lo que se evitan las consecuencias de haber estado internado en un centro hospitalario y se mantiene al paciente en un medio más restrictivo.

V-D. Conservar y mantener la función del individuo dentro de la familia y su comunidad.

Esto hace que se continúe con el apoyo que brinda la familia y que puede ser muy importante en una situación de crisis.

V-E. Ayudar a reducir problemas y al hacerlo estimular el crecimiento emocional.

En algunas ocasiones, los problemas son buscados inconscientemente por el paciente hasta que llegan a alcanzar intensidades inmanejables. El analizar este tipo de comportamientos puede hacer que se resuelva con éxito la crisis.

Para conducir este tipo de tratamiento se requiere de una formación especializada en el campo de la Psiquiatría o de la Psicología Clínica.

El número de sesiones generalmente es de 12 realizadas con poco intervalo de tiempo entre ellas.

VI. TERAPIA DE APOYO:

La terapia de apoyo es una forma elemental de psicoterapia en donde no se profundiza en los factores psicodinámicos sino que se trata de dar apoyo, sugerencias, consejos y guías que puedan ser aprovechados por el paciente para poder afrontar mejor los problemas. Se parte de lo que el paciente considera que es más importante en el momento actual. Se trata de relacionar con experiencias pasadas, actuales y con las que podrían presentar en el futuro. Este tipo de terapia no requiere de una educación formal en el campo de la Salud Mental y es utilizada por algunas personas que se denominan sanadores o curanderos.

VII. TERAPIA CONDUCTUAL:

Este tipo de terapia se basa en los principios de Pavlov que establecen que el comportamiento de una persona puede reorientarse hacia el logro de ciertos objetivos mediante el uso del premio y el castigo. Se premia lo que se desea mejorar y se castiga lo que se quiere extinguir. Obviamente, la persona preferirá hacer aquello que le produce gratificación y evitará lo que le depara un castigo. Este tipo de tratamiento se emplea en esquizofrénicos crónicos y en pacientes con retardo mental. Las recompensas deben causar un refuerzo inmediato que debe extinguirse para sentir de nuevo el deseo de complacerlo. Hay dos cosas que son excelentes reforzadores: la comida y el dinero. Cuando alguien realiza algo que le deparará un alimento apetecido, seguramente que lo logrará si está con hambre. Si está satisfecho, el efecto no será tan notorio. Por el contrario, el hacer algo que deparará un castigo se tratará de evitar. Para lograr buenos resultados con este tipo de tratamiento, todo el personal que se relaciona con el paciente debe estar capacitado en esta técnica y debe cooperar para alcanzar las metas deseadas.

VIII. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL:

Se ha desarrollado en los últimos 30 años. El pionero de este movimiento fue Beck por lo que también se le ha llamado Terapia Cognitiva de Beck. Se basa en una serie de 8 a 16 sesiones en donde se trata de aclarar las concepciones que tienen los pacientes hacia diversos eventos, asumiendo que no es el evento en sí, sino la idea que se tiene de él lo que perturba a las personas. Esta forma de terapia es más efectiva en los trastornos ansiosos, trastornos de la personalidad, algunas formas de farmacodependencia y los trastornos de la alimentación. Si se tratan de aclarar estas expectativas desproporcionadas, se interpretará de una manera diferente, algunas molestias que se puedan sentir. Para lograr este objetivo debe brindársele al paciente, la información necesaria para que pueda cambiar por sí mismo sus propias expectativas y luego no temer exponerse a situaciones que antes le producían gran estrés. Si logra no sentir tantas molestias, va adquiriendo el convencimiento de que está mejor y esto lo lleva a sentirse más seguro de sí mismo y a su vez genera menos estrés.

IX. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL:

Este tipo de tratamiento se basa en una relación terapéutica que se establece entre un paciente que está dispuesto a someterse al tratamiento y un terapeuta que lo acepta. Esto favorece un cambio hacia la salud a la vez que permite el crecimiento psicológico de ambos. Se basa en la premisa que todas las personas tienen dentro de ellas la capacidad de autoanalizarse y los mecanismos para poder

cambiar. Se trata de llegar a entender los mecanismos de defensa que emplea el paciente para identificar los que son patológicos y sustituirlos por otros que sean normales. La psicoterapia no se debe realizar para complacer a otras personas o para lograr alguna ventaja no terapéutica. No se trata de hacer una simple supresión de los síntomas, sino que se pretende cambiar patrones de comportamiento para lograr mejoras en la personalidad del individuo. El paciente debe ir encontrando a través del proceso terapéutico, cuáles son sus fallas y cómo poder solucionarlas. El terapeuta actúa como un guía que lo orienta.

El terapeuta debe tener un entrenamiento formal en esta técnica y debe de haberse sometido él mismo a una psicoterapia didáctica para poder entender mejor a sus pacientes. Existen varias formas de psicoterapia dependiendo de los objetivos a lograr. La más utilizada es la psicoterapia breve que comprende 12 a 14 sesiones, en donde al inicio, se establecen los objetivos y se fija un tiempo para alcanzarlos y se debe planificar su finalización.

X. TERAPIA DE FAMILIA:

La terapia de familia se ha venido desarrollando en los últimos 50 años. Fue creada por Nathan Ackerman, quien era una psicoterapeuta de grupo y trabajaba con niños. Todos los miembros de la familia nuclear deben participar en las sesiones. Se asume que todos los miembros de la familia están interrelacionados y lo que uno haga o deje de hacer va a repercutir en el comportamiento y las actitudes de los demás. Una parte de la familia no se puede entender a cabalidad si no se comprende el funcionamiento de la familia como una totalidad. La estructura y organización de la familia va a determinar el comportamiento de sus miembros. La terapia de familia que se utiliza en el Hospital Nacional Psiquiátrico se denomina sistémica cuyo promotor fue Bowen y se recomienda hacer un genograma para entender su composición en donde se establecen tres generaciones. La duración habitual es de 8 a 10 sesiones de hora y media de duración.

XI. TERAPIA DE PAREJA:

Es un método terapéutico relativamente nuevo. Se considera que se ha consolidado en 20 años de existencia. En sus etapas iniciales se pretendía mantener el vínculo de la pareja a toda costa pero en la actualidad, si esto no se puede lograr, se le ayuda a separarse para que no se sigan lastimando mutuamente. Ambos cónyuges deben estar de acuerdo a participar en el tratamiento y se deben comprometer a colaborar para lograr mejorar la relación. Siempre se parte del punto de vista de que ambos tienen su cuota de culpa en los problemas que han generado y no existe únicamente uno "malo". En las sesiones deben participar ambos cónyuges para que puedan expresar cada uno sus distintos puntos de vista respecto a un mismo problema. Con sorpresa encuentran que en algunos aspectos concuerdan y en otros ignoraban lo que está sintiendo su compañero. Se requiere un entrenamiento formal para llevarla a cabo. Usualmente duran de 10 a 15 sesiones. Este tipo de tratamiento está contraindicado cuando existen secretos en la pareja que podrían conducir a la súbita interrupción del tratamiento o el divorcio, entre ellos se mencionan: homosexualidad, involucramiento criminal de uno de ellos o una relación extramarital. Las parejas que tienen serias dificultades de relación entre ellos, deben buscar este tipo de tratamiento antes de pensar en divorciarse.

XII. PSICOTERAPIA DE GRUPO:

Es una forma de tratamiento en la cual se seleccionan cuidadosamente personas que tienen problemas emocionales y se reúnen con un terapeuta debidamente entrenado con el propósito de cambiar comportamientos desajustados de sus miembros. Las interacciones entre ellos favorecen la mejoría de todos. Tiene la ventaja que se pueden tratar a varias personas simultáneamente. Los grupos usualmente no deben tener más de 12 miembros. Antes de elegir a un miembro, debe tenerse un entrevista inicial para realizar una historia longitudinal y un examen del estado mental y ver si es compatible con los otros miembros. Dentro del grupo se van a desarrollar patrones de comportamiento que van a reflejar las conductas desadaptativas que se tienen fuera de él. Las sesiones usualmente duran hora y media y se realizan de 1 a 3 veces por semana durante 3 a 6 meses. Ha sido útil para tratar fobias, problemas sexuales, personalidades pasivas, trastornos limítrofes.

XIII. REHABILITACIÓN:

Es un forma de tratamiento que se lleva a cabo principalmente con pacientes crónicos, que han estado hospitalizados durante mucho tiempo. Esto ha hecho que pierdan habilidades que poseían antes de internarse. El hospital se convierte en un medio limitante ya que existen horas predeterminadas para levantarse, bañarse, comer, distraerse y acostarse. Las relaciones interpersonales se limitan a personas del mismo sexo dentro de un ambiente muy controlado. La rehabilitación tiene como objetivo evitar las secuelas de la enfermedad y tratar de lograr el nivel previo de funcionamiento.

El programa de rehabilitación debe ser diseñado para cada persona en forma individual. Va a ser diferente si el paciente era previamente un campesino o si era un profesional. Se espera que conforme vaya mejorando en sus habilidades se le vaya aumentando la complejidad de las mismas de tal forma que se vaya preparando cada vez más para ser autónomo y que se pueda ganar la vida dignamente.

Los programas de rehabilitación deben hacer énfasis en los aspectos rehabilitativos y no en los económicos. Es bueno que el paciente se sienta orgulloso de realizar un trabajo por lo que su producto debe tratar de ser vendido y que se le remunere con un estímulo económico simbólico que le permita adquirir algunas cosas que desea.

XIV. RESOCIALIZACIÓN:

Se emplea en pacientes que han estado hospitalizados por tiempos prolongados y han perdido habilidades para relacionarse con otras personas. El intercambio de puntos de vista o una simple conversación pueden tener un efecto beneficioso para una persona limitada socialmente. El poder participar en un baile con personas del otro sexo, puede resultar gratificante.

XV. REMOTIVACIÓN:

Consiste en volver a generar en el paciente crónico, intereses que había tenido previamente a su enfermedad pero que debido a la hospitalización, las fue perdiendo gradualmente. Se basa fundamentalmente en charlas en donde participan varios pacientes, se les habla de un aspecto sencillo e interesante como el cultivo del tomate si los participantes han sido agricultores. Después de la charla se generan comentarios y aportes de los participantes por lo que se convierte en una experiencia enriquecedora.

XVI. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:

Se llama también Programa de Vida Diaria y en él se les enseña a bañarse adecuadamente, lavarse los dientes, peinarse, maquillarse, vestirse, lavarse su ropa y manejar algún dinero propio.

XVII. BIBLIOGRAFÍA:

CARROL, HERBERT A.: "Higiene Mental: Dinámica del Ajuste Psíquico", Compañía Editorial Continental, México, 1979.

CORONADO, MARIANO: "Conocimiento Propio y Salud Mental", Editorial Costa Rica, San José, 1986.

CAPÍTULO VI: RELACION ENTRE ENFERMEDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS Y TRASTORNOS MENTALES.

I. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LAS ENFERMEDADES FÍSICAS:

Comentario: Página: 1
Actualizado a noviembre de 1994

Las enfermedades físicas y las mentales con mucha frecuencia coexisten. Las molestias psiquiátricas pueden ser secundarias a enfermedades físicas pero también los trastornos mentales pueden presentarse como quejas somáticas (Kiseley, 1993).

Los pacientes que presentan enfermedades físicas crónicas reportan con el doble de frecuencia, síntomas psiquiátricos.

Las relaciones entre enfermedades mentales y físicas, pueden esquematizarse de la siguiente manera:

I-A. Enfermedades puramente físicas en donde no existen síntomas mentales.

I-B. Enfermedades físicas con síntomas mentales secundarios pero éstos se le pueden atribuir a la enfermedad principal. Los síntomas mentales no hubieran aparecido si no se presentara la enfermedad física. El tratamiento de los síntomas mentales no alivias las molestias físicas.

I-C. Enfermedades físicas con síntomas mentales que no están relacionados entre sí. El tratamiento de uno de ellos no modifica al otro.

I-D. Trastornos mentales con síntomas físicos, en donde las molestias físicas son secundarias a trastornos mentales y al tratar éstos, desaparecen los segundos.

I-E. Trastornos mentales puros en donde no existen síntomas físicos o el paciente los considera parte del problema mental.

Las proporciones relativas de estas diferentes categorías en la atención primaria se pueden esquematizar de la siguientes manera:

Categoría:	Frecuencia:
Enfermedad física pura	63 %
Enfermedad física con trastorno psiquiátrico secundario	1 %
Enfermedades físicas y mentales no relacionadas	8 %
Somatizaciones de trastornos mentales	19,5 %
Trastornos psiquiátricos puros	4,5 %
Trastorno de ajuste subclínico sin enfermedad física	4 %

Los trastornos mentales en los pacientes internados en hospitales generales varían entre el 13 y el 61 % dependiendo del instrumento que se utilice. El promedio es de 38 %. Esto es más del doble de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general.

Puede suceder que los síntomas mentales precedían a los físicos mientras que en otros casos aparecieron como una consecuencia de la enfermedad física.

Lloyd y Cawley (1983) reportaron que de 100 hombres admitidos por primera vez debido a un infarto de miocardio, 35 presentaban síntomas mentales y de estos, 16 tenían control previo por trastorno mental.

Se acepta que entre un tercio y la mitad de los pacientes internados en hospitales generales, presentan síntomas mentales.

El 44 % de los pacientes que tienen trastornos psicóticos y el 23 % de los neuróticos, tienen enfermedades médicas con más frecuencia excepto cáncer (Shepherd, 1966).

Hay un aumento en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes que tienen enfermedades físicas, comparados con grupos control de sujetos sanos (Kiseley, 1993, pag 121).

Las enfermedades físicas que tienen mayor probabilidad de asociarse con trastornos mentales son:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Artritis.
- Discapacidad física.
- Cáncer.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Enfermedad cardíaca.
- Trastornos neurológicos.
- Hipertiroidismo.

Se acepta que la presencia de una enfermedad física en un trastorno psiquiátrico tiene una evolución más mala que en un sujeto sano, tanto para el aspecto mental como el físico.

Los factores que intervienen en la mala evolución de pacientes psiquiátricos con enfermedades físicas concomitantes son: la presencia de dolor crónico, la incapacidad física, el sitio y la percepción de un AVC, la inminencia de la muerte.

No nos debemos confundir con los trastornos somatopsíquicos en los que una enfermedad somática repercute en el psiquismo del individuo cambiando sus valores, sus metas, sus mecanismos de defensa y ocasionando reacciones depresivas y ansiosas, pero en este caso el orden de los factores es al contrario, o sea, primero aparecieron las alteraciones somáticas y luego las emocionales.

Los estudios epidemiológicos y clínicos, han revelado en las enfermedades psicósomáticas, una génesis multifactorial, por lo que se ha preferido estudiar en psiquiatría, los factores psicológicos y en medicina interna los factores somáticos.

II. ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DE LAS ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS:

Cuando un paciente va a ser sometido a una operación, hay que tener en cuenta no solo los aspectos somáticos relacionados con el acto quirúrgico, sino que también hay que considerar lo que puede significar, en la realidad, las consecuencias psicológicas como por ejemplo: cambio en el aspecto físico, presencia de cicatrices o amputación de un miembro.

Además de estos factores reales, hay que valorar las fantasías que el paciente puede hacer y que están relacionadas con su vida psíquica anterior y presente, con su tipo de personalidad previa y que pueden ocasionar nuevos conflictos intrapsíquicos, que pueden llevar a la aparición de un cuadro ansioso, depresivo a aún psicótico.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

Una misma operación puede significar, a un nivel simbólico, cosas muy diferentes entre dos distintas personas. El ponerle atención a este fenómeno es un hecho obligatorio, ya que podría darse el caso en que es preferible no realizar una operación electiva de cirugía estética cuando ésta vaya a producir consecuencias psicológicas peores que el defecto que se requiere corregir.

Las operaciones que modifican el aspecto exterior del individuo son las que más pueden producir problemas psicológicos ya que dejan cambios apreciables a simple vista.

Las operaciones que se realizan en órganos internos tienen menos posibilidades de dejar cambios notorios en el exterior, sin embargo, el no poder constatar cómo están funcionando esos órganos y el temor a tener una complicación fatal, son hechos importantes en la vida psíquica del paciente.

También hay que darse cuenta que una cosa es cirugía electiva y otra es cirugía de emergencia, en donde a veces se producen imprevistos que llevan al cirujano a tomar una decisión sobre la marcha y por ejemplo: un simple legrado puede llevar a una histerectomía y con ello a la pérdida de la capacidad de engendrar hijos.

Otro aspecto importante, es que toda persona sabe y ha visto, que en toda anestesia existe la posibilidad de morir y esto lo confronta con todos los temores conscientes e inconscientes acerca de la muerte y que es muy importante analizar antes de que se lleve al paciente al quirófano.

Se ha observado que cuando el paciente se le explica lo que se le va hacer y cuáles son sus posibles consecuencias tanto positivas como negativa, la evolución postoperatoria es más satisfactoria.

Para poder entender mejor estos procesos psíquicos, hay que desarrollar el concepto de imagen corporal.

III. IMAGEN CORPORAL:

Se entiende por imagen corporal lo que el sujeto percibe de su cuerpo, tanto estático como en movimiento, y cómo se siente acerca de esta percepción. O sea, que incluye la representación mental de su cuerpo y la respuesta psíquica que tiene ante ella.

Esto es importante de comprender ya que algunas enfermedades mentales o estados anormales de ánimo, llegan a modificar la imagen corporal aunque no se encuentren bases anatómicas para ello. Una paciente deprimida puede sentirse envejecida y fea aunque en realidad no sea así para las personas que la rodean.

El concepto de imagen corporal se remonta a la época de Ambrosio Paré, un cirujano del siglo XVI, quien observó que después de amputar una parte o toda la extremidad de un sujeto se presentaban molestias como si en realidad siguiera existiendo la parte que se quitó. Esto lo llevó a mencionar el concepto de miembro fantasma que existe hasta la actualidad.

Posteriormente, Head, describió y desarrolló el concepto de imagen corporal o esquema corporal haciendo poco énfasis en los aspectos psicológicos y basándose más bien en los aspectos perceptivos y funcionales de ella.

No fue sino hasta la década de 1920 en que Schilder amplió el concepto para hacer más énfasis en los aspectos psicológicos, incluyendo la dimensión social, o sea, las repercusiones sociales en el micro mundo que rodea al paciente. En este sentido, los límites entre imagen corporal y el concepto psicoanalítico de ego son poco claros. Por lo tanto, es posible esperar modificaciones inusuales, percepciones, actitudes o reacciones al cuerpo como consecuencia de experiencias vitales previas del sujeto que van a determinar conflictos entre la imagen corporal percibida y aquella mantenida en el ego como imagen ideal.

El concepto de imagen corporal se comienza a formar desde el momento mismo del nacimiento.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

La adquisición de movimientos musculares cada vez más finos, le permite al niño la exploración de su propio cuerpo. La alimentación a través del pecho materno o el biberón permite desarrollar el concepto de la boca como fuente de gratificación.

En épocas posteriores, la comparación del propio cuerpo con el cuerpo de otros niños, va afianzando la imagen corporal.

El crecimiento y desarrollo posterior hacen que la imagen corporal esté cambiando continuamente.

Las actitudes de los padres hacia los niños, tienen un papel muy importante y perdurable sobre la imagen que tienen de sí mismos. De acuerdo a estas experiencias, el cuerpo o sus partes pueden ser percibidas como bonitas o feas, buenas o malas, limpias o sucias, queridas o rechazadas.

Los niños que son aceptados y amados por su familia, que se desarrollan en armonía con su ambiente cultural, a los que no se los sobrevalora, ni minusvaliza en su cuerpo, desarrollan las imágenes corporales más sanas.

IV. FACTORES DE PERSONALIDAD QUE AFECTAN LAS MANIFESTACIONES DE UNA ENFERMEDAD MEDICA O QUIRURGICA:

Cada persona responde de manera diferente a una enfermedad médica o quirúrgica. Esto tiene su origen en los valores inculcados desde la infancia o aprendidos de las figuras importantes que rodearon al niño.

Una persona con rasgos histriónicos de personalidad, le dará mucha importancia al aspecto estético de su cuerpo, especialmente de las zonas visibles. En ellas, la presencia de una cicatriz en la cara puede significar una desfiguración importante y ocasionarle sentimientos de fealdad importantes.

Alguien a quien la muerte le asuste demasiado, verá con horror, cuando los exámenes de laboratorio reflejan alguna enfermedad seria.

Una personalidad insegura tenderá a sentirse confundida y a no saber qué hacer cuando su médico le dice que debe practicarle una operación.

Las personas que sufren de dismorfofobia (temor irracional a tener una parte de su cuerpo anormal o desproporcionada), buscarán en vano hacerse operaciones de cirugía estética para corregir la supuesta deformidad ya que el problema no reside en el aspecto físico sino que es mental.

V. TRASTORNOS MENTALES QUE PUEDEN SIMULAR ENFERMEDADES FISICAS:

Existen algunos trastornos mentales que pueden simular una enfermedad física.

Entre ellos, mencionaré los más frecuentes.

V-A. Trastornos conversivos:

En los trastornos conversivos, las manifestaciones no se correlacionan con las vías anatómicas y fisiológicas normales y no tienen una explicación médica apropiada, por ejemplo: la parálisis exclusiva de la mano derecha, conservando el resto de las funciones motoras normales, no se puede explicar neuro-lógicamente o la ceguera histérica, en la cual la región occipital del cerebro registra en el encefalograma los impulsos nerviosos de la visión normal.

Estos trastornos están mediados por el sistema nervioso voluntario (vía piramidal) y no por el sistema nervioso autónomo.

Estos síntomas tienen un valor simbólico y protegen al individuo de un mayor sufrimiento psíquico, ante un hecho traumático que le es inaceptable. Por ejemplo: el caso de una religiosa que ante un deseo inaceptable conscientemente de masturbarse, un día amanece con la mano que usaría para hacerlo, paralizada.

V-B. Hipocondriasis.

En la hipocondriasis, los síntomas tampoco tienen una correlación anatomopatológica ni fisiopatológica apropiada pero su valor simbólico no ha sido demostrado, aunque sí se ha encontrado que cumplen con funciones de canalizar la agresividad, tanto hacia el exterior, manipulando el ambiente a través de un dolor, como hacia el interior, llenando necesidades masoquistas, expiando culpas y robusteciendo el instinto de muerte. En estos individuos, los innumerables exámenes de laboratorio, radiografías, exploraciones instrumentales y operaciones muestran resultados normales o negativos y se utilizan para satisfacer necesidades inconscientes y de esa forma lograr un cierto equilibrio de su aparato psíquico.

En cambio, en las enfermedades psicósomáticas, los hallazgos clínicos se justifican en alteraciones del funcionamiento del sistema neurovegetativo y endocrino que siguen vías debidamente establecidas y que pueden estudiarse siguiendo el método científico. En éstas, se detectan cambios en los neurotransmisores, en las hormonas, en la estructura de los epitelios y en el funcionamiento de ciertos órganos como el corazón, que son susceptibles de cuantificar y relacionar con el curso de la enfermedad.

También debe hacerse la diferencia con síntomas somáticos que acompañan a los trastornos emocionales, en cuyo caso se consideran manifestaciones secundarias o funcionales para dejar el diagnóstico primario a la enfermedad mental cuyos síntomas son más prominentes, por ejemplo, en un paciente maniaco-depresivo pueden presentarse cifras elevadas de presión sanguínea del orden de 180/120, sin embargo no se considera un hipertenso arterial, ya que al ceder la crisis maníaca, las cifras regresan a valores normales.

Los síntomas somáticos escapan al control voluntario y una vez que han aparecido, complican aún más los trastornos emocionales ocasionando la aparición de síntomas depresivos y/o ansiosos con lo cual se agravan aún más los somáticos, quedando el paciente atrapado en un círculo vicioso en que cada vez hay más molestias tanto psíquicas como mentales hasta que se somete a un tratamiento adecuado que contemple ambos aspectos.

VI. TRASTORNOS GASTROINTESTINALES:

Franz Alexander (1960) correlacionó la fase oral tanto receptiva como agresiva, con trastornos en el tracto digestivo superior como: náusea, vómitos y úlcera péptica; mientras la fase anal retentiva y expulsiva, con trastornos en el tracto digestivo bajo; colitis, enteritis regional (enfermedad de Crohn) y el síndrome de digestivo irritable.

Mencionaré algunos aspectos psíquicos de estas enfermedades. Para los aspectos somáticos, se refiere al estudiante a los libros de Medicina Interna.

De la úlcera péptica, la de tipo duodenal es la que más componente psíquico presenta. Las úlceras gástricas agudas, llamadas también úlceras de estrés, se presentan bruscamente cuando el individuo está sometido a una gran presión ambiental o ante una enfermedad seria que le puede causar la muerte. Estas lesiones pueden producir un sangrado masivo que lleva al paciente a la muerte.

En los individuos con úlcera péptica se han mencionado tres grupos de factores causales: predisposición genética, conflicto intrapsíquico crónico en la esfera oral y factores de estrés social.

Se ha relacionado una hipersecreción gástrica con estados de rabia y cólera, mientras que la depresión produce hiposecreción.

La agresividad tiende a interiorizarse y esto genera cólera consigo mismo lo que eleva la secreción gástrica y al hipertono del esfínter pilórico.

Algunos pacientes tienen tendencias dependientes marcadas, que se expresan en sus deseos de ser mimados, alimentados y protegidos a cambio de ser sumisos.

La ansiedad, mantenida durante un tiempo prolongado, puede causar hipersecreción gástrica y esto a su vez, erosionar la pared del estómago.

Cuando esta ansiedad va asociada a la ingesta excesiva de café (especialmente negro) y a fumar; se producen condiciones óptimas para el desarrollo de la lesión ulcerosa. Algunos otros, presentan un comportamiento independiente hiperactivo y controlador pero un estudio más profundo, revela que en la realidad son personas dependientes e inseguras por lo que se ha aplicado a estas personas el término de pseudoindependientes.

Los acontecimientos precipitantes de la crisis ulcerosa están caracterizados por su capacidad de movilizar temores de pérdida de cariño o seguridad (económica, profesional, laboral, etc.) o por la frustración de deseos infantiles y pasivo-dependientes que generan sentimientos de fragilidad y cólera.

Ante estos factores, una actitud médica que favorezca en alguna medida, la gratificación de necesidades de dependencia de parte del paciente sin caer en el extremo de tratarlo como un niño indefenso, producirán buenos resultados en el tratamiento, que debe incluir medicamentos específicos para la lesión.

En la colitis ulcerativa o digestivo irritable, se considera que los factores psicológicos se presentan desde la infancia y tienden a persistir durante toda la vida lo que hace que este padecimiento tenga tendencia a un curso crónico con períodos asintomáticos alternando con crisis agudas o subagudas.

En la mayoría de estos pacientes se encuentran elementos obsesivo-compulsivos incluyendo: orden, puntualidad, limpieza, indecisión y obstinación. Se aprecian unas actitudes rígidas hacia los preceptos morales o religiosos. Algunos son tímidos, evitan palabras vulgares en su lenguaje y no tienen sentido del humor. Tienen tendencia a ser muy sensibles a las críticas de los demás y hacen suyos los problemas de otras personas, sean familiares o no.

Algunos son admirados por sus virtudes, moralidad y altos estándares, lo que los convierte en magníficos candidatos para desempeñar un papel ejecutivo en una empresa.

Tienen mayor aptitud para buscar realizaciones en el campo intelectual y evitan estilos de vida que demandan vigorosos esfuerzos físicos.

Generalmente establecen una relación de dependencia hacia dos o tres personas que representan figuras paternas, mientras que tienen problemas para establecer relaciones afectuosas y genuinas de amistad hacia otros.

Las madres de pacientes que sufren de colitis generalmente son dominantes, controladores, rígidas, castigadoras, hipercríticas, perfeccionistas e incapaces de sentir alegría.

Desde el punto de vista de tratamiento, la primer meta debe ser establecer una buena relación con el paciente evitando actitudes que le puedan recordar a la figura materna. Luego, teniendo presente los problemas del paciente, utilizar esta relación para promover la recuperación del equilibrio psíquico.

En la ileitis regional o enfermedad de Crohn, los factores psicológicos son similares a los de la colitis ulcerativa.

VII. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES:

El sistema cardiovascular tiene una facilidad muy grande para verse influenciado por problemas emocionales debido a su estrecha relación con sistema neurovegetativo o indirectamente a través de la secreción de adrenalina. El impacto de la activación emocional generada en el sistema límbico y la corteza, se asemeja a los efectos sobre el sistema cardiovascular que tiene el ejercicio físico o el estrés. Las alteraciones se presentan en forma súbita y pueden generar trastornos funcionales que desaparecen al solucionarse la crisis. Pero otras veces, el estímulo nocivo persiste por lo que se van a producir alteraciones anatómicas que van a constituir las enfermedades psicosomáticas de este territorio.

En los individuos que han sufrido de infarto de miocardio se encuentran los siguientes factores psicológicos: elementos compulsivos en su comportamiento, tienden a reprimir las emociones, hacen pocas fantasías o "sueños diurnos", tienen un exceso de aspiraciones y ambición y se mantienen en un continuo estrés.

También actúan como factores agravantes, el fumado, cifras elevadas de colesterol plasmático y el consumo excesivo de bebidas estimulantes como el café y las bebidas de cola.

Cuando una persona ha sufrido un infarto de miocardio y logra sobrevivir, se presentan una serie de reacciones que van a estar determinadas por el tipo de personalidad previa que haya tenido ese individuo. Es frecuente que aparezcan síntomas depresivos en el tercer día de estadía en la unidad coronaria. Antes de eso el paciente está tan asustado que no tiene tiempo para sentirse mal psíquicamente. Usualmente en esta etapa, hay una preocupación excesiva en cuanto a su condición física y se preguntan si serán capaces de continuar desempeñándose en el trabajo, en la casa o como padres de familia.

Hay una tendencia a aumentar las limitaciones que tendrán en el futuro. Sin embargo, la depresión se acentúa más cuando el paciente llega a su casa, vuelve a ver sus pertenencias, valora sus bienes materiales y siente consternación ante la posibilidad de tener que dejarlos. Frecuentemente aparecen molestias que son de tipo hipocondríaco (sin base orgánica real) como cansancio, palpitaciones, dolor en el brazo izquierdo. Se pierde el interés en las cosas que antes hacía como por ejemplo: leer el periódico, ver TV., revisar la colección de estampillas o escuchar comentarios deportivos. Pueden aparecer algunos síntomas de depresión atípica como: incapacidad para concentrarse y leer, trastornos en el dormir, irritabilidad, poco apetito, pérdida del interés en actividades sexuales, etc.

En las fases tempranas de su recuperación, el manejo farmacológico de estos pacientes debe ser a base de benzodiazepinas como el alprazolán (Tafil) o diazepam (Valium), ya que son las sustancias que menos repercuten en el funcionamiento cardíaco. Cuando los electrocardiogramas y las pruebas sanguíneas reflejan que la situación se ha estabilizado (usualmente a los 30 o 60 días post-infarto), entonces se puede pensar en utilizar antidepresivos que tengan poco efecto sobre el corazón como maprotilina (Ludomil) o los modernos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) como la paroxetina (Paxil), la fluvoxamina (Luvox) y el citalopran (Cipramil).

Los pacientes mayores de 60 años parecen adaptarse mejor a la nueva situación que los obliga a aceptar una posición más pasiva y dependiente mientras que los menores de 40 años reaccionan más inadecuadamente.

En 1960, Friedman y Rosenman hicieron un interesante estudio en que llegaron a la conclusión de que los individuos que sufrían de infarto de miocardio o estaban propensos a ello, tenían un tipo especial de personalidad al que llamaron de tipo A. Al estudiar un grupo control, también encontraron personalidades de tipo A pero también su opuesto, a los que llamaron tipo B. Las características principales de la personalidad A son: una urgencia incontrolable de hacer un máximo de cosas en un mínimo de tiempo, una lucha constante contra el reloj, fácilmente se encolerizan cuando las cosas no le salen como las habían previsto y un deseo insaciable de acumular objetos. En su modo de pensar y de hacer van sustituyendo conceptos como "mejor" y "diferente" por "de prisa", "más rápido". Esta personalidad de ti-

po A se presenta en todos los estratos socioeconómicos y son muy apreciados por su efectividad, rendimiento y productividad.

En este tipo de personas son frecuentes los niveles elevados de colesterol, cifras altas de presión sanguínea que generalmente se asocian a consumo elevado de café y cigarrillos, lo que las convierte en personas de alto riesgo para tener una enfermedad cardio-coronaria.

Las personalidades tipo B manifiestan poco estrés, son menos agresivas, se preocupan menos por las cosas y tienen menos ambiciones.

Bernet y Jouve han demostrado que el 58% de las personas que han tenido un infarto y el 38% del grupo control tenían personalidades de tipo A.

En la angina de pecho, el panorama es un poco diferente y en lugar de una personalidad tipo A lo que se encuentra es un individuo con una gran ansiedad flotante, frente a la cual se siente abandonado y sin recursos psíquicos para controlarla.

La hipertensión arterial psicógena se caracteriza por frecuentes fluctuaciones de la presión sanguínea en presencia de factores de estrés, en personas que son hipersensibles y que de todo se asustan o en personas que presentan una depresión larvada. Normalmente se presentan variaciones diurnas poco significativas en respuesta a una gran variedad de estímulos tanto internos como externos.

La hipertensión psicógena es un factor de riesgo para un accidente vascular cerebral o una enfermedad cardiovascular que puede ocasionar la muerte. En estos pacientes se observa una influencia importante de factores socioeconómicos, observándose con más frecuencia en estratos socioeconómicos bajos, en zonas de alta criminalidad y con alto estrés social. En estas situaciones, la persona vive en un estado permanente de emergencia y sobresalto que hace que primero se eleve la presión arterial por vasoespasmo pero luego, se produzcan lesiones permanentes que disminuyen la luz de las arterias.

Cuando hay una hipertensión psicógena, los medicamentos hipotensores deben de acompañarse de ansiolíticos o antidepressivos a dosis efectivas, para que se logre estabilizar la presión.

El síncope o desmayo, se caracteriza por una sensación de debilidad, náusea, palidez, sudoración, caída de la presión sanguínea y alteraciones en el EEG, que se normaliza cuando el paciente adopta la posición horizontal. Se presenta generalmente asociadas a situaciones de estrés o que generen incertidumbre como por ejemplo: un viaje en avión o un ascenso laboral.

Recientemente se ha encontrado una relación significativa entre pacientes que presentan hallazgos clínicos de prolapso de la válvula mitral y estados de pánico. Se ha considerado que en estos pacientes se producen cambios estructurales en los músculos que tensan a la válvula y esto favorece la aparición de trastornos funcionales en el corazón, que ceden o desaparecen cuando han pasado las crisis de pánico.

VIII. TRASTORNOS RESPIRATORIOS:

La respiración puede ser modificada por varios factores como control voluntario, la temperatura ambiental, el sueño y varias enfermedades.

La codeína y la morfina pueden disminuir los movimientos ventilatorios mientras que el estrés y la angustia producen hiperventilación.

La enfermedad psicósomática más frecuente de este territorio es el asma bronquial. Al igual que en otras enfermedades de este género, existen factores genéticos, inmunológicos y de hiperactividad a la histamina a los que se asocian factores psicológicos. Entre estos últimos debo mencionar: un mal manejo de las tendencias hostiles y agresivas, una posición de sumisión ante una figura materna dominante y generalmente, elementos depresivos encubiertos. El paciente tiende a buscar apoyo en su médico y éste debe brindarle cierta seguridad, aunque sin caer en el extremo de que el paciente se sienta

abrumado y rechace una excesiva dependencia. El tratamiento debe ser multimodal, de acuerdo a las características de cada individuo en especial. El uso de antidepresivos tipo Tryptanol o Tofranil, disminuyen las recurrencias de las crisis, pero durante las mismas, el uso concomitante de simpaticomiméticos los puede poner a alucinar visualmente.

IX. TRASTORNOS GINECOLÓGICOS:

La esfera ginecológica es un terreno muy propicio para reflejar problemas emocionales ya que en ella se concentra mucho valor psicológico (área sobrecatectizada en términos psicoanalíticos). Los síntomas pueden estar relacionados con las menstruaciones, con la función reproductora o con la vida sexual.

La dismenorrea puede tener origen orgánico o psicológico. Psicológicamente, es más frecuente en mujeres que tienen rasgos inmaduros e histriónicos de personalidad, en las que no hay una verdadera aceptación del papel femenino y en pacientes masoquistas que viven dolorosamente las etapas de su vida genital. Los anticonceptivos orales, los analgésicos, los antiespasmódicos y los diuréticos ocho días antes de menstruación pueden disminuir los síntomas.

En la amenorrea psicógena existen conflictos más serios llegando a asociarse con anorexia nerviosa en los casos más graves. Pueden encontrarse factores desencadenantes como: cambio de trabajo o lugar de residencia, conflicto conyugal, relaciones extramatrimoniales, guerra, accidentes o víctimas de secuestro.

Se encuentran con frecuencia síntomas depresivos y oscilación entre la obesidad y la delgadez. La inducción de ciclos ováricos artificiales puede ser de utilidad y la exploración de los factores psicodinámicos es imprescindible.

La menopausia es la época entre los 45 y 55 años en la vida de la mujer. Puede complicarse con problemas psicológicos. En un 20% de ellas no hay síntomas molestos pero en un 10% pueden llegar a ser muy intensos. En este período puede reactivarse trastornos emocionales previos en la vida de la mujer como: fases depresivas de un trastorno bipolar, o trastornos obsesivos. El origen hormonal de estos problemas no está bien claro puesto que la terapia substitutiva no siempre los elimina. Generalmente se presentan síntomas depresivos, hipondriacos, ansiosos, fóbicos u obsesivos. Se mencionan como factores psicológicos importantes: las fantasías en torno a la pérdida de la capacidad de procreación, el temor a la vejez, el temor de no disfrutar más de su vida sexual y lo que se ha denominado el "síndrome del nido vacío" que es cuando los hijos crecen y abandonan el hogar original, creando un gran sentimiento de soledad.

El tratamiento debe incluir hormonoterapia, psicofármacos y comunicación terapéutica.

En los ciclos anovulatorios de etiología psicógena hay ausencia de ovulación y por consiguiente hay infertilidad. Generalmente se asocia a depresiones inhibidas y a personalidades pasivo-dependientes. Se encuentran tendencias ambivalentes hacia el embarazo, hostilidad inconsciente hacia el esposo y temor de pérdida de la belleza física asociada a la maternidad. El tratamiento debe incluir inductores a la ovulación, psicofármacos y comunicación terapéutica.

En el embarazo ficticio o pseudociesis también se presentan aspectos psicológicos importantes como: el deseo intenso de tener un hijo que represente al ser amado y pueda tenerse siempre junto a ella, restablecer la armonía conyugal o el convertirse en el centro de interés y atenciones. El tratamiento es la comunicación terapéutica o la psicoterapia, que implica una formación profesional en ese campo.

En las leucorreas crónicas se han descrito trastornos depresivos o ansiosos de larga duración modifican al pH vaginal y hace que se presenten infecciones intercurrentes, que motivan a la paciente a buscar tratamiento frecuentemente. Debe practicarse una valoración psicodinámica adecuada cuando los medicamentos específicos no causen buena respuesta terapéutica.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

La dispareunia es un coito doloroso mientras que el vaginismo representa una contracción espasmódica e involuntaria del músculo constrictor de la vagina que impide la penetración del pene. En ambos trastornos se encuentran elementos psicológicos traumáticos como: una desfloración precipitada y dolorosa, poco componente cariñoso en las relaciones sexuales por parte del marido, experiencias extramatrimoniales descubiertas en el esposo y rechazo a la femineidad. Hay que descartar causas orgánicas locales. El tratamiento debe dirigirse a la pareja descubriendo y resolviendo sus causas.

X. TRASTORNOS DEL APARATO LOCOMOTOR:

En esta área también pueden reflejarse conflictos psicológicos. Estos determinan un estado tensional que aumenta el tono muscular produciéndose dolor que generalmente adopta las formas de cefalea occipital, dorsalgia y lumbalgia. Los ansiolíticos, debido a su poder mio-relajante ayudan bastante pero a veces se hace necesario una prueba terapéutica con antidepresivos.

En la artritis reumatoidea, además de los factores biológicos, se aprecia una personalidad agresiva que busca dominar a su entorno, con rasgos obsesivo-compulsivos, tendencias al perfeccionismo y exceso de escrúpulos. La aparición de la enfermedad está frecuentemente ligada a un suceso que contraría su posesividad o sea, una pérdida de la posibilidad de dominar a la familia o al cónyuge. Además del tratamiento específico, deben de explorarse los mecanismos de defensa y las características de la personalidad del paciente.

XI. TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS:

La piel refleja el psiquismo del paciente debido a la rica inervación neurovegetativa. Pueden darse palideces, enrojecimientos, pruritos, eccemas y sudoraciones.

Spitz encontró de 5 a 7 veces más trastornos psicológicos en las madres de niños que presentaban eccema del lactante que en los niños sanos.

La palidez crónica, debida a una vasoconstricción crónica localizada especialmente en la cara, expresa frecuentemente el sufrimiento en las personas masoquistas con estructura obsesivo-compulsiva.

La enfermedad de Raynaud, debida a una vasoconstricción arterial, está ligada al deseo de alarmar a los demás y constituirse en el centro de atenciones.

El enrojecimiento, debido a labilidad vasomotora, está frecuentemente ligado a una estructura fóbica (eritrofobia). Frecuentemente se asocia a emociones y a pensamientos prohibidos de contenido sexual a agresivo.

La dermatitis atópica presenta un substrato psicológico hecho de hostilidad y depresión, de emociones reprimidas y sentimientos de culpabilidad.

En pacientes que han presentado herpes simple es frecuente encontrar cuadros depresivos o ansiosos mantenidos por varios meses antes de la enfermedad.

En la psoriasis también se encuentran tendencias pasivo-dependientes, depresiones larvadas y pérdidas o separaciones de un ser querido.

XII. MIGRAÑA O JAQUECA:

Esta enfermedad debe diferenciarse de otros cuadros de cefalea.

Está caracterizada por una etapa prodrómica en que el paciente siente que le va a dar la jaqueca. Cuando se instaura el cuadro hay fenómenos asociados como oftalmoplejia, trastornos en el lenguaje, náusea y vómito. El dolor es muy intenso, localizado a medio cráneo o la parte anterior de la cabeza, generalmente es pulsátil.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

Dentro de los factores psicológicos cabe destacar que no se ha encontrado un tipo específico de personalidad aunque la mayoría muestran rasgos obsesivos. El exceso de ambición, el perfeccionismo, el deseo de éxito y las excesivas demandas del ambiente, producen un aumento de vulnerabilidad del sistema nervioso autónomo al estrés.

Las dificultades para adaptarse a los cambios en la vida como la adolescencia, la separación del hogar y la familia, el matrimonio, la pérdida del cónyuge o un ascenso en el trabajo, son factores que pueden precipitar las crisis. El tratamiento debe incluir derivados de la ergotamina, analgésicos, antiespasmódicos y tranquilizantes. Pueden presentarse períodos asintomáticos de varios años de duración.

XIII. ASPECTOS PSÍQUICOS ASOCIADOS A CIRUGÍA ESTÉTICA:

Las operaciones de cirugía estética cuya finalidad es modificar el aspecto físico exterior, se ha venido haciendo cada vez con mayor frecuencia pasando, en los Estados Unidos, de 15.000 por año en 1940 a 1.041.000 en 1973.

Los motivos que tienen los pacientes para recurrir a este tratamiento son muy variados. Se incluyen: aparentar menos edad, mejor condición física, disminuir sentimientos de inferioridad, especialmente en la esfera sexual, etc.

Stekel cree que los sentimientos de culpa que resultan de conflictos internos pueden ser desplazados y simbolizados en una supuesta o real deformación física. Por lo tanto siempre debe tenerse presente, que detrás de una supuesta deformidad puede existir serios trastornos psicopatológicos que deben ser evaluados por el cirujano plástico o por el psiquiatra de interconsulta; quienes, ante un trastorno mental deben determinar si este es secundario a la deformidad física o es la principal enfermedad, siendo las alteraciones físicas de importancia secundaria, las que al ser corregidas hacen que se hagan más prominentes las primeras.

La cirugía estética será inefectiva si el paciente está respondiendo a presiones externas (de los padres, esposo, etc.) más que a propias convicciones, en cuyo caso, la cirugía es una forma de quedar bien con otros. El pronóstico es bueno cuando la motivación es interna y se origina en sentimientos mantenidos durante mucho tiempo, de que existen deformidades que se quieren corregir.

Algunos tipos de pacientes merecen especial atención y son: los deprimidos involutivos, la mujer histriónica, el paranoide, los adolescentes y el paciente "insaciable" de cirugía estética.

Se ha mencionado que al paciente paranoide no se le debe hacer cirugía estética.

Hay que tener presente que la cirugía estética puede mejorar algunas condiciones como por ejemplo: depresiones en mujeres mayores de 40 años y que han perdido a una persona emocionalmente significativa en los últimos 5 años (Webb 1965).

Los hombres buscan la cirugía estética con mucho menor frecuencia que las mujeres (relación 1:10) y los que lo hacen tienen mayores posibilidades de tener problemas mentales.

Se ha visto que sentimientos negativos hacia la figura paterna pueden generar transferencias negativas hacia el cirujano que oscurecen el propósito.

Por otro lado, la presencia de una enfermedad mental seria, no contraindica la cirugía estética cuando la deformidad es muy notoria.

En sujetos previamente sanos, pueden presentarse complicaciones psiquiátricas como reacciones ansiosas o depresivas que generalmente son de corta duración y ceden espontáneamente. Estas reacciones son menos frecuentes si el cirujano se preocupa de los aspectos psicológicos de la cirugía que va a realizar.

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

XIV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MASTECTOMÍA:

Las glándulas mamarias constituyen un aspecto físico muy importante para la mujer. El tamaño, la forma, el pezón, la presencia de manchas, venas o velocidades, etc. son factores que tienen un gran impacto sobre la imagen corporal y generalmente van asociadas a sentimientos relacionados con la femineidad y la maternidad.

Las reacciones ante la mastectomía no van a estar determinadas sólo por la pérdida de la mama, sino, que también va a estar relacionada con la enfermedad que la motivó y con la reacción hacia ella de parte de los seres queridos especialmente el esposo o compañero.

Clifford y Clifford en el Centro Médico de la Universidad de Duke reportan que el 40% de las mujeres hospitalizadas por mastectomía, presentaron reacciones depresivas o ansiosas, siendo previamente normales. Estos autores creen que entre mejor sea la vida familiar, el contexto socio-ambiental, la aceptación de la operación por parte del esposo, la presencia de un número adecuado de hijos y la estructura de personalidad premórbida, mejor es el pronóstico de la operación.

Las actitudes negativas de la paciente hacia la mastectomía van asociados con conceptos propios relativamente deficientes y una imagen corporal minusválida. Además influyen los prejuicios que se tengan ante el cáncer, la muerte, la pérdida del pecho y las fantasías de problemas familiares y la esperanza en la reconstrucción de la mama.

Ante el diagnóstico de cáncer de mama, es frecuente que la paciente pretenda que el médico retrase la intervención, lo que tendría consecuencias negativas respecto de su misma supervivencia. Esta actitud tiene su origen en el deseo de reprimir el problema, de negarlo. Es preferible "no querer saber" en lugar de saber y así afrontar el problema.

La forma de dar la noticia debe ser oportuna y delicada aunque no se debe engañar a la paciente en cuanto al pronóstico ni al grado de deformidad que quedará.

El conocimiento de toda esta información, combate el temor a lo desconocido, que genera ansiedad en la mayoría de los casos.

XV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA:

La cirugía que tiene lugar, en los órganos reproductivos de la mujer está asociada a algunos temores que pueden ser fantasiosos. Las consecuencias psicológicas están relacionadas con varios factores.

Así por ejemplo: en las mujeres jóvenes, solteras y sin hijos, son más frecuentes que en mujeres mayores de 30 años, casadas y con hijos.

Las operaciones que más problemas causan son: las histerectomía y la salpingectomía. En ambas, la consecuencia es la pérdida de la capacidad de engendrar hijos. Pero la histerectomía ocasiona más problemas que las salpingectomías ya que el significado simbólico de la pérdida del útero está relacionado con una pérdida de la femineidad, la sexualidad y la vitalidad.

En la salpingectomía, la fantasía se que las trompas pueden ser recanalizadas nuevamente mediante otra operación, permite a la mujer una gradual adaptación a la infertilidad, sin embargo, un 3% de ellas tienen remordimiento constante y un 21% es ocasional. La contraparte de la salpingectomía es la vasectomía en el hombre, sin embargo, esta operación es la que menos consecuencias psicológicas deja.

La histerectomía es una operación que cada vez se realiza con mayor frecuencia, siendo en los Estados Unidos en 1973, de 647.7 por 100.000 mujeres. Si esto continúa, en un futuro cercano, una de

cada dos mujeres de 65 años, habría sido operada. Esto se debe en parte, a que cada vez se realizan con más frecuencia, como profilaxis para el cáncer de útero.

La histerectomía puede originar varias complicaciones psicológicas. Existen varias expectativas preoperatorias negativas que influyen en la evolución posterior, entre estas: desajuste sexual, actitud negativa del esposo con un posible rompimiento del matrimonio, pérdida de la capacidad de procrear e insauración súbita de una menopausia.

La histerectomía puede ser seguida de un episodio depresivo que aparece con mayor frecuencia entre 1 y 2 años de postoperatorio y debe considerarse como una reacción de duelo no elaborada.

En estos casos una psicoterapia de corta duración asociada a antidepresivos tricíclicos durante 3 a 6 meses puede resolver el problema.

Pero también la histerectomía y la salpingectomía pueden ser motivo de bienestar y tranquilidad que según Richards puede ser en el 38% de los casos. Esto se debe a que, al eliminar el peligro de un nuevo embarazo, puede llevar a la mujer a un mayor disfrute de su vida sexual, especialmente cuando ello podría significar un alto riesgo para su salud o un serio problema económico.

XVI. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA CARDIACA:

La cirugía cardíaca es uno de los actos quirúrgicos que más estrés producen ya que conlleva a un temor intenso a no sobrevivir la operación. En niños de corta edad, este problema es menor ya que no entienden a cabalidad cuál es su enfermedad y cuáles son los riesgos operatorios.

En la década de los cincuenta, existió una alta morbilidad psiquiátrica en el postoperatorio inmediato. Esto ha ido disminuyendo, sobre todo en los cuadros confusionales y las psicosis orgánicas, debido a mejorías notables en la técnica operatoria, especialmente la disminución de la duración de la circulación extra corpórea.

La incidencia de cuadros psicóticos orgánicos varía entre 38 y 70%, con tendencia ser mayores cuando los pacientes son valorados por un psiquiatra.

Los cuadros confusionales tienden a presentarse en personas de mayor edad, con mayor tiempo de circulación extra corpórea y con períodos hipotensivos transoperatorios.

Hay que tener presente que las experiencias que viven en las unidades de cuidados intensivos en el postoperatorio inmediato tienen un gran impacto sobre la salud mental del operado.

Las complicaciones psíquicas de los pacientes operados de sustitución coronaria (Bypass) según Robiner, fueron del 16% mientras que en los operados de las válvulas el porcentaje fue de 41% en el postoperatorio inmediato. Haciendo un seguimiento los porcentajes cayeron a 31 y 15% respectivamente.

Dentro de los pacientes que presentaron problemas postoperatorios, un alto número tenían antecedentes psiquiátricos previos.

Las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son: depresiones, síndromes cerebrales orgánicos, cuadros confusionales y reacciones paranoides.

La presencia de depresión en el período preoperatorio se asocia a una mayor mortalidad y complicaciones en el postoperatorio.

XVII. ASPECTOS GENERALES DE TRATAMIENTO:

El tratamiento de las enfermedades médico-quirúrgicas con complicaciones psiquiátricas debe realizarse por un equipo interdisciplinario, incluyendo a los especialistas de otras ramas no psiquiátricas

DR. CARLOS E. ZOCH ZANNINI

de la medicina. En la mayoría de los casos, el médico general o internista que le brinde al paciente apoyo y comprensión y que favorezca la exteriorización de sus problemas, dudas y fantasías; hace que el pronóstico sea más favorable

Cuando un paciente tiene su primera crisis, generalmente está convencido que su problema es orgánico y no acepta tratamiento psicoterapéutico.

La simple idea de tener un problema emocional le resulta repugnante debido a prejuicios personales respecto a la psiquiatría, lo que hace difícil establecer una buena relación médico-paciente.

Uno de los problemas más frecuentes durante el tratamiento psicoterapéutico es un abandono del mismo debido a resistencias inconscientes o a una pobre motivación. También se interrumpe cuando se presenta una emergencia médica en su cuadro, pero hay que favorecer la continuación del mismo.

Cuando el internista u otro especialista sienta que el paciente no está evolucionando bien o que tenga la impresión de que existen serios problemas mentales, debe referirlos al psiquiatra.

Debe involucrarse en el tratamiento a otros miembros de la familia para que puedan servir de apoyo al paciente y a motivarlo para que cumpla con las indicaciones.

Es importante que el enfermo conozca cuál es el plan de tratamiento para que así se convierta en un colaborador y no en un obstructor del mismo.

XVIII. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:

Es importante hacer algunas consideraciones especiales en este sentido.

Un médico que únicamente brinde tratamiento a los síntomas somáticos estaría cometiendo una parcialización de su paciente; sería como valorarlo a través de un tubo que sólo apunte hacia un estómago o un corazón enfermos. Lo mismo le sucedería al médico que receta ansiolíticos o antidepresivos para eliminar síntomas psíquicos sin antes hacer una historia longitudinal y una formulación dinámica apropiada y entender las causas por las que aparecieron.

Hay que tener presente que el paciente se coloca en una posición de dependencia hacia su médico, lo que le ocasiona gran ambivalencia ya que por un lado lo necesita para que le alivie sus molestias pero por otro lado le teme ya que pudiera haber hecho un diagnóstico equivocado, sus medicinas podrían caerle mal, etc.

También le incomoda al paciente ponerse en una posición de enfermo ante alguien a quien se reviste de cualidades omnipotentes y se coloca en una posición de superioridad.

Se pueden presentar algunas perturbaciones en la relación médico-paciente, entre ellas mencionaré las siguientes:

XVIII-A. Excesiva dependencia hacia el médico:

Esto se va a manifestar en múltiples consultas y llamadas telefónicas lo que puede indisponer al médico. También podría conducir a una dependencia excesiva hacia un hospital lo que lo convierte en un policonsultante llegando al extremo de recurrir incluso a la simulación, como ocurre en el síndrome de Munchhausen o toxicomanía de hospitalización.

XVIII-B. Rechazo de la relación con el médico:

Lleva al paciente a buscar otro facultativo. Esto puede reflejar un temor a confiar demasiado en alguien a quien a veces no se conoce pero que se necesita. Puede existir un temor a ser dominado por el médico y esto ocasiona rechazo. También encierra elementos masoquistas de parte del enfermo ya

que en esta forma, ningún médico lo llegará a conocer a fondo y por lo tanto no le podrá dar el tratamiento óptimo a su padecimiento.

XVIII-C. Fuga hacia la salud:

Consiste en la desaparición de los síntomas como una justificación para no necesitar más tratamiento. En este caso, el paciente considera que ya se curó y no necesita más tratamiento. Generalmente esto obedece a factores placebo y las molestias volverán a aparecer al poco tiempo.

XVIII-D. Aparición de síntomas hipocondríacos:

Los síntomas hipocondríacos son quejas que no tienen ninguna base fisiopatológica demostrada. Pueden ser modificados por la voluntad del paciente. Lo pueden llevar a prolongar la condición de enfermo y por lo tanto a mantener la relación con el médico. Esto también refleja tendencias masoquistas y la necesidad de autocastigo para expiar sentimientos de culpa por acciones que se consideran malas y que pueden ser reales o imaginarias.

XVIII-E. Falta de respuesta al tratamiento:

Puede constituir una forma de hostilidad hacia el médico comunicándole a nivel infraverbal que su tratamiento no fue lo suficientemente bueno por lo que no es un buen médico y en esa forma se reivindica de él.

XVIII-F. Erotización de la relación:

Esto es más frecuente en pacientes de sexo femenino jóvenes a las que impresiona el prestigio y la superioridad en que se coloca el médico. Generalmente son personalidades histriónicas, insatisfechas en el plano de las relaciones interpersonales, frustradas e infantiles. Ven en el médico un objeto amoroso en quien apoyarse y mal interpretan la amabilidad y el interés del mismo, viendo en ellos un interés sexual. Si el médico sucumbe a esta situación, los síntomas desaparecerán como por magia pero entonces surgirán otros problemas con esta nueva relación.

No se considera ético complacer a la paciente en sus necesidades sexuales por más que ella considere que es lo que necesita para aliviarse.

XVIII-G. Falta de acatamiento de las indicaciones:

Esto revela una rebeldía hacia la figura de autoridad del médico a la vez que se demuestra hostilidad ya que la enfermedad continuará al no tener un tratamiento con dosis adecuadas de los medicamentos.

Debe tenerse presente que el paciente tiene el derecho a rehusarse a cumplir con el tratamiento pero debe comunicárselo al médico.

Siempre es importante motivar al enfermo a que cumpla con las prescripciones ya que es preferible que se sienta como un aliado y no como un enemigo. Esto se logra explicándole lo que debe esperar de las medicinas, cuál es el motivo para dárselas, qué le puede suceder si no se las toma, las posibles reacciones adversas y las interacciones con otros productos que con frecuencia se usan.

XVIII-H. Automedicación:

Consiste en variar las indicaciones dadas por el médico o ingerir otros medicamentos que no fueron recetados por él. Esto es la otra forma de no aceptar el rol del médico y por lo tanto exponerse a la aparición de una complicación o a la falta de una respuesta positiva, lo que perpetúa su enfermedad.

Los síntomas que tiene un amigo o un vecino pueden ser similares a los del paciente, sin embargo las causas o los posibles tratamientos son diferentes.

XIX. BIBLIOGRAFIA:

- ANANATH, J.: "Hysterectomy and sexual counseling", *Psy. J of the U. Of Ottawa*, Vol 40 (8),pág. 213, 1983.
- ANDERSON, J. et al: "Cosmetic surgery: The psychiatric perspective", *Psychosomatics*, Vol 19 (1), pág. 7, 1978.
- DE LA PLAZA R., DA MATTA, y DIE, A: "**El cáncer de la mama y su reconstrucción**", Editorial Altaleña; Madrid, España, pág. 139, 1981.
- HENCKER,F.: "Body-image conflict following trauma and surgery", *Psychosomatics*, Vol 20 (12), pág. 812, 1979.
- KISELEY, s.r. y GOLDBERG, D.P.: " The Effects of Physical Illness on Psychiatric Disorder", *J. of Psychopharm*, Vol 7 (1), Suplemento, pag. 119-125, 1993.
- KOLB, L.C.: "Disturbances of the Bode Image", en Arieti: "**American Handbook of Psychiatry**", segunda edición, Basic Books, New York, Estados Unidos, vol. 4 pág. 810-832, 1975.
- KRAFT, F.M. y GEIN, J.: " Midlife reactions to mastectomy and subsequent breast reconstruction", *Arch. of Gen. Psy.*, Vol 38 (2), pág. 225, 1981.
- LLOYD G. G. y CAWLEY, R.H.: " Distress of Illness?. A Study of Psychological Symptoms after Myocardial Infarction", *Br. J. of Psychiatry*, Vol 142, pag 120-125, 1983.
- MILANO, R.M. y KORNFELD, D.S.: "Psychiatry and Surgery", en Kaplan, H.I, Freedman, A.M.
- PASNAU, R. y GITLIN, M: "Psychological reactions to sterilization procedures", *Psychosomatics*, Vol 21 (1), pag 10, 1980.
- TABINER, CH. et al.: "Psychiatric complications following coronary by pass surgery". *The J. of Men. and Nerv. Disease.*, Vol 160 (5), pág. 342, 1975.
- TABINER, CH. y WILLNER A.: "Psychopathology observed on follow-up after coronary by pass surgery". *The J. of Men. and Nerv. Disease*, Vol 163 (5), pág. 295, 1976.
- SADOCK, B.J.: "**Comprehensive Textbook of Psychiatry**", tercera edición, Williams and Wilkins; Baltimore, Maryland, Estados Unidos, Vol 2, pág. 2056-2068, 1980
- SEHEPHERD M. et al: " **Psychiatric illness in General Practice**", Oxford University Press, 1966,
- STARK, R.B.: "**Aesthetic Plastic Surgery**", Little Brown and Co: Boston, Mass, Estados Unidos, pag. 1 a 32, 1982.
- SURMAN, O.S. et al: "Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery", *Arch. of Gen. Psy.* , Vol 30 (6), pág. 830, 1974.