

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Por GUILLERMO CALDERÓN NARVÁEZ* y RICARDO COLIN PIANA**

RESUMEN

Conforme ingresamos al siglo XXI, es útil pensar respecto al progreso que hemos tenido en la comprensión del concepto de depresión mayor. Para llevarlo a cabo, necesitamos echar una mirada hacia atrás para obtener una visión aproximada del camino por el que la medicina ha tenido que transitar desde los primeros conceptos acerca de la depresión de Hipócrates y Sorano. En nuestro país, en la época precolombina, existen descripciones asombrosas respecto a las manifestaciones clínicas y las formas de tratamiento para los trastornos depresivos. Nuestra comprensión de las emociones en lo general, sin tomar en cuenta los trastornos de ellas como es la depresión, ha estado limitada a la especulación respecto a que algo sucede en las regiones sensoriales y subcorticales del cerebro. Aproximadamente cincuenta años atrás, en la mitad del siglo XX, ingresamos a la época moderna de los tratamientos psicofarmacológicos de las enfermedades mentales, y solamente han transcurrido 40 años desde que se introdujo el primer medicamento antidepresivo. Más aún, solamente hace 35 años, se lanzó la hipótesis que explica la causa por la que los medicamentos que favorecen a la neurotransmisión de las catecolaminas en el cerebro, también atenúan los síntomas de la depresión. Los autores revisan algunos aspectos de la relación médico-paciente en el tratamiento de los trastornos depresivos. Basados en el modelo médico, proponen basar en una historia clínica completa, el establecimiento de la relación constructiva entre el doctor y su paciente al enfrentarse con los trastornos afectivos.

ABSTRACT

As we enter the 21st century, it is instructive to think about our progress in understanding the concept of major depression. To do so, we need to look backward to get an approximate sense of the road, medicine has worked so hard to traverse. In looking back, one is struck immediately by the distance we have come since the first concepts about depression from Hipocrates and Sorano. In our country, in the pre-columbian era, there are amazing descriptions about clinical manifestations of depressive disorders and forms of treatment. Our understanding of emotions in general, let alone disorders of emotions such as depression, has been limited to speculation that

* Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina.

** Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

they had something to do with sensory and subcortical regions of the brain. It was barely 50 years ago, the middle of the 20th century, that we entered the modern era of pharmacologic treatments for major mental illnesses, and only about 40 years ago was the first antidepressant medication introduced. Moreover, only 35 years ago was an underlying hypothesis put forward to explain why drugs that enhanced catecholamine neurotransmission in the brain might also attenuate symptoms of depression. Authors review some aspects of the medical-patient relationship in treating depressive disorders. Based on the medical model, they propose to base on comprehensive clinical history, establishing a constructive relation among doctor and patient dealing with affective disorders.

PALABRAS-CLAVE : Depresión mayor, historia de la Psiquiatría, la relación médico-paciente.

KEY WORDS : Mayor depresión, history of Psychiatric, medical-patient relationship.

CONSIDERACIONES GENERALES

Aun cuando el uso del término depresión se remonta a unas cuantas décadas, siendo contemporáneo del nacimiento de la Psicofarmacología,¹ el cuadro patológico en su forma severa, fue descrito por Hipócrates en el siglo IV a. de C. con el nombre de Melancolía (de melanos = negro y cole = bilis) de acuerdo a su teoría de los cuatro humores ya que de acuerdo a su teoría, este padecimiento era originado por la bilis negra o atrabilis.²

Sorano de Epheso, en el siglo V d.C. en su descripción del cuadro clínico, señalaba como sus síntomas: la tristeza, los deseos de morir, la tendencia al llanto y la irritabilidad.³

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel⁴ mencionó como causas posibles de esta enfermedad a las psicológicas—como el miedo, los engaños, la pérdida de propiedades y los problemas familiares—y a las físicas como el puerperio, enfatizando que dicha enfermedad podía en ocasiones inducir al suicidio.

En el México Prehispánico, este trastorno fue considerado como un problema de

incumbencia médica.⁵ De acuerdo con la descripción que aparece en el Códice Martín—Badiano, dictado en náhuatl por un médico viejo, Martín de la Cruz y traducido al latín por Juan Badiano, ambos pertenecientes al Colegio de la Santa Cruz, en donde sólo eran admitidos los miembros de las clases indígenas privilegiadas.⁶

Se supone que este libro escrito en 1552, fue enviado a Europa al emperador Carlos V, ignorándose el motivo por el cual llegó a parar a la biblioteca del Cardenal Barberini, quien después la donó a la Biblioteca del Vaticano, en donde, en un rincón del olvido fue descubierto el año de 1922 por Charles Upson Clark, investigador del Instituto Smithsonian.⁷

Comenta el doctor Germán Somolinos⁸ que por una paradoja de la historia, no fue escrito con fines médicos, sino con el objeto de tratar de obtener los favores del Emperador, buscando la concesión de una merced o dádiva para aquel Colegio de Santiago Tlaltelolco. El propio autor en el prólogo del libro señala que “se escribía para encomendar a los indios a la Sagrada, Cesárea, Católica, Real Majestad”. En este libro se describe, junto con otros problemas médicos, al “remedio para la sangre negra”

(*Nigri Remedium Sanguinis*), término que se usaba en la Europa del siglo XVI para referirse a la Depresión. Para su tratamiento recomienda un jugo de flores de buen olor, sugiriendo, como indicaciones complementarias, lo siguiente:

“El (enfermo) debe caminar en un lugar sombreado, refrenarse de tener actividades sexuales, beber nuestro vino (pulque) moderadamente, de hecho, no debe beberlo sino como medicina, debe entretenerse en actividades alegres o divertidas, tales como cantar o tocar música y tocar los tambores que usamos en los bailes públicos”.⁹ El reconocimiento de la depresión descrito en un texto médico indica un alto grado de adelanto en la medicina mexicana.

LA DEPRESIÓN

En la actualidad, los trastornos depresivos están considerados como un grave problema de salud pública internacional. Los estimados del estudio de la Escuela de Salud Pública de Harvard, patrocinado por el Banco Mundial indican que para el año 2020, el trastorno depresivo mayor ocupará la segunda posición en importancia como causa de discapacidad y de costo para la sociedad solamente superado por las enfermedades cardiovasculares.¹⁰ El tratamiento de la depresión ha ido haciéndose cada vez más seguro y eficaz alcanzando tasas de eficacia superiores al 70% con los recursos farmacológicos contemporáneos que incluso pueden lidiar con los casos de depresión resistente que, por otra parte, se observan cada vez con mayor frecuencia.

Por otra parte, y dada la altísima prevalencia del fenómeno depresivo, es indudable que la mayoría de los casos deben ser atendidos en el contexto de la medicina general o familiar. Son los médicos de primer contacto los que –haciendo un diag-

nóstico oportuno– pueden comenzar el tratamiento farmacológico eficaz y lograr el control del cuadro clínico. En este escenario es crucial recordar que los medicamentos con acción antidepresiva tienen un periodo de lactancia terapéutica de entre dos y cuatro semanas, lo que hace que frecuentemente, los médicos no especialistas modifiquen prematuramente el esquema terapéutico y los pacientes, al no tener una información adecuada sobre el curso del tratamiento, lo abandonen al suponer que es ineficaz. Tales dificultades pueden superarse cuando se establece una relación terapéutica correcta entre el médico y su paciente.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los médicos en lo general deben comprender que la relación médico-paciente adecuada es, en sí misma, un acto terapéutico que está basado en la confianza que deposita el paciente en el médico en su calidad de experto. La ansiedad que origina la visita a un profesional de la medicina y en especial a un psiquiatra puede desvanecerse ante la actitud profesional y empática del médico. Los enfermos depresivos suponen frecuentemente que su problemática es de origen “nervioso” o que padecen una “enfermedad mental” que les llevará a la “locura”; muchos son los que acuden a consulta porque son sus familiares los que se han percatado de que “algo anda mal” y lo fuerzan a asistir con el médico.

La elaboración de una cuidadosa historia clínica es el primer paso para ganar la aceptación y la confianza; en el interrogatorio es siempre importante investigar sobre los antecedentes depresivos tanto personales como familiares, la intensidad que alcanzan, los tratamientos a que se sometieron y el éxito de los mismos. El interrogatorio respecto a la ideación y a los actos suicidas

nunca debe soslayarse, requiere de cautela y delicadeza para obtener la información necesaria y el reconocimiento por parte del enfermo de que el médico es un experto de su problemática emocional.

El estudio del padecimiento depresivo actual hace poner en juego la habilidad y destreza del médico que interroga, puesto que la depresión, es un trastorno que conlleva una alta variabilidad individual en cuanto a su presentación clínica. En muchos pacientes la cefalea tensional, los problemas del dormir o del apetito, las disfunciones sexuales y una multiplicidad de molestias somáticas suelen ser los síntomas que reconoce el paciente como el motivo de la consulta. La descripción de los síntomas psicológicos por parte del paciente, requiere en muchas ocasiones de un paciente interrogatorio al cabo del cual el enfermo los llega a reconocer como parte de su problemática actual.

Es obvio que una buena historia clínica requiere del examen físico que permita descartar la etiología orgánica; desgraciadamente muchos especialistas la pasan por alto. Al finalizar el procedimiento, el paciente percibe que se le ha estudiado de manera rigurosa y completa.¹¹

EL MENSAJE TERAPÉUTICO

Una vez completado el estudio y ya con la seguridad del diagnóstico de un trastorno depresivo, el médico debe hacer lo que uno de nosotros¹² ha llamado el mensaje terapéutico. Si alguno de los familiares que acompañan al enfermo está presente en el momento de la consulta, debe pedírsele su autorización para que le acompañe, lo que generalmente no origina ningún problema, ya que se trata de la explicación de la problemática que le aqueja y debe ser claramente entendido no solamente por el pa-

ciente sino también por su núcleo familiar, ya que permitirá tener un mejor control sobre el proceso del tratamiento que se va a prescribir.

La explicación de la enfermedad debe hacerse siempre empleando términos sencillos, comprensibles tanto para el paciente como para sus familiares, ya que con frecuencia, interfieren negativamente con el tratamiento. Debe asegurarse que efectivamente el enfermo padece un trastorno que se llama depresión, lo que modifica la percepción del propio paciente y de quienes lo acompañan, especialmente cuando ya ha sido visto por otros médicos que le han dicho “que no tiene nada”, “que son solamente sus nervios que debe controlar”. Información absolutamente iatrogénica, que con frecuencia es acompañada con la prescripción de un ansiolítico que rara vez es empleado en el tratamiento de los padecimientos depresivos.

Es importante hacerles saber que el trastorno depresivo mayor es una patología de alta prevalencia que alcanza cifras de hasta 10% en la población general en algún momento de la vida. Este dato le hace sentir al paciente que además de conocerse su padecimiento y de ser frecuente, el médico ha identificado con exactitud su problema.

Se le debe hacer saber también que se trata de una enfermedad, que quien la padece, es frecuentemente incomprendido, ya que todos le piden que ponga de su parte para aliviarse. Se debe entonces enfatizar sobre los conocimientos actuales respecto a las alteraciones neuroquímicas asociadas a la depresión en donde cabe para propósitos de su cabal comprensión, el simil de la diabetes o la hipertensión arterial como trastornos metabólicos donde la fuerza de voluntad del enfermo es incapaz de modificar el curso de la enfermedad. En este

momento cambia la expresión expectante del enfermo, que con frecuencia se dirige a sus familiares diciéndoles: “Ya vez que no podía controlarme”.

Resulta muy útil auxiliarse con medios didácticos impresos o videograbados para explicar al paciente y a sus familiares la dinámica funcional del sistema nervioso central, su control sobre la vida emocional y las modificaciones que llevan al cabo los fármacos antidepresivos sobre la neuro-transmisión y su repercusión en el control de la sintomatología afectiva.

También resulta muy importante explicar que el tratamiento farmacológico no se basa en medicamentos tranquilizantes y que éstos se emplean pocas veces como auxiliares del tratamiento. Es también esencial advertir que se trata de un tratamiento que debe mantenerse por meses independientemente a que el control sintomatológico se logre al cabo de pocas semanas. Es muy importante aclarar al enfermo que presenta un episodio depresivo mayor por primera vez en su vida que el suprimir prematuramente el tratamiento le pone en alto riesgo de una recaída ya que se trata de una enfermedad que frecuentemente es crónica, recurrente y deteriorante. En el caso de los enfermos que ya han padecido episodios previos, el mensaje debe ser sumamente enfático respecto a la duración de su tratamiento ya que el abandono prematuro del tratamiento es uno de los factores mejor estudiados en la actualidad como de riesgo para la cronificación de la enfermedad depresiva.

El tema del uso de inductores del dormir y de ansiolíticos debe ubicarse en el contex-

to del tratamiento como medidas sintomáticas para las primeras fases del tratamiento y únicamente cuando la condición clínica lo amerite, lo cual debe quedar claro para el paciente haciéndose siempre la indicación de que mientras que los antidepresivos en ningún caso promueven adicción, los benzodicepínicos deben manejarse con cautela y por lapsos breves.

Es fundamental que durante toda la entrevista el médico mantenga una actitud cordial y exprese seguridad ante el problema que está tratando, con ello motiva confianza en el paciente y sus familiares. Ante la pregunta: “¿Cree usted que me aliviaré?” Nada más inadecuado que responder con un “posiblemente” o “tal vez” o “esperamos”. La respuesta debe ser: “No lo creo, estoy absolutamente seguro”. Un cordial apretón de manos debe terminar la entrevista.

LA LLAMADA TELEFÓNICA

Un alto porcentaje de fracasos en el tratamiento de la depresión son debido a interferencias en la relación del médico con su paciente, lo que hace que se suspenda prematuramente el tratamiento. Es muy importante darle la seguridad al paciente de que puede comunicarse con el médico ante dudas o molestias ocasionadas por el tratamiento. La modificación de dosis o del horario en que se administra la medicación puede aliviar la presentación de síntomas colaterales con lo que el paciente mantendrá la administración del fármaco. La seguridad que obtiene el enfermo de que puede contactar a su médico en una breve llamada permite un alto índice de éxitos en el tratamiento de la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morel-Maroger A. Los Síndromes Depresivos. París, 1970.
2. Hill D. La Depresión en la Historia Médica, New York, 1970.
3. Ackerknecht E H. A Short History of Psychiatry. Hofner Publishing Co. London, 1959.
4. Pinel P. Traite médico-philosophique sur l'alienation Mentale, Paris, 1801.
5. Calderón N. G. Conceptos psiquiátricos en la medicina azteca contenidos en el Códice Badiano escrito en el siglo XVI. Rev. Fac. Med. Mex. 1965; 7(4): 229-238.
6. Sahagun F. B. Historia General de las Cosas de la Nueva España. Porrúa, México, 1956.
7. Cruz Martín De La. Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. IMSS, México, 1964.
8. Somolinos D. G. El Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. Su significación. Gac Med Mex. 1964; 94(3): 212-217.
9. Murria CJL, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 148-154.
10. Klerman GL., Weissman MM: Increasing rates of Depression. JAMA 1989, 261: 2229-2235.
11. Elkin I, Shea T, Watkins JT, et al: National Institute of Mental Health treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. Arch Gen Psy 1989; 54: 1031-1037.
12. Calderón N G. Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. Trillas, México, 1990.