



# Suplemento Especial Salud Mental

Sociedad Psiquiátrica de Puerto Rico  
Capítulo de la Asociación  
Psiquiátrica Americana

# Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos

**Leilis L. Nazario Rodríguez, MD**

Psiquiatra de Niños y Adolescentes



**Mayra A. Abelleira Martínez, MD**

Residente de Psiquiatría

## Definición

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un desorden del desarrollo neurológico que se presenta con síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad que persisten durante la adultez. La ocurrencia de los síntomas antes de los 12 años de edad y el deterioro en funcionalidad son criterios diagnósticos según el DSM-5 (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.*; American Psychiatric Association, 2013).

## Epidemiología

Se estima que la prevalencia del TDAH en adultos es aproximadamente del 4,4%. Entre los diagnosticados con TDAH en la niñez, un 50-70% continúan presentando síntomas durante la adultez. Sobre el 75% de los casos presentan comorbilidad con otros trastornos mentales, siendo los más comunes los desórdenes afectivos (depresión y bipolaridad), abuso de sustancias y trastornos de ansiedad. La proporción de hombre a mujer es de 3:2. El subtipo inatento es más común en los adultos.

## Etiología

La etiología del TDAH incluye múltiples aspectos. Los síntomas se han extrapolado a los adultos a pesar de que la mayoría de la información sobre la etiología de los mismos, así como sobre su tratamiento, ha sido obtenida de observaciones y estudios en niños.

### A. Predisposición genética

Estudios en gemelos reportan que el TDAH es heredable en el 70% de los casos. Se cree que la persistencia del

trastorno en la adultez está relacionada con una disfunción cortical. Múltiples genes han sido implicados en la etiología: genes de los receptores de dopamina y de los transportadores de dopamina y de serotonina;

### B. Factores ambientales

Complicaciones durante el periodo del embarazo y del proceso del parto, un bajo peso al nacer y situaciones de adversidad durante la niñez relacionadas con las interacciones entre hermanos, el trato de los padres y las características del grupo de pares han sido asociados con el desarrollo del trastorno; y

### C. Factores neuroanatómicos y neuroquímicos

La reducción del volumen global del cerebro, la reducción en el volumen del área frontal cortical (especialmente del lado derecho), del área subcortical, del núcleo caudado, del cuerpo calloso y de estructuras cerebrales han sido asociados con el desarrollo del TDAH. Estudios de imagen revelan diferencias estructurales del cerebro, entre ellas el metabolismo anormal de la glucosa cerebral en áreas premotoras y prefrontales del lóbulo frontal, así como hipoperfusión e hipofunción en las regiones prefrontales y estriadas.

### Patofisiología

Los síntomas de hiperactividad e inatención están asociados a una reducción en la función inhibitoria de la corteza prefrontal, lo cual aparenta ser resultado de una regulación a la baja (*downregulation*) de los receptores de norepinefrina. Por otro lado, la distracción, la motivación y las respuestas emocionales están asociadas a la reducción en la actividad de la dopamina.

## Diagnóstico

El proceso de evaluación en adultos requiere sopesar e integrar una amplia cantidad de información para definir y dar el diagnóstico de manera acertada. Los problemas en la atención y concentración pudieron haber sido enmascarados durante la niñez al ser compensados con un alto nivel de coeficiente intelectual y hacerse más evidentes en la adultez al aumentar las responsabilidades ocupacionales y del hogar.

Es importante indagar sobre el historial de desarrollo, el desempeño académico y la conducta en la niñez y en la adolescencia, el impacto de los síntomas en el funcionamiento ocupacional, social e interpersonal, evaluar la atención, la distracción y la memoria a corto plazo, indagar sobre el historial familiar de TDAH y considerar la presencia de otros trastornos psiquiátricos, ya que los síntomas de TDAH en adultos solapan los de otras condiciones mentales.

Es necesario evaluar la posibilidad de abuso de sustancias, ya que muchas personas recurren a su uso con el fin de aliviar los síntomas y la frustración derivada de los mismos.

Es útil el uso de escalas de calificación como la Escala de Conners para Adultos, el *Wender Utah Rating Scale* y la Escala de Déficit de Atención de Brown, entre otras.

Cuando los síntomas son abruptos, es importante descartar otras condiciones médicas como el hipertiroidismo, las convulsiones, los déficits auditivos, la apnea del sueño, las enfermedades hepáticas, la toxicidad por plomo y las lesiones cerebrales traumáticas.

## Síntomas de inatención en adultos

- Olvida citas, compromisos sociales, fechas límites;
- Se distrae fácilmente y tiene problemas para concentrarse;
- Pierde objetos frecuentemente;
- Dificultad iniciando, completando o cambiando tareas;
- Dificultad para seguir instrucciones;
- Pobre manejo del tiempo y procrastinación; y
- Errores excesivos en papeleo.

## Síntomas de hiperactividad/impulsividad en adultos

- Inquietud, nerviosismo, dificultad para relajarse;
- Habla excesiva, interrumpiendo a otros;
- Ser socialmente inapropiado;
- Hacer comentarios rudos o insultantes;
- Pobre tolerancia a la frustración y crítica, lo que lleva a cambiar frecuentemente de empleo y a tener problemas interpersonales;
- Dificultad para esperar en una fila;
- Dificultad para mantenerse sentado en reuniones;
- Erupciones de coraje fuera de proporción a los precipitantes;
- Accidentes automovilísticos frecuentes; y
- Mantener trabajos activos, múltiples trabajos o aquellos que requieran largas horas.

## Tratamiento

El tratamiento de TDAH en adultos incluye intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas. Los fármacos utilizados aumentan la disponibilidad de norepinefrina y dopamina en las neuronas. Entre ellos, están los psicoestimulantes (anfetaminas y metilfenidatos), los antidepresivos (tricíclicos y bupropion) y otros como la atomoxetina. La psicoterapia enfocada a la psicoeducación del paciente y sus familiares, al manejo del tiempo y al desarrollo de destrezas sociales es de gran utilidad para mejorar la funcionalidad en el diario vivir.

## Comentario

Es importante tener presentes los síntomas del déficit de atención e hiperactividad en adultos, así como los factores etiológicos y patofisiológicos para su óptimo diagnóstico y consecuente tratamiento. 

## Referencias

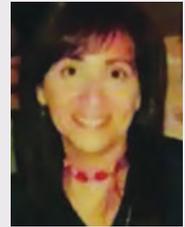
1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Adult ADHD: Evaluation and Treatment in Family Medicine. Rusell, H; Burke, J; Rottnek, F. *Am Fam Physician*. 2000, Nov 1;62(9):2077-86.
3. Montano, B. (2004). Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65 Suppl 3:18-21.
4. Adamou, M. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *BMJ Best Practice*.

# El trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos

## Brenda Matos, MD

Psiquiatra General  
Sub-especialista en Niños y Adolescentes

Presidenta, Sociedad Psiquiátrica Americana,  
Capítulo de Puerto Rico  
Presidenta, Capítulo de Psiquiatría de Niños y  
Adolescentes, Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico  
Vice-Presidenta, Academia de Psiquiatría de Puerto Rico



**E**l trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos es un trastorno mental en el cual la persona experimenta depresión junto con la pérdida de contacto con la realidad. Un cuadro de psicosis usualmente incluye alucinaciones, delirios y/o ideas extrañas o ilógicas. La depresión mayor con rasgos psicóticos, en ocasiones es confundida con el trastorno esquizofrénico, esquizoafectivo y con otros trastornos psicóticos.

Esta condición puede ser episódica, presentándose durante un periodo definido de tiempo, pero, en algunos casos, puede ser crónica. Además, el ocurrir un episodio de depresión psicótica aumenta la probabilidad de tener un trastorno bipolar con episodios recurrentes de depresiones psicóticas. Es importante mencionar que las depresiones postparto también pueden incluir rasgos psicóticos.

### Aspectos estadísticos y etiología

Se estima que la depresión psicótica afecta a un 0,4% de la población y a 1 de cada 4 personas que ingresan a un hospital por depresión. Los estudios indican, al comparar un trastorno depresivo mayor psicótico con

uno no psicótico, que las dos condiciones pueden ser diferentes en su patogénesis.

Aunque se desconoce su causa, tener un historial familiar de depresión o psicosis aumenta el riesgo de padecerla. A la vez, posee características biológicas propias. Hay cierto número de características biológicas que pueden ayudar a distinguir la depresión psicótica de la no psicótica. La diferencia más significativa es la presencia de una alteración en el eje hipotálamo-hipofisario.

### Síntomas

Algunos de los síntomas más comunes son agitación, agresividad, ansiedad e insomnio. Como consecuencia de una depresión con psicosis, los pacientes pueden presentar preocupaciones y falta de concentración. También pueden tener miedo y vergüenza de comunicar sus síntomas ya que saben que no son reales, lo que hace que esta patología sea mucho más difícil de diagnosticar. Sin embargo, a diferencia de ellos, las personas con esquizofrenia creen que sus alucinaciones o ilusiones sí son reales.

Los síntomas psicóticos se pueden categorizar en congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. Ejemplos de psicosis en armonía con el estado de ánimo pueden ser alucinaciones auditivas de que no son buenos o de que no merecen vivir; delirios, tales como la creencia falsa de tener cáncer, los sentimientos de inutilidad o de fracaso, entre otros. Por otro lado, los síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo se correlacionan más con un trastorno esquizoafectivo, un subtipo de la esquizofrenia o una entidad diagnóstica completamente diferente. El riesgo de suicidio es mucho más alto en personas con depresión y con síntomas psicóticos que en aquellas personas sin psicosis. Un paciente puede inclusive escuchar una voz que le da el comando de quitarse la vida.

### Diagnóstico diferencial

Dentro del proceso evaluativo, cabe descartar condiciones médico-físicas cuyas manifestaciones iniciales son la depresión y/o una psicosis. Por ejemplo, un paciente que se presenta a la consulta o a la sala de emergencias en estado irritable dando la apariencia de que esto es causado por problemas maritales podría inclusive tener un tumor cerebral causante de los cambios de humor y, por ende, de sus problemas de pareja. Entre las condiciones médicas que se presentan con depresión se encuentran: síndromes virales (influenza, mononucleosis, hepatitis, encefalitis), cáncer (entre otros: cerebral, de páncreas), enfermedades cardiopulmonares con hipoxia y enfermedades del sistema nervioso central.

Otras enfermedades que se presentan inicialmente de una manera atípica psicótica son corea de Huntington, encefalitis usualmente secundaria a herpes, a trastornos neurocognitivos (enfermedad de Alzheimer, demencia de cuerpos de Lewy) y a sífilis siendo la alucinación visual el síntoma psicótico más frecuente.

Las infecciones por el virus de VIH que causan encefalopatías se presentan con síntomas depresivos antes que cualquier otro síntoma indicativo de SIDA. Una vez adquirido el SIDA, las manifestaciones se pueden presentar en forma inicial con paranoia, pero también con cualquier otro rasgo psicótico.

Otras condiciones que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de las manifestaciones depresivas

con psicosis son los trastornos metabólicos, los trastornos endocrinológicos, algunas deficiencias de vitaminas, el empleo de algunos medicamentos y el retiro o la intoxicación por algunas sustancias de abuso, entre otras.

### Pronóstico

La presencia de rasgos psicóticos en un trastorno depresivo mayor refleja enfermedad severa y es un indicador de pobre pronóstico.

Los siguientes factores se pueden asociar con pobre pronóstico para pacientes con trastorno afectivo:

- Larga duración del episodio;
- Disociación temporal entre el estado anímico y los síntomas psicóticos; e
- Historial pre mórbido de pobre ajuste social.

### Tratamiento

La presencia de rasgos psicóticos tiene una importancia en las implicaciones del tratamiento. Estos pacientes requieren medicamentos antipsicóticos en adición a los antidepressivos y también pueden beneficiarse de ECT (terapia electroconvulsiva) para obtener mejoras clínicas. Estudios recientes apuntan una tasa de respuesta del 80 al 90% al tratamiento combinado.

### Comentario

La depresión mayor con psicosis es una enfermedad seria que suele estar asociada con una incidencia significativa de morbilidad y mortalidad. Por ello, su diagnóstico es importante y requiere de una intervención médica inmediata. 

# Alerta sobre el reglamento 155 (de 2015) que licencia la marihuana cruda como si fuera un medicamento



**Editado por Arnaldo Cruz Igartua, MD**  
Presidente, Comité de Violencia y Adicciones del  
Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico

**E**n este artículo repasamos estudios de evidencias sobre los peligros a la salud al enfocar el tema de la legalización o prohibición de la marihuana (MH) en vez de enfatizar en ofrecer prevención y tratar enfermedades mentales y adicciones en base a evidencia científica.

El Reglamento 155 aprobado por el Departamento de Salud de Puerto Rico sobre la legalización del uso "medicinal" de la marihuana alega beneficiar la salud del pueblo. La evidencia donde se ha legalizado en forma similar, en los Estados Unidos, es que no ha demostrado efectividad en tratar enfermedades. Por el contrario, muestra que, al no disponerse de adecuada prevención y tratamiento de adicciones, su uso pone en peligro la salud individual y pública<sup>2-14</sup>. En los últimos 10 años se ha registrado un aumento del 100% en el número de usuarios y de adictos a la marihuana. Esto llevó al Instituto Nacional de Salud (NHI) en 2016 a recomendar que se alerte y eduque a la población sobre los peligros a la salud secundarios al uso de marihuana<sup>4</sup>. En los Estados Unidos aumentó en los últimos diez años en un 100% el número de ingresos por marihuana a salas de emergencias y en 75% por uso combinando de marihuana con otras sustancias<sup>14</sup>.

Hay estudios serios que indican que donde se ha legalizado el uso de marihuana hay un mayor consumo por adolescentes<sup>9</sup>. Estos son hasta en un 500% más propensos a enfermarse de adicciones que los adultos sobre 21 años<sup>8</sup>. En Puerto Rico, el uso de marihuana por adolescentes se duplicó en los últimos diez años<sup>11</sup>, lo

que se agrava pues en Puerto Rico más del 90% de los adictos<sup>12</sup> no reciben tratamiento ni prevención especializados. Esto debe ser considerado por la clase médica, a quien el reglamento pone en situación vulnerable para practicar la medicina sin suficiente evidencia de efectividad ni seguridad del uso de marihuana en humanos y sin aprobación de la FDA.

En varios repasos recientes de literatura científica<sup>a2, 6, 15-20, 24</sup> no se encuentra hasta hoy fundamento científico que justifique licenciar la marihuana cruda como medicamento y que justifique su uso en varias enfermedades como lo legaliza el reglamento actual del Departamento de Salud de Puerto Rico.

## **Peligros por falta de fundamento científico**

1. Se llama medicinal a la marihuana cruda, en vez de llamar experimental a sus derivados purificados. Esto es "normalizar su uso" y hacerla más accesible y deseable al usuario al minimizar sus posibles efectos adversos y el riesgo de adicción. Se alega que su categoría uno por FDA ha sido lo que dificulta su estudio, pero la ciencia experimental explica que hay otras razones importantes para debilitar su estudio. Por ejemplo, hay muchas cepas de marihuana con distintas concentraciones de unos 100 cannabinoides y otros 400 componentes, lo que complica un estudio científico de calidad con resultados replicables y confiables. Al quemarla esto empeora, pues se generan cerca de 4000 compuestos orgánicos e inorgánicos más tóxicos y parecidos al tabaco<sup>2,24</sup>. Por esto, el Instituto de Medicina –Estados Unidos– no recomien-

da que se licencie la marihuana como medicamento y solo habla de esa posibilidad en el caso de cannabinoides purificados si llegan a demostrar efectivos y seguros<sup>5</sup>;

2.No define ni regula –ni establece formas de supervisar o verificar como correctos– estándares de la potencia máxima o mínima del contenido de THC ni de CBD de cada planta ni del contenido de los pesticidas, químicos ni aditivos permitidos en su producción para definirse como "medicinal"<sup>24</sup>. Esto fomenta la producción de marihuana de alta potencia y más tóxica –más adictiva y que se vende más– similar en potencia a la que se vende en forma ilegal. En los últimos diez años la marihuana –legalizada e ilegal– ha aumentado en un 300% su contenido de THC<sup>14</sup>. La marihuana cruda –al contrario de los cannabinoides purificados– se desvía fácilmente a su forma más adictiva y tóxica: la fumada. Todas las formas de usar la marihuana cruda –tragada, inhalada, fumada o en extractos no purificados– presentan toxicidad al cerebro y/o a múltiples sistemas de órganos<sup>14,24</sup>;

3.Fomenta el desarrollo –sin óptima supervisión ni controles– de la industria de la marihuana por industrias con fines de lucro al autorizar su cultivo y venta. Con la premisa de que la marihuana cruda es medicinal propone –sin razón científica– un uso amplio y generalizado en múltiples enfermedades con pocos controles externos<sup>22</sup>. Eso afectará la práctica médica al poner la marihuana en manos de personas que la usen o abusen de ella como primera línea de tratamiento, o la combinen con otras sustancias sin tener certeza de su efectividad, de su seguridad ni de sus posibles consecuencias adversas a corto y largo plazos. Además, expone a posibles daños por no usar primero los medicamentos probados como efectivos y por el peligro del desarrollo de adicciones, psicosis, pánico y otras enfermedades físicas y mentales<sup>2,3,6,7,8,14,18,24</sup>; y

4.El reglamento no menciona las palabras adicción, ni trastorno de uso ni dependencia a MH como si no existiese ese serio riesgo. Es un error hablar de "potencial de abuso" en vez de la enfermedad de adicción, que es uno de los principales peligros de la marihuana. Estas omisiones exponen al médico a riesgos. Solo menciona que el médico debe "alertar

del potencial abuso del cannabis si no se utiliza conforme a lo recomendado, de las consecuencias legales de proveer marihuana a un tercero y de los efectos médicos de utilizarla más de lo recomendado"<sup>1</sup>. No se exige que se aclaren los riesgos específicos a la salud del bebé de gestantes o madres lactantes ni qué se hará en caso de daño<sup>1</sup>. No recomienda evaluación, prevención ni tratamiento a los que ya están enfermos –con enfermedades mentales y/o adicción a la marihuana u otras sustancias– ni a los que se enfermen con su uso. La evidencia dice que la salud de una persona con adicción y sin terapia se deteriora y que podrá consumir de 2 a 10 veces más que otros usuarios. En el caso de la marihuana, a mayor uso, mayor posibilidad de uso concurrente de otras drogas y mayor probabilidad de desarrollar problemas adversos biológicos, psicológicos y sociales.

### Comentario

El CM CPR no fue consultado para el desarrollo de este reglamento, al cual no se incorporó ni una de las recomendaciones sometidas. El CM CPR sí apoya el uso experimental y compasivo –por instituciones médicas y siguiendo estándares científicos– de cannabinoides purificados o sintetizados, como CBD y THC. Ya se han liberalizado los estudios de CBD en los Estados Unidos<sup>21</sup>, lo que no hace necesario la reclasificación de la marihuana a *categoría 2* para su estudio experimental. Los estudios deben tener supervisión externa y seguir protocolos científicos que garanticen seguridad, pureza y calidad de los productos usados.

Es urgente un gran aumento de prevención y tratamiento de adicciones en Puerto Rico. Proponemos un enfoque preventivo de salud pública<sup>23</sup> y no encarcelar por posesión de marihuana u otra sustancia, pero sí evaluar temprano y profesionalmente al usuario. De acuerdo a esa evaluación se recomienda orientar, tratar al enfermo y procesar al tráfico ante.

Exhortamos a los médicos a tomar con cautela esta legislación, a evaluar la evidencia científica sobre los peligros de la marihuana a largo plazo o de cualquier otra sustancia no aprobada por FDA y a informar en detalle sobre la adicción y los posibles peligros y daños del uso de marihuana a los pacientes y en especial a los adolescentes y a sus familias<sup>3</sup>. 

## Referencias

1. Reglamento 155 para el uso, posesión, cultivo, manufactura, producción, fabricación, dispensación, distribución e investigación del cannabis medicinal; Puerto Rico, 28 Dic 2015.
2. Medical Marijuana: ME Schatman, PhD, Feb 06, 2015.
3. Alerta a las familias sobre posibles daños por el uso de marihuana; Capítulo de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del CMCPR con el Capítulo de PR de la Academia de Psiquiatría Americana; 2015.
4. Prevalence of Marijuana Use Among U.S. Adults Doubles Over Past Decade"; NIH; Oct 21, 2015.
5. Marijuana and medicine: Assessing the science base; Joy JE, Benson JA, Watson SJ: Institute of Medicine, Nat Acad Press, 1999.
6. Cannabis and Cannabinoids; Pharmacology, Toxicology and Therapeutic Potential; F Grotenhem, MD, E Russo, MD, 2002. Esto
7. Drug Facts: Marijuana, NIH and NIDA, Revised Sept 2015.
8. Adolescent Substance Use: America's #1 Public Health Problem; Jun 2011, Funded by: Legacy® Conrad N. Hilton Foundation Carnegie Corporation of New York Michael Alan Rosen Foundation.
9. The effect of medical cannabis laws on juvenile cannabis use; L Stolzenberg Etal; FIU, USA; International J of Drug Policy, 2015.
11. Uso de sustancias en escolares de PR; Consulta Juvenil VIII 2010-2012, UCC.
12. Puerto Rico Substance Abuse Needs Assessment Program; 2002.
13. ¿Puede el uso de marihuana afectar la habilidad de conducir?; National Institute of Drug Abuse (NIDA y NIH), Sept 2015.
14. Adverse Health Effects of Marijuana Use Nora D. Volkow, MD Etal, N Engl J Med 2014;370:2219-27. DOI: 10.1056/NEJMra1402309.
15. Clearing the Smoke on Cannabis Medical Use of Cannabis and Cannabinoids; Canadian Centre on Substance Abuse; 2014.
16. Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential, February 2006; Substance Abuse Program, U of Montreal.
17. Narrative review of the safety and efficacy of marijuana for the treatment of commonly state-approved medical and psychiatric disorders; KA Belendiuk et al; Addiction Scienc & Clin Pract. (2015).
18. Efficacy and adverse effects of medical marijuana for chronic non cancer pain; A Deshpande, MD, Canadian Family Physician. 2015.
19. Cannabinoids for Medical Use, A Systematic Review and Meta-analysis. PF Whiting, PHD JAMA. 2015.
20. Comprehensive Review of Medicinal Marijuana, Cannabinoids, and Therapeutic Implications in Medicine and Headache. EP Barron, DO. Headache Curr 2015.
21. DEA waives registration requirements for CBD research, Dec. 23, 2015; J Zinsmeister, jeff@learnaboutsam.org; +1 (415) 680-3993.
22. US Policy Responses to Calls for the Medical Use of Cannabis Wayne Hall, PhD, 2015.
23. Programa nacional de cuatro pilares integrados para la salud mental y las adicciones: Subcomité Científico CMCPR (Nov 2013).
24. Medical Marijuana: The State of the Science, Michael E. Schatman, PhD, www.medscape.com. Feb 06, 2015.

# El paciente difícil: Algunos comentarios y sugerencias

## Liliana Rivera-Negrón, MD

Residente de Psiquiatría, PGY2  
Ponce Health Sciences University/  
VA Caribbean Health Healthcare System



## Ana I. Torres-Martín, MD, FAPA

Directora, Programa  
Ponce Health Sciences University/  
VA Caribbean Healthcare System



Con frecuencia podemos escuchar en nuestra práctica a los pacientes quejarse, exigir y terminar sus cuestionamientos diciendo “Eso que me dio no funciona...” o “Leí en internet que hay otra medicina para mi condición que es mejor que la que me dio” o “Necesito un medicamento que sea fuerte para el dolor...”. Situaciones parecidas a estas nos hacen sentir que estamos en una batalla con el paciente. Es un cambio de emociones que nos puede llevar a preferir evitar o limitar el tiempo que invertimos en su cuidado. Pero

¿qué tipo de paciente es el que genera esta frustración? El paciente difícil se puede definir de muchas maneras pero, por lo general, es aquel que reta la relación médico-paciente llevándonos a la frustración y, como consecuencia, a comprometer nuestra dedicación profesional.

### Algunas características del paciente difícil

El primer paso luego de definir e identificar al paciente difícil es entender el componente caracterológico y la formación de ese individuo. Vemos comportamientos re-

petitivos o patrones inflexibles con pobres herramientas para adaptarse a cambios y que persistentemente causan disfunción en la relación médico-paciente. Es entonces cuando nuestro reto en el tratamiento de dicho paciente pasa de ser uno primordialmente intelectual a uno emocional. Es importante entender que el paciente, ante su estado de necesidad, antepone sus emociones al intelecto reflejando un comportamiento de ataque, control de la situación, violación de límites, impulsividad y pobre raciocinio ante la situación.

Aparte de su patrón de comportamiento, lo más frustrante para nosotros los médicos es sentir cómo el paciente nos quiere llevar a romper normas establecidas o pretender ponernos en una situación comprometedoras e incómoda. Es el paciente que solo puede ver blanco o negro, sin capacidad de vislumbrar áreas grises; el que cree tener más conocimiento que el médico o tener quejas sin fin ni alivio ante diferentes modalidades de tratamiento. El reto de tratar este tipo de paciente es entender que la manifestación de su comportamiento es el componente emocional de la forma más primitiva, no consciente, que se traduce en su comportamiento difícil.

### Algunas reglas ante un paciente difícil

Las reglas para afrontar dichas situaciones establecen que primero debemos *reconocer el estrés o la situación actual* en la que se encuentra el paciente, sea esta reflejo del dolor, de una enfermedad crónica o de percibir que no hay resultados mágicos.

Debemos, desde el inicio, *establecer cuáles son las metas de su tratamiento*, comunicándolas de forma clara e incluyendo los límites de ética y profesionalismo exigidos en nuestra profesión.

Dentro de nuestro rol, debemos *evitar confrontar* a pacientes exigentes y narcisistas. Ellos tienen una proyección ofensiva que puede resultar tentadora para que un equipo de trabajo invierta muchas energías estableciendo límites llegando a un estado de quemazón. Es aquí cuando debemos *detenernos y autoevaluar nuestra intervención* con el paciente manteniendo nuestra compostura profesional para que no se vea afectado nuestro juicio clínico.

Una vez que llegamos al estado de rechazo o coraje, debemos evaluar cuáles son los factores que nos han llevado a

este punto ante este tipo de pacientes. Podemos encontrar momentos de sobrecarga de trabajo, carencia de destrezas de comunicación con este tipo de paciente, poca experiencia o simplemente el malestar que nos generan. ¿Qué debemos hacer? Para trabajar factores internos podemos buscar *apoyo en colegas de confianza* para ventilar las situaciones que generan malestar, hacer *ejercicios de respiración* o tomarnos unos minutos entre pacientes. Factores que podemos intentar controlar de forma externa incluirían considerar *modificar el sistema de citas* proveyéndoles el tiempo adecuado a estos pacientes sin promover trato especial.

El método de acercarnos más al paciente para establecer una *comunicación efectiva* consiste en lograr la *empatía o ponerse en sus zapatos*. Para poder ser empáticos, debemos *escuchar e interrumpir al mínimo*. Sirve de ayuda una frase como: “Deje ver si lo/la entendí...”. La *negociación* desde una postura empática puede ser de beneficio en este proceso, manteniendo el autocontrol y siendo proactivos, no reactivos.

### Comentario

Las expectativas que tenemos de los pacientes deben ser reales. No todos van a ser cumplidores con su tratamiento. En la medida en que aceptemos este reto de una forma no personalista podremos mantener la relación más saludable. En ocasiones será necesario que *ajustemos nuestras propias expectativas* sobre este tipo de pacientes.

Debemos evitar perder de perspectiva que nuestro compromiso profesional y nuestro juramento hipocrático incluye manejar todo tipo de pacientes, incluyendo al difícil. 