

FOTOGRAFÍA: CLAUDIO CORTÉS V.



Raúl Sánchez, psiquiatra:

“En Chile todavía se cree que la bipolaridad es un modo de ser”

Por Carolina Méndez

El primer lunes de junio, Raúl Sánchez llega temprano a su consulta de Estoril 120 en la comuna de Las Condes. Viene de la urgencia de una clínica privada. “Acabo de tener un accidente doméstico y me fracturé el dedo de esta mano. A diferencia de estos percances, los trastornos del ánimo o la ansiedad no se pueden diagnosticar con un examen”, comenta mientras muestra su mano izquierda.

Psiquiatra de la Universidad de Chile especializado en adultos y fundador del Centro Clínico del Ánimo y Ansiedad (en 2020), Sánchez estima que un 25% de los chilenos presentan un cuadro clínico de salud mental significativo. “Es una cifra bastante alarmante. Somos un país donde los casos de ansiedad y del ánimo están en el primer lugar de las enfermedades mentales. Entre los más frecuentes que aten-

El director del Centro Clínico del Ánimo y Ansiedad, dice que “cerca del 50% de los pacientes con Trastorno Bipolar en Chile son mal diagnosticados”.

demos en nuestro centro están los trastornos del ánimo, como la depresión y la bipolaridad. Además de cuadros ansiosos como la ansiedad generalizada, trastornos de pánico, de déficit atencional y el trastorno obsesivo compulsivo”.

—¿En qué estado anímico llega el paciente chileno a un centro como el que usted dirige?

—Lo que recurrentemente notamos en nuestro centro clínico son pacientes con un mayor temor a la vida cotidiana a raíz de la crisis de seguridad actual. Nos comentan que han cambiado sus hábitos y que tratan de no salir después de cierta hora. Están disminuyendo sus actividades cotidianas para evitar ser objeto de una encerrona, robos o asaltos. Incluso, muchos temen que les disparen y los maten. Tienen una sensación de incertidumbre, de angustia de no poder controlar estas variables.

—¿Recomienda algo en esos casos?

—Salirse de los chats donde se reproducen una y otra vez la misma encerrona; las mismas tragedias. Hay que evitar una sobreinformación y sobreexponerse, intentar de alguna forma filtrar lo que nos llega. Porque, aunque las personas no hayan experimentado directamente un hecho violento, igual quedan como saltonas. Por ejemplo, al saber que una mamá con sus hijos fue asaltada brutalmente, puede que otra madre se sienta igualmente angustiada creyendo que a ella le puede suceder lo mismo.

“Los medicamentos pueden no bastar”

Si bien ya contaba con una maestría en neurociencias en la U. de Chile (1995), su interés por especializarse en el Trastorno Bipolar lo llevó a Canadá en 2003. En ese país trabajó tres años en el departamento de psiquiatría de la facultad de medicina de la Universidad de Toronto, don-

de además cursó su subespecialidad en trastornos del ánimo y de ansiedad. "Atendí centenares de pacientes con ciertas adicciones que tenían como base una patología de salud mental, como el Trastorno Bipolar. Allá aprendí que este cuadro era tratado con otra mirada. Por eso me interesó instruirme en los programas de psicoeducación dirigidos a casos que tenían como objetivo mejorar el pronóstico de la enfermedad".

Sánchez —quien lideró entre 2008 y 2019 la Unidad de Trastornos Afectivos Bipolares (UTAB) de la UC— explica que esta patología mental suele iniciarse entre los 15 y los 25 años. "El Trastorno Bipolar es una alteración de los mecanismos cerebrales que regulan el ánimo. No es un trastorno del espíritu o de la voluntad; es una enfermedad que tiene una causa biológica, pero que su evolución está muy influenciada por factores psicosociales y ambientales. En Chile todavía se cree que la bipolaridad es un modo de ser. Pero esto se manifiesta con graves episodios depresivos, incluso con riesgo suicida. La persona ve el futuro teñido con un anteojito oscuro que no se puede sacar. A la vez puede presentarse con episodios opuestos, como la exaltación hacia la euforia patológica. El resultado final es de alguien que está muy atormentado y con un gran sufrimiento. Además, es una patología que dado la discapacidad funcional que produce, los medicamentos pueden no bastar para su plena recuperación. Se requieren también de intervenciones terapéuticas no farmacológicas. Entre ellas se incluyen la terapia psicológica, ocupacional, de rehabilitación funcional y una psicoeducación grupal para el paciente y sus redes de apoyo".

—**Usted es uno de los psiquiatras que más sabe de bipolaridad y uno de los fundadores de la Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares (Sochitab). ¿Han aumentado los casos de quienes padecen esta enfermedad en nuestro país?**

—El Trastorno Bipolar afecta del 2 a 3% de la población mundial. Se estima que cerca de 60 millones en el mundo y 450 mil personas en Chile padecen de esta enfermedad. Aún no sabemos que haya aumentado la prevalencia del Trastorno Bipolar en el país. El problema es que la mayor parte de estos pacientes no saben que tienen esta enfermedad o no están siguiendo un tratamiento médico adecuado.

—**Como parte del Programa de Trastorno Bipolar en la Universidad de Barcelona, usted tomó el concepto de la psicoeducación para personas con este trastorno y lo trajo a Chile. ¿Cómo fue la experiencia?**

—Así es, se trataba de combinar el tratamiento más humano del paciente con el lado más científico. En España me tocó ver casos muy complejos, y aprendí a tener una mirada más integral. Al desarrollo de una buena farmacoterapia, se

debe agregar una terapia ocupacional, de rehabilitación y de asistencia social. Necesitábamos tener más conocimiento y tratamientos mejor adaptados para nuestro país. Por eso a mi regreso, en 2006, en la Red de Salud de la UC, iniciamos un programa de psicoeducación grupal para pacientes con Trastorno Bipolar. Esto consistía en enseñarles cómo afrontar el estigma negativo de la enfermedad. Y también acerca de la prevención, detección temprana de síntomas, planes de contingencia en caso de una recaída y del autocuidado de la salud mental.

—**En una entrevista usted dijo que a los psiquiatras chilenos les cuesta diagnosticar el Trastorno Bipolar.**

—Cerca del 50% de los pacientes con Trastorno Bipolar en Chile son mal diagnosticados. Todavía tenemos dificultades para poder hacer un diagnóstico certero. Una vez que tienes un paciente bipolar, con síntomas anímicos importantes, pasan en promedio ocho años hasta que se da con el diagnóstico correcto. Este retraso dificulta su oportuno y correcto tratamiento.

—**"En Chile faltan psiquiatras y camas psiquiátricas"**

—**En Chile, el presupuesto público de salud dedicado a la salud mental es poco más del 2%, mientras los países de la OCDE superan el 5%. ¿Estamos realmente al debe en esta problemática?**

—Efectivamente nuestra inversión en salud mental es insuficiente para nuestras necesidades. Los países OCDE cuentan con un 50% de cobertura en salud mental. En cambio acá sólo un 20% podría acceder a un efectivo tratamiento. Eso finalmente se encaja con el círculo de la pobreza, porque es una población que injustamente no recibe los recursos del Estado y quienes sufren de patologías mentales tienen más dificultades para terminar sus estudios y trabajar, lo cual los empobrece aún más. Además, tienen dos a tres veces más tasas de mortalidad respecto a la población general, y quince veces más riesgo de suicidio.

—**Se habla de falta de especialistas.**

—En Chile faltan psiquiatras y camas psiquiátricas, especialmente para niños, niñas y adolescentes. Tenemos a un personal de salud que está siendo insuficiente, que tiene pocos recursos y mucha sobrecarga laboral. Eso genera un agotamiento con licencias médicas reiteradas y ausencias laborales en el personal de salud.

—**¿Los elevados costos en salud mental explican la creciente automedicación que se observa entre los chilenos en los últimos años?**

—Se ha constatado que hay un aumento en la autoprescripción de psicofármacos en Chile. Ahí están, por ejemplo, los medicamentos sin adecuados controles de calidad que se compran en las ferias libres, o a un *dealer* en una estación del Metro. Según cifras del año pa-



Una vez que tienes un paciente bipolar, pasan en promedio ocho años hasta que se da con el diagnóstico correcto".



El suicidio es la más grave complicación en salud mental en Chile y el mayor fracaso para nuestros equipos médicos. 125 personas se quitan la vida por mes".

sado del Departamento de Economía de la Salud [del Ministerio de Salud] los psicofármacos son el segundo grupo de fármacos más consumidos en Chile, sólo superados por los de uso cardiovascular. En esa misma línea, el consumo de psicofármacos aumentó un 89% entre 2019 y 2021, alcanzando 233 dosis diarias por mil habitantes. Más aún, Chile es el quinto país de la OCDE en cuanto al número de prescripciones de antidepressivos otorgadas por médicos. Existe una tendencia a prescribir con cierta frecuencia y rapidez estos tratamientos; los cuales podrían tener otro tipo de manejo en la prevención o tratamiento de conflictos no resueltos como posibles factores gatillantes del malestar psíquico. Una posible explicación a este fenómeno es que el chileno no estaría dispuesto a sufrir y por eso rápidamente recurre a las sustancias psicofármacos. Incluso, la recomendación cariñosa del chileno es "tómame este psicofármaco, porque a mí me hizo bien". Pero es una indicación inadecuada por sus riesgos inherentes.

—**El suicidio en el país es elevado, las cifras son del orden de 1.500 personas al año según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). ¿Cómo enfrentar esta realidad?**

—El suicidio es probablemente la más grave complicación en salud mental en Chile y el mayor fracaso para nuestros equipos médicos. Hablamos de 125 personas que se quitan la vida por mes, donde la mayor parte son adolescentes, quienes deciden que es mejor morir que vivir. La mayoría de quienes se suicidan sí tenían un cuadro de patología en salud mental, por lo tanto ahí está el fracaso. Es como si ante una enfermedad infecciosa a los médicos se les murieran los pacientes. Lamentablemente estamos llegando muy tarde con el suicidio.

—**¿A qué lo atribuye?**

—Las causas son multifactoriales. La tasa de suicidio en Chile está incluso por debajo del promedio mundial, pero indudablemente es muy alta y tiene un costo muy alto como país. Por cada persona que se suicida hay entre 6 y 8 personas cercanas gravemente afectadas. Aparte de la baja inversión en salud mental, contamos con un insuficiente número de centros de tratamiento comunitarios de prevención, tratamiento y rehabilitación. Hay pocas camas para hospitalizar a las personas en riesgo y no hay espacios ambulatorios suficientes para manejar cuadros suicidas. Este fenómeno muchas veces queda a merced de las familias que no saben cómo cuidar al paciente. Se suma a que existe un estigma social negativo en cuanto a las enfermedades mentales. Hay quienes tienen la posibilidad de consultar, pero les incomoda reconocer este tipo de patologías, no comparten con nadie su diagnóstico, e inclusive muchas veces prefieren no tratarse. Esto, porque está el prejuicio de que no tienen las competencias para desarrollarse idóneamente en la sociedad.