

# Dificultades para amar

Camilo Ramírez Garza

¿Me quiere o no me quiere? ¿Si le digo lo que siento, me corresponderá? ¿Cuándo me dice que me quiere lo dice en serio? ¿Cuánto estaremos juntos? ¿Me amas? ¿Cuánto? ¿Por qué? ¿Desde cuándo?... ¿Quiero casarme? ¡No eres tú, soy yo! ¡Tal vez necesitas a otra persona! ¡...La verdad es que no te merezco! ¡Tu necesitas una mujer/hombre mejor que yo!... ¡No hagas las cosas más complicadas!... ¡La verdad es que no sabes lo que quieres! ¡No me hagas caso! ¡Me asfixias!...etc. etc. etc.

Vivir el amor en estos tiempos en donde el mercado va tejiendo nuevas subjetividades (inmediatez, no batallas, no sufras, ¡Goza todo el tiempo! Satisfacción inmediata, garantizada, etc.) Nuevas formas de entrar en relación con los demás, se ha vuelto algo no digamos complicado —pues siempre lo ha sido— sino incluso, obsoleto. Hablar y vivir el amor en estos tiempos

pareciese una cuestión muy ñoña, arcaica, obsoleta, de otros tiempos. Ante la idea de la declinación de las figuras de autoridad, como las instituciones que otrora organizaran la vida (escuela, padres, maestros, noviazgo, matrimonio, etc.) el amor sufre de ausencia de bordes (límites) que lo definan. Se tienen relaciones, pero no se sabe si se está en un noviazgo, en una relación casual sexual o un simple free. Que de simple no tiene nada, es más complicado que el noviazgo “convencional”, que inicia con la clásica pregunta ¿Quieres ser mi novia? Al parecer aparentemente “free” (libre) de compromisos, donde no se le puede exigir y reclamar al otro nada, pues no hay “ataduras”, se está más atado y preso de tener que

aparentar-mostrarse-ser libre (¿Por qué me reclamas de que no te hablé o con quien salgo si tu y yo no somos nada?) no solo de una relación que se resiste a definirse, sino de perder los referentes propios, eso que se organiza a partir de saber la respuesta a las preguntas ¿Quién soy para ti? Misma que rebota en un desciframiento de ¿Quién soy? ¿Quién eres para mí?

Si no somos nada, si no soy nada para ti, entonces también se pierden referentes propios. Por más excitante que pueda ser una relación meramente sexual, en donde la ilusión es que, solo se trata de sexo puro, libre, sin ataduras, ni compromisos, ni papeles matrimoniales, niños gorrosos, familia política, etc. etc. Ello no implica que alguien no se reconozca en esos roles que la cultura ofrece (padre, madre, hijos, etc.) y desee emprender otros estilos de vida, digamos no convencionales. Pero esa es otra cuestión que



implica decisión por otras formas de vida, cosa diferente a estar intentando todo el tiempo deshacerse de “lo convencional”, tratando de hacer siempre lo opuesto, queriendo huir de no se que nociones que se suponen en dichos estilos de vida, ¡tener que ser libre! Que terminan por no asumir lo que de ese estilo de vida, les encanta y llama la atención: ser novia o novio de alguien, querer ser exclusivo(a) de alguien, aventurarse a amar, con el riesgo que implica ilusionarse por el otro...en vez de eso, la apatía extrema al grado de decir que el amor no existe, que todo es una falsedad, que la vida apesta, es horrible, bla bla bla... a fin de aparecer como desencantados pesimistas que solo gustan de cosas casuales, finitas, que ya están dadas al fracaso desde el inicio, para así, si termina mal se tiene la ilusión de no haber perdido nada, pues no había ilusión desde un principio, sino ganado (¿Ganado? ¿Pero que cosa se ganó?) Aunque al mismo tiempo, en silencio secretamente, lejos de la prisión de tener que aparecer



siempre “¡libre!” se saben deseosos/as por amar y ser amados/as, pero el temor inhibe, ancla al pasado jodiendo el presente.... ¿Soluciones?

camilormz@gmail.com  
http://camiloramirezjimdo.com

## Manía y depresión

Manuel Sánchez de Carmona (\*)

En los últimos diez años, el Trastorno Bipolar ha sufrido una serie de cambios que han revolucionado la manera en la que lo diagnosticamos, evaluamos y tratamos. Antiguamente, se le llamaba psicosis maniaco depresiva, nombre impreciso y confuso, ya que sólo un número menor de pacientes cursan con síntomas psicóticos o fuera de realidad. El término de Bipolar es más adecuado, ya que sólo hace énfasis en los extremos del estado de ánimo que se pueden presentar. Sin embargo, hoy nuevamente se desata la polémica ya que, al hablar de polos, el médico piensa en dos fases de la enfermedad categóricamente opuestas, y en la práctica nos encontramos en que, realmente, muchos pacientes pueden presentar síntomas mixtos de ambas fases al mismo tiempo.

### ALTA INCIDENCIA MUNDIAL

Se estima que el 2% de la población mundial presenta el Trastorno Bipolar; sin embargo, al hablar del espectro bipolar, donde se incluyen casos con un diagnóstico menos severo y definido, la cifra llega hasta el 4%. Lo alarmante no es sólo que cerca de la mitad de los casos no se diagnostican ni tratan, sino que cerca del 25% de los pacientes bipolares en fase depresiva que no

sigue su tratamiento, muere por suicidio.

Hoy se sabe que el Trastorno Bipolar es altamente heredable y los estudios de mapeo genético están comenzando a indicar los principales genes involucrados en su transmisión. Esto, como médicos, debe de concienciarlos sobre lo importante que es hacer énfasis en revisar los antecedentes familiares de nuestros pacientes, ya que resulta muy probable que se haya heredado el trastorno bipolar y esto nos brinda señales de alerta que pueden llegar a salvar una vida.

### IMPORTANCIA EN EL CORRECTO DIAGNÓSTICO

El diagnóstico, por lo general, se realiza en promedio antes de los treinta años de edad. En los centros psiquiátricos de tercer nivel, se llegan a reportar casos niños de menos de siete años de edad, lo cual nos abre una nueva perspectiva sobre el verdadero inicio del trastorno. Se habla de que, probablemente, muchos de los niños diagnosticados como hiperactivos, con problemas de atención y conducta, en realidad cursan con un trastorno bipolar incipiente.

Actualmente, para hacer el diagnóstico correcto del Trastorno Bipolar, se requiere de una buena y completa evaluación clínica psiquiátrica. Todavía no existen estudios de gabinete o laboratorio que nos puedan dar el diagnóstico. En la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los



El diagnóstico, por lo general, se realiza en promedio antes de los treinta años de edad.

Trastornos Mentales (DSM-IVTR), claramente se establecen los puntos diagnósticos para determinarlo.

Por otro lado, el Trastorno Bipolar se ha podido dividir en tres tipos diferentes: el tipo I, el cual comprende la enfermedad clásica con las fases alternas de manía y depresión; el tipo II, el cual presenta una variante atenuada de los síntomas de manía (hipomanía); y el tipo III que habla de un estado de manía inducido por medicamentos y/o sustancias (ciertos antidepresivos, alcohol y drogas estimulantes principalmente).

### RELACIÓN MÉDICO PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO EXITOSO

Si bien el Trastorno Bipolar se considera incurable, los adelantos farmacológicos pueden llegar a controlarlo en su totalidad, al grado de impedir el ciclo y lograr que el individuo tenga una magnífica calidad de vida.

Como sucede en las principales enfermedades psiquiátricas, además de una magnífica relación médico-paciente, es fundamental involucrar a la familia dentro del tratamiento.

Se debe de realizar un profundo programa psicoeducativo que ayude al cumplimiento y adherencia terapéutica del paciente.

Por último, es importante para los médicos no psiquiatras tener plena conciencia de este diagnóstico y del hecho que ciertos medicamentos (algunos antidepresivos y cortisona) pueden llegar a activar y soltar el trastorno.

### Principales síntomas de Manía

- Habla acelerada
- Estado de ánimo eufórico y expansivo
- Ideas de grandeza
- Disminución en las horas del dormir sin estar cansado
- Velocidad de pensamiento acelerado y distractibilidad
- Incremento en las actividades diarias
- Involucrarse en actividades potencialmente peligrosas (gastos exagerados, manejar sin precaución, aumento de la libido, y abuso de sustancias).

### Principales síntomas de Depresión

- Sentimientos de tristeza
- Falta de energía e interés en las actividades placenteras
- Insomnio o hipersomnio sin lograr descansar
- Bajo apetito o comer compulsivamente
- Mala memoria, problemas en atención y concentración.
- Ideas de minusvalía y culpa exagerada
- En algunos casos ideas de muerte y/o suicidas.

(\*) Médico Psiquiatra

## Las estatinas no previenen la demencia

Las estatinas, que son una clase de fármacos para reducir el colesterol entre los que se encuentran Lipitor, Zocor y Crestor, no previenen la enfermedad de Alzheimer ni la demencia, según un informe publicado en Cochrane Database of Systematic Reviews.

“Hay buena evidencia de que administrar estatinas a personas con riesgo vascular de edad avanzada no tiene efecto en la prevención de la enfermedad de Alzheimer o demencia”, dijo a Reuters Health la doctora Bernadette McGuinness, de la Queen’s University Belfast, en Gran Bretaña.

“Por lo tanto, las estatinas no pueden recomendarse para este propósito”, añadió la autora.

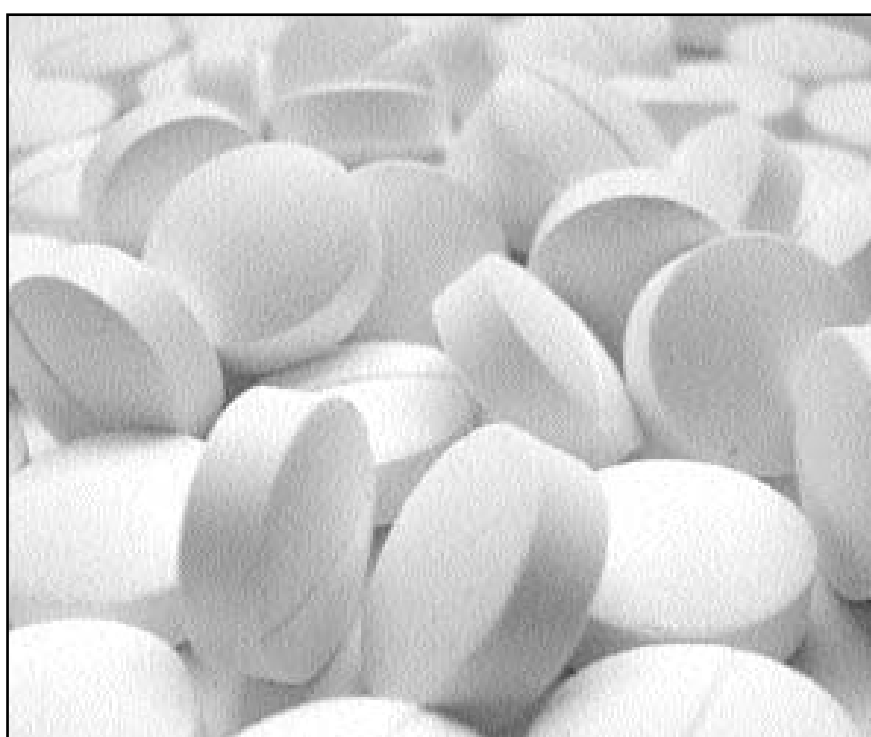
En una revisión previa, dos informes médicos habían indicado una relación entre la terapia con estatinas y una reducción de las tasas de enfermedad de Alzheimer, del orden de hasta el 70 por ciento, explicaron McGuinness y colegas.

Las estatinas, que son una clase de fármacos para reducir el colesterol

No obstante, no se habían realizado ensayos clínicos al azar sobre este punto.

Los expertos identificaron dos ensayos clínicos publicados que incluyeron a 26.340 participantes. Uno comparó 40 miligramos de simvastatina con placebo y el otro, 40 miligramos de pravastatina con una píldora inactiva.

No se registraron diferencias entre



“Nos sorprendimos un poco ante la falta de eficacia”.

ninguno de los grupos de tratamiento en el porcentaje de personas clasificadas como con deterioro cognitivo, señalaron los autores.

De la misma forma, análisis posteriores “no hallaron una asociación positiva entre ninguna prueba cognitiva y la terapia con estatinas, lo que confirma la falta de efecto de la terapia con estatinas sobre la cognición”.

“Nos sorprendimos un poco ante la falta de eficacia”, indicó McGuinness.

“Biológicamente parece posible que las estatinas puedan ser efectivas en la prevención de la demencia, debido a su rol en la reducción del colesterol, junto con el hecho de que estudios observacionales iniciales eran alentadores. Aquí se muestra la importancia de realizar ensayos controlados al azar”, añadió.

Demostramos que las estatinas “no eran perjudiciales para la cognición, lo que también había sido una preocupación”, agregó McGuinness.

“Aún se desconoce si las estatinas administradas durante muchos años desde la mediana edad tendrían algún efecto”, finalizó la experta.