



Edición especial

Enfermedad Bipolar

LIBROS: Cómo enfrentar la enfermedad bipolar. Guía para el paciente y la familia.

Simposio Internacional de Neurología

Quetiapina, una alternativa en la depresión bipolar

ÍNDICE

- 2 Editorial
- 3 Libros
Cómo enfrentar la enfermedad bipolar.
Guía para el paciente y la familia.
- 4 Reportaje Central
La importancia de la depresión bipolar.
- 6 Agenda nacional
Actividades y seminarios en Chile.
- 7 Actualidad internacional
Noticias sobre depresión bipolar.



Boletín informativo de salud mental

DIRECTOR MÉDICO: Dr. Pedro Retamal C.

EDITOR PERIODÍSTICO: Pedro Pablo Retamal P.

PERIODISTA: Lía Toledo T.

DISEÑO: Pedro Pablo Retamal P., Ronald Valenzuela.

PRODUCCIÓN: Centro de Enfermedades del Ánimo El Golf. Derechos reservados.

Dirección: Napoleón 3565 Of. 1508, Las Condes.

Teléfono: 2037430.

Mail de contacto: pretamalc@hotmail.com
psiquiatriachile@gmail.com

Web: www.psiquiatriachile.cl

EDITORIAL

Según Hagop Akiskal la vía final común involucrada en los suicidios es la depresión. Tanto en las enfermedades del ánimo, esquizofrenia y drogadicción, como en las complicaciones de las enfermedades somáticas crónicas y neoplasias. En Chile la tasa de suicidios por 100 mil habitantes cada año es muy cercana a 11 (2007) y se ha incrementado paulatinamente desde el año 2000. Sin embargo, hay datos muy relevantes: el año 2004 en hombres jóvenes (20 a 44 años), la principal causa de mortalidad es el suicidio con una tasa de 25,2 por 100.000; en segundo lugar, accidentes del tránsito 25,1; y tercero, homicidio con 15,9. En estos casos, la patología psíquica está claramente involucrada.

Antes de continuar con el argumento, resulta indispensable considerar que, al igual que en las enfermedades somáticas, las intervenciones psiquiátricas bien diseñadas pueden no resultar exitosas para impedir el suicidio. Además, la pesquisa o consideración del riesgo suicidio es difícil y el manejo para prevenirlo aún más complejo; por lo tanto, un buen número de personas se suicidan al poco tiempo de haber consultado por depresión y otras enfermedades a psiquiatras y médicos de otras especialidades. En el caso del suicidio es frecuente conocer por los medios de prensa que personas jóvenes se han quitado la vida sin razón aparente, de manera no esperada y sin aviso, es decir, las personas más cercanas no sospecharon que pudiera ocurrir un desenlace tan doloroso. Incluso, el suicidio puede acontecer en jóvenes en tratamiento, habitualmente por depresión, es decir aparece una conducta que el profesional a cargo tampoco había considerado. A mi juicio, una parte de los suicidios inesperados no sólo dependen de la complejidad de tal conducta y de las dificultades generales en el diagnóstico y prevención, sino que también de la complejidad del cuadro clínico de base; en este caso, no considerar el diagnóstico de enfermedad bipolar.

Esta patología ha ido ganando importancia respecto de la depresión mayor (la depresión habitual, por todos conocida), pues los distintos estudios muestran que una parte significativa de la depresión "simple", en realidad corresponde a depresión bipolar. El gran problema es que la enfermedad bipolar no sólo se manifiesta como un cuadro depresivo (depresión bipolar), sino que también exhibe otras presentaciones clínicas, que pueden ir modificándose en el curso de la enfermedad. Es decir, en algunos períodos puede manifestarse como un episodio mixto, en otros momentos como hipomanía, volver a un estado menos sintomático, mostrando las características de personalidad de tipo limítrofe o a un estado de relativa normalidad como hipertimia.

¿Cuáles son estas formas clínicas? El episodio mixto muestra síntomas de aceleración, irritabilidad, euforia de manera simultánea con tristeza y desánimo, por tanto, ¿Cómo pensar en depresión y menos en suicidio si la persona aparece irritable y eufórica? Si la persona, en el momento de ser entrevistada presenta hipomanía, es decir, aparece eufórica, alegre, expansiva, con planes, aunque días o semanas previas estaba sufriendo síntomas depresivos (tristeza, desánimo, desinterés), ¿Cómo pensar que nuevamente en días posteriores pueda presentar depresión con el riesgo suicida? Con frecuencia las personas con enfermedad bipolar, en sus períodos asintomáticos, exhiben un temperamento que si bien considerado normal, tiene características especiales: ágiles, creativos, hiperactivos, necesitan menos horas de descanso y de sueño. Es el temperamento llamado hipertímico. Si la persona es examinada en ese período sano, ¿Cómo se puede pensar en el riesgo suicida con tal vitalidad? En resumen, la persona puede presentar y ser entrevistada en varios momentos con distintas manifestaciones (en especial euforia, hiperactividad e irritabilidad), algunas de las cuales hacen muy difícil pensar en depresión y en el suicidio. Sin embargo, en períodos muy recientes o mas lejanos del momento de la entrevista, y después de ser examinadas, puede aparecer la depresión en forma solapada e inadvertida y a veces en forma brusca (horas o días). Tal depresión de difícil diagnóstico que llevó al suicidio, puede ser probablemente una depresión con apellido específico: bipolar.

Dr. Pedro Retamal C.



Cómo enfrentar la enfermedad bipolar. Guía para el paciente y la familia.

En cada edición de esta nueva sección del Boletín de Salud Mental, presentaremos un libro sobre enfermedades del ánimo u otras patologías mentales. En esta ocasión, el Dr. Pedro Retamal presenta el prólogo de su obra “Cómo enfrentar la enfermedad bipolar. Guía para el paciente y la familia”.

Una mejor información sobre la enfermedad y el tratamiento permite colaborar en forma responsable con las decisiones que debe tomar el equipo formado por el paciente, la familia y el médico.

“Cómo enfrentar la enfermedad bipolar. Guía para el paciente y la familia”, pretende ayudar a las personas que sufren, han sufrido o compartido el padecimiento de personas queridas afectadas por la enfermedad maniaco-depresiva, hoy conocida como enfermedad o trastorno bipolar. Prefiero la denominación enfermedad más que trastorno pues la última significa “enajenación mental”. La palabra trastornar indica “perturbar el sentido, la conciencia o la conducta de alguien, aludiendo a locura”. La mayoría de las personas que tienen enfermedad bipolar no han sufrido pérdida del juicio, psicosis o locura y si llegan a presentar tales síntomas, ocurrirá por un período habitualmente transitorio, consiguiendo recuperar la cordura.

Ésta es una enfermedad de la que se sabe lo suficiente como para realizar el diagnóstico y tratamiento que bien guiado y llevado permite que la mayoría de las personas afectadas funcionen en forma normal; y si se presentan reagudizaciones, son más suaves y breves que sin tratamiento. Al respecto, existen dos problemas, el primero es que se trata de una enfermedad de reciente divulgación en la comunidad, por lo que en el ámbito de la medicina aún se busca superar la dificultad con

el correcto reconocimiento y terapéutica. Por lo tanto, es minoritario el número de personas que acceden al alivio en forma oportuna.

El segundo problema es el abuso del nombre “bipolar” (gente muy cambiante) en el público general y las confusiones con el diagnóstico realizado por los profesionales de la salud mental, pues a muchos pacientes se les califica con como “bipolares” por una exagerada amplitud del concepto de enfermedad bipolar. Así ocurre que parte del trabajo que me corresponde realizar es “sacar el diagnóstico de bipolar” y realizar uno distinto (con frecuencia patología de la personalidad). Los falsos positivos (erróneo diagnóstico de enfermedad bipolar en una persona) puede ser tan complicado como no realizar el correcto diagnóstico en una genuina enfermedad bipolar, contribuye al desprestigio y estigmatización, pues al realizar el tratamiento para una “enfermedad bipolar” que no es tal, lleva al fracaso y se crea una concepción equivocada: las personas que padecen la enfermedad no se alivian.

Espero que esta obra contribuya a mejorar el manejo terapéutico de las enfermedades del ánimo, que se proyectan como la segunda causa de discapacidad entre todas las enfermedades (físicas y psíquicas) en el año 2020 según la O.M.S., quedando en el primer lugar las patologías cardiovasculares. Muy importante, es que al considerar al gru-

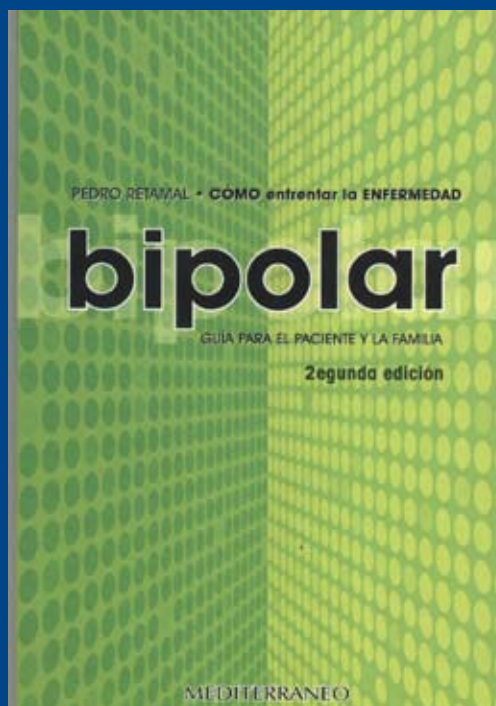
po femenino, estas patologías llegan al primer lugar.

Por lo tanto, compartir lo aprendido con pacientes y sus familiares, en especial quienes han depositado su esperanza en este médico, resulta una labor que entrega satisfacción y nuevo interés en participar del maravilloso proceso de escuchar, acompañar, intentar ayudar y entender a quienes padecen dolor psíquico. Sin embargo, ayudar ha sido la mejor manera de ser ayudado.

Gracias a los pacientes y sus familiares, con quienes hemos caminado por varios años y con otros decenios. También mi gratitud a los Maestros de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y a mis actuales colegas que me han mostrado un camino. Gracias a los colegas que han supervisado mi actividad, en especial en los primeros años de mi profesión.

También a los terapeutas psicólogos y psiquiatras que me han ayudado a entender mejor el mundo, las relaciones interpersonales, sobre todo familiares; por el alivio de algunos dolores, disminuir los errores cometidos y perdonármelos, mitigar los desaciertos futuros.

Dr. Pedro Retamal C.



La importancia de la depresión bipolar



04

En el siglo XX un avance significativo en la historia de la medicina fue el manejo de la depresión. La terapia electroconvulsivante, psicoanálisis, fármacos antidepressivos, psicoterapia breve y técnicas somáticas han contribuido notablemente al alivio de los pacientes que sufren esta enfermedad.

Sin embargo, recién en la última década se han conseguido terapéuticas específicas para la fase depresiva de la enfermedad bipolar. También se ha retrasado considerar la verdadera magnitud de la enfermedad maníaco depresiva. Cuando se considera un concepto amplio del espectro, incluyendo las formas atenuadas de la patología, es posible elevar la prevalencia del conocido 1% de la población general al 5%.

Un fenómeno similar aparece en la alta proporción de enfermos que se observa en la práctica privada de la medicina general, ya que el 26% de los pacientes con enfermedad afectiva corresponderían al espectro bipolar, en tanto que en una clínica de enfermedades del ánimo de la medicina familiar, este porcenta-

je se eleva al 39%. En otros estudios se plantea que entre el 30% y el 55% de las depresiones mayores corresponden al espectro bipolar.

Buena parte de este aumento se ha producido a costa de otras patologías, como la depresión mayor unipolar, que al ser estudiada con más detalle y al realizar un diagnóstico correcto de las breves fases hipomaniacas, el cuadro clínico deja de ser considerado trastorno depresivo mayor y pasa a ser enfermedad bipolar.

También el aumento se ha conseguido a expensas de reconsiderar patologías del Eje II, como el caso de pacientes que presentan fases depresivas, pero que exhiben comportamiento inestable, errático y con dificultades interpersonales. Tras el análisis genético-familiar, consideraciones evolutivas con pesquiza de hipomanía y respuestas terapéuticas a fármacos antidepressivos empleados previamente (incluyendo swich, empeoramiento y ciclo rápido) se llega a plantear que los aparentes síntomas de patología de la personalidad, más bien

representan síntomas afectivos del espectro bipolar.

Factores reales y sociales

Otra parte del incremento de la patología afectiva, incluida la enfermedad bipolar, tendría una base real. Después de la segunda guerra mundial se produce un aumento no atribuible a consideraciones estadísticas. Es posible que tal elevación esté provocada por las modificaciones del estilo de vida. Se ha mencionado que los factores que influyen son el aumento de las horas de trabajo, así como la mayor complejidad de éste; la competitividad, la mayor intensidad, rapidez y variabilidad de los contactos interpersonales; así como la globalización de las comunicaciones y el tiempo destinado a ellas; la menor exposición al sol por la concentración de la población en las grandes ciudades con gran cantidad de horas de vida en departamentos, oficinas y edificios con luz artificial.

El uso de estimulantes como café, té, determinadas bebidas y cigarrillos, fár-



macos anorexígenos y drogas ilícitas, como cocaína, anfetamina y marihuana, además del alcohol, tendrían en común el aumento de la excitabilidad neuropsicológica, con persistencia de estados tensionales y reducción de las horas de descanso y sueño.

El resultado final sería la alteración del equilibrio en el sistema nervioso central, que en sujetos predispuestos por constitución genética, somática y caracterológica, facilitaría la emergencia del trastorno anímico que podría haber permanecido sólo en estado latente.

Cómo diferenciarla de la depresión monopolar

Probablemente las depresiones bipolares tienen mayor variabilidad sintomática respecto de cada evento en relación con los episodios recurrentes de las depresiones monopolares, que serían más estereotipadas. Esto podría reflejar la mayor combinación sintomática que se hace notable en los episodios mixtos.

En general, la edad de inicio es más precoz en las depresiones bipolares, presentan más recurrencias y tienden a desencadenarse en el post - parto. Es importante considerar que los pacientes con depresión bipolar acumulan en su genograma mayor número de parientes que sufren patología del ánimo, con más generaciones afectadas y con parientes que han sufrido estados maníacos e hipomaníacos.

Las depresiones bipolares con más frecuencia presentan psicosis y tienen menos agitación, ansiedad y síntomas físicos, más inhibición psicomotora, mayor variabilidad sintomática dentro de una fase, más hipersomnio, más hiperfagia, más aumento de peso, con más afectos rabiosos, mayor libido a pesar del desánimo.

También es posible pensar en la etiopatogenia bipolar de una depresión cuando existe falta de respuesta a una secuencia de fármacos antidepresivos (resistencia terapéutica), si el cuadro clínico tiende a agravarse con el tratamiento (agitación, ideación suicida), el brusco viraje hacia un estado hipomaniaco y la posterior aparición de una evolución en ciclo rápido.

Un importante elemento a considerar es la superposición de una disregulación temperamental que clínicamente se expresa en una inestabilidad emocional y conductual, que produce confusión diagnóstica en el corte transversal. Así, los enfermos presentan una historia

persistente con estados ansiosos, bulimia, consumo de sustancias y personalidad del cluster B, por ejemplo el tipo borderline. Esto unido a una depresión atípica, con hipersomnio y aumento de peso puede sugerir la naturaleza bipolar del episodio.

Las complicaciones en la depresión bipolar

La tasa de suicidio en el curso de la vida en los pacientes con enfermedad bipolar sería de 5% a 15 % y es más frecuente este desenlace en los primeros años de la enfermedad con un descenso después de los cinco años. Los intentos tienden a ser más frecuentes en pacientes con alcoholismo y, al parecer, la potencialidad suicida sería más alta en los enfermos con episodios mixtos, tal vez relacionada con la menor tasa de recuperación después de un episodio agudo.

Se ha descrito que los pacientes bipolares tendrían mayores tasas de suicidio que los monopolares. Afortunadamente, el tratamiento con litio disminuye en forma sustancial los intentos suicidas y se estima que la falta de tratamiento es un importante factor de riesgo.

Los pacientes bipolares, en general, tienen mayor comorbilidad que los unipolares, sobre todo alcoholismo y adicción, a diferencia de la depresión monopolar, cuyo consumo se relaciona más con una manifestación sintomática de la fase maníaca que con la depresiva y es un intento del paciente de acentuar la euforia y menos una auto-medicación.

Otro factor que hace más difícil el manejo de los enfermos bipolares es la comorbilidad con trastorno de pánico y fobia social.

Referencias

1. Akiskal H., Bourgeois M., Angst J., et. Al. Reevaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J. Affect. Disord.* 59 (suppl): 55-530. 2000

2. Akiskal H., Maser J., Zeller P., et. Al. Switching from unipolar to bipolar II: an 11 year prospectiv study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch. Gen. Psychiatry.* 52:114-123. 1995.
3. Akiskal H., Akiskal K., In search of Aristotle: Temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence *J. Affect Dis .* 100(1-3): 1-6 .2007.
4. Goodwin E., Jamison K. *Manic Depressive Illness.* Oxford University Press. New York. 1990.
5. Goodwin E., Jamison K.. Oxford University Press. New York. 2007
6. Kelsoe J. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum, *J. Affect. Disord.* 73 : 183-197.2003
7. Manning Js., Haykal R., Akiskal H. The Role of Bipolarity in Depression in the Family Practice Setting. *Psych. Clin. North Am.* Vol. 22: 3. 1999.
8. Retamal P. Cantillano V. Psicoterapia de la enfermedad bipolar . *Vertex . Rev. Arg . Psiquiatría .* 43 : 31-35 . 2001
9. Retamal P. Psicofarmacoterapia Antidepresiva. *Rev. Méd. Chile .* 129 : 813-818. 2001.
10. Mitchel P., Wilhen K., Parker G., et. al. The Clinical features of bipolar depression: a comparison with major depressive disorder patients. *J. Clin. Psychiatry.* 62: 212-216. 2001.
11. Polter W. Bipolar depression: Specific Treatments *J. Clin. Psychiatry* 18: 30-36. 1998.



BREVES

Simposio "Avances en psiquiatría y adolescentes"

Los días 28 y 29 de mayo se realizará el simposio "Avances en psiquiatría y adolescentes" en el Instituto de Neuropsiquiatría IPSI, Viña del Mar (7 Norte 400). Para más información, escribir a sopnia@tie.cl o ipsiinstituto@gmail.com.

Este evento, patrocinado por Sopnia, Educación Médica Continua e IPSI, es organizado por la doctora Begña Sagasti. Hay un cupo máximo de 30 participantes y además es sin costo.

Depresión: Dolores del vivir Comprensión y desarrollos terapéuticos desde el Psicoanálisis

La Sociedad Chilena de Psicoanálisis – ICHPA dicta este curso el viernes 28 de mayo de 16:00 a 18:00 hrs. Los valores son: estudiantes, \$ 40.000 y profesionales: \$ 70.000. Inscripción: Sede ICHPA, Holanda 255, Providencia. Teléfonos 335 3339 y 918 9705. Mail: info@ichpa.cl. Web: www.ichpa.cl.

Ciclo de videos para guiar a los pacientes y sus familiares en www.psiquiatriachile.cl



Una nueva sección se creó en la página web www.psiquiatriachile.cl. Se trata de Psiquiatriachile TV, donde se mostrarán videos sobre salud mental y psiquiatría. Desde mayo habrá un ciclo de videos sobre las enfermedades del ánimo con el objetivo de orientar y ayudar a los pacientes y sus familiares. El material fue preparado por el equipo del Centro de Enfermedades del Ánimo en formato de cápsulas de video.

Simposio Internacional de Neurología Santiago 2010



Los días 7, 8 y 9 de Julio del 2010 se llevará a cabo el Simposio Internacional de Neurología de Santiago en el Aula Magna de la Universidad de los Andes, cuyos tópicos centrales serán ACV, Alzheimer, Esclerosis Múltiple, trastornos del sueño, epilepsia, neurointensivo, Parkinson y neuromuscular, entre otros.

Los conferencistas confirmados son Dr. Jerome Engel, UCLA; Dr. Michael Forsting, Duisburg Universität; Dr. Werner Hacke, Heidelberg

Universität; Dr. Hans Peter Hartung, Düsseldorf Universität; Dr. Randall Higashida, UCSF; Dr. John Kissel, Ohio State University; Dr. Geraldo Lorenzi, Universidad de Sao Paulo; Dr. Joseph Masdeu, Universidad de Navarra-NIH; Dr. José Romano, Miami University; Dr. Peter Schellinger, Erlangen Universität; Dr. Michelle Tagliati, Mount Sinai School of Medicine.

Más información en: www.sins2010.com.

Curso controversias en neurología

Los días 28 y 29 de mayo se llevará a cabo el Curso de Educación Médica Continua de SONEPSYN "Controversias en Neurología", dirigido por la Dra. Violeta Díaz.

En lugar aún por definir, el curso contará con la presencia de la Dra. Andrea Slachevsky, Dr. Patricio Sandoval, Dr. Mario Campero, Dr. Fernando Novoa, Dr. Patricio Mellado y Dr. Francisco Mery, entre otros.

Dentro de los temas que se tratarán

en el curso, podemos destacar Neuropatía Diabética, Radiculopatía Cervical Barra Lumbar, Muerte Cerebral, Trastornos de la Memoria en Pacientes con Depresión, Trombolisis entre las 3 y 6 horas v/s Intrarterial y Accidentes Cerebrovasculares Isquémicos y Hemorrágicos.

Para mayor información comunicarse con la Sra. Renée Fellner al e-mail presidencia@sonepsyn.cl o al teléfono (02) 232 9347.



Quetiapina: una alternativa en la depresión bipolar



Un análisis combinado de cuatro ensayos clínicos mostró que la quetiapina, un medicamento con actividad tanto antipsicótica como antidepresiva, podría ser adecuado para el tratamiento de las fases depresivas de los trastornos bipolar I y II, debido a que reduce el riesgo de inducir un rebote hacia la fase de manía, como hacen otros medicamentos.

En el último congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana realizado en San Francisco, Estados Unidos, se presentaron resultados que demostraron la eficacia y tolerabilidad del fármaco Quetiapina para tratar los episodios depresivos en el trastorno

bipolar, incluida la población de pacientes con enfermedad bipolar II.

Los resultados de un análisis combinado de 2.593 pacientes con trastorno bipolar I o II demostraron que la monoterapia (uso de un solo fármaco) con Quetiapina (Seroquel®) era significativamente más eficaz que el placebo para tratar los episodios depresivos asociados al trastorno bipolar medidos por las mejoras en la puntuación total de la escala de la depresión de Montgomery-Asberg. Se observaron resultados similares en un análisis combinado de 819 pacientes con trastorno bipolar II. En ambos análisis, las mejorías eran evidentes ya en la semana 1 y continuaron hasta la semana 8.

El mecanismo de acción de Quetiapina implica actividades tanto antipsicóticas como antidepresivas, lo que puede ayudar a explicar su especial eficacia en todo el espectro de los episodios del estado de ánimo asociados al trastorno bipolar. La eficacia de Quetiapina en los episodios depresivos puede explicarse en parte por la inhibición de la recaptación de la norepinefrina por la norquetiapina, el metabolito activo de Quetiapina.

El rendimiento escolar de alto nivel se asocia a un aumento del riesgo de trastorno bipolar

Según un reciente estudio, los estudiantes que a los 16 años destacan en los estudios, especialmente en las materias más creativas, tienen una probabilidad cuatro veces mayor de sufrir un trastorno bipolar en los siguientes 10 años que aquéllos otros con un nivel medio de desempeño.

Estos resultados respaldan la hipótesis de que las personas más creativas tienen una mayor propensión a los trastornos bipolares, según declaraba a Medscape Psychiatry el autor principal del estudio, el Dr. James H. MacCabe, del Institute of Psychiatry, King's College (Londres, Reino Unido). "Es una creencia muy extendida, aunque antes de este estudio no había una sólida evi-



dencia que la respaldara," comentaba el Dr. MacCabe.

No obstante, el estudio también encuentra una relación, aunque más débil, entre los estudiantes con bajo rendimiento escolar y el desarrollo tardío de trastornos bipolares. El estudio fue publicado en el British Journal of Psychiatry.

BREVES

Asocian bajo nivel de vitamina D con depresión en el adulto mayor



Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Envejecimiento, en Baltimore, EEUU, indica que los adultos mayores con bajos niveles de vitamina D en la sangre son más propensos a desarrollar depresión con el tiempo. Según varias investigaciones, los bajos niveles de esta vitamina están asociados con la enfermedad cardíaca, el accidente cerebrovascular, la hipertensión y el asma grave.

En los adultos mayores, esta deficiencia es bastante común y está ligada con las fracturas, la pérdida de aptitud física, la fragilidad y la aparición de muchas enfermedades crónicas. El equipo del doctor Luigi Ferrucci, del Instituto Nacional de Envejecimiento, analizó si existe alguna relación en los adultos mayores entre los bajos niveles de vitamina D y la depresión.

Para eso, estudió a 531 mujeres y a 423 hombres mayores de 65 años que participaban en InCHIANTI Study, una investigación de seis años sobre los factores asociados con la pérdida de la movilidad durante el envejecimiento.

Al inicio del estudio, el 42 por ciento de las mujeres y el 18 por ciento de los hombres tenían depresión, mientras que tres cuartos de las mujeres y la mitad de los hombres tenían menos de 50 nanomoles por litro de vitamina D en sangre, lo que se considera insuficiente.

El 72 por ciento de los participantes con depresión y el 60 por ciento de los participantes sin el trastorno tenían insuficiencia de vitamina D (el nivel por encima de la deficiencia).



Ingresa en www.psiquiatriachile.cl



08

Nuestro objetivo es contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes con patologías psiquiátricas y sus familias, entregando contenidos y elementos educativos que propicien una mayor comprensión de las enfermedades y adhesión a la terapéutica.



También visita el grupo de facebook del Centro de Enfermedades del Ánimo El Golf.

