

Aptitud psiquiátrica para bucear

La tarea de evaluar la aptitud psiquiátrica para bucear evoca la ansiedad de un buscador de tesoros sentado en la cubierta de su barco a punto de abrir un cofre, lleno de incógnitas, mientras se afana en limpiarlo de la suciedad, óxido y restos marinos. ¿Qué va a encontrar? ¿La Caja de Pandora o el tesoro de Barbanegra?

Durante muchos años, a futuros buceadores con diversas enfermedades médicas se les fue negada, automática y arbitrariamente, la autorización para practicar el buceo recreativo. Afortunadamente muchos buceadores con diabetes, asma, cáncer remitido y otros trastornos médicos graves, han sido capaces de participar en la visita al maravilloso mundo submarino. Las enfermedades psiquiátricas, por desgracia, a menudo todavía desconciertan a los evaluadores que buscan un algoritmo simple, claro y definitivo para determinar la idoneidad de un candidato para bucear.

Como sucede con muchas condiciones médicas, no hay respuestas sencillas a la hora de valorar la aptitud psiquiátrica para bucear. Pero podemos ayudar a los buceadores y los evaluadores a aprender qué preguntas hacer. Es una tarea difícil y una disquisición a fondo sería imposible de cubrir en el ámbito de un solo artículo, así que, por ahora, vamos a revisar las enfermedades psiquiátricas, su tratamiento y las preocupaciones sobre la seguridad de los buceadores que han sido diagnosticados o tratados para tales condiciones. La información aportada proporcionará, al menos, un destello de luz en lo que, en general, ha sido una oscuridad estigiana...

Un hecho simple

Para empezar, el trastorno depresivo principal (comúnmente conocido como "gran depresión"), el trastorno bipolar (antes descrito como "depresión maníaca"), el trastorno generalizado de la ansiedad, el trastorno de pánico, los trastornos fóbicos, el trastorno por estrés postraumático y la esquizofrenia, son descritos como enfermedades, ahora que cada vez se entiende más lo que son las enfermedades médicas; en otras palabras, se trata de trastornos biológicos. Hay varios análisis estadísticos de los datos, incluidos los genéticos, demográficos y epidemiológicos, bioquímicos, neuroanatómicos, neurofisiológicos, y los datos de neuroimágenes que muestran un alto grado de correlación entre los episodios de enfermedad y los resultados biológicos; correlaciones que difieren de grupos de individuos no sujetos a las enfermedades .

Mientras las psicoterapias juegan un papel crítico e importante en el tratamiento de ciertas condiciones, las enfermedades psiquiátricas no son diferentes de cualquier otra enfermedad médica. En algunos estados patológicos, tales como el resfriado común, la intervención farmacológica es necesaria. En otros, el tratamiento no farmacológico es extremadamente importante y puede evitar la necesidad de tratamiento con drogas; un ejemplo de este escenario podría ser un individuo con hipertensión, que es tratado con éxito con un programa para pérdida de peso, incluyendo nutrición adecuada y ejercicio e incluso, tal vez, meditación.

Del mismo modo, en algunas enfermedades psiquiátricas, la psicoterapia por sí sola puede ser apropiada. Sin embargo, muchas enfermedades psiquiátricas no son totalmente o suficientemente sensibles a la intervención no farmacológica, y el uso de medicación psiquiátrica no sólo está justificada, sino que es de vital importancia para lograr la remisión de los síntomas.

Principios para una evaluación precisa

Debido a que las enfermedades psiquiátricas generalmente están conducidas biológicamente, la fuerza de voluntad, el estoicismo, la automedicación y la negación son usadas, lamentablemente sin éxito, en el tratamiento del problema. Desempleo, drogodependencia, fracaso escolar y luchas sociales acompañan a menudo a estos trastornos. Por ejemplo, sabemos que los pacientes que presentan una recuperación del 50% al 99% de un episodio de gran depresión tienen un riesgo estadístico de aproximadamente el 75% de sufrir una recaída en toda regla, en un año. Con los mismos datos, los que están recuperados en un 100%, tienen sólo un riesgo del 25% de recaída total en un año. Es evidente que las enfermedades psiquiátricas imponen un grado catastrófico de angustia, deterioro funcional y riesgo de comorbilidad médica en aquellos estados no remitidos y no tratados.

Por lo tanto, los problemas a los que se enfrenta un evaluador médico son dos. En primer lugar, ¿la enfermedad en sí representa una amenaza actual o latente para la seguridad del buceador o los que bucean con él? En segundo lugar, ¿qué riesgo conlleva la medicación? El manejo psicológico de la ansiedad y los problemas fóbicos en los buceadores es una discusión más grande fuera del alcance de este artículo. Sin embargo, los principios para la evaluación precisa de los futuros buceadores con antecedentes psiquiátricos son sencillos.

En primer lugar, el requisito principal es que el potencial buceador esté en una fase de remisión de su enfermedad. "En remisión" significa que el buceador no debe presentar ningún síntoma de enfermedad alguna. Si el evaluador tiene alguna duda, el responsable médico del centro de salud que viene controlando los trastornos psiquiátricos del posible buceador debe ser consultado y estar absolutamente de acuerdo en que el paciente está totalmente asintomático y capaz de funcionar sin limitaciones. En este caso es útil la comprensión de que la enfermedad psiquiátrica es similar a cualquier otra enfermedad médica significativa y potencialmente recurrente. En caso de que un paciente con asma, diabetes, cáncer o enfermedad infecciosa desee bucear, la remisión es un requisito necesario. Lo mismo sucede con las enfermedades psiquiátricas.

En términos de estar en condiciones de bucear, no hay nada singular en la enfermedad psiquiátrica en comparación con otras enfermedades importantes. Este es el principio fundamental de la evaluación: El buceador debe estar libre de síntomas. Debe ser capaz de funcionar sin ningún tipo de restricción en las tareas que requieren juicio individual o cooperativo. Debe estar cognitivamente intacto. Debe haber mantenido la remisión durante un período de tiempo significativo. En cuanto a lo que constituye un "período de tiempo significativo", puede variar según el buceador y dependiendo del diagnóstico particular o de las circunstancias del paciente. Por esa razón, la consulta con el profesional médico tratante puede ser apropiado. Si el evaluador está familiarizado con el diagnóstico y el tratamiento de tales condiciones (por ejemplo, si el evaluador es un psiquiatra), entonces la consulta podría no ser necesaria.

Las enfermedades psiquiátricas en remisión no son, en sí mismas, contraindicadas para el buceo. Es el riesgo de un fallo de juicio o en una acción inapropiada lo que interesa al evaluador. Por lo tanto, es muy importante entender que la remisión prolongada de la enfermedad significa que el potencial buceador ha mantenido un estado asintomático y, por lo general, ha sido capaz de dirigir, trabajar y participar en diversas actividades recreativas que requieren cognición apropiada, cooperación y juicio. Significa que hay un médico que ha participado en la evaluación y el tratamiento del futuro buceador, que debe estar disponible para su consulta.

La segunda consideración es la evaluación de los medicamentos recetados para tratar la enfermedad psiquiátrica. Hay algunos medicamentos inherentemente problemáticos con aquellos buceadores que utilizan aire a profundidades recreativas estándar. Aunque hay pocos datos reales sobre la medicación psiquiátrica en profundidad, no hay datos que demuestren el peligro de los inhibidores selectivos de la

recaptación de serotonina, o de los inhibidores de recaptación de la serotonina y la norepinefrina, ni hay datos relativos a los riesgos del grupo de agentes que normalmente se conocen como antipsicóticos atípicos, a menudo prescritos para aumentar la antidepresión, el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Los medicamentos estimulantes utilizados para tratar el trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) no muestran ningún riesgo evidente. El mayor riesgo es la pérdida del beneficio de la medicación si no se toma en el momento oportuno. Los medicamentos anticonvulsivos deben ser evaluados sobre una base caso-por-caso. Bucear mientras se toma carbonato de litio es relativamente contraindicado debido a los riesgos graves asociados con la toxicidad potencial del litio si el buceador agota el sodio o está deshidratado. Las benzodiazepinas y compuestos de benzodiazepinas están contraindicadas para el buceo debido a sus efectos sedantes y cualidades deteriorantes cognitivas y del juicio.

No hay evidencia que sugiera que el buceo recreativo representa un riesgo especial para los pacientes psiquiátricos en fase de remisión y que reciben la medicación adecuada y sin efectos secundarios. Futuros buceadores en remisión, bajo el cuidado adecuado y que funcionen sin limitación, pueden ser considerados candidatos razonables para el buceo. Sin embargo, el uso de nitrox u otras mezclas de gases exóticos, buceo por debajo de profundidades recreativas estándar, inmersiones con descompresión o circunstancias especiales de buceo, requerirán una evaluación individualizada.