

Vol. 7 No. 1-2
Ene - Dic 2018

PSI MONART

REVISTA CIENTÍFICA

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ISSN: 2011 - 8333

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO • CLÍNICA MONTSERRAT •

67 años de atención y servicio
con calidad humana.

CALIDAD DE VIDA

EVIDENCIA CIENTÍFICA

SERVICIO HUMANIZADO Y SEGURO

EXPERIENCIA

MODELO PSICODINÁMICO

Nuestros Servicios

- Consulta externa y prioritaria
- Hospitalización
- Consulta externa niños y adolescentes
- Centro deshabitación Campoalegre

Vigilado SuperSalud



Cruz Cívica del Mérito Asistencial y Sanitario
"Jorge Bejarano"

Calle 134 N° 17 -71
PBX : 2596000
www.icsn.co

Síguenos en:  

Afiliado a la Academia Nacional de Medicina



PSI REVISTA CIENTÍFICA
MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO
Clínica Montserrat

Volumen 7 Numero 1-2, Enero - Diciembre 2018
Publicación Anual

Los conceptos y opiniones expresadas en los artículos
Son responsabilidad de los autores y no comprometen
Al Instituto Colombiano del Sistema Nervioso



INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Junta Directiva

Presidente

Silvia Helena Martínez Gómez

Vicepresidente

Rodrigo Muñoz Tamayo

Secretario

Guillermo Bueno Miranda

Vocales

Julio Roberto Correa Miranda

Alex Sandro Mindiola Romero

Suplentes

Carlos Antonio Gómez Fuentes

Lina María Ruiz Moreno

Lucía Del Pilar Rivera Giraldo

Daniilo Diazgranados Moncada

Álvaro Franco Zuluaga

Directora General

Aura Victoria Carrascal Márquez



REVISTA CIENTÍFICA
PSI MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

Editor

Eugenio Ferro Rodríguez

Comité Editorial

Juan Pablo Ortiz Londoño
Guillermo José Dager Pérez
María Teresa López Camargo
Aura Victoria Carrascal Márquez
Adriana Márquez Cepeda
Omaira Tovar Ruiz

Comité Científico

Juliana García Castro
Silvia Helena Martínez Gómez
Omar Antonio Cuellar Alvarado
León Michaan Bialikamien
Ivonne Donoso Suárez
Diana Isabel Robles Pacheco
Giovanna Muñoz Penagos
Olga Lucía Camacho Gómez
Fabio Eslava Cerón
Roberto Chaskel Heilbornner

Psimonart

revista@icsn.co

Teléfono (571) 2596000 ext 6010/6009

Calle 134 # 17-71, Bogotá D.C., Colombia

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Contenido

Editorial

Aprendiendo de la experiencia

Eugenio Ferro Rodríguez 1

Artículos originales

Prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en pacientes ancianos con trastorno neurocognitivo mayor

Daniel Alberto Villamizar Olaya, Juan Carlos Pérez Parada,
Diego Felipe Fonseca Perdomo 3

Eficacia del uso de psicoestimulantes como terapia de aumento versus la monoterapia con antidepresivos en el trastorno depresivo mayor: revisión sistemática

Yesenia Lindeman Vergara, Carlos Montaña Olmos 16

Relación entre el déficit de las funciones ejecutivas dependientes de la corteza orbito-frontal y la alteración de la introspección en pacientes con depresión mayor.

Valentina Ortiz-Skinner, Angie M. Pemett-Carvajal 32

Factores asociados al rendimiento académico en residentes de psiquiatría en Colombia

Juan Esteban Arcila, María José Suelte 40

Reportes de caso

Un caso de abuso y posible dependencia a la trimebutina

María Teresa López Camargo, Evila Cabrera, Edgar Yamhure Kattah 48

Enfermedad de Hirschsprung y Depresión. A propósito de un caso

Andrea Buitrago, Catalina García Salamanca, Diego Francisco Vargas Chávez,
Roberto Chaskel Heilbronner 52

Enfermedad de Hallervorden-Spatz con sintomatología depresiva: reporte de un caso

Diana Fernanda Cruz Cruz, Estefany Ramirez Pereira 56

Escritos y reflexiones

Acerca de la mente y la construcción de la realidad

Yesenia Lindeman Vergara 61

Etnopsiquiatría: un viaje más allá de la cultura

María Camila Rivera García 69

Cartas al editor

Juliana García Castro 74

Editorial

Aprendiendo de la experiencia

Wilfred Bion en su texto "Aprendiendo de la experiencia" menciona como el proceso del conocimiento, del aprendizaje, de intentar conocer algo implica un sentimiento doloroso, porque, entre otras razones, implica un proceso de cambio de lo conocido hacia lo desconocido.

Desde el año 2012 empecé a colaborar con la revista PSIMONART, en ese entonces, como asesor externo del comité editorial. Psimonart era una revista que a la fecha había publicado cuatro volúmenes con gran esfuerzo. Como epidemiólogo, mi inclinación siempre fue hacia impulsar los artículos producto de investigaciones, cualitativas, cuantitativas, de fuentes primarias, de fuentes secundarias, o realmente, de cualquier fuente, porque eran pocos los artículos de este tipo que nos llegaban. Recibíamos primordialmente artículos de reflexión, ensayos, algunas revisiones narrativas de la literatura, y unos pocos reportes de caso. La labor de impulsar la escritura desde las fuentes académicas de nuestra anterior editora, la doctora Juliana García Castro, tuvo sus frutos. Aunque con dificultad, poco a poco fuimos recibiendo más artículos. Poco a poco la publicación de artículos originales, es decir, aquellos que son producto de investigaciones inéditas, empezó hacerse realidad. Con esto no quiero dar el mensaje erróneo de desestimar los artículos tipo escritos y reflexiones; pero considero que

en una revista científica, como es el objeto de nuestra revista, debe primar la divulgación de conocimiento obtenido mediante el método científico. Así que, en el presente ejemplar encontrarán una mayor proporción de artículos originales, siendo este un objetivo a seguir en adelante.

La revista fue evolucionando como lo hacen los estudiantes, por medio del estudio y la academia, tanto individual como con la asesoría de expertos en gestión editorial. Esto nos permitió construir una estructura y un proceso editorial propio de una revista científica arbitrada por pares. Lo anterior trae nuevas exigencias y dificultades. De acuerdo con mi corta experiencia editorial, es la última parte, la del arbitraje por pares, la que implica las mayores dificultades y sé que es un problema que compartimos con otras revistas científicas. Aunque tenemos unos pares revisores que son muy efectivos, nuestra lista de respuestas inconclusas es larga. Sea esta la oportunidad para agradecer la labor de nuestros pares efectivos.

Ahora viene un dilema, que en este momento puede pesar más para los autores que para nosotros porque lo hemos pensado y trabajado desde hace largo rato, la indexación.

¿Qué es la indexación? De acuerdo con la definición proporcionada por LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en

Ciencias de la Salud), una revista indexada es una publicación periódica de investigación que denota alta calidad y ha sido listada en una base de datos/índice de consulta mundial. Y es un dilema para los autores, porque se origina un conflicto al decidir si publicar su investigación en nuestra revista o en una revista indexada. Ahora, para quienes han publicado en una revista indexada, saben que el proceso puede ser desde largo y dispendioso, pasando por frustrante, hasta imposible. Esto dependiendo de la calidad de la investigación, de la calidad de la escritura del texto y de la importancia o impacto de la revista en la que se quiere publicar.

Nuestro dilema sobre la indexación lo resolvimos cuando aclaramos el propósito real de la revista Psimonart. Pasamos del objetivo ideal de conseguir la indexación de la revista, al real de ser un órgano de difusión de artículos científicos en nuestro medio, más asequible para nuestros pares. También es un medio de aprendizaje de la escritura científica de calidad para nuestros autores más jóvenes, en el camino hacia las publicaciones indexadas con mayor impacto, ya que este tipo de escritura no se aprende de la noche a la mañana. Adicionalmente, es un medio de aprendizaje en la gestión editorial y revisión de textos científicos, y aprovecho para abrir la invitación a los pares académicos que quieran hacer parte de nuestro equipo de pares revisores.

Seguiremos trabajando por estimular la publicación de artículos originales, resultado de investigaciones científicas, para sacarles el mayor provecho y obtener la mejor calidad posible, con la toda la apertura para dar soporte a los autores y conseguir que sus investigaciones sean publicadas y no se queden archivadas en un cajón, o en los estantes olvidados de una biblioteca. En este

punto si tenemos una ventaja competitiva con la mayoría de revistas indexadas, que, al contrario de apoyo a los autores para su publicación, ofrecen múltiples barreras y complicaciones.

Debo agradecer a la doctora Aura Victoria Carrascal por su voto de confianza en mí para ser el nuevo editor de la revista Psimonart. Esta revista es una de las cuantas, y para mí, valiosas partes que conforman el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, al que estoy inmensamente orgulloso de pertenecer, junto a mis colegas y maestros a quienes admiro profundamente.

También debo agradecer la labor de mi predecesora y profesora, la Dra. Juliana García Castro, quien construyó la revista que tenemos hoy en día, de quien aprendí enormemente y que, en sus palabras, dado mi trabajo previo con la revista y vinculación con el instituto, el hecho que yo sea el editor actual de la revista era la evolución natural.

Eugenio Ferro Rodríguez, MD
Médico psiquiatra, miembro Instituto
Colombiano del Sistema Nervioso
Docente del posgrado en psiquiatría,
ICSN – Universidad El Bosque

Prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en pacientes ancianos con trastorno neurocognitivo mayor

Daniel Alberto Villamizar Olaya¹, Juan Carlos Pérez Parada¹, Diego Felipe Fonseca Perdomo²

1. Médico geriatra – Egresado del posgrado de geriatría de la Universidad Nacional de Colombia

2. Médico psiquiatra – Egresado del posgrado de psiquiatría de la Universidad El Bosque

Correspondencia: daniel8088@yahoo.com

Resumen

Introducción: La prescripción inapropiada de medicamentos en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor (TNM) ha sido descrita y aunque es controversial implica un problema clínico. Existen pocos estudios sobre este problema en Colombia.

Objetivo: Determinar la prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos (PIM) en pacientes adultos mayores con trastorno neurocognitivo mayor hospitalizados por psiquiatría.

Métodos: Estudio observacional trasversal, de prevalencia analítica mediante revisión documental de historias clínicas. Se calculó una muestra de 101 pacientes mayores de 65 años hospitalizados con diagnóstico de TNM. Se utilizaron los criterios START y STOPP para determinar la presencia de PIM intrahospitalaria y ambulatoria (antes de la hospitalización). Se midió también el riesgo de caídas por la escala Downton y el deterioro funcional por el índice de Barthel. Se realizó análisis estadístico con pruebas de normalidad para variables continuas y análisis bivariado con la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas y T de Student para comparación de medias.

Resultados: La prevalencia PIM en adultos mayores con TNM fue 49,5% ambulatoria (IC95%=40-59,1%) y 68,3% intrahospitalaria (IC95%=57,8-76,6%). Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre alto riesgo de caídas y PIM ($p=0,021$), así como entre ausencia de pluripatología y omisión de prescripción de medicamentos beneficiosos ($p=0,0001$).

Conclusión: La prevalencia de PIM en ancianos con TNM es elevada y con la hospitalización se incrementa. Los criterios STOPP y START tienen variaciones de sensibilidad y limitaciones, pero son herramientas valiosas para detectar e intervenir la PIM.

Palabras clave: Prescripción inadecuada, trastorno neurocognitivo, prevalencia

Summary

Introduction: Inappropriate medication prescription in patients with major neurocognitive disorder (MND) has been documented but remains a controversial issue. There are only a few studies that address this issue in Colombia.

Objective: To determine the prevalence of potentially inappropriate medication prescription (IMP) in elderly patients with MND in a psychiatric hospitalization.

Methods: This is a cross-sectional prevalence study through clinical chart review. A sample of 101 inpatients diagnosed with MND, 65 years and older. The START and STOPP criteria were used to determine the presence of IMP in outpatient (before hospitalization) and inpatient treatment. We also measure the risk of falls with Downton scale and functional impairment with the Barthel index. Statistical analysis, with normality tests for continuous variables and bivariate analysis with the Chi-square test for categorical variables and Student's T for comparison of means, was performed.

Results: The IMP prevalence in elderly with MND was 49.5% (95%CI=40-59.1%) for outpatients and 68.3% (95%CI=57,8-76,6%) for inpatients. Statistically significant associations were found between high risk of falls and IMP ($p=0.021$). Statistically significant relations were also found between the absence of pluripathology and the omission of beneficial prescription ($p=0.0001$).

Conclusion: The prevalence of IMP in elderly patients with TNM is higher and hospitalization increases. The STOPP and START criteria have variations in sensitivity and limitations, but they are valuable tools to detect and intervene the PIM.

Key words: Inappropriate prescribing, neurocognitive disorders, prevalence

Introducción

Con el incremento en la expectativa de vida la prevalencia de trastorno neurocognitivo mayor (TNM) a nivel mundial es cada vez mayor, debido a que esta patología aumenta con la edad. Actualmente se estima que la prevalencia de TNM en ancianos a nivel mundial oscila entre el 5% al 7% siendo de 6,4% en estados unidos y de 8,5% en américa latina (1) En Colombia hay estudios que muestran una prevalencia de 23,6% de TNM en individuos mayores de 60 años en Neiva (2). A su vez, en el estudio EPINEURO realizado en pacientes colombianos se encontró una prevalencia de trastorno neurocognitivo mayor de 13,1% en mayores de 50 años (2). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 50% de los medicamentos que se prescribe, se dispensa y se consume de manera inapropiada, siendo la población mayor de 65 años la consumidora de cerca

de un tercio del total de prescripciones de medicamentos (3).

Se entiende por prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos (PIM) un concepto que se compone de los siguientes elementos: 1) El riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico (hay alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces), 2) Uso de fármacos con mayor frecuencia o mayor duración de la indicada, 3) Uso de fármacos con elevado riesgo de interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad, 4) Fármacos duplicados o de la misma clase y 5) No utilización de fármacos beneficiosos que sí están clínicamente indicados (4-10).

Por otra parte, se entiende por polifarmacia a la utilización de 3 o más fármacos o más de 9 en el caso de Unidades de Larga Estancia) (11,12).

Algunos autores han reportado que la prevalencia de prescripción inapropiada de medicamentos (PIM) en pacientes con TNM es elevada y se asocia a problemas tales como polifarmacia (que en sí misma es un síndrome geriátrico), afectación de la calidad de vida y finalmente un impacto negativo en la salud pública, lo cual no es un problema menor en un país con recursos limitados del sistema de salud (13-16). En una revisión sistemática realizada en 2015 se encontró una prevalencia de PIM entre 10,2% a 56,4% (15). Qato y colaboradores, en un estudio realizado en ancianos de la comunidad, encontraron que el 29% tomaba más de 5 medicamentos prescritos; el 42% tomaba 1 o más medicamentos de venta libre y el 49% tomaba uno o más suplementos dietarios (16).

Otro estudio realizado por Sköldunger y colaboradores en pacientes mayores de 60 años encontró que la PIM aumenta el riesgo de hospitalizaciones (OR: 1,46; CI 1,18-1,81, 95%) y en el subgrupo de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor el riesgo de hospitalización fue más elevado (OR 1,88; CI 95% 1,03-3,43). En este mismo subgrupo se documentó un impacto significativo en mortalidad (HR:1,15; CI 1,01-1,31 95%). Los medicamentos que se asociaron con mayor frecuencia a los eventos adversos estudiados fueron las benzodiazepinas de larga acción y los anticolinérgicos (17).

El anciano tiene más riesgo de ser formulado inapropiadamente, debido a los cambios fisiológicos asociados a la edad, las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas de los medicamentos en el adulto mayor (AM), la presencia de multimorbilidad, la malnutrición, la polifarmacia en sí misma, la atención por múltiples especialistas y cambios en el entorno social, entre otros (6,11,12).

Es importante mencionar que el paciente con TNM tiene mayor riesgo de eventos adversos debido a los cambios moleculares y estructurales en el sistema nervioso central que lo hacen más vulnerable a los efectos de medicamentos de acción central, lo cual conlleva a un incremento en el deterioro cognitivo, sumado al riesgo de eventos adversos no centrales (caídas, fracturas, retención urinaria, deshidratación, etc). De manera análoga, el TNM también aumenta el riesgo de PIM debido a que estos pacientes presentan problemas de comunicación, síntomas psiquiátricos y alteraciones del comportamiento que pueden llevar a que los profesionales enfrentados a este tipo de pacientes, prescriban medicamentos psicotrópicos de entrada, antes de descartar patologías no psiquiátricas que pudieran explicar los cambios del comportamiento (3,4,9,12,18-23).

No obstante, la PIM en pacientes con TNM no ha sido estudiada a profundidad en Colombia, desconociéndose la prevalencia de PIM en ancianos con TNM. Por esta razón, se decidió realizar un estudio observacional de prevalencia para estimar la PIM en pacientes colombianos con TNM.

Métodos

Se realizó un estudio observacional trasversal de prevalencia analítica, mediante revisión documental de historias clínicas.

Se calculó un tamaño de muestra de 101 pacientes con base en prevalencia reportadas de PIM (15,16,17) de alrededor de 50% en pacientes con TNM. Se calcularon intervalos de confianza del 95% y se previeron 5% de pérdidas.

Se revisaron las historias clínicas de 101 pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de TNM según criterios DSM-IV y DSM-5

que fueron hospitalizados por psiquiatría, entre el 1 de febrero de 2016 al 30 de abril de 2017. Se excluyeron las historias de los pacientes con tiempo de internación menor a 24 horas, así como los casos en los que no estaba disponible la información de interés en la historia clínica.

El estudio se realizó exclusivamente revisando las historias clínicas de los pacientes en la institución respetando los criterios de confidencialidad de la información tanto del paciente como de la institución, advirtiendo al personal médico tratante en caso de documentarse situaciones de riesgo para los pacientes.

La PIM medida a la formulación de medicamentos ambulatorios previos al ingreso hospitalario (de acuerdo con lo registrado en los antecedentes) y a la formulación del tratamiento intrahospitalario.

Para la detección de PIM se utilizaron dos herramientas: los criterios STOPP (*Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions*) y START (*Screening Tool to Alert doctors to the Right, appropriate, indicated Treatment*) (24-31).

Los criterios STOPP-START fueron publicados por primera vez en el año 2008 por Gallagher y colaboradores (24) en Irlanda y fueron pronto avalados por la *European Union Geriatric Medicine Society*. Posteriormente se publicó su versión traducida al español en el año 2009 (25), lo que ha colaborado de forma significativa a su difusión en los países que usan este idioma, e incluso se ha publicado en 2013 una adaptación para su uso en atención primaria (30). Estos criterios fueron creados aplicando una técnica de consenso de Delphi y basados en la evidencia disponible en ese momento.

Los criterios STOPP-START recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción en las personas mayores, son fáciles de relacionar con el diagnóstico (ya que están agrupados por sistemas fisiológicos) y pueden integrarse en los sistemas informáticos de prescripción. Respecto a los criterios de Beers (9,27,32), su aportación más novedosa fue la inclusión de una lista que buscaba detectar la falta de uso de medicamentos potencialmente indicados (criterios START).

También se midieron otras variables clínicas de relevancia incluyendo comorbilidades, deterioro funcional medido por el índice de Barthel (33) y el riesgo de caídas medida por la escala Downton (34). Se evaluó la presencia de pluripatología, definida como dos o más antecedentes médicos adicionales a la enfermedad índice, en este caso el TNM.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Para el análisis bivariado la prueba Chi-cuadrado para variables categóricas y T de Student para comparación de medias. Para todas las pruebas se definió un error tipo $\alpha < 0,05$, (significancia) y se establecieron unos intervalos de confianza al 95%.

El estudio fue aprobado por un comité independiente de ética en investigación. Se consideró como una investigación sin riesgo de acuerdo con lo establecido en la resolución 8430 de 1993.

Resultados

El total de casos se conformó por 101 pacientes con diagnóstico de TNM de los cuales el 66,3% (n=67) eran de sexo femenino, para una relación mujer hombre de 2:1. El rango de edad fue entre 65 y 96 años, con una media de 78,7 años (desviación estándar, DE $\pm 7,1$).

Tabla 1. Características de la muestra

		n	(%)
Edad media (DE)	78,7 años ($\pm 7,1$)		
Sexo	Femenino	67	(66,3)
	Masculino	34	(33,6)
Antecedentes Médicos	Glaucoma	1	(0,7)
	Enfermedad coronaria	2	(1,4)
	Insuficiencia cardiaca	3	(2,1)
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9	(6,2)
	Osteoporosis	12	(8,2)
	Evento cerebrovascular	12	(8,2)
	Diabetes	18	(12,3)
	Depresión mayor	20	(13,7)
	Hipertensión arterial	69	(47,3)
Pluripatología (2 o más enfermedades además de TNM)		9	(8,9)
Hospitalización en últimos 90 días		19	(18,8)
Alto riesgo de caída		67	(66,3)

Con respecto a los factores clínicos, al 47,7% de la muestra se le documentó hipertensión arterial como antecedente médico, seguido por depresión mayor (13,7%) y diabetes mellitus tipo 2 (12,3%). El 18,8% (n=19) presentó antecedente de hospitalización en los noventa días previos al ingreso hospitalario. El 66,3% (n=67) de los casos tenía un riesgo alto de caída medida por la escala Downton. La pluripatología se documentó en 8,9% (n=9) de los pacientes (Tabla 1).

En la funcionalidad de los pacientes, medida con el índice de Barthel, se obtuvo un puntaje promedio de 71,9 puntos (DE $\pm 24,6$) con un rango entre 0 y 100 puntos. Es importante mencionar que el 20% de casos obtuvo un Barthel menor de 60.

Al realizar el análisis por sexo, se observó un promedio en las mujeres de 66,8 puntos (DE $\pm 25,7$) y para los hombres de 73,6 puntos (DE $\pm 29,4$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de Barthel por sexo (p=0,528).

La prevalencia de PIM utilizando los criterios STOPP/START en pacientes ambulatorios fue del 49,5% (IC95%=40-59,1%), mientras que a nivel intrahospitalario fue del 68,3% (IC95%=57,8-76,6%). Por otra parte, al aplicar únicamente los criterios START, sólo el 14,9% (IC95%=7,9-21,8%) resultó positivo tanto a nivel ambulatorio, como en el ámbito intrahospitalario (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada ambulatoria y hospitalaria

Criterios	Ámbito	n	% (IC 95%)
STOPP/START	Ambulatorio	50	49,5 (40 - 59,1)
	Hospitalario	69	68,3 (57,8 - 76,6)
START	Ambulatorio	15	14,9 (7,9 - 21,8)
	Hospitalario	15	14,9 (7,9 - 21,8)

Tabla 3. Variación del uso de medicamentos al ingreso y en la hospitalización (criterios STOPP)

	Medicamentos STOPP en la hospitalización							
	Cero	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Siete
Medicamentos al ingreso	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cero	30 (100)	9 (30)	8 (47,1)	2 (13,3)	1 (25)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)
Uno	0 (0)	19 (63,3)	4 (23,5)	7 (46,7)	3 (75)	1 (0,5)	1 (0,5)	0 (0)
Dos	0 (0)	0 (0)	4 (23,5)	3 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tres	0 (0)	2 (6,7)	1 (5,9)	3 (20)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)
Cuatro	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)

Al analizar los resultados obtenidos únicamente con los criterios STOPP se evidenció cómo la estancia hospitalaria favoreció el incremento en la PIM, especialmente en aquellos con menor número de medicamentos al ingreso (Tabla 3).

En cuanto a la distribución de medicamentos de uso ambulatorio, se evidenció que la

Vitamina D, seguido de los suplementos de calcio y los broncodilatadores fueron los principales fármacos omitidos en la formulación, de acuerdo a las recomendaciones de los criterios START, tanto a nivel ambulatorio como intrahospitalario (Tabla 4).

Tabla 4. Medicamentos omitidos en la formulación según criterios START

Medicamento omitido	n (n=35)	(%)
Vitamina D	8	(22,9)
Calcio	7	(20)
Broncodilatador	5	(14,3)
Corticoide inhalado	4	(11,4)
Antirresortivo	4	(11,4)
Antiagregante plaquetario	3	(8,6)
Estatina	2	(5,7)
Betabloqueador	1	(2,9)
Metformina	1	(2,9)

Con respecto a los medicamentos inapropiadamente formulados por criterio STOPP los antipsicóticos atípicos, seguidos de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), antiagregantes y benzodiacepinas fueron los más frecuentemente prescritos de manera ambulatoria, previos a la hospitalización (Tabla 5).

Tabla 5. Medicamentos ambulatorios potencialmente inapropiados según criterios STOPP

Medicamento potencialmente inapropiado	n (n=66)	(%)
Antipsicótico atípico	18	(27,3)
Inhibidores de la bomba de protones	8	(12,1)
Antiagregante plaquetario	7	(10,6)
Benzodiazepina de acción corta	6	(9,1)
Antidepresivo tricíclico	4	(6,1)
Antipsicótico típico	4	(6,1)
Diurético de asa	4	(6,1)
Estatina	4	(6,1)
Opioide	3	(4,5)
Benzodiazepina de acción intermedia	2	(3)
Antihistamínico de 1era generación	1	(1,5)
Antimuscarínico	1	(1,5)
Biguanida	1	(1,5)
Diurético ahorrador de potasio	1	(1,5)
Sulfonilurea	1	(1,5)
Calcitriol	1	(1,5)

Tabla 6. Medicamentos intrahospitalarios potencialmente inapropiados según criterios STOPP

Medicamento potencialmente inapropiado	n (n=61)	(%)
Antipsicótico típico	14	(23)
Antipsicótico atípico	11	(18)
Inhibidores de la bomba de protones	10	(16,4)
Benzodiazepina de vida media corta	6	(9,8)
Anticolinérgico	4	(6,6)
Benzodiazepina de acción intermedia	3	(4,9)
Estatinas	3	(4,9)
Antihistamínico de 1era generación	2	(3,3)
Diurético de asa	2	(3,3)
Opioide	2	(3,3)
Biguanida	1	(1,6)
Asa	1	(1,6)
Calcitriol	1	(1,6)
Antiagregante plaquetario	1	(1,6)

En el escenario intrahospitalario los medicamentos prescritos de manera potencialmente inapropiada por criterios STOPP fueron los antipsicóticos, los IBP y las benzodiazepinas (Tabla 6).

Con respecto a las causas de PIM se encontró que en el 51,8% (n=58) se prescribieron

medicamentos cuyo riesgo de evento adverso era superior al beneficio, seguido por la duplicidad en la formulación en el 25% (n=28) y la omisión de un fármaco beneficioso en el 14,3% (n=16) de los casos. No hubo ningún caso de magnitud o intervalo de dosis inapropiado.

En el análisis bivariado, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de pluripatología y la no presencia de PIM por criterios START tanto ambulatorios como intrahospitalarios ($p < 0,0001$). Caso contrario a lo observado

con los criterios STOPP donde no se evidenció esta asociación ($p > 0,05$) (Tabla 7). Adicionalmente, la ausencia de pluripatología se asoció con la omisión de prescripción de medicamentos beneficiosos por criterios START (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación entre pluripatología y PIM por criterios STOPP y START

	NO		SI		p
	n	(%)	n	(%)	
STOPP ambulatorio					
NO	47	(9,2)	45	(90)	0,741
SI	4	(7,8)	5	(10)	
START ambulatorio					
NO	84	(97,7)	8	(53,3)	<0,000*
SI	2	(2,3)	7	(46,7)	
STOPP intrahospitalario					
NO	27	(87,1)	65	(92,9)	0,298
SI	4	(12,9)	5	(7,1)	
START intrahospitalario					
NO	84	(97,7)	8	(53,3)	<0,000*
SI	2	(2,3)	7	(46,7)	

*Asociación estadísticamente significativa, $p = 0,0000115$.

Tabla 8. Asociación entre riesgo de caídas y PIM por criterios STOPP

	NO		SI		p
	n	(%)	n	(%)	
STOPP ambulatorio					
Alto	26	(38,8)	41	(61,2)	0,001
Bajo	25	(73,5)	9	(26,5)	
STOPP intrahospitalario					
Alto	15	(22,4)	52	(77,6)	0,021
Bajo	16	(47,1)	18	(52,9)	

También se realizó el análisis entre el compromiso de la funcionalidad medida por la escala de Barthel y los criterios START y STOPP. Se encontró que el presentar PIM por criterios STOPP en la formulación intrahospitalaria se asocia de manera estadísticamente significativa ($p=0,049$) con disminución de la funcionalidad (diferencia de 10 puntos en la escala de Barthel).

Al analizar una posible asociación entre el riesgo de caída y los criterios STOPP tanto ambulatorios como intrahospitalarios se encontró asociación estadísticamente significativa (Tabla 8).

Al analizar la prescripción inadecuada (PIM) y la posible asociación con las variables pluripatología, y hospitalización en los últimos 90 días, no se encontró asociación estadísticamente. No obstante si se encontró asociación estadísticamente significativa con el riesgo de caídas ($p=0,02$).

Finalmente se estudió una relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la PIM, evidenciando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el promedio del IMC entre los sujetos que presentan PIM ($p>0,05$). Tampoco hubo diferencias entre el promedio IMC y el riesgo de caídas ($p>0,05$).

Discusión

En el presente estudio determinamos la prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos (PIM) en pacientes ancianos con trastorno neurocognitivo mayor en el ámbito ambulatorio, antes del ingreso a una hospitalización psiquiátrica y durante la misma.

La prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos (PIM) constituye uno de los problemas más prevalentes en el paciente geriátrico y más aún en el que cursa con trastorno neurocognitivo mayor (TNM). Se han reportado prevalencias de PIM por criterios STOPP en la comunidad de 21-69%, en residencias de 24-98% y en hospital de agudos 16-77%. En otros estudios se documentó una prevalencia de PIM en ancianos con TNM entre 10,2% y 56,4% (15-17). En nuestro estudio, la prevalencia de PIM en ancianos con TNM fue de 49,5 % ambulatoria, lo cual se encuentra dentro del rango de estudios similares. Sin embargo, al evaluar la prevalencia de PIM intrahospitalaria, esta asciende a 68,3 % lo cual es superior a lo reportado en la literatura para este tipo específico de pacientes; porque como se comentó, se ha encontrado PIM con rangos superiores hasta de 69% en comunidad, 77% en hospital de agudos y 98% en residencias (15,16,17).

Se considera que esta situación puede explicarse por el hecho de que en la mayoría de los estudios se utilizan los criterios de BEERS mientras que en el presente estudio se utilizaron los criterios STOPP-START, que pueden llegar a tener mayor capacidad para detectar la PIM. Por otra parte, las benzodiazepinas y los neurolépticos que se encuentran en destete, que son muy frecuentes en la población estudiada, son interpretados por la herramienta STOPP-START como PIM, lo que puede sobreestimar este diagnóstico en los pacientes de nuestro estudio. De igual modo, la ausencia de una valoración geriátrica integral que permita optimizar la prescripción, valorando las interacciones entre los medicamentos, así como también la formulación apropiada para el tratamiento de las comorbilidades no psiquiátricas, también puede aportar a la

explicación de esta alta prevalencia de PIM en este estudio. Esta situación también podría explicar porque en ningún caso de omisión de prescripción, por criterios START al ingreso, se iniciaron los medicamentos que necesitaba el paciente durante la hospitalización.

Con respecto a los criterios START, llama la atención que los medicamentos que se omitieron en la formulación con más frecuencia fueron los suplementos de calcio y vitamina D, seguido de los broncodilatadores, los antiresortivos, los antiagregantes plaquetarios y las estatinas. En nuestro estudio la mayoría de los pacientes tenían dependencia funcional moderada (solo el 20% de los pacientes tuvo un índice de Barthel menor de 60 con un promedio de 71,9) y se podrían beneficiar de la formulación de los medicamentos previamente citados (33). Esta situación refuerza la necesidad de una valoración geriátrica al ingreso de la hospitalización, con seguimientos ambulatorios para abordar de manera apropiada las comorbilidades de estos pacientes.

En cuanto a los criterios STOPP, los antipsicóticos, los inhibidores de bomba de protones (IBP) y las benzodiacepinas fueron los medicamentos más frecuentemente prescritos de manera potencialmente inapropiada. La limitación de la herramienta STOPP-START para evaluar los medicamentos en plan de destete, podría explicar los resultados relacionados con lo neurolépticos y con las benzodiacepinas. Sin embargo, la formulación apropiada de los IBP en ancianos puede explicarse por la ausencia de la valoración geriátrica, así como también, por el desconocimiento de la formulación apropiada de estos medicamentos, situación que se observa en otros estudios (28).

Con respecto a los análisis bivariados se puede observar una asociación estadísticamente significativa entre la ausencia de pluripatología y la ausencia de criterios START por lo que los criterios START STOPP podrían tener mayor utilidad como herramienta de tamización de PIM en el contexto de los ancianos con TNM como enfermedad índice y pluripatología. También llama la atención que se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de deterioro funcional medido por el índice de Barthel y la presencia de criterios STOPP intrahospitalarios. Este hallazgo podría explicarse por el fenómeno de deterioro funcional hospitalario como efecto adverso de la PIM. (35)

En el análisis bivariado también se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de PIM con alto riesgo de caídas lo cual se ha evidenciado en otros estudios (22,36).

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra que los criterios STOPP-START son una herramienta de tamización de PIM, por lo que un diagnóstico de certeza de PIM requerirá una valoración más profunda con criterios implícitos (25,28). Por otra parte como se mencionó anteriormente, los medicamentos que requieren de un destete progresivo hasta su suspensión también son catalogados como PIM, lo que puede sobreestimar el problema. También es importante mencionar que estos criterios solo tienen en cuenta las situaciones más frecuentes de PIM, por lo que otras situaciones menos comunes de prescripción potencialmente inapropiada no serían detectadas por la herramienta STOPP START (29).

Por otra parte, se encontró como otra limitación de nuestro estudio, el subregistro de condiciones patológicas como la hipotensión ortostática, calificación de dolor, antecedente de glaucoma, entre otras. Finalmente, por tratarse de una muestra por conveniencia, los resultados de este estudio no son extrapolables a otros escenarios por lo que se requieren más estudios en diferentes situaciones clínicas.

Conclusiones

La prevalencia de PIM en ancianos con TNM es elevada y con la hospitalización se incrementa, ya sea por formulación de medicamentos inapropiados o por omisión de medicamentos necesarios.

Los criterios STOPP y START tienen variaciones de sensibilidad y limitaciones importantes en el momento de ser aplicados a una población anciana con TNM; pero son herramientas valiosas para detectar e intervenir la PIM en este contexto.

En los ancianos con TNM, pluripatología y alto riesgo de caídas las herramientas STOPP/START son de gran utilidad para detectar PIM y solicitar una valoración geriátrica integral. Es importante realizar una evaluación clínica integral, ya que STOPP/START no contemplan situaciones tales como la rotación de antipsicóticos ni la funcionalidad, por lo que esta herramienta no es superior al juicio clínico.

Referencias

1. Amaya E, Ríos A, González G. Prevalence of dementia in Colombian populations. *Dement Neuropsychol*. 2014;8(4):323-329.

2. Pradilla G, Vesga B, León-Sarmiento F, Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2003;14(2).

3. OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*. 2002;5:1-6.

4. Page RL, Linnebur SA, Bryant LL, Ruscin JM. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: Defining the problem, evaluation tools and possible solutions. *Clin Interv Aging*. 2010; 5:75-87.

5. Mimica Matanovic S, Vlahovic-Palcevski V. Potentially inappropriate medication in the elderly: A comprehensive protocol. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012;68:1123-38.

6. Cahir C, Bennett K, Teljeur C, Fahey T. Potentially inappropriate prescribing and adverse health outcomes in community dwelling older patients. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77:201-10.

7. Cullinan S, O'Mahony D, Fleming A, Byrne S. A meta-synthesis of potentially inappropriate prescribing in older patients. *Drugs Aging*. 2014;31:631-8.6

8. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:616-31.

9. O'Connor, P.F. Gallagher, D. O'Mahony. Inappropriate prescribing criteria, detection and prevention. *Drugs Aging*. 2012;29:437-452.

10. Rancourt C, Moisan J, Baillargeon L, Verreault R, Laurin D, Grégoire JP. Potentially inappropriate prescriptions for older patients in long-term care. *BMC Geriatr.* 2004;4:1-9.
11. Gokula M, Holmes H. Tools to Reduce Polypharmacy *Clin Geriatr Med.* 2012;28:323-341.
12. Bravo P, Montañés B, Martínez M. Calidad farmacoterapéutica en el paciente geriátrico. Incorporación del farmacéutico al equipo interdisciplinar y Características del paciente anciano: cambios fisiológicos, farmacocinéticos y farmacodinámicos, polifarmacia y uso seguro de los medicamentos. Cuidados farmacéuticos en personas en situación de dependencia. Barcelona: Glosa; 2009.
13. Blasco F, Martínez J, Villares P, Jiménez A. El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2005;29:152-62.
14. Norris P, Herxheimer A, Lexchin J, Mansfield P. Drug promotion: What we know, what we have yet to learn. Ginebra: World Health Organization and Health Action International; 2005.
15. Johnell K. Inappropriate Drug use in People with Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review. *Current Clinical Pharmacology.* 2015;10:1-7.
16. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, et al. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *Jama.* 2008;300(24):2867-78.
17. Sköldunger A, Fastbom J, Wimo A, Fratiglioni L, Johnell K. Impact of Inappropriate Drug Use on Hospitalizations, Mortality, and Costs in Older Persons and Persons with Dementia: Findings from the SNA C Study. *Drugs Aging.* 2015;32:671-678.
18. Cruz-Jentoft AJ, Boland B, Rexach L. Drug therapy optimization at the end of life. *Drugs Aging.* 2012;29:511-21.5.
19. Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Data-base of Syst Rev.* 2012.
20. Routledge PA, O'Mahony MS, Woodhouse KW. Adverse drug reactions in elderly patients. *Br J Clin Pharmacol* 2004;57(2):121-6.
21. Marcum ZA, Amuan ME, Hanlon JT, et al. Prevalence of unplanned hospitalizations caused by adverse drug reactions in older veterans. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(1):34-41.
22. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy.* 2007; 5(4):345-51
23. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ.* 2012;345:e5205.
24. Gallagher PF, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46:72-83.

25. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquín B, Sánchez Castellanos C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes Mayres: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:273-9.
26. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P, O'Connor M, Kennedy J. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *European Geriatric Medicine* 2010;1:45-51.
27. Muñoz M. Criterios STOPP/START versus criterios de Beers, aplicación en diferentes unidades de hospitalización [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
28. Castillo-Páramo A, Pardo-Lopo R, Gómez-Serranillos IR, Verdejo A, Figueiras A, Clavería A. Assessment of the appropriateness of STOPP/START criteria in primary health care in Spain by the RAND method. *Semergen.* 2013;39:413-20.26.
29. Gallo Padilla L, Fatoul del Pino G, Moya Roldán S, Ruiz Ruigómez M, Badiola González J, Ruiz Rivera L, Parra Rosado P. Potenciales Limitaciones de los Criterios Stopp-Start a partir de un Estudio Descriptivo en Pacientes Pluripatológicos Hospitalizados. *Rev Clin Esp.* 2013;213(Espec Congr):1014.
30. Castillo-Páramo A, Pardo-Lopo R, Gómez-Serranillos IR, Verdejo A, Figueiras A, Clavería A. Assessment of the appropriateness of STOPP/START criteria in primary health care in Spain by the RAND method. *Semergen.* 2013;39:413-20.
31. Delgado Silveira E., Muñoz García M., Montero Errasquín B., Sánchez Castellano C., Gallagher P.F., Cruz-Jentoft L.J. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2015;50(2).
32. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch Intern Med.* 1991;151:1825-32.22.
33. Cid-Ruzafa, Javier; Damián-Moreno, Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública.* 1997;71(2):127-137.
34. Bueno-García MJ, Roldán-Chicano MT, Rodríguez-Tello J, Meroño-Rivera MD, Dávila-Martínez R, Berenguer-García N. Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Enferm Clin.* 2017;27(4):227-234.
35. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011;9:378-391.
36. Tromp AM, Pluijm SM, Smit JH, Deeg DJ, Bouter LM, Lips P. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(8):837-44.

Eficacia del uso de psicoestimulantes como terapia de aumento versus la monoterapia con antidepresivos en el trastorno depresivo mayor: revisión sistemática

Yesenia Lindeman Vergara¹, Carlos Montaña Olmos¹

1. Médico psiquiatra – Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat

Correspondencia: yesselindeman@gmail.com

Resumen

Introducción: El tratamiento farmacológico del trastorno depresivo mayor (TDM) alcanza remisión solo en 30% con una primera línea de antidepresivo, haciéndose necesario implantar diferentes estrategias de tratamiento.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la terapia de aumento con psicoestimulantes en comparación con la monoterapia con antidepresivos en pacientes con TDM.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura, de experimentos clínicos aleatorizados y controlados que comparan el uso de terapia de aumento con psicoestimulantes versus la monoterapia con antidepresivos. Desenlaces evaluados: cambio en puntaje en escala de depresión, remisión, respuesta, eventos adversos, puntaje en dominios específicos y mejoría en la condición clínica global. Búsqueda en las bases de datos: MEDLINE, CENTRAL – Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase y otras fuentes.

Resultados: Se obtuvieron 1.907 registros. Cinco estudios cumplieron los criterios para ser admitidos en la síntesis cualitativa: tres utilizaron modafinil y dos Lisdexanfetamina (LDX). Todos utilizaron inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) como antidepresivo de base. Uno de los estudios reportó mejoría con el uso de modafinil + antidepresivo en comparación con el placebo + antidepresivo. El resto de estudios no mostraron eficacia comparativa. Ninguno de los estudios reportó eventos adversos graves o aumento significativo de los mismos.

Conclusiones: No hubo evidencia suficiente para hacer una recomendación sobre la eficacia del uso de psicoestimulantes como terapia de aumento en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, en síntomas específicos como la somnolencia, fatigabilidad y funciones ejecutivas sí se encontró eficacia del modafinil y LDX en comparación con el antidepresivo solo.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, depresión, psicoestimulantes, tratamiento de la depresión, terapia de aumento.

Summary

Introduction: Pharmacological treatment of major depressive disorder (MDD) achieves remission in only 30% with a first line antidepressant. Thus, it is necessary to implement different treatment strategies.

Objective: Evaluate the efficacy of augmentation therapy with psychostimulants compared to monotherapy with antidepressants in patients with MDD.

Methods: Systematic literature review of randomized controlled trials comparing the augmentation therapy with psychostimulants versus monotherapy with

antidepressants. Outcomes: change in score on depression scale, remission, response, adverse events, score in specific domains and improvement in the clinical global condition. Database search: MEDLINE, CENTRAL - Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase and other sources.

Results: 1907 records were obtained. Five studies met the criteria to be admitted in the qualitative synthesis: three of modafinil and two Lisdexamfetamine (LDX). All used serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) as a base antidepressant. One of the studies reported improvement with the use of modafinil + antidepressant compared to placebo + antidepressant. The other studies did not show comparative efficacy. None of the studies reported serious adverse events or a significant increase adverse reaction.

Conclusions: There was insufficient evidence to make a recommendation on the efficacy of the use of psychostimulants as augmentation therapy in the treatment of major depressive disorder. However, in specific symptoms such as drowsiness, fatigability and executive functions, modafinil and LDX efficacy was found in comparison with antidepressant alone.

Key words: major depressive disorder, depression, psychostimulants, treating depression, augmentation therapy.

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una patología que causa morbilidad y mortalidad y que aflige a personas de todas las edades y razas. Esta patología conlleva a disminución en la calidad de vida de las personas y los familiares de quien padecen este trastorno, repercutiendo en altos gastos por el uso de recursos en salud, y aumento en años de vida perdidos por discapacidad (1). La OMS estima que alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo sufren de un episodio de depresión mayor cada año. Los resultados del estudio sobre la carga mundial de las enfermedades (Global Burden of Disease, GBD) efectuado por la OMS demostraron que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD) y que en 1990 a esta afección le correspondió el 10,5% de los APD en el mundo (1,2). En Estados Unidos cerca de 18 millones de personas han tenido al menos

un episodio de depresión y con un riesgo en la vida de padecer depresión de alrededor de 17 % (2). Alrededor del 15% de las personas con depresión mayor se suicida (3,4).

El TDM tiene una tendencia a recurrir. Se calcula que 50-85% de los pacientes que sufren un episodio sufrirán otro. Cuando se administra un tratamiento adecuado, el pronóstico para un episodio depresivo es favorable y la mayoría de los pacientes vuelven al funcionamiento normal una vez que el episodio ha limitado. Sin embargo, en 20-30% de los casos la remisión es incompleta y algunos pacientes persisten con síntomas depresivos (5,6).

El manejo farmacológico con antidepresivos ha permitido disminuir el sufrimiento y la discapacidad generada por este trastorno. La evidencia obtenida en los ensayos clínicos

controlados muestra que la respuesta y la remisión se dan en una forma más eficaz en los grupos tratados con antidepresivos vs aquellos que son tratados con placebo (7,8). A pesar de la aparición de diferentes moléculas la tasa de remisión sigue siendo limitada, llegando a la remisión solo en un 30% de los pacientes tratados con una primera línea de medicamento antidepresivo (9,10).

El objetivo del tratamiento tradicionalmente ha sido alcanzar una respuesta terapéutica, definida como una disminución del 50% de los síntomas medidos en una escala, sin embargo, el objetivo final debería ser la remisión completa de los síntomas (8,9,10). A pesar de la suficiente disponibilidad de agentes antidepresivos de diferentes tipos, a la fecha solo el 30% de los pacientes tratados con un primer tratamiento antidepresivo muestran una remisión sintomática, y una recuperación funcional significativa (9,10).

Adicionalmente, la federación mundial de psiquiatría biológica (WFBSP) indica que hasta un 50% de los pacientes no respondedores a un primer antidepresivo también fallarán a responder en un segundo tratamiento, pudiendo llevar a una depresión resistente al tratamiento (DRT), la cual se define como una falla para responder a dos o más antidepresivos en el episodio actual (11). Se entiende como una terapia de aumento la adición de un segundo agente después de una respuesta incompleta en monoterapia con antidepresivos para lograr la remisión, en la mayoría de los estudios el agente de aumento no es un antidepresivo en sí mismo, aunque un pequeño grupo usan un segundo antidepresivo aprobado por la FDA (11,12).

Debido a la limitación en la respuesta terapéutica con antidepresivos (13), se han

diseñado diferentes estrategias para mejorar la eficacia, como es la terapia aumento, la cual consiste en el uso de otros grupos farmacológicos diferentes a los antidepresivos (14). En la actualidad se ha popularizado el uso "off label" de psicoestimulantes sin que se cuente con un adecuado respaldo en la literatura (15,16).

Existen múltiples estrategias de aumento incluyendo el uso de litio, hormona tiroidea, antipsicóticos. Los psicoestimulantes también se usan comúnmente como aumento para la terapia antidepresiva, pero esta estrategia de tratamiento no está tan estudiada en comparación con los anteriores (17-25). En este contexto, surge la pregunta ¿Cuál es la eficacia del uso de psicoestimulantes como terapia de aumento en comparación con la monoterapia con antidepresivos para el tratamiento del trastorno depresivo mayor?

El propósito de este estudio fue evaluar a través de una revisión sistemática de la literatura de experimentos clínicos aleatorizados y controlados la eficacia de la terapia de aumento con psicoestimulantes.

Métodos

El presente es un estudio secundario tipo revisión sistemática de la literatura. Se incluyeron experimentos aleatorizados controlados (ECA) que comparaban el uso de terapia de aumento con psicoestimulantes versus la monoterapia con antidepresivos, indexados en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, COCHRANE y otras fuentes (búsqueda en bola de nieve de las referencias de los estudios incluidos).

Se incluyeron los ECA con población mayor de 18 años diagnosticados con Trastorno depresivo mayor (TDM) por DSM-IV y CIE-10. Se excluyeron estudios que incluían

pacientes con terapia de aumento previa, depresión resistente a tratamiento, diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos, depresión bipolar, trastornos psicóticos, comorbilidad con trastornos neurocognitivos mayores, retardo mental,

consumo de sustancias psicoactivas, antecedente de comorbilidad médica, además de estudios con insuficiente calidad metodológica o que utilizaron antidepresivos y psicoestimulantes como terapia inicial.

Los desenlaces contemplados fueron: cambio en puntaje en escala de depresión, remisión, respuesta, eventos adversos, puntaje en dominios específicos y mejoría en la condición clínica global.

Se utilizó la herramienta de riesgo de sesgo para experimentos clínicos controlados de la Colaboración Cochrane.

Tipo de estudio

Estudio integrativo tipo revisión sistemática de experimentos clínicos controlados aleatorizados.

Población de referencia y muestra

Estudios aleatorizados controlados de pacientes con diagnóstico por DSM-IV y CIE-10 de trastorno depresivo mayor.

Participantes

Adultos (mayores de 18 años).

Tipos de intervenciones

- Terapia de aumento: antidepresivo + psicoestimulante.
- Antidepresivos (monoterapia).

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Estudios que incluyan población con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, mayores de 18 años.

- Estudios que comparen monoterapia con antidepresivos y terapia de aumento con estimulantes.

- Estudios que comparen desenlace en términos de mejoría en las escalas de depresión.

- Ensayos clínicos controlados aleatorizados.

Criterios de exclusión

- Estudios que incluyan pacientes con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos, o depresión bipolar, y/o trastornos psicóticos.

- Estudios que incluyan pacientes con comorbilidad con trastornos neurocognitivos mayores, retardo mental, pacientes consumo de sustancias psicoactivas.

- Paciente con antecedente de comorbilidad médica (entendido como cáncer, VIH, lesión cerebral).

- Pacientes con diagnóstico de depresión resistente a tratamiento.

- Pacientes quienes hayan recibido terapia de aumento previa.

- Estudios con insuficiente calidad metodológica.

- Estudios que utilizaron antidepresivos y psicoestimulantes como terapia inicial.

Búsqueda de la literatura.

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, COCHRANE. La búsqueda de la literatura se desarrolló a través de la metodología PICO según los términos Mesh/Desc:

- Población: Adultos con depresión mayor

- Intervención: antidepresivo, estimulante, dopaminérgico, aumento de tratamiento refractario de depresión, Modafinil (Vigil,

Provigil, Sparlon, Alertecc, Vigia, Modiodal)
 Armodafinil (Neoresotyl, Nuvigil)
 Methylphenidate (Metadate, Equasym,
 Methylin, Concerta, Phenidylate, Ritalin,
 Ritaline, Ritalin-SR, Ritalin SR, Centedrin,
 Daytrana) amphetamines (2,5-Dimethoxy-
 4-Methylamphetamine, 3,4-
 Methylenedioxyamphetamine,
 Amphetamine, Dextroamphetamine,
 Iofetamine, Methamphetamine,
 Benzphetamine, N-Methyl-3,4-
 methylenedioxyamphetamine, p-
 Chloroamphetamine, p
 Hydroxyamphetamine, Phentermine,
 Chlorphentermine, Mephentermine,
 lisdexanfetamine)

- Comparación: Efectividad.

- Desenlace: Primarios: Respuesta, remisión,
 cambio en puntaje de escala, efectos
 adversos,

Secundarios: cambio en dominios cognitivos
 y de activación en las escalas.

Búsquedas electrónicas

Realizamos una combinación de vocabulario controlado (MeSH) y términos de texto libre, con operadores booleanos. No se utilizaron límites de idioma de publicación o estado de publicación. Utilizamos la estrategia Cochrane altamente sensible para RCTs (ECA).

Búsqueda de otras fuentes

Para identificar estudios adicionales se realizó búsqueda en bola de nieve de las referencias de los estudios incluidos.

Extracción de datos y análisis

Selección de estudios

Los estudios fueron considerados para la inclusión a través de la evaluación del título y del resumen. La selección de los estudios fue realizada por dos investigadores

independientes y los desacuerdos se resolvieron por consenso.

Extracción de datos

Los datos se extrajeron de los diferentes estudios incluidos de acuerdo a los desenlaces de interés mencionados anteriormente. Se realizó una extracción pareada y se resolvieron diferencias por consenso.

Evaluación de riesgo de sesgo

Se utilizó la herramienta de riesgo de sesgo para experimentos clínicos controlados de la Colaboración Cochrane. La evaluación del riesgo de sesgo se realizó de manera independiente por dos autores.

Medidas del efecto de la intervención

Se utilizaron las siguientes medidas de efecto:

- Razón de tasas de incidencia.
- Tasas de incidencia.
- Razón de tasas de mortalidad.
- Efectividad.
- Razón de riesgos.

Resultados

Resultados de la búsqueda

Se identificaron 1.966 referencias y se escanearon 1.907 tras excluir duplicados. Se evaluaron 17 referencias en texto completo. De estas, cinco estudios cumplieron los criterios de inclusión para ser admitidos en la síntesis cualitativa y se excluyeron los doce estudios restantes por no cumplir estos criterios. De los cinco estudios incluidos tres utilizaron Modafinil, dos Lisdexanfetamina (LDX) y todos los estudios utilizaron ISRS como antidepresivo de base.

Los resultados de la búsqueda y el proceso de selección se presentan en la figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios.

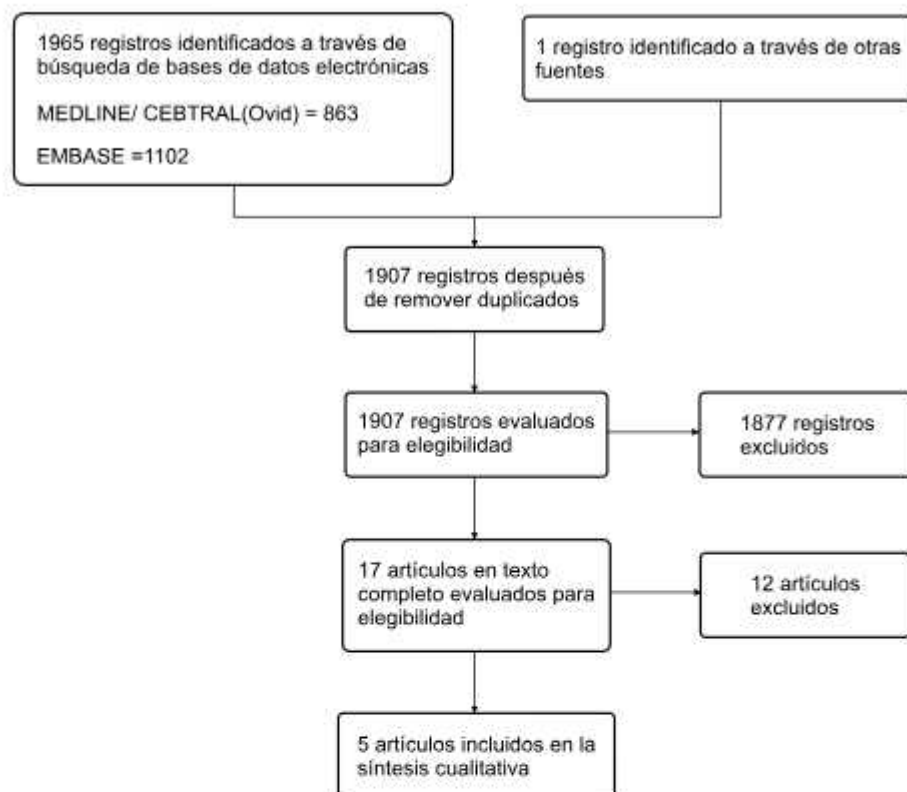


Tabla 1. Características de estudios incluidos

Autor	Año	Intervención	Antidepresivo	Esquema	País	Seguimiento	Edad (años)
Abolfazli	2011	Modafinil 400 mg/día	Fluoxetina	M+F vs. P+F	Irán	6 semanas	20-55
DeBattista	2003	Modafinil 100-400 mg/día	De base	M+A vs. P+A	EEUU	6 semanas	19-64
Fava	2005	Modafinil 200 mg/día	De base	M+A vs. P+A	EEUU	8 semanas	18-65
Madhoo	2014	LDX 20-70 mg/día	De base	LDX+A vs. P+A	EEUU	9 semanas	18-55
Trivedi	2013	LDX 20-50 mg/día	Escitalopram	LDX +E vs. P+E	EEUU	6 semanas	38 ± 10

M: Modafinil, LDX: lisdexanfetamina desilato, E: Escitalopram, F: fluoxetina, P: Placebo, A: Antidepresivo. EEUU: Estados Unidos.

Estudios incluidos

Los 5 estudios incluidos evaluaron terapia de aumento con modafinil y lisdexanfetamina: Abolfazli 2011 (26), De Battista 2003 (27), Fava 2005 (28), Madhoo 2014 (29), Trivedi 2013 (30). El estudio de Abolfazli incluyó fluoxetina de base, el de Trivedi escitalopram y el resto de los estudios incluyó el antidepressivo de base que tuvieron los sujetos al ingreso del estudio (De Battista, Fava y Madhoo).

Población

Los estudios incluidos reclutaron sujetos entre los 18 y 65 años, con periodos de seguimiento entre 6 y 9 semanas. Se incluyeron estudios realizados en Estados Unidos e Irán (Tabla 1).

Intervención

Los estudios incluidos utilizaron modafinil y lisdexamfetamina dimesilato.

Desenlaces

La mayoría de los estudios reportaron cambio en el puntaje en la escala de depresión (Hamilton), así como en subdominios de la escala (fatigabilidad). Se reportó respuesta al tratamiento y remisión. Se reportaron los eventos adversos.

Comparaciones

La mayoría de los estudios comparó la intervención (modafinil/LDX) adicional a terapia antidepressiva con terapia antidepressiva adicional a placebo.

Riesgo de sesgo en estudios incluidos

Los estudios de Abolfazli 2011 y Madhoo 2014 tuvieron bajo riesgo de sesgo de selección por una adecuada generación de la secuencia aleatoria y un buen ocultamiento de la misma. Los estudios restantes no proporcionaron información suficiente para evaluar el riesgo de sesgo.

Los cinco estudios incluidos no proporcionaron información suficiente para evaluar la calidad y las características del enmascaramiento, por lo cual el riesgo de sesgo de realización y detección es no claro.

Los estudios incluidos tuvieron una baja tasa de pérdidas al seguimiento, las cuales fueron reportadas adecuadamente, por lo que el riesgo de sesgo de desgaste es bajo.

Los estudios de Abolfazli 2011, Madhoo 2014 y Trivedi 2013 realizaron un adecuado reporte del protocolo, por lo cual el riesgo de sesgo es bajo.

El estudio de Abolfazli 2011 fue financiado por una institución académica por lo que se considera de bajo riesgo de otros sesgos. Los cuatro estudios restantes (De Battista 2003, Fava 2005, Madhoo 2014, Trivedi 2013) fueron financiados por la industria farmacéutica por lo que se consideran de alto riesgo de sesgo.

Modafinil

Los estudios que incluyeron modafinil fueron tres en total. De los cuales un estudio utilizó fluoxetina como medicamento antidepressivo únicamente (26), los otros estudios utilizaron el antidepressivo de base que recibieron los sujetos previamente (27, 28).

Los desenlaces que se evaluaron en el estudio de Abolfazli (26) fueron el cambio en el puntaje de la escala Hamilton, el puntaje en el dominio de fatigabilidad, el porcentaje de remisión, el porcentaje de respuesta al tratamiento y la presencia de diferentes eventos adversos.

En el estudio de De Battista 2003, se evaluaron como desenlaces el cambio en el puntaje de la escala Hamilton (17 y 21 ítems),

cambio en los dominios de somnolencia y fatigabilidad, mejoría de la impresión clínica global (CGI-C) y la presencia de eventos adversos (27).

Por último, el estudio de Fava 2005 tuvo como desenlaces el cambio en el puntaje de depresión (MADRS), cambio en los dominios de fatigabilidad, somnolencia y porcentaje de remisión y eventos adversos (28).

Comparación modafinil + fluoxetina comparado con fluoxetina + placebo

El estudio de Abolfazli 2011 comparó modafinil más fluoxetina comparado con placebo más fluoxetina (26).

El cambio en el puntaje de la escala de Hamilton se evaluó en la sexta semana de tratamiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el cambio del puntaje Hamilton en el grupo de

modafinil comparado con el control, siendo mayor la reducción en el grupo de intervención. Adicionalmente, se observaron diferencias significativas en los puntajes de los dominios depresión y fatigabilidad a favor del grupo tratado con modafinil (Tabla 2).

Respuesta al tratamiento y remisión

Al comparara el porcentaje de sujetos que presentaron remisión en el grupo de modafinil comparado con el control, se encontró una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo de intervención. Lo anterior, también se evidenció para el desenlace de respuesta al tratamiento (Tabla 3).

Seguridad

Se evaluaron diferentes eventos adversos, no se reportó ningún evento adverso mayor. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Tabla 4).

Tabla 2. Comparación de puntajes en dominios de escala al final del estudio con modafinil + fluoxetina (intervención) versus placebo + fluoxetina (control)

Autor	Año	Grupo intervención n	Puntaje escala [media (DE)]	Grupo control n	Puntaje escala [media (DE)]	Valor de p
Dominio Depresión						
Abolfazli	2011	22	5.56 (1.54)	22	7.66 (1.79)	P=0.003
Dominio Fatigabilidad						
Abolfazli	2011	22	1.10 (0.31)	22	1.42 (0.50)	P=0.01

DE: Desviación estándar

Tabla 3. Comparación de remisión y respuesta al tratamiento con modafinil + fluoxetina (intervención) versus placebo + fluoxetina (control)

Autor	Año	Grupo intervención n	Eventos n (%)	Grupo control n	Eventos n (%)	Valor de p
Remisión						
Abolfazli	2011	22	8 (36)	22	0 (0)	P=0.003
Respuesta al tratamiento						
Abolfazli	2011	22	21 (95)	22	12 (54)	P=0.003

Tabla 4. Eventos adversos con modafinil + fluoxetina (intervención) versus placebo + fluoxetina (control)

Evento adverso	Autor	Año	Grupo intervención	Eventos n (%)	Grupo control	Eventos n (%)
			n		n	
Cefalea	De Battista	2003	69	15 (22)	67	8 (12)
Nerviosismo	De Battista	2003	69	14 (20)	67	3 (4)
Insomnio	De Battista	2003	69	13 (19)	67	9 (12)
Infección	De Battista	2003	69	7 (10)	67	8 (12)
Diarrea	De Battista	2003	69	5 (7)	67	5 (7)
Rinitis	De Battista	2003	69	5 (7)	67	4 (6)
Ansiedad	De Battista	2003	69	5 (7)	67	4 (6)
Somnolencia	De Battista	2003	69	5 (7)	67	4 (6)
Hipertensión	De Battista	2003	69	5 (7)	67	0 (0)
Nausea	De Battista	2003	69	3 (4)	67	5 (7)
Astenia	De Battista	2003	69	2 (3)	67	8 (12)
Mialgia	De Battista	2003	69	1 (1)	67	4 (6)
Cefalea	Fava	2005	158	21 (13)	153	24 (16)
Nausea	Fava	2005	158	15 (9)	153	3 (2)
Mareo	Fava	2005	158	11 (7)	153	3 (2)
Boca seca	Fava	2005	158	10 (6)	153	5 (3)
Naso-faringitis	Fava	2005	158	9 (6)	153	5 (3)
Insomnio	Fava	2005	158	7 (4)	153	7 (5)
Diarrea	Fava	2005	158	6 (4)	153	10 (7)
Infección respiratoria	Fava	2005	158	5 (3)	153	9 (6)
Hipertensión	Fava	2005	158	4 (3)	153	7 (5)

Comparación modafinil + antidepresivo comparado con antidepresivo + placebo

Dos estudios compararon modafinil adicional al antidepresivo de base contra placebo adicional a antidepresivo de base (27, 28).

Cambio en puntaje de la escala de depresión

La escala de Hamilton de 21 ítems y la medición de 17 ítems se utilizó en el estudio de De Battista 2003 para evaluar el cambio en

la severidad, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas (Tabla 5).

En el estudio de Fava 2005, se utilizó la escala MADRS para evaluar el cambio en la severidad de la depresión, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (Tabla 5).

El cambio en el puntaje de la escala de Hamilton se evaluó en la sexta semana de tratamiento. No se encontraron diferencias

Tabla 5. Comparación del cambio en puntaje de la escala de depresión con modafinil + antidepressivo (intervención) versus placebo + antidepressivo (control)

Autor	Año	Grupo intervención n	Cambio puntaje [media (DE)]	Grupo control n	Cambio puntaje [media (DE)]	Valor de p
De Battista ^a	2003	68	-6,94 (0,67)	67	-6,40 (0,76)	NS
De Battista ^b	2003	68	-6,10 (0,56)	67	-5,57 (0,70)	NS
Fava ^c	2005	156	-6,2 (7,8)	152	-4,5 (8,4)	P=0,1

DE: Desviación estándar. NS: No significativa diferencia. ^a Hamilton Rating Scale for Depression – 21 items; ^b Hamilton Rating Scale for Depression – 17 items; ^c Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

estadísticamente significativas entre el cambio del puntaje Hamilton en el grupo de modafinil comparado con el control (Tabla 5). El cambio en el puntaje de la escala MADRS no fue estadísticamente diferente entre los dos grupos (Tabla 5).

Adicionalmente, no se observaron diferencias significativas en los puntajes de las escalas de depresión y fatigabilidad a favor del grupo tratado con modafinil.

Respuesta al tratamiento y remisión

El estudio de De Battista 2003 utilizó el instrumento CGI-C para evaluar la mejoría en la condición general de los sujetos. Al comparar los dos grupos no se encontraron diferencias significativas (27).

Seguridad

Se evaluaron diferentes eventos adversos, no se reportó ningún evento adverso mayor. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Tabla 4).

Lisdexamfetamina (LDX)

Comparación lisdexamfetamina + antidepressivo comparado con antidepressivo + placebo

Dos estudios compararon lisdexamfetamina adicional al antidepressivo de base contra

placebo adicional a antidepressivo de base (29, 30).

Cambio en puntaje de la escala de depresión

El estudio de Trivedi 2013 utilizó la escala MADRS, Hamilton y QIDS-SR para evaluar el cambio en la severidad, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Tabla 6).

En el estudio de Madhoo 2014, se utilizó la escala MADRS para evaluar el cambio en la severidad de la depresión, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6).

Respuesta al tratamiento y remisión

El estudio de Madhoo 2014 utilizó el instrumento CGI-C para evaluar la mejoría en la condición general de los sujetos. Al comparar los dos grupos no se reportaron diferencias significativas. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de remisión entre los grupos en el estudio de Trivedi 2013 (29, 30).

Seguridad

Se evaluaron diferentes eventos adversos, no se reportó ningún evento adverso mayor. No se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Tabla 7).

Tabla 6. Comparación del cambio en puntaje de la escala de depresión con LDX + antidepresivo (intervención) versus placebo + antidepresivo (control)

Autor	Año	Grupo intervención n	Cambio puntaje [media (DE)]	Grupo control n	Cambio puntaje [media (DE)]
Madhoo ^a	2014	60	-5,1 (5,94)	59	-2,9 (5,44)
Trivedi ^a	2013	65	-7,1 (IC 90% -8,7 a -5,6)	64	-4,9 (IC 90% -6,4 a -3,3)
Trivedi ^b	2013	65	-4,9 (IC 90% -6,0 a -3,9)	64	-4,0 (IC 90% -5,1 a -2,9)
Trivedi ^c	2013	65	-2,4 (IC 90% -3,1 a -1,6)	64	-1,2 (IC 90% -2,0 a -0,4)
Trivedi ^d	2013	65	2,4 (IC 90% 2,2 a 2,6)	64	2,6 (IC 90% 2,4 a 2,8)

DE: Desviación estándar. ^a Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); ^b Hamilton Rating Scale for Depression – 17 items; ^c QIDS-SR; ^d CGI-I.

Tabla 7. Eventos adversos con LDX + Antidepresivo (intervención) versus Placebo + Antidepresivo (control)

Evento adverso	Autor	Año	Grupo intervención n	Eventos n (%)	Grupo control n	Eventos n (%)
Cefalea	Madhoo	2014	71	16 (22,5)	72	11 (15,3)
Boca seca	Madhoo	2014	71	11 (15,3)	72	6 (8,3)
Insomnio	Madhoo	2014	71	10 (14,1)	72	2 (2,8)
Irritabilidad	Madhoo	2014	71	9 (12,7)	72	5 (6,9)
Ansiedad	Madhoo	2014	71	6 (8,5)	72	4 (5,6)
Nausea	Madhoo	2014	71	5 (7,0)	72	4 (5,6)
Fatiga	Madhoo	2014	71	4 (5,6)	72	4 (5,6)
Hiperhidrosis	Madhoo	2014	71	4 (5,6)	72	0 (0)
Somnolencia	Madhoo	2014	71	4 (5,6)	72	2 (2,8)
Diarrea	Madhoo	2014	71	2 (2,8)	72	4 (5,6)
Sinusitis	Madhoo	2014	71	1 (1,4)	72	4 (5,6)
Alguno	Trivedi	2013	88	53 (60,2)	85	42 (49,4)
Boca seca	Trivedi	2013	88	10 (11,4)	85	0 (0)
Cefalea	Trivedi	2013	88	10 (11,4)	85	4 (4,7)
Insomnio	Trivedi	2013	88	4 (4,5)	85	6 (7,1)

Discusión

El objetivo de este trabajo fue determinar la eficacia de los psicoestimulantes como terapia de aumento con antidepresivos en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Para tal fin se realizó una revisión sistemática de la literatura, en la que se incluyeron estudios controlados aleatorizados de diferentes nacionalidades.

Existe evidencia que respalda el uso de diferentes sustancias en la terapia de aumento para el manejo del trastorno depresivo mayor, entre las más estudiadas están el litio, los antipsicóticos y la hormona tiroidea (17). Los profesionales de la salud en los últimos años han aumentado el uso de psicoestimulantes con fines de terapia de aumento, sin que se cuente con las debidas aprobaciones para esto o con la evidencia científica que respalde esta conducta.

Aunque la búsqueda de la literatura acerca del uso de psicoestimulantes como estrategia de aumento para el manejo de trastorno depresivo mayor es extensa, los estudios controlados aleatorizados que lleven a una mejor evidencia científica son limitados, encontrándose un importante número de estudios que no son reportados en texto completo, limitando aún más la posible evidencia científica de calidad sobre el tema (14-25).

Posterior a aplicar los respectivos criterios de selección en el total de estudios encontrados, solo cinco permitieron cumplir con el objetivo trazado. La mayoría de los estudios fueron realizados en Estados Unidos y uno en Irán, incluyendo población de ambos géneros en edades entre los 18 a 65 años, y con tiempos de aplicación entre 6 a 9 semanas (26-30).

Es de importancia clínica resaltar que todos los estudios incluidos utilizaron Inhibidores de la receptación de serotonina como terapia de base, lo que implica una limitación de este estudio para generalizar los resultados obtenidos en la práctica clínica, debido a que en la actualidad existe una tendencia al uso de otros grupos antidepresivos.

Aunque existen otras moléculas que son consideradas como psicoestimulantes, en el presente análisis los estudios de estas no cumplieron con los criterios mínimos de selección. Solo dos moléculas (modafinil, lisdexamfetamina) fueron incluidas, no permitiendo que este análisis arroje datos para justificar el uso de otros agentes que desde años atrás han sido utilizados, como por ejemplo el metilfenidato. La amplia disparidad que muestran estos fármacos en cuanto a la eficacia no permite una recomendación de clase y obliga a su evaluación de forma individual.

Evaluando las metodologías y los posibles riesgos de sesgo en los estudios incluidos, encontramos que llama la atención la falta de información tanto en aspectos como reporte del protocolo, aleatorizaciones y cegamiento de los participantes. Adicionalmente cuatro de los cinco estudios incluidos son financiados por la industria farmacéutica (27-30). Estas deficiencias metodológicas implican que los resultados obtenidos sean evaluados a la luz de estas falencias, disminuyendo la confiabilidad de la información aportada por estos estudios controlados aleatorizados.

De los 5 estudios incluidos 3 utilizaron modafinil (26, 27, 28), y los dos restantes lisdexamfetamina (29, 30). Los resultados encontrados con la utilización de modafinil

son contradictorios ya que uno de los estudios (26), reporta mejoría significativa en la sintomatología depresiva según escala de Hamilton, además de diferencia significativa en los dominios de fatigabilidad; mientras que los otros (27, 28)) no encontraron diferencias significativas en el uso de modafinil en comparación con el placebo. Se debe tener en cuenta que el estudio que reportó mejoría (26) tiene como limitantes dos aspectos, por un lado, la muestra es reducida y por otro utilizan únicamente fluoxetina como antidepressivo, lo que limita la aplicabilidad de este resultado en la práctica clínica con respecto al uso de otros antidepressivos.

Dos de los estudios incluidos utilizaron lisdexamfetamina (LDX) como estrategia de aumento, reportaron que no hubo cambios significativos en la severidad de la depresión con el uso de esta molécula, basados en las escalas de medición aplicadas. Además según lo reportado por uno de los estudios tampoco se encontró una mejoría significativa en las condiciones clínicas generales del sujeto (29, 30).

El uso de LDX y Modafinil como terapia de aumento muestra un perfil de seguridad óptimo. Ninguno reportó eventos adversos mayores y tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al perfil de eventos adversos del grupo control.

Al evaluar los estudios incluidos encontramos que el uso de LDX y modafinil mejoran algunos síntomas específicos como la somnolencia y fatigabilidad. Sin embargo, no son eficaces como terapia de aumento en el tratamiento de la depresión mayor ni en la mejoría del funcionamiento clínico global de los sujetos estudiados. Lo anterior limita su

uso al manejo de estos síntomas y no del cuadro depresivo global.

A diferencia de lo reportado en las conclusiones de los artículos evaluados en los que sus autores recomiendan el uso de estos agentes como terapia de aumento, nuestra evaluación de los resultados muestra que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la intervención de aumento y el placebo que permita hacer dicha recomendación.

A pesar que el modelo teórico soporta el uso de estimulantes para el tratamiento de la depresión mayor basado en su acción sobre las monoaminas, y justificado por los efectos positivos en modelos animales, la evidencia encontrada en esta revisión no permite validar dicha teoría (22, 25).

Existen múltiples reportes en la literatura de estudios abiertos que muestran la utilidad de algunos psicoestimulantes como terapia de aumento en el manejo del trastorno depresivo mayor (15, 16, 18, 19, 21, 23, 24). Sin embargo, nuestros hallazgos, obtenidos exclusivamente a partir de estudios controlados aleatorizados, concuerdan con una revisión sistemática del 2008 realizada por Cochrane que afirma que los psicoestimulantes no son eficaces para el tratamiento de la depresión mayor, si no que su acción se limita a unos síntomas específicos (16).

La información aportada por los estudios controlados aleatorizados respecto al uso de psicoestimulantes como terapia de aumento en depresión mayor es muy heterogénea, además de presentar problemas en la calidad metodológica e intervenciones no comparables, razón que impide proseguir con un meta-análisis.

Dentro de las limitaciones que existen para esta revisión se encuentra la falta de disponibilidad de datos concernientes a estudios que eran susceptibles de ser incluidos, los cuales no se reportaron en texto completo, lo que hizo necesario su exclusión de este trabajo.

Se requieren otros estudios que evalúen la eficacia de los psicoestimulantes en combinación con otros grupos de antidepressivos diferentes a los ISRS, además de incluir otras moléculas de amplio uso en la práctica clínica como el metilfenidato o nuevas moléculas como el armodafinil.

Conclusiones

No existe evidencia suficiente para hacer una recomendación sobre la eficacia del uso de psicoestimulantes como terapia de aumento en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, en síntomas específicos como la somnolencia, fatigabilidad y funciones ejecutivas sí se encontró eficacia del modafinil y LDX en comparación con el antidepressivo solo.

Los estudios incluidos en esta revisión sistemática evidencian que el uso de LDX y modafinil es seguro y bien tolerado, y su utilización no origina un aumento de eventos adversos estadísticamente significativo respecto a la monoterapia con antidepressivo.

Referencias

1. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9063):1436-42.

2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (nCS-r). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105.

3. Möller H. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(s418):73-80.

4. Khan A, Warner HA, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Archives of General Psychiatry*. 2000;57(4):311-7.

5. Kennedy N, Paykel E. Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome. *Journal of affective disorders*. 2004;80(2):135-44.

6. Keller MB, Lavori PW, Rice J, Coryell W, Hirschfeld RM. The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up. *Am J Psychiatry*. 1986;143(1):24-8.

7. Bauer M, Helmchen H. General principles of the treatment of depressive and manic disorders. *Contemporary psychiatry*. Berlin: Springer; 2001.

8. Stahl SM. *Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder*: New York, NY: Cambridge university press; 2000.

9. Fava M, Rush AJ, Trivedi MH, Nierenberg AA, Thase ME, Sackeim HA, et al. Background and rationale for the sequenced treatment alternatives to relieve

- depression (STAR*D) study. *Psychiatric Clinics of North America*. 2003;26(2):457-94.
10. Stewart JW, Warden D, et al. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. *Am J Psychiatry* 2006;163:1905–1917.
 11. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller H-J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part I: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2013;14(5):334-85.
 12. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2000;157(Suppl 4):1-45.
 13. Tranter R, O'Donovan C, Chandarana P, Kennedy S. Prevalence and outcome of partial remission in depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2002;27(4):241.
 14. Papakostas GI. Examining the evidence on augmentation with atypical antipsychotics. New York, NY: Cambridge Univ Press; 2007.
 15. Masand PS, Anand VS, Tanquary JF. Psychostimulant augmentation of second-generation antidepressants: a case series. *Depression and anxiety*. 1998;7(2):89-91.
 16. Candy B, Jones L, Williams R, Tookman A, King M. Psychostimulants for depression. *The Cochrane Library*; 2008.
 17. Bauer M, Döpfmer S. Lithium augmentation in treatment-resistant depression: meta-analysis of placebo-controlled studies. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1999;19(5):427-34.
 18. Linet LS. Treatment of a refractory depression with a combination of fluoxetine and d-amphetamine. *Am J Psychiatry*. 1989;146(6):803-4.
 19. Patkar AA, Masand PS, Pae C-U, Peindl K, Hooper-Wood C, Mannelli P, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of augmentation with an extended release formulation of methylphenidate in outpatients with treatment-resistant depression. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(6):653-6.
 20. Ravindran AV, Kennedy SH, O'Donovan MC, Fallu A, Camacho F, Binder CE. Osmotic-release oral system methylphenidate augmentation of antidepressant monotherapy in major depressive disorder: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(1):87.
 21. Fava M, Thase ME, DeBattista C, et al. Modafinil augmentation of selective serotonin reuptake inhibitor therapy in MDD partial responders with persistent fatigue and sleepiness. *Ann Clin Psychiatry* 2007;19:153-9.
 22. Wisor J, Eriksson K. Dopaminergic-adrenergic interactions in the wake promoting mechanism of modafinil. *Neuroscience*. 2005;132(4):1027-34.
 23. Thase ME, Fava M, DeBattista C, Arora S, Hughes RJ. Modafinil augmentation of SSRI therapy in patients with major depressive

disorder and excessive sleepiness and fatigue: a 12-week, open-label, extension study. *CNS spectrums*. 2006;11(02):93-102.

24. Vaishnavi S, Gadde K, Alamy S, Zhang W, Connor K, Davidson JR. Modafinil for atypical depression: effects of open-label and double-blind discontinuation treatment.

Journal of clinical psychopharmacology. 2006;26(4):373-8.

25. Ferraro L, Fuxe K, Agnati L, Tanganelli S, Tomasini MC, Antonelli T. Modafinil enhances the increase of extracellular serotonin levels induced by the antidepressant drugs fluoxetine and imipramine: a dual probe microdialysis study in awake rat. *Synapse*. 2005;55(4):230-41.

26. Abolfazli R, Hosseini M, Ghanizadeh A, Ghalciha A, Tabrizi M, Raznahan M, Gholizadeh M, Akhondzadeh S. Double-blind randomized parallel-group clinical trial of efficacy of the combination fluoxetine plus modafinil versus fluoxetine plus placebo in the treatment of major depression. *Depress Anxiety*. 2011;28(4):297-302.

27. DeBattista C, Doghramji K, Menza MA, Rosenthal MH, Fieve RR. Adjunct modafinil for the short-term treatment of fatigue and sleepiness in patients with major depressive disorder: a preliminary double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1057-64.

28. Fava M, Thase ME, DeBattista C. A multicenter, placebo-controlled study of modafinil augmentation in partial responders to selective serotonin reuptake inhibitors with persistent fatigue and sleepiness. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(1):85-93.

29. Madhoo M, Keefe RS, Roth RM, Sambunaris A, Wu J, Trivedi MH, Anderson CS, Lasser R. Lisdexamfetamine dimesylate augmentation in adults with persistent executive dysfunction after partial or full remission of major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2014;39(6):1388-98.

30. Trivedi MH, Cutler AJ, Richards C, Lasser R, Geibel BB, Gao J, Sambunaris A, Patkar AA. A randomized controlled trial of the efficacy and safety of lisdexamfetamine dimesylate as augmentation therapy in adults with residual symptoms of major depressive disorder after treatment with escitalopram. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(8):802-9.

Relación entre el déficit de las funciones ejecutivas dependientes de la corteza orbito-frontal y la alteración de la introspección, en pacientes con depresión mayor

Valentina Ortiz-Skinner¹, Angie M. Perrett-Carvajal²

1. Médica psiquiatra - Egresada del posgrado de psiquiatría de la Universidad El Bosque

2. Médica residente de psiquiatría, ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque.

Correspondencia: vale13@msn.com, perrettangie@gmail.com

Resumen

Introducción: Se ha evaluado la introspección en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM), encontrando una relación inversamente proporcional entre el grado de introspección y la gravedad de los síntomas depresivos. Las funciones ejecutivas están determinadas por la integridad y el buen funcionamiento de la corteza orbito-frontal (COF), que interviene en los procesos de atribución correcta de prioridades que influyen en la conducta. Es así como se plantea que la alteración de la COF podría resultar en una incapacidad para la atribución adecuada de los síntomas de la enfermedad.

Objetivo: Determinar la relación entre la alteración de las funciones ejecutivas que dependen de la COF y la conciencia de enfermedad en pacientes con TDM.

Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Se utilizó la entrevista MINI para confirmar el diagnóstico de TDM y se estableció la severidad del mismo con la escala MADRS. Se aplicó la prueba Stroop para medir la alteración de funciones ejecutivas y la escala SAI-E para la introspección.

Resultados: Se recolectó una muestra de 16 pacientes, 9 de ellos presentaron alta interferencia en el Stroop (56.3%) y 10 tuvieron adecuada introspección (62.5%). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los resultados de la prueba Stroop y SAI-E ($p=0,152$).

Conclusiones: No se comprobó relación entre la alteración de funciones ejecutivas que dependen de la corteza orbitofrontal y la introspección en la muestra estudiada de pacientes con TDM. Se necesitan estudios adicionales con muestras más grandes y que evalúen posibles variables de confusión.

Palabras Clave: Trastorno Depresivo Mayor, Introspección, Funciones Ejecutivas, corteza orbitofrontal.

Summary

Introduction: Introspection has been evaluated in patients with major depressive disorder (MDD) finding an inversely proportional relationship between the degree of introspection and the severity of depressive symptoms. Executive functions are determined by the integrity and proper functioning of the orbitofrontal cortex (COF). It intervenes in processes of correct attribution of priorities that influence behavior. Thus, it is proposed that COF disfunction could result in an altered insight.

Objective: To determine the relationship between COF executive functions alteration and insight of disease in patients with MDD.

Methods: A cross-sectional study was carried out. The MINI interview was performed to confirm diagnosis and MADRS to determine severity of MDD. Stroop test was applied to measure alteration of executive functions and SAI-E scale for introspection.

Results: A sample of 16 patients was collected, 9 of them presented high interference in the Stroop (56.3%) and 10 had adequate introspection (62.5%). No statistically significant association was found between the results of the Stroop test and SAI-E ($p = 0.152$).

Conclusions: There was no relationship between COF executive functions alteration and insight of disease in patients with MDD in the sample studied. Additional studies are required with larger samples and evaluating possible confounding variables.

Key words: Depressive disorders, awareness, Executive Functions, Orbitofrontal Cortex.

Introducción

La depresión mayor es uno de los trastornos mentales más frecuentes y de mayor relevancia en la práctica clínica y en la salud pública. Tanto así, que en marzo de 2017 la OMS y OPS dieron a conocer que el trastorno depresivo mayor (TDM) es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo (1). En la encuesta nacional de salud mental 2015 se encontró una prevalencia de 14.6% de los trastornos afectivos (2), siendo la depresión mayor en nuestro país una de las cinco causas principales asociadas con ausencia laboral y productividad perdida (2).

Las personas con depresión presentan síntomas de tipo afectivo, pero además de estos síntomas mencionan dificultades relacionadas con la memoria y la concentración. Estudios han evidenciado que esto podría encontrarse relacionado con la alteración de las funciones ejecutivas (4,5). Más del 70% de los pacientes que responden al tratamiento siguen presentando síntomas cognitivos, los cuales son unos de los síntomas más frecuentes en esta enfermedad

y se han relacionado de manera significativa con recaídas tras el tratamiento. Lo que nos indica la necesidad de desarrollar o reorientar estrategias de tratamiento diferentes, dirigidas a estos síntomas específicos (5,6,7).

En algunos estudios han observado aumento de la perseverancia, la cual es una medida ampliamente utilizada en el control ejecutivo y la flexibilidad cognitiva. Esta inflexibilidad cognitiva se encuentra relacionado con la corteza orbito frontal la cual es la región que interviene en los procesos de atribución correcta de prioridades, esto podría resultar en una incapacidad para la atribución adecuada de los síntomas a la enfermedad provocando finalmente una alteración de la introspección (8,9).

Las funciones ejecutivas son un aspecto de la cognición que contribuye en la toma de decisiones y en los procesos de pensamiento más sofisticados como la iniciación, planificación, ejecución y anticipación de una tarea. Estas funciones son responsables del

control de la atención, inhibición, flexibilidad y organización de la tarea. Los estudios neuropsicológicos de las funciones ejecutivas en paciente jóvenes y de mediana edad con trastorno depresivo mayor en diferentes estadios de severidad, han demostrado, daños principalmente a nivel de la fluidez verbal planificación y estrategia y memoria de trabajo espacial (6,8,9).

Se ha evaluado la introspección en pacientes con depresión mayor, encontrando una relación inversamente proporcional entre el grado de introspección y la gravedad de los síntomas depresivos. Por otro lado, según lo estudiado por Xavier Amador en pacientes psicóticos, el grado de introspección no se asocia con la gravedad de la enfermedad sino con la alteración en el funcionamiento psicosocial, pudiendo establecer una posible relación entre la conciencia de enfermedad y el deterioro neuropsicológico (10).

La alteración de la corteza orbitofrontal (COF) podría resultar en una incapacidad para la atribución adecuada de los síntomas de la enfermedad (8). Los sujetos con introspección pobre muestran un desempeño igualmente pobre en las pruebas neuropsicológicas, demostrando una tendencia alta a la perseverancia y déficit severo en la flexibilidad del pensamiento abstracto (8).

Las funciones ejecutivas son complejas y se requieren para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para adaptarse eficazmente al entorno y para alcanzar metas (9). Están determinadas por la integridad y el buen funcionamiento de la corteza prefrontal, donde se destacan los circuitos dorsolateral, orbitofrontal (COF) y ventromedial. Específicamente la COF es la región que

interviene en los procesos de atribución correcta de prioridades, muy importante en el procesamiento de los acontecimientos y pensamientos que influyen en la conducta (7).

Es así como se podía plantear que la alteración de la COF podría resultar en una incapacidad para la atribución adecuada de los síntomas de la enfermedad (8). La conciencia de padecer una enfermedad, depende de la aceptación de que los síntomas son parte de una enfermedad determinada. Adicionalmente, la adherencia al tratamiento es un comportamiento que está directamente relacionado con la introspección. Estos son aspectos que se evalúan para definir la introspección de una enfermedad (10).

Lo anterior nos lleva a la hipótesis de que la alteración de las funciones ejecutivas, en especial las dependientes de corteza orbitofrontal, pueden estar relacionadas con el grado de introspección en pacientes con trastorno depresivo mayor. De esta manera, se plantea el objetivo del presente estudio de determinar la relación entre la alteración de las funciones ejecutivas que dependen de la COF y la conciencia de enfermedad en pacientes con TDM.

Métodos

Se diseñó un estudio observacional analítico de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM), en tratamiento hospitalario, que fueran mayores de 18 años y menores de 65 años. Se excluyeron los pacientes con trastornos neurocognitivos, lesiones neuroanatómicas, discapacidad intelectual, trastorno por consumo de sustancias activo, trastornos afectivos con síntomas psicóticos y

condiciones que comprometieran la capacidad para la realización de la medición el día de la aplicación del instrumento.

Se utilizó la entrevista estructurada MINI (*International Neuropsychiatric Interview, MINI DSM-IV*) (11) para la confirmación diagnóstica del TDM. Se estableció la severidad del TDM con la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), escala de 10 ítems en torno a los criterios diagnósticos de TDM que también evalúa el riesgo suicida (12). Se aplicó la prueba Stroop (13) para medir alteración de funciones ejecutivas y la escala SAI-E para medir la introspección (10).

Se realizó un muestreo no aleatorio, secuencial, por conveniencia.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes hospitalizados durante en el periodo del primer semestre del año 2018 para revisar los criterios de inclusión y registrar los datos sociodemográficos, antecedentes médicos y psiquiátricos. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de ingreso de TDM, sin tener en cuenta la severidad de la depresión, ni de la ansiedad.

Posterior a la aceptación de la participación y la firma del consentimiento informado, se aplicó la entrevista estructurada MINI en la subescala de depresión para confirmar los criterios diagnósticos por DSM-IV-TR (11). Se excluyeron del estudio los pacientes en quienes no se confirmó el diagnóstico de depresión de acuerdo a MINI.

A los pacientes que se les confirmó el diagnóstico de TDM, posteriormente se les aplicó MADRS, con el objetivo de determinar la severidad del cuadro depresivo actual y hacer un análisis estratificado con cada grado

de severidad de la enfermedad depresiva y las variables de estudio (alteración de funciones ejecutivas e introspección).

Seguidamente se realizó la prueba Stroop, para evaluar las funciones ejecutivas que dependen de la corteza orbito frontal. Los resultados de esta prueba dan una medida de la flexibilidad cognitiva y la tolerancia a la ambigüedad en relación al juicio que se realiza del entorno, incluyendo los propios sentimientos. En la medición del Stroop, se tomaron en cuenta los niveles de interferencia, que se definen como altos y bajos (13).

Luego, se aplicó la escala que evalúa el nivel de introspección durante el episodio actual. La escala para la evaluación de la introspección expandida (SAI-E) fue validada en Colombia por psiquiatras de la Universidad de Antioquia (10). Consta de 3 partes: la primera, con 9 preguntas, indaga acerca de la conciencia de enfermedad como tal, con un determinado número de síntomas. La segunda, valora la conciencia de necesidad de tratamiento. Y la tercera, evalúa el cumplimiento del tratamiento o adherencia farmacológica (10). De esta evaluación se totalizan las respuestas, con un puntaje máximo de 24 y un mínimo de cero. No hay punto de corte específico definido. Para nuestro estudio se promediaron los resultados para obtener un punto de corte de 19 puntos. Los puntajes por encima de 19 se interpretaron como adecuada introspección y los que estuvieron por debajo, como pobre introspección.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (Versión 21). Se utilizaron distribuciones de frecuencias, proporciones y pruebas de asociación (Chi

cuadrado y prueba exacta de Fischer). Adicionalmente se realizó un análisis cualitativo entre los resultados del test de Stroop y la escala para la evaluación de la introspección expandida (SAI-E).

El estudio fue aprobado por un comité independiente de ética en investigación.

Resultados

Se recogió una muestra de 16 pacientes diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor entre enero y mayo de 2018. La mayoría de los pacientes era de sexo femenino (68,8%) y la distribución de edad tuvo mayor concentración en la adultez

intermedia. La mayoría de los pacientes se eran solteros o divorciados (62,6%). En cuanto a la escolaridad, encontramos que la mayoría de los pacientes había terminado una carrera profesional (50%) o estudios técnicos (18,8%) (Tabla 1).

En la distribución de la severidad de la depresión, la mayoría de los pacientes tenían una depresión moderada (62,5%), seguidos por los que tenían depresión leve (25%). EL tiempo de evolución de la enfermedad estaba distribuido en igual frecuencia entre los que tenían cero a dos años del diagnóstico y los que tenían dos a siete años (37,5% respectivamente) (Tabla 2).

Tabla 1. Características Sociodemográficas

		Género		Totales n (%)
		Mujeres n (%)	Hombres n (%)	
Edad	Adultez joven (18-40 años)	5 (31,3)	2 (12,5)	7 (43,8)
	Adultez intermedia (41-64 años)	6 (37,5)	3 (18,8)	9 (56,3)
Escolaridad	Bachiller	4 (25)	1 (6,3)	5 (31,3)
	Técnico	2 (12,5)	1 (6,3)	3 (18,8)
	Universitario	5 (31,3)	3 (18,8)	8 (50)
Estado civil	Soltero	4 (25)	1 (6,3)	5 (31,3)
	Casado	2 (12,5)	2 (12,5)	4 (25)
	Unión libre	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (12,5)
	Divorciado	4 (25)	1 (6,3)	5 (31,3)

Tabla 2. Características de la Depresión

		n (%)
Severidad (MADRS)	Leve	4 (25)
	Moderada	10 (62,5)
	Severa	2 (12,5)
Tiempo de evolución	0 a 2 años	6 (37,5)
	2 a 7 años	6 (37,5)
	Mas de 7 años	4 (25)
Antecedente de recuperación	Si	8 (50)
	No	8 (50)
Antecedentes de síntomas psicóticos	Si	2 (12,5)
	No	14 (87,5)
Depresión refractaria	Si	4 (25)
	No	12 (75)

Tabla 3. Asociación entre funciones ejecutivas e introspección

		Alteración en funciones ejecutivas (Stroop)		
		Alta	Baja	Total
		n (%)	n (%)	n (%)
Introspección (SAI-E)	Mala	2 (12,5)	4 (25)	6 (37,5)
	Buena	7 (43,8)	3 (18,8)	10 (62,5)
Total		9 (56,3)	7 (43,8)	16 (100)

La alteración de las funciones ejecutivas determinada mediante el nivel de interferencia de la prueba Stroop resultó alto en el 56,3%. El grado de introspección, de acuerdo con los puntajes de la escala SAI-E, fue adecuado en 62,5% de los pacientes con TDM (Tabla 3).

En el análisis bivariado, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el déficit de las funciones ejecutivas dependiente de la corteza orbitofrontal y la pobre introspección de la enfermedad (Chi-cuadrado 2,048; $p=0,152$. Prueba exacta de Fisher 2,763; $p=0,3024$). Tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de diferente severidad de la depresión con el grado de introspección, ni con la interferencia en el STROOP ($p>0,005$).

Discusión

En el presente estudio intentamos probar la hipótesis de la relación entre la alteración en las funciones ejecutivas que dependen de la corteza orbitofrontal y la pobre introspección en una muestra de pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

En general, las características de la muestra recogida no difieren a lo reportado en el mundo en cuanto a la distribución de sexo,

edad y otras variables sociodemográficas de los pacientes con depresión mayor (1,2,4). En cuanto a las características de la depresión, la mayoría de los pacientes presentaban una depresión moderada, esto a consecuencia de que la recolección de los datos se hizo predominantemente varios días después del ingreso hospitalario, por lo que la severidad ya había disminuido encontrado incluso varios pacientes con depresión leve. Esta variable puede ser un factor de confusión debido a que la mejoría de la depresión podría originar también una mejoría de las variables centrales de este estudio. Esto también ha sido contemplado por otros autores (5).

Al hacer un análisis estratificado en los grupos de severidad de la depresión, con la alteración de las funciones ejecutivas, se observó que los pacientes con depresión moderada tuvieron una tendencia a actuar con menor eficacia, menor capacidad de adaptación y pobre resolución de problemas internos e interpersonales, lo que resultó en una mayor interferencia en la prueba Stroop. En esta situación se evidencia un posible factor de confusión dado por el tratamiento farmacológico instaurado en cada paciente, especialmente referente a medicamentos que alteren el estado de alerta y atencional. Esta variable no se controló, lo que implica una limitación de nuestro estudio.

Cuando se realizó un análisis estratificado de las variables introspección y severidad de la depresión, encontramos un alto grado de conciencia de enfermedad en los pacientes con mayor severidad, lo que pudiese corresponder a la conciencia de los pacientes del deterioro en la funcionalidad de sus actividades cotidianas, muy frecuente en las depresiones severas. Esta observación es significativa, ya que va en contra de la hipótesis aquí estudiada. Esta variable tampoco se controló pudiendo ser otra variable de confusión y también implica una limitación de este estudio.

Por último, el objetivo del trabajo de probar la asociación que podría existir entre el déficit de las funciones ejecutivas dependientes de la corteza orbito frontal y la alteración en la conciencia de enfermedad en pacientes con depresión, no se encontró. Esto puede deberse a una real independencia entre esas variables o a un error estadístico tipo II, por la pequeña muestra recogida. Esta es la más importante limitación de nuestro estudio. Esto se debió a la cantidad de recursos de tiempo de dedicación de las investigadoras y de la disponibilidad total de tiempo de muestreo secuencial por conveniencia.

Por lo anterior se considera importante para futuros estudios ampliar la muestra, teniendo en cuenta los diferentes grados de severidad de la depresión; así como ampliar la medición de las funciones ejecutivas con un pool de pruebas neuropsicológicas que evalúen más áreas de la corteza prefrontal y funciones ejecutivas, ya que la introspección es una función metacognitiva que involucra varios aspectos, que no se realizaron en este estudio por factores económicos.

Referencias

- (1) Organización Pan Americana de la Salud. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. [Internet] Washington, DC: OPS; 2017 [consulta el 2 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
- (2) Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45(Suppl 1):1.
- (3) Fleming S, Weil R, Nagy Z, Dolan R, Rees G. "Relating Introspective Accuracy to Individual Differences in Brain Structure". Science. 2010;329(5998):1541-3.
- (4) Psiquiatria.com. Alrededor del 50% de los pacientes con depresión en remisión no se considera a sí mismo recuperado. [Internet]. España: Psiquiatria.com; 2016 [consulta el 25 de abril de 2018]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/tratamientos/alrededor-del-50-de-los-pacientes-con-depresion-en-remision-no-se-considera-a-si-mismo-recuperado/>
- (5) Gonda X, Pompili M, Serafini G, Carvalho AF, Rihmer Z, Dome P. The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. Ann Gen Psychiatry. 2015;14:27.
- (6) Lozano LM, Acosta R. Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. Revista med. 2009;17(1):87-94.
- (7) Cooke M, Fannon D, Kuipers E, Peters E, Williams S, Kumari V. Neurological basis of

poor insight in psychosis: A voxel-based MRI study". *Schizophrenia Research. Schizophr Res.* 2008;103(1-3):40-51.

(8) Shad M, Muddasani S, Keshavan M. (Ene 2006). Fisiopatología De La Introspección En La Esquizofrenia. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2006;146(1):35-42.

(9) Flores JC, Ostrosky-Solís F, Lozano A. Batería de Funciones Frontales y Ejecutivas: Presentación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.* 2008;8,(1):141-158.

(10) Navarro F., Holguin J., Cano J., Cardeño C., Gómez J., Jiménez K. et al. Validación de la versión para Colombia de la Escala de Evaluación de Introspección Expandida (SAI-E) en sujetos con trastornos afectivos y psicóticos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37(3):330-343.

(11) Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). Versión en Español 5.0.0 DSM-IV. Adaptada de: Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. (Hôpital de la Salpêtrière). Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan K.H, Knapp E., Sheehan M (University of South Florida). Madrid: Instituto IAP; 1998.

(12) Cano JF, Gómez-Restrepo C, Rondon C. Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45(3):146-155.

(13) Rodríguez Barreto LC, Pulido N. del C, Pineda Roa CA. Psychometric properties of the Stroop color-word test in non-pathological Colombian population. *Universitas Psychologica.* 2016;15(2):255-272.

Factores asociados al rendimiento académico en residentes de psiquiatría en Colombia

Juan Esteban Arcila Duque¹, María José Sueli Cock¹

1. Médico psiquiatra, egresado del posgrado de psiquiatría, ICSN- Clínica Montserrat, U. El Bosque

Correspondencia: mariajsueli@gmail.com

Resumen

Introducción: Los residentes en psiquiatría son médicos en formación que están expuestos a situaciones de alto impacto emocional y otros factores de estrés comunes que pueden afectar su rendimiento académico.

Objetivo: Identificar los factores asociados al rendimiento académico en residentes de la especialización de psiquiatría en Colombia.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se utilizó un instrumento de medición autoaplicado para registrar variables sociodemográficas, emocionales y factores de riesgo previamente reportados. Se aplicaron las escalas PHQ-9 para depresión, Zung para ansiedad y Pittsburgh para calidad de sueño. El rendimiento académico se midió por la autopercepción de cada sujeto. Para las pruebas de hipótesis se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: Participaron 61 residentes de psiquiatría en Colombia. La mediana del promedio de las calificaciones fue 4,54. Hubo una asociación estadísticamente entre tener trabajo adicional (horas extras de trabajo) con el rendimiento académico reportado ($p=0,019$). Para todas las demás variables evaluadas no se encontró asociación estadística. Tampoco hubo diferencias con la mediana del tiempo libre ($p=0,107$) ni con la duración de jornada académica ($p=0,610$).

Conclusiones: Encontramos una asociación entre el rendimiento académico y tener un trabajo adicional durante la residencia. Sin embargo, el tamaño de la muestra y el sesgo en el promedio académico reportado fueron las principales limitaciones de nuestro estudio. Se necesita replicar con un método de medición del rendimiento académico más preciso e idealmente mayor poder de muestra que permitan confirmar nuestros resultados.

Palabras clave: médicos residentes, psiquiatría, promedio académico, factores de riesgo

Summary

Introduction: Psychiatry residents are exposed to emotional challenging situations during their medical training. These physiological (and physical) stressors could have an impact on their academic performance.

Objective: To identify associated factors with the academic performance of psychiatry residents in Colombia.

Methods: Cross-sectional study. A self-applied measurement instrument was used to

register socio-demographic, emotional and previously reported risk factors. Scales PHQ-9 for depression, Zung for anxiety and Pittsburgh for sleep quality were also applied. Academic performance was measured by self-perception of each subject. Chi square test was used for hypothesis testing.

Results: 61 psychiatry residents from Colombia participated. The average mark was 4.54. There was an association between having additional job (working extra hours) with academic performance (p value= 0.019). For all other evaluated variables no statistical association was found.

Conclusions: We found an association between academic performances and having an additional job during the residency. However, sample size and biased reporting were the main limitations. Further studies are needed with a more accurate academic performance measurement and larger sample size to confirm our results.

Key words: resident physicians, psychiatry, academic average, risk factors

Introducción

Las residencias médico-quirúrgicas son los programas de especialización en medicina. En Colombia, para el sistema educativo, equivalen a un programa de maestría respecto a otra profesión (1). Estos programas son de dedicación exclusiva y tienen un alto grado de exigencia académica, que en ocasiones conlleva a un mayor desgaste emocional y físico de los residentes, respecto a estudiantes de otras carreras y de la población general (2). Existen diversos factores asociados al rendimiento académico en los médicos en formación (residentes), entre los cuales se encuentran: alto nivel de exigencia académica, problemas financieros, falta de tiempo de recreación, alteraciones del patrón del sueño, ambientes académicos poco estimulantes y alto grado de competitividad, entre otros. Estos factores no han sido estudiados en Colombia y los trabajos existentes son de otras especializaciones diferentes a psiquiatría (2,3). Los factores mencionados se han relacionado con alta tasa de suicidio, depresión y ansiedad, problemas matrimoniales, síndrome de *burnout*, disfunción profesional, abuso de alcohol y drogas (4,5,6). También se han reportado

tasas de suicidio de los médicos entre 28 y 40 por 100.000 personas, siendo más alta que en la población general (12,3 por 100.000 habitantes). No se ha estudiado si esta tasa es igual o tiene alguna variación entre los médicos en formación (2,5).

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores asociados al rendimiento académico en residentes de la especialización de psiquiatría en Colombia.

Métodos

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, con componente analítico. Se diseñó un instrumento de medición autoaplicado, que incluyó variables sociodemográficas, emocionales y factores de riesgo previamente reportados en la literatura (3,7). Se incluyeron las escalas autoaplicadas PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) para depresión (8), escala de Zung para evaluar ansiedad (9,10) y la escala de *Pittsburgh* (11) para realizar tamizaje de la calidad de sueño.

El rendimiento académico se midió por autoreporte del promedio académico de cada

sujeto y con preguntas de autopercepción del mismo. No tuvimos acceso a los promedios académicos reales de los sujetos, por dificultades de acceso a esta información, que es confidencial para muchas universidades. El diligenciamiento del instrumento de medición fue anónimo.

Se realizó un muestreo no aleatorio, por conveniencia. Los datos se recolectaron durante el XI Congreso Nacional de Residentes de Psiquiatría que se llevó a cabo en la ciudad de Medellín el 26 de octubre de 2017. El criterio de inclusión fue ser médico residente activos durante el segundo semestre del año 2017.

Se entregó el cuestionario en el momento de la inscripción, a todos residentes de psiquiatría que dieran su consentimiento para la participación en el estudio, y se recogió al finalizar la jornada del congreso.

Para el análisis estadístico se utilizó el Software SPSS versión 21.0. Para el análisis se dicotomizaron algunas variables, incluyendo la media del promedio académico para determinar alto rendimiento vs bajo rendimiento académico. Se realizaron tablas de 2 x 2 para probar asociación entre el rendimiento académico y las mediciones de depresión, ansiedad y calidad del sueño (PHQ-9, Zung, Pittsburgh), así como, con las horas de tiempo libre, trabajar por fuera de la residencia y acudir a psicoterapia individual.

El estudio y consentimiento informado fueron aprobados por un comité independiente de ética en investigación. Se consideró una investigación sin riesgo de acuerdo con la resolución en la resolución 8430 de 1993.

Resultados

En Colombia existen 13 programas de residencia para el posgrado de psiquiatría, dentro de los cuales hay un total aproximado de 200 médicos residentes. Al XI Congreso Nacional de Residentes de Psiquiatría asistieron 119 médicos residentes. Se entregaron 100 encuestas de las cuales contestaron y devolvieron 61 residentes.

De los 61 residentes encuestados 44 fueron mujeres (72,1%). La mediana de edad fue de 29 años. Dentro de los encuestados 48 eran solteros (78,7%), 7 casados (11,5%), 4 estaban en unión libre (6,6%) y 2 estaban divorciados (3,3%). La mayoría de los encuestados vive con ambos padres y/o hermanos. También la mayoría reportó vivir en los estratos cuatro y cinco (Tabla 1).

Respecto a las ciudades de origen, la mayoría de los encuestados eran de Bogotá y Medellín. Las demás ciudades tuvieron menor proporción de sujetos. De firma similar se distribuyó la ciudad de residencia (Tabla 2).

Teniendo en cuenta el año de residencia, la mayoría de los encuestados fueron de tercer año (n=24, 39,3%) seguidos por los de segundo año (n=22, 36,1%) (Tabla 3). El 72,1% de los residentes encuestados no trabajan por fuera de la residencia y la mayoría no tiene turnos nocturnos (37,7%), seguido de cerca de los que tienen un turno semanal (34,4%) (Tabla 3).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

		n	(%)
Edad mediana	29 años		
Sexo	Femenino	44	(72,1)
	Masculino	17	(27,9)
Estado civil	Soltero	48	(78,7)
	Casado	7	(11,5)
	Unión libre	4	(6,6)
	Divorciado	2	(3,3)
Convivencia	Ambos padres y/o hermanos	25	(41)
	Otros familiares	9	(14,8)
	Sólo	9	(14,8)
	Uno de sus padres	4	(6,6)
	Amigos	4	(6,6)
	No familiares	4	(6,6)
	Otros	6	(9,8)
Estrato socioeconómico	Seis	6	(9,8)
	Cinco	18	(29,5)
	Cuatro	27	(44,3)
	Tres	9	(14,8)
	Dos	1	(1,6)

Tabla 2. Ciudades de origen y de residencia

	Ciudad de origen		Ciudad de residencia	
	n	(%)	n	(%)
Bogotá	21	(34,4)	34	(55,7)
Medellín	17	(27,9)	19	(31,1)
Barranquilla	5	(8,2)	3	(4,9)
Bucaramanga	3	(4,9)	0	(0)
Cúcuta	3	(4,9)	0	(0)
Tunja	2	(3,3)	0	(0)
Honda	2	(3,3)	0	(0)
Cali	1	(1,6)	0	(0)
Manizales	1	(1,6)	0	(0)
Pereira	1	(1,6)	1	(1,6)
Otras ciudades *	5	(8)	3	(4,8)

*Montería, Popayán, Apartadó, Facatativá y Riohacha

Tabla 3. Factores relacionados con la residencia

		n	(%)
Año de residencia	Primero	14	(23)
	Segundo	22	(36,1)
	Tercero	24	(39,3)
	Cuarto	1	(1,6)
Trabajo fuera de la residencia	Si	17	(27,9)
	No	44	(72,1)
Turnos nocturnos	Ninguno	23	(37,7)
	Uno semanal	21	(34,4)
	Dos semanales	14	(23)
	Tres semanales	2	(3,3)
	Cuatro semanales	1	(1,6)

Respecto a las horas semanales que dedica a estudiar, la mediana fue de 16 horas. En esta pregunta una persona respondió que no sabía cuántas horas semanales dedicaba a estudiar. En la pregunta sobre las horas que incluye la jornada académica diaria, la mediana fue de 9 horas (se anulaban 5 respuestas por ser valores no factibles). Sobre las horas presenciales de seminario a la semana, la mediana fue de 8 horas (se anuló una respuesta por número absurdo). Con respecto al tiempo libre que tiene en la semana, la mediana fue de 24 horas (una persona no contestó esta pregunta).

Sobre el promedio acumulado reportado por los encuestados tuvo una mediana 4,54 (mínimo 3,8 - máximo 5). Esta variable la convertimos en dicotómica teniendo como punto de corte la media determinando dos grupos: promedio por encima de la media y por debajo de la misma.

Con respecto a la pregunta sobre la percepción del rendimiento académico 25 personas consideran que es sobresaliente (41%), 24 que es bueno (39,3%). Sobre la relación con los docentes 29 personas (47,5%) consideran que es buena, 21 (34,4%) consideran que es excelente. Y el grado de satisfacción con la especialidad fue considerado como alto (45,9%) y muy alto (42,6%) por la mayoría (Tabla 4).

Sobre la psicoterapia personal, 38 personas respondieron que no acuden a proceso terapéutico (62,3%) y 23 personas (37,7%) que sí. Sobre la pregunta de si los residentes reciben tutorías individuales 45 personas responden que si las reciben (73,8%).

En los resultados de la escala PHQ-9 para el tamizaje de depresión, 9 personas (14,8%) puntuaron para depresión. En la escala de Zung para tamizaje de ansiedad, 11 personas puntuaron para ansiedad (18%). Finalmente, en la escala de Pittsburgh, en la cual 19

personas son buenas dormidoras (31,1%) y 42 personas son malas dormidoras (68,9%).

Al explorar diferencias entre el rendimiento académico y síntomas depresivos en la escala PHQ-9, se evidenció que 24 personas que no puntuaron para depresión tienen el promedio por debajo de la media que es 4,54. Así mismo, 4 personas que puntuaron positivo en esta escala tienen el promedio por debajo de 4,54. Por otro lado, 22 personas con el promedio por encima a 4,54 no dieron positiva en la escala y 3 personas con el promedio por encima de la media si dieron positivo en la escala de tamizaje para depresión. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos ($\chi^2=0,60$; $p=0,80$).

Respecto al rendimiento académico y la escala de Zung para ansiedad, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0,032$; $p=0,85$). Con la escala de sueño de Pittsburgh los resultados igualmente no significativos estadísticamente ($\chi^2=0,088$; $p=0,76$).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el promedio y trabajar por fuera de la residencia. Los resultados fueron los siguientes: respecto a las personas que no trabajan 23 tienen el promedio por debajo de la media y 13 tienen el promedio por encima de 4,54. De las personas que si trabajan 5 tienen el promedio por debajo de la media y 12 tienen el promedio por encima de la media ($\chi^2: 5,508$; $p=0,019$).

Respecto a la asociación de acudir a proceso psicoterapéutico y el promedio no se encontró asociación ($\chi^2=1,426$; $p=0,232$).

El tiempo libre fue categorizado respecto a la media de tiempo libre (27 horas a la semana). De las personas que tienen tiempo libre inferior a la media, 18 personas tienen el

Tabla 4. Percepción del rendimiento académico y satisfacción

		n	(%)
Rendimiento académico autopercebido	Excelente	6	(9,8)
	Sobresaliente	25	(41)
	Buena	24	(39,3)
	Aceptable	5	(8,1)
	Regular	1	(1,6)
	Malo	0	(0)
Relación con docentes	Excelente	21	(34,4)
	Buena	29	(47,5)
	Aceptable	8	(13,1)
	Regular	3	(4,9)
	Mala	0	(0)
Grado de satisfacción con especialización	Muy alto	26	(42,6)
	Alto	28	(45,9)
	Medio	6	(9,8)
	Bajo	1	(1,6)

Tabla 5. Asociación entre trabajo y rendimiento académico

		Rendimiento académico		p	
		Alto	Bajo		
Trabaja	Si	n	(%)	0,019	
	No	12	(70,6)		5
		13	(36,1)	23	(63,9)

promedio inferior a 4,54 y 19 por encima de 4,54. De las personas que tienen mayor tiempo libre por encima de la media, 10 personas tienen el promedio inferior a 4,54 y 6 personas tienen el promedio por encima de esta media. No hubo asociación entre estas variables ($\chi^2=7,620$; $p=0,107$). Tampoco hubo asociación del rendimiento con la jornada académica ($\chi^2=2,696$; $p=0,610$).

Discusión

Los residentes en psiquiatría son médicos en formación de una especialización que están expuestos a situaciones de alto impacto emocional y otros factores de estrés comunes descritos en la literatura. En el presente estudio exploramos el impacto de diversas variables en el rendimiento académico de los

residentes de psiquiatría.

Lo que fue encontrado en la literatura médica por los investigadores como factores asociados al rendimiento académico en esta población no fue estadísticamente significativo, excepto el hecho de trabajar por fuera de la residencia, en lo cual si se encontró asociación. Sin embargo, también se evidenció que dentro del grupo que no trabaja fuera de la residencia, la mayoría tenía un rendimiento bajo. Los resultados podrían deberse a un error estadístico, ya que la distribución de los grupos que tienen alto rendimiento es muy similar, con apenas una persona de más en el grupo que no trabaja.

También se debe señalar como la limitación más grande de nuestro estudio la forma de medir la variable del rendimiento académico.

Esta tiene alta probabilidad de sesgo, dado que era una percepción del sujeto que puede estar alterada por varios factores, entre ellos el sesgo de memoria. Sin embargo, era difícil tener una medición más precisa, por ejemplo, con las notas obtenidas, ya que esta información es de carácter confidencial de la mayoría de universidades. Se intentó mitigar el impacto, realizando varias preguntas alrededor de la percepción de los individuos sobre su rendimiento.

Este resultado apoya las recomendaciones actuales de las residencias médicas en nuestro país, que deben ser de dedicación exclusiva. Sin embargo, las preocupaciones financieras son otro importante factor estresante en esta población, lo que en ocasiones obliga a los médicos en formación a trabajar para costear todos los gastos que conlleva realizar una residencia médica, dado que cuando se realizó la medición no existía remuneración económica para los médicos residentes.

Hay que tener en cuenta que, en el último debate del Congreso de La República, el 17 de mayo de 2018, fue aprobado el Proyecto de Ley de Residencias médicas, que busca pagarle a los residentes del país, lo que cambiaría el panorama económico de los residentes y posiblemente modificaría este factor asociado al rendimiento académico (12).

Un factor a resaltar, son los hallazgos de tamizaje psicopatológico para depresión, ansiedad y trastornos del sueño, teniendo positivo para la PHQ-9: 9 personas, para Zung 11 personas y como malos dormidores 42 personas. Cabe anotar que el patrón de oro para el diagnóstico de depresión, ansiedad y trastornos del sueño es la entrevista cínica, por lo cual las escalas que incluimos son solo un tamizaje para evaluar la población que

requiere una evaluación clínica más rigurosa para poder hacer el diagnóstico.

Es posible que estos resultados puedan estar sesgados por el autoestigma existente dentro de los médicos residentes de psiquiatría, dado que es una población que conoce acerca de estos temas y posiblemente no quisieran puntuar positivo en las escalas. Los residentes que puntuaron positivo en las escalas, independiente de la asociación con el rendimiento académico, fue informada del resultado y se realizaron las recomendaciones pertinentes.

A pesar de que la muestra es bastante significativa de la población total de residentes de Colombia, al hacer los análisis de pruebas de hipótesis los grupos quedan muy desagregados, lo que hace que pueda haber errores estadísticos por falta de muestra. Adicionalmente la distribución de las regiones de Colombia tampoco fue representativa de las diferentes ciudades, o al menos de las que se esperaba encontrar más sujetos, como Cali. Esto es el resultado de la metodología planteada en el estudio para recoger la muestra, pues dependía de los residentes asistentes al congreso y varios no devolvieron el instrumento cuando les fue entregado.

Se considera que se deben realizar nuevas investigaciones en un futuro donde se puedan explorar otras variables y donde se plantee una metodología diferente para poder obtener un mayor tamaño de muestra y se pueda evaluar la mayoría de la población de médicos residentes.

Referencias

1. Duque GR, Monsalve LCO. Sistema de Residencias Médicas en Colombia: Marco

conceptual para una propuesta de regulación. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud Y Protección Social; 2013.

2. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, Tate J. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic Medicine*. 2009;84(2):236-24.

3. Prieto-Miranda SE, López-Benitez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educ méd*. 2009;12(3):169-177.

4. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Comorbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*. 2008;38(3).

5. Al-Maddah EM, Al-Dabal BK, Khalil MS. Prevalence of Sleep Deprivation and Relation with Depressive Symptoms among Medical Residents in King Fahd University Hospital, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2015;15(1):e78-84.

6. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373-83.

7. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ*. 2002;36(1):66-72.

8. Baader T, Molina J, Venezian S, Rojas C, Fariás R, Fierro-Freixeneta C, Backenstrass M, Mundt C. Validación y utilidad de la

encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-psiquiat*. 2012;50(1):10-22.

9. Hernández-Pozo M, Macías D, Calleja N, Cerezo S, del Valle Chauvet C. Propiedades psicométricas del Inventario Zung del Estado de Ansiedad con mexicanos. *Psychologia. Avances de La Disciplina*. 2008;2(2):19-46.

10. De La Ossa S, Martínez Y, Herazo E, Campo A. Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. *Colombia Médica*. 2009;40(1):71-7.

11. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol*. 2005;40(3):150-5.

12. Senado de Colombia. Proyecto de ley No. 261 DE 2017 "Por medio de cual se crea el Fondo Nacional de Residencias Médicas y se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia". Bogotá D.C.: Senado de Colombia; 2017.

Un caso de abuso y posible dependencia a la Trimebutina

María Teresa López Camargo¹, Evila Cabrera¹, Edgar Yamhure Kattah²

1. Médica Psiquiatra. ICSN, Universidad El Bosque

2. Médico Psiquiatra, Psicoanalista, Docente del Posgrado de Psiquiatría, ICSN - Universidad El Bosque

Correspondencia: mlopez@gmail.com

Resumen

Introducción: La Trimebutina es un medicamento usado para el tratamiento del síndrome de intestino irritable, su efecto está mediado por el agonismo no selectivo de receptores opiáceos mu, kappa y delta, a nivel periférico y cerebral.

Objetivo: Se describe un caso de abuso y posible dependencia a la Trimebutina.

Método: revisión de caso y búsqueda en la literatura acerca de abuso o dependencia a la Trimebutina

Resultados: Se presenta el caso de una mujer en la tercera década de la vida, a quien se le prescribe Trimebutina intravenosa para el tratamiento de síndrome de intestino irritable. Posteriormente la paciente aumento la dosis de este medicamento automedicándose hasta 8 ampollas diarias tres veces por semana.

Conclusiones: En el caso presentado se confirmó un patrón de abuso y dependencia a la Trimebutina. La dependencia potencial a la Trimebutina puede estar relacionada con su mecanismo de acción a través de la estimulación de receptores opiáceos a nivel periférico y cerebral.

Palabras clave: Trimebutina, abuso, dependencia

Summary

Introduction: Trimebutine is used for the treatment of irritable bowel syndrome. Its effect is mediated by the non-selective agonism of opiate receptors mu, kappa and delta, peripherally and cerebrally.

Objective: A case of abuse and possible dependence on Trimebutine is described.

Method: Case report and literature search about Trimebutin abuse or dependence.

Results: We present the case of a woman in the third decade of life, who is prescribed with intravenous Trimebutine for the treatment of irritable bowel syndrome. Subsequently, the patient increased the dose of this medication by self-medicating up to 8 ampoules per day, three times a week.

Conclusions: In the case presented, a pattern of abuse and dependence on Trimebutine was confirmed. The potential dependence on Trimebutine may be related to its mechanism of action through the stimulation of opioid receptors peripherally and cerebrally.

Key words: Trimebutine, abuse, dependence

Introducción

La trimebutina (2-dimetilamino-2-fenilbutil-3,4,5-trimetoxi-benzoato hidrógeno maleato) es un medicamento utilizado para el tratamiento de trastornos funcionales del colon, incluido el colon irritable. Su eficacia ha sido comprobada en múltiples estudios clínicos y está incluido en varios protocolos de manejo (2). El efecto clínico esta mediado por el agonismo débil, no selectivo de receptores opiáceos mu, kappa y delta, a nivel periférico y cerebral (3) y estimula la liberación de motilina y péptidos como el vasoactivo intestinal, gastrina y glucagón. La Trimebutina acelera el vaciamiento gástrico, induce la fase III del complejo motor migratorio intestinal y modula la actividad contráctil del colon, además, tiene un efecto en la modulación de la sensibilidad visceral (1).

Desde el año 1994, en Francia e Italia, han sido reportados en la literatura cuatro casos de abuso y/o dependencia a la Trimebutina, sugiriendo una posible relación con el mecanismo de acción opiáceo (4-6).

En este artículo se realiza una revisión de tema y un reporte de caso de una mujer en la tercera década de la vida, con patrón de abuso y posible dependencia a la Trimebutina intravenosa.

Descripción del caso

Se trata de una mujer en la tercera década de la vida, origen urbano, con nivel educativo universitario quien presenta historia de consumo progresivo de Trimebutina intravenosa desde 6 años previos a la consulta. El medicamento fue inicialmente prescrito para el tratamiento del colon

irritable a razón de una ampolla semanal. La paciente empezó a automedicarse aumentando la frecuencia y cantidad de la dosis, llegando a aplicarse 6-8 ampollas intravenosas por día con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana. Dos meses previos a su ingreso hospitalario, después de la aplicación de 8 ampollas de Trimebutina en una sola dosis presentó un episodio de rigidez muscular en extremidades y dislalia, por lo que requirió atención médica. No se documentaron síntomas de abstinencia con la interrupción del medicamento. Sin embargo, la paciente sí refirió tolerancia al medicamento.

Generalmente el medicamento era autoadministrado, pero en ocasiones sus hijos se lo administran ante solicitud de la paciente. El uso irracional del medicamento tuvo un impacto negativo sobre sus relaciones familiares y sociales. Adicionalmente, durante el año previo a la consulta, la paciente refirió síntomas depresivos que incluyeron ánimo triste, anhedonia y alteración del patrón de sueño. Estos síntomas se exacerban con el dolor abdominal crónico comórbido, asociándose también ideas de minusvalía, desesperanza y muerte. Durante los dos años previos a la consulta fue formulada con fluoxetina y amitriptilina las cuales tomaba de manera irregular.

Dentro de sus antecedentes se encontró un hipotiroidismo en tratamiento. No se encontró historia de abuso o dependencia de sustancias u hospitalizaciones previas en instituciones psiquiátricas. También tenía antecedentes familiares de conductas suicidas.

La paciente fue evaluada en una unidad de salud mental a donde fue llevada por presión de sus familiares. Al examen mental se resaltó su ánimo depresivo, la irritabilidad y heteroagresividad con sus familiares. No presentaba ideas de muerte ni suicidio al momento de la consulta inicial y tenía nula conciencia de enfermedad. Se decidió hospitalizar para tratamiento de desintoxicación e intervención psicoterapéutica individual y de familia. Se indicó intervención farmacológica con un antidepresivo y un antipsicótico atípico, rehusándose a recibir el último.

Se confirmaron criterios de tolerancia al medicamento, la toma del mismo con frecuencia y dosis mayor a la prescrita y durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía y la reducción de actividades sociales y familiares debido al consumo patrón de consumo. Llamativamente no se evidenciaron durante la hospitalización síntomas de abstinencia. Los otros criterios de dependencia no pudieron ser evaluados.

La paciente permaneció hospitalizada durante 10 días porque solicitó alta voluntaria antes de completar el tratamiento indicado.

Discusión

En el caso presentado se evidenció inicialmente un patrón claro de abuso de Trimebutina. Adicionalmente se interrogó una dependencia a este medicamento, ya que a pesar de no haber presentado abstinencia, sí se lograron evidenciar al menos tres criterios adicionales, con los cuales se hace el diagnóstico, de acuerdo con el DSM-IV-TR (7).

El patrón de consumo evidenciado en la paciente incluyó: 1) tolerancia, 2) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades

mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía y 3) la reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia. Los otros criterios de dependencia y los criterios de abstinencia no pudieron ser evaluados (7).

Estudios experimentales en animales han demostrado que la Trimebutina y su metabolito activo la N-desmetil Trimebutina tiene un mecanismo de acción, a nivel del tracto gastrointestinal y cerebral, mediado por un efecto agonista débil en los receptores opiáceos μ , κ y δ a nivel periférico y cerebral (8). El potencial adictivo de la Trimebutina es probablemente explicada por los mecanismos en los receptores de opiáceos y anticolinérgicos descritos en esta molécula y al efecto "flash effect" generado por uso intravenoso (8).

El potencial de abuso y farmacodependencia asociada a la Trimebutina está documentado. Aunque su presentación es infrecuente, esta una de las razones de importancia para la publicación del presente caso, teniendo en cuenta que dado su mecanismo de acción, puede haber un aumento en el reporte de casos, situación que también tiene importancia para el médico clínico y para las autoridades sanitarias.

Conclusiones

Se evidencia patrón de abuso a la Trimebutina, cumpliendo tres criterios para dependencia, sin presentar síntomas de abstinencia al medicamento. La potencial dependencia a este medicamento puede estar relacionada con la acción del medicamento a través de la estimulación de receptores de opiáceos a nivel periférico y cerebral.

Referencias

1. Roman FJ, Lanet S, Hamon J, Brunelle G, Maurin A, Champeroux P, et al. Pharmacological Properties of Trimebutine and N-Monodesmethyltrimebutine. *J Pharmacol Exp Ther*. 1999;289(3):1391-7.
2. Martínez-Vázquez MA, Vázquez-Elizondo G, González-González JA, Gutiérrez-Udave R, Maldonado-Garza HJ, Bosques-Padilla FJ. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of Irritable Bowel Syndrome: systematic review and meta-analysis. *Rev Gastroenterol Mex*. 2012;77(2):82-90. doi: 10.1016/j.rgmx.2012.04.002.
3. Delvaux M, Wingate D. Trimebutine: Mechanism of action, effects on gastrointestinal function and clinical results. *J Int Med Res*. 1997;25(5):225-46.
4. Pinzani V, Hillaire-Buys D, Carrie N, Moati L, Faucherre V, Vidaud-Vlasto D, et al. Injectable trimebutine dependence: apropos of a case. *Thérapie*. 1994;49:475-6.
5. Schifano F, Miconi L, Gallimberti L. Addictive potential of trimebutine. *Ann Pharmacother*. 1994;28(4):537-8.
6. A Guilletmet, M Geneste, C Combe, et al. Trimebutine: A Case of Abuse and Possible Dependence. *Eur J Hosp Pharm* 2013;20(Suppl 1):A219.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
8. Roman F, Pascaud X, Taylor JE, Junien JL. Interactions of trimebutine with guinea-pig opioid receptors. *J Pharm Pharmacol*. 1987;39(5):404-7.

Enfermedad de Hirschsprung y Depresión: A propósito de un caso

Andrea Buitrago¹, Catalina García Salamanca², Diego Francisco Vargas Chávez²,
Roberto Chaskel Heilbronner¹

1. Médico residente de psiquiatría, Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá D.C., Colombia

2. Médico residente de psiquiatría, ICSN -Clínica Montserrat, Universidad El Bosque, Bogotá D.C., Colombia

3. Médico psiquiatra infantil y de adolescentes, ICSN – Clínica Montserrat, Hospital Militar Central, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá D.C., Colombia

Correspondencia: garciasalamancacatalina@gmail.com

Resumen

Introducción: La Enfermedad de Hirschsprung es una enfermedad congénita que cursa con anomalías anorrectales severas. Sus manifestaciones a largo plazo impactan la calidad de vida y el desarrollo psicosocial de quienes la padecen.

Objetivo: Describir las consecuencias psicopatológicas de una paciente con enfermedad de Hirschsprung.

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultado: Se presenta el caso de una adolescente con enfermedad de Hirschsprung, exponiendo las consecuencias psicosociales y psicopatológicas secundarias a largo plazo.

Conclusiones: El enfoque terapéutico a largo plazo del paciente con enfermedad de Hirschsprung debe contemplar, además de las complicaciones físicas funcionales, los aspectos psicopatológicos.

Palabras clave: Enfermedad de Hirschsprung, calidad de vida, depresión mayor

Summary

Introduction: Hirschsprung's disease is a congenital disease that presents severe anorectal anomalies. Its long-term manifestations impact the quality of life and the psychosocial development of those who suffer it.

Objective: Describe the psychopathological consequences of a patient with Hirschsprung's disease.

Method: Case report and literature review.

Result: The case of a teenager with Hirschsprung's disease is presented, exposing the long-term secondary psycho-social and psychopathological consequences.

Conclusions: Long-term therapeutic approach of the patient with Hirschsprung's disease must contemplate, in addition to the functional physical complications, the psychopathological aspects.

Key words: Hirschsprung's disease, quality of life, major depression

Introducción

La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una entidad congénita que se produce por el defecto de la migración neuronal intestinal céfalo-caudal, produciendo aganglionosis del recto en el 100% de los pacientes, del sigmoide en 80-85%, del colon descendente y transversal en 10% cada uno, y del colon ascendente e ileon distal entre 5 y 10% (1). Cursa con anomalías anorrectales severas y sus manifestaciones a largo plazo pueden impactar negativamente la calidad de vida y el desarrollo psicosocial de los pacientes que lo sufren (2,3,4).

En el presente artículo se presenta el caso de una adolescente con EH, exponiendo el curso de su enfermedad, los cambios a nivel físico y funcional que alteran la calidad de vida, las competencias psicosociales, el manejo emocional, la interacción con el medio y su familia y las consecuencias psicopatológicas secundarias.

Métodos

Se reporta un caso clínico de una paciente con EH atendida en un hospital general de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá (Colombia).

Se revisa el tema “Enfermedad de Hirschsprung y anomalías anorrectales” y las complicaciones sobre la calidad de vida. Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed con los términos Mesh: “Hirschsprung Disease”, “Mental Health”, “Quality of life”, “Psychosocial functioning”, “Child Psychiatry” y “Anorectal Malformations”.

Descripción del caso

Se trata de una paciente femenina de 14 años, natural, residente y procedente de una ciudad de la región andina colombiana, quien

consultó por incontinencia fecal. Los médicos que la atendieron inicialmente solicitaron interconsulta a psiquiatría infantil por síntomas afectivos de carácter depresivo y ansioso. En la valoración se interrogó sobre el antecedente de EH, que fue diagnosticada desde los 2 años de edad. Desde entonces ha requerido manejo por cirugía pediátrica y gastroenterología y ha recibido múltiples intervenciones quirúrgicas. Desde su nacimiento ha cursado con cuadros de estreñimiento prolongado e incontinencia fecal por rebosamiento, requiriendo manejo sintomático con enemas orales y rectales. Desde los 4 años ha cursado con síntomas afectivos de carácter ansioso, presentado múltiples somatizaciones y ataques de pánico. Adicionalmente, se encontró antecedente de bullying en el colegio y múltiples faltas escolares secundarias a sus síntomas gastrointestinales y múltiples hospitalizaciones. A sus 12 años fue sometida a una intervención quirúrgica de descenso abdomino perianal y proctectomía, como tratamiento sintomático. Sin embargo, presentó posteriormente complicación por infección del sitio operatorio e incontinencia fecal marcada, sin mejoría completa de síntomas, requiriendo uso de pañal permanente y enemas rectales tres veces al día. Desde entonces ha presentado aislamiento social marcado, ánimo triste todos los días la mayor parte del día, labilidad emocional, insomnio mixto, anhedonia marcada, hipobulia, sensación de cansancio permanente, pérdida de motivación, bajo rendimiento escolar, ideas sobrevaloradas de minusvalía, desesperanza y culpa, ideas de muerte, con ideas de suicidio y ansiedad flotante, la cual se torna desbordante, con exacerbación de síntomas somáticos y

ataques de pánico. Para los síntomas afectivos recibió tratamiento con sertralina, trazodona e hidroxicina, previo a la interconsulta por psiquiatría infantil. Los tratamientos antidepressivos previos tuvieron dosis adecuadas y duraron más de 8 semanas, sin tener mejoría.

Al examen mental la paciente se encontraba alerta, orientada globalmente, disproséxica, sin actitud alucinatoria, pensamiento coherente, bradipsíquica, con ideas de muerte y de suicidio no estructuradas, ideas sobrevaloradas de minusvalía, desesperanza, soledad y culpa, afecto ansioso, de fondo triste, mal modulado, resonante, hipoquinética, bradilálica, con introspección parcial y prospección incierta.

Se complementó la evaluación clínica con la escala para depresión CDI (*Children's Depression Inventory*), que resultó en 33 puntos (depresión grave) y con la escala para ansiedad SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder*), que puntuó 51 para la paciente y 56 para la madre. En esta última escala se encontraron principalmente afectados los dominios de ansiedad generalizada, ansiedad de separación y ansiedad social.

Se realizó una impresión diagnóstica de trastorno depresivo mayor, episodio grave, con ansiedad, secundaria a enfermedad de Hirschsprung, con incontinencia fecal.

Se inició tratamiento farmacológico con mexazolam 1mg en la noche, presentado mejoría parcial de manera temporal. Por lo anterior, se cambió a quetiapina 25mg en la noche, con lo que tuvo mejor respuesta. En el momento de la atención inicial se decidió no prescribir tratamiento antidepressivo, considerando que la ansiedad era la prioridad del tratamiento, para diferirlo al momento en

que esta estuviera mejor modulada. De forma paralela se inició un proceso de psicoterapia sistémica, con el que tuvo buena adherencia y mejoría de los síntomas afectivos. Al momento de la publicación continúa el tratamiento descrito.

Discusión

El diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung se debe sospechar en el recién nacido que presenta síntomas de obstrucción intestinal: vómito, distensión abdominal y ausencia de meconio en la primera semana de vida, lo que sustenta su origen congénito. Los pacientes con esta enfermedad son predominantemente hombres (84%), no concordante con nuestro caso y aunque no es lo más frecuente, el que sea una paciente femenina no se sale de las posibilidades de presentación reportadas (1). La progresión de la enfermedad en cuanto a gravedad de los síntomas suele manifestarse con fiebre, distensión abdominal, diarrea y sepsis; manifestaciones clínicas de una enterocolitis, la cual ocurre entre 11 a 24% de los recién nacidos con enfermedad de Hirschsprung (1).

El objetivo global del tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung es mejorar la calidad de vida. Esto se logra al obtener un número aceptable de evacuaciones fecales, conservar la continencia fecal y evitar el desarrollo de síntomas de enterocolitis. Se han descrito varias técnicas quirúrgicas para lograr estos objetivos (1). Dentro de las secuelas tardías más comunes, un 30% presentan estreñimiento y un 50% incontinencia fecal. Estas dos secuelas implican una relación entre la alteración a nivel intestinal y los problemas que impactan en la calidad de vida de los pacientes, los cuales incrementan a medida que avanza la edad (2).

La mayoría de los estudios que se enfocan en mediciones de calidad de vida de pacientes con EH, relacionan las secuelas con la función intestinal. Uno de los más grandes estudios de seguimiento de EH realizados, desde los 5 a los 20 años postquirúrgicos, evidenció que dentro de las complicaciones más frecuentes están la enterocolitis y la incontinencia fecal (3). Estando esta última complicación presente en el caso acá reportado y una de las razones que más aporta a su compromiso emocional e interrelacional (3).

Se ha reportado la influencia de esta enfermedad sobre las alteraciones comportamentales, físicas, mentales y sociales que originan síntomas ansiosos y depresivos (2,3). En algunos casos la manera de manifestar las consecuencias de la enfermedad es por medio de los síntomas afectivos (2,3). Algunos estudios evidencian que existe una mejoría en la calidad de vida de niños y adolescentes después del manejo postoperatorio, interviniendo no sólo las alteraciones físicas, sino las psicosociales. En el enfoque terapéutico de estos pacientes, se deben dirigir las intervenciones hacia la mejora de las competencias psicosociales, para impactar secundariamente su calidad de vida (2,3).

Por otro lado, se considera que la afectación de la calidad de vida no solo se presenta en los pacientes con EH, sino también de los cuidadores (4). Esto fue documentado en el caso reportado, en el que la madre de la paciente presentaba síntomas de ansiedad significativos.

Por lo anterior, es muy importante proporcionar un tratamiento multidisciplinario, que pueda brindar, no sólo atención quirúrgica y médica, psicoterapéutica individual y familiar, fortalecer el soporte familiar y social cercano y

que este tenga continuidad desde el nacimiento hasta la adolescencia, buscando un impacto positivo tanto clínico como en la calidad de vida (3).

Conclusiones

En el caso reportado se evidenciaron consecuencias psicopatológicas derivadas de una de las secuelas funcionales de la enfermedad de Hirschsprung.

Referencias

1. Santos-Jasso LA. Enfermedad de Hirschsprung. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38(1):72-78.
2. Diseth TH, Emblem R. Long-term psychosocial consequences of surgical congenital malformations. *Seminars in Pediatric Surgery.* 2017;26:286-294.
3. R. Niramis, S. Watanatittan, M. Anuntkosol, V. Buranakijcharoen, T. Rattanasuwan, A. Tongsin, W. Petlek, V. Quality of life of patients with Hirschsprung's disease at 5 - 20 years post pull-through operations. *Mahatharadol. Eur J Pediatr Surg.* 2008;18(1):38-43.
4. Marieke J. Witvliet, Roel Bakx, Sander Zwaveling, Tonnis H. van Dijk, Alida F. W. van der Steeg. Quality of Life and Anxiety in Parents of Children with an Anorectal Malformation or Hirschsprung Disease: The First Year after Diagnosis. *Eur J Pediatr Surg.* 2016;26:2-6.

Enfermedad de Hallervorden-Spatz con síntomatología depresiva: Reporte de un caso

Diana Fernanda Cruz Cruz¹, Estefany Ramirez Pereira¹

1. Médica residente de psiquiatría - U. El Bosque - ICSN – Clínica Montserrat.

Correspondencia: estefany.ramirez.p02@hotmail.com

Resumen

Introducción: La enfermedad de Hallervorden-Spatz (EHS) de herencia autosómica recesiva que presenta manifestaciones neuropsiquiátricas caracterizadas por signos piramidales y extrapiramidales, disartria, trastorno neurocognitivo, síntomas depresivos y síntomas psicóticos.

Objetivo: Describir la sintomatología neuropsiquiátrica de la EHS y la expresión atípica de la enfermedad en el caso reportado.

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultado: Se presenta el caso de una adulta joven que debuta con síntomas depresivo, seguidos de síntomas motores y rápidamente desarrolla un trastorno neurocognitivo.

Conclusiones: En pacientes con diagnóstico de depresión mayor se deben estudiar causas orgánicas asociadas, ya que pueden pasar inadvertidas enfermedades graves como la EHS.

Palabras clave: Enfermedad de Hallervorden-Spatz, depresión mayor, organicidad, neuropsiquiátricas

Summary

Introduction: Hallervorden-Spatz disease (HSD) is an autosomal recessive inheritance disease, that presents neuropsychiatric manifestations characterized by pyramidal and extrapyramidal signs, dysarthria, neurocognitive disorder, depressive symptoms and psychotic symptoms.

Objective: To describe the neuropsychiatric symptomatology of the HSD and the atypical expression of the disease in the reported case.

Method: Case report and literature review.

Result: We present the case of a young adult who debuts with depressive symptoms, followed by motor symptoms and quickly develops a neurocognitive disorder.

Conclusions: In patients diagnosed with major depression, associated organic causes must be studied, since serious diseases such as HSD can be unnoticed.

Key words: Hallervorden-Spatz disease, major depression, organicity, neuropsychiatric

Introducción

La enfermedad de Hallervorden-Spatz (EHS) fue descrita por primera vez en 1922 por los neuropatólogos alemanes Julius Hallervorden y Hugo Spatz, al observar que cinco mujeres integrantes de una familia de doce hermanos presentaron un cuadro clínico consistente en deterioro cognitivo, parkinsonismo, distonía y coloración parduzca en el globo pálido en la necropsia (1).

La EHS es un raro síndrome, que en gran proporción es familiar con un patrón de herencia autosómica recesiva. Presenta manifestaciones neuropsiquiátricas caracterizadas por signos piramidales y extrapiramidales, disartria, trastornos neurocognitivos, síntomas depresivos y síntomas psicóticos (2). Generalmente es diagnosticada en la infancia y adolescencia tardía y en algunos casos el diagnóstico se da en la edad adulta. La historia natural de la enfermedad generalmente dura entre 10 a 12 años desde el diagnóstico, pero hay informes de casos que sobreviven hasta 30 años (3).

En la gran mayoría de los casos se ha encontrado una mutación del gen que codifica la pantotenato kinasa (PANK2) situado en el cromosoma 20p13-p12.3 (2). Esta enzima se requiere para formar fosfopantotenato y coenzima A. En este paso al pantotenato se le agrega glicina y hierro, y la alteración en la función de esta enzima produce acumulación de hierro y formación de radicales libres (1). Además de los hallazgos clínicos, las neuroimágenes como la resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral es una importante ayuda diagnóstica (2).

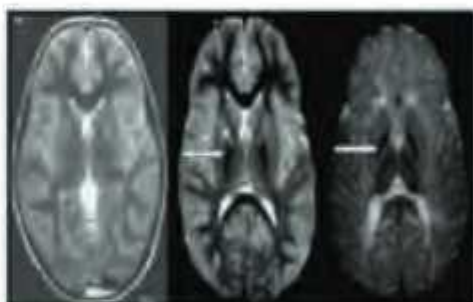


Imagen tomada de Haydik S1, Westaway SK, Levinson R, Zhou B, A. JM, Ching KHL and Gitschier J. Genetic, clinical and radiographic delineation of Hallervorden-Spatz syndrome. N Engl J Med 2003; 348: 33-40.

Tabla 1. Clasificación de Enfermedad de Hallervorden-Spatz (5)

Típica	Atípica
Se manifiesta en la niñez o adolescencia	Edad de inicio (principalmente en la segunda y tercera década de la vida)
La progresión es rápida y de mal pronóstico	Progresión lenta y se caracteriza por: retraso de la disfunción extrapiramidal durante varios años y progresión más gradual del proceso de la enfermedad
	En la presentación atípica otros síntomas como defectos en el habla, la espasticidad y los trastornos psiquiátricos también predominan

En una revisión de Maria R. Bokhari ; Syed Rizwan A. Bokhari (5) citan los siguientes criterios diagnósticos:

Para un diagnóstico definitivo, todos los hallazgos obligatorios y al menos dos de los hallazgos corroborativos deben estar presentes.

Las características obligatorias:

- *Inicio en las primeras dos décadas de la vida.*
- *Progresión de signos y síntomas; forma clásica: pérdida de la deambulación que ocurre dentro de los 10-15 años desde el inicio; forma atípica: la pérdida ambulatoria ocurre dentro de los 15-40 años del inicio de la enfermedad.*
- *Evidencia de disfunción extrapiramidal, que incluye uno o más de estos impedimentos neurológicos: distonía, rigidez, coreoatetosis.*

Las características corroborativas se enumeran de la siguiente manera:

- *Afectación del tracto corticoespinal: espasticidad, hiperreflexia y signos de dedos extensores.*
- *Deterioro intelectual progresivo.*
- *Retinitis pigmentosa y / o atrofia óptica (vista con electroretinograma o prueba de campo visual).*
- *Convulsiones.*
- *Historial familiar consistente con herencia autosómica recesiva (puede incluir consanguinidad).*
- *Áreas hipointensas en resonancia magnética (RMN) en los ganglios basales involucrados.*
- *Citosomas anormales en linfocitos circulantes.*
- *Acantocitosis de los glóbulos rojos.*

Presentaremos el caso de una paciente con EHS, quien debuto con un cuadro de síntomas depresivos que precedieron de las

manifestaciones neurológicas, que ingresa a una institución de salud mental.

Descripción del caso

Se trata de una paciente de sexo femenino de 38 años de edad, quien consulta por presentar un cuadro clínico de un año de evolución de síntomas afectivos depresivos caracterizados por ánimo triste, ansiedad, anhedonia, abulia, aislamiento social, labilidad emocional, insomnio, fatiga diurna, disminución en la concentración. Adicionalmente, ideas sobrevaloradas de soledad y minusvalía, con ideas de muerte y de suicidio parcialmente estructuradas. A la realización del examen físico de ingreso llamaba la atención la presencia de temblor distónico en región cervical, temblor postural y de acción en manos, con predominio izquierdo.

La paciente tenía diagnóstico de trastorno depresivo mayor, 7 años antes de su ingreso, con posterior aparición del trastorno del movimiento hiperkinético (distonía, mioclonía y temblor) desde 4 años antes de la consulta y de un año previo presentaba un trastorno neurocognitivo establecido mediante pruebas neuropsicológicas. Un año antes le hicieron diagnóstico de enfermedad de Hallervorden-Spatz confirmada por pruebas imagenológicas, con reporte de RMN cerebral con imágenes simétricas de ambos globos pálidos, con hiperintensidades de señal central e hipointensidad periférica (imagen en ojo de tigre) (Figura 1). Además, había sido estudiada con pruebas genéticas que demostraban la presencia de la mutación del gen PANK2.

Fue ingresada a hospitalización 2 años antes de la consulta actual en una Unidad de Salud Mental y se encontraba en manejo ambulatorio por parte de psiquiatría y

neurología con escitalopram 20mg al día iniciado un año antes y gabapentin 300mg cada 12 horas. Con lo anterior se concluyó el diagnóstico de un trastorno depresivo, debido a otra afección médica con episodio del tipo de depresión mayor.

Discusión

En el DSM-5 se encuentra el diagnóstico de trastorno depresivo debido a otra afección médica, con episodio del tipo de depresión mayor, con criterios que en nuestra paciente cumplía:

Criterio A: Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades que predominan en el cuadro clínico.

Criterio B: Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

Criterio C: La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

Criterio D: El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

Criterio E: El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (4).

En la revisión de la literatura se puede evidenciar que hay dos formas de presentación de la enfermedad (típica y atípica). La típica que se manifiesta en la niñez o adolescencia cuya progresión es rápida. Y la atípica, que es el caso de nuestra

paciente, que se caracteriza por una edad de inicio en la segunda a tercera década de la vida, es de progresión lenta y se acompaña de: retraso de la disfunción extrapiramidal durante varios años y progresión más gradual del proceso de la enfermedad. En la presentación atípica otros síntomas como defectos en el habla, la espasticidad y los trastornos psiquiátricos también predominan (5). En los servicios de psiquiatría es difícil diagnosticar esta enfermedad, pero se debe considerar si el paciente presenta múltiples síntomas psiquiátricos asociados a trastornos motores (6).

Dentro de los síntomas psiquiátricos más comunes que se encuentran en esta patología son el deterioro neurocognitivo, dado por déficit cognitivo, y alteraciones conductuales progresivas, asociado a síntomas depresivos, ansiedad, labilidad afectiva, irritabilidad, pobre control de impulsos y sintomatología psicótica. En el caso de nuestra paciente, quien cursaba con una presentación atípica de la enfermedad, predominó el déficit cognitivo generando deterioro en su funcionalidad, y alteraciones en el estado de ánimo, requiriendo manejo farmacológico, psicoterapéutico y una hospitalización en unidad de salud mental.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta dentro del diagnóstico de depresión mayor, las causas orgánicas ya que estas pueden presentar manifestaciones psiquiátricas previas. Más aún si la enfermedad se manifiesta con otros síntomas neurológicos motrices que sugieran una enfermedad neurodegenerativa de base.

Dentro de las manifestaciones de la EHS se encuentran varias presentaciones, la típica y la atípica. A pesar que epidemiológicamente

la forma típica es la más frecuente y se manifiestan en la niñez y adolescencia y tiene un pobre pronóstico y es de rápida progresión; existen presentaciones atípicas que se pueden manifestar en la etapa adulta y ser de progresión más lenta. Del estudio y enfoque inicial que se le brinde a esta patología dependerá el manejo integral.

Referencias

1. Beltran Carrascal EJ, Pretelt Burgos FF, Perez Poveda JC, Jiménez Colocasio F, Cerquera Cleves SC. Presentación clínica típica y atípica de déficit de pantotenato quinasa, reporte de 2 casos. *Acta Neurológica Colombiana*. 2014;30(2):124-127.

2. Del Valle-López P, Pérez-García R, Sanguino-Andrés R, González-Pablos E. Enfermedad de Hallervorden-Spatz de comienzo tardío con sintomatología psicótica. [online] Medes.com. 2018. Disponible en: <https://medes.com/publication/67601> [Acceso: 14 Sep. 2018].

3. Dashti, M, Chitsaz, A. Hallervorden-Spatz disease. *Advanced Biomedical Research*. 2014;3:191.

4. Asociación Americana de Psiquiatría. *Diagnóstico y Manual estadístico de trastornos mentales (5ª ed)*. New York, NY: APA; 2013.

5. Bokhari MR, Bokhari SRA. Hallervorden Spatz Disease (Pantothenate Kinase-Associated Neurodegeneration, PKAN) [Updated 2017 Apr 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430689/>

6. Sunwoo YK, Lee JS, Kim WH, Shin YB, Lee MJ, Cho IH, Ock, SM. Psychiatric Disorder in Two Siblings with Hallervorden-Spatz Disease. *Psychiatry Investigation*. 2009;6(3):226–229.

Acerca de la mente y la construcción de la realidad

Yesenia Lindeman Vergara

Médica Psiquiatra. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Universidad El Bosque

Correspondencia: yesselindeman@gmail.com

Resumen

Realidad, es un concepto abstracto con el que corrientemente nos referimos a un conjunto de lo que existe, a lo que damos cualidad de efectivamente verdadero, en contraposición a lo ilusorio o falso. El intento para alcanzar esta verdad desde el mito, la filosofía, la ciencia ha llevado al descubrimiento de la imposibilidad de aprehender "lo real". El presente trabajo pretende reflexionar sobre estos elementos apoyándose en la filosofía, la física, la neurobiología y el psicoanálisis con el propósito de sostener que la realidad es una construcción devenida de la capacidad de la mente de "darse cuenta", crear pensamientos y comunicarlos en un lenguaje. Esta realidad en la que estamos inmersos nos antecede, nos es transmitida antes del nacimiento, moldea nuestro "lente" para ver el mundo.

Abstract

Reality is an abstract concept with which we commonly refer to a set of what exists, to which we give quality of actually true, as opposed to the illusory or false. The attempt to reach this truth from myth, philosophy and science has led to the discovery of the impossibility of apprehending "the real." The present work aims to reflect on these elements based on philosophy, physics, neurobiology and psychoanalysis in order to maintain that reality is a construction of the mind's ability to "realize", create thoughts and communicate them in a language. This reality in which we are immersed predates us, is transmitted before birth, molds our "lens" to see the world.

Introducción

Realidad, es un concepto abstracto con el que nos referimos a un conjunto de lo que existe, a lo que damos cualidad de efectivamente verdadero, en contraposición a lo ilusorio, falso o aparente (1).

La realidad (del latín *realitas* y éste de *res*, cosa), *Res* tiene múltiples significados: cosa material, ser en general, hecho, objeto, materia, asunto, circunstancia, experiencia. De ahí que realidad es un término lingüístico

cuyas acepciones fluctúan de aspectos concretos de la experiencia como en el uso cotidiano, a conceptos filosóficos que implican la existencia de una realidad más veraz y plena.

Este artículo pretende explorar brevemente desde la filosofía, neurobiología y la metapsicología distintas apreciaciones de este concepto.

Filosofía

Desde el inicio del pensamiento filosófico, apariencia y realidad han sido fuente de reflexión filosófica profunda. Podemos recordar la apreciación de Tales de Mileto para quien todo lo existente es agua y la realidad aparente son manifestaciones de la misma en diferentes estados. La observación de Aristóteles “es nuestra razón, no nuestros sentidos, la que nos permite acceder a un conocimiento más ajustado de la realidad” o la conocida alegoría de la caverna de Platón “Solo un duro esfuerzo personal permitirá a los seres humanos romper con las cadenas de un mundo de sombras y apariencias para ascender hacia la captación de lo auténticamente real” muestran como desde la filosofía antigua había cierto recelo frente a la evidente certeza de los fenómenos apreciados por los sentidos.

La epistemología de siglo de las luces llevo a la búsqueda de la verdad independiente del sujeto cognoscente. La intención de la filosofía de la razón era despejar la duda. Se plantea la existencia de una realidad independiente de la experiencia, con un orden y un sentido propios, que por lo mismo puede ser conocida con certeza. Esto implicaría una estricta correspondencia entre las representaciones mentales y el objeto tal como es.

Durante el siglo XX el pensamiento constructivista debate esta posición, un se introduce el reconocimiento de la interdependencia entre observador y mundo observado; aquí la realidad es una construcción inventada por quien observa. Paul Watzlawick dice “real es, al fin y al cabo, lo que es denominado real por un número suficientemente grande de hombres”. Es decir, la realidad es una convención interpersonal (2).

Todas estas diferentes posiciones filosóficas respecto a lo que podemos llamar real, nos llevan a pensar en la imposibilidad de probar como verdadero el mundo tal cual lo experimentamos. Esta incertidumbre permite pensar en posiciones escepticistas como la de Hillary Pullman quien postula que podríamos ser “cerebros en cubetas” a los cuales se han programado para tener una experiencia humana, una hipótesis del tipo de la famosa película Matrix; lo curiosos de esta hipótesis es que no se puede probar que es falsa, ya que, de ser verdadera, la experiencia humana sería tal cual es ahora. Por lo tanto, de acuerdo al escéptico, no podemos conocer ninguna proposición concerniente al mundo externo (proposiciones que serían falsas de ser verdadera la hipótesis) (3,4).

Sin embargo, pesar de que no tenemos garantías racionales para creer en una realidad objetiva, no nos queda otra opción sino actuar como si dicha realidad fuera verdadera, de este punto de vista, la realidad es una cuestión de fe.

Física

En su *best seller* de 2010 Stephen Hawking explica como a pesar de la ambición de la física de investigar los fenómenos físicos con el fin de llegar a un conjunto de principios generales que los expliquen y permitan predecirlos y manipularlos a través de modelos matemáticos, la evolución de la misma ha mostrado las limitaciones de este objetivo (5).

La física clásica proponía la existencia de fenómenos que eran objetivables, es decir que su existencia era independiente del observador, además tenía una visión determinista en donde una vez conocidas las

magnitudes físicas iniciales de un sistema se puede predecir su estado futuro.

Sin embargo, el siglo XX trajo la introducción de la teoría de la relatividad especial, el trabajo de Einstein demostró que el tiempo no puede ser absoluto, a diferencia de lo que había creído Newton, en otras palabras, para un suceso X no es posible asignar un tiempo para el cual todos los observadores estén de acuerdo. Esta teoría implica que todas las medidas se hacen respecto a un marco de referencia (6), conceptos como el tiempo dejan de ser objetivos. Ahora su magnitud depende de desde donde son medidos.

En 1926 Heisenberg introduce el principio de incertidumbre según el cual "cuanto más precisa es la medida de la velocidad de una partícula, menos precisa será la medida de la posición..." dicho en otras palabras, plantea la imposibilidad de conocer los fenómenos en su totalidad. Propone que en la observación de un fenómeno, por ejemplo, iluminar un objeto (lanzar fotones contra él), altera su posición y cantidad de movimiento, es decir, para observar un sistema tenemos que interactuar con él y observar un sistema modifica su curso.

Visto así no solo no podemos conocer con certeza las magnitudes de un sistema dado, sino que la sola observación del sistema lo altera. Todo esto se aleja grandemente de las cosmovisiones positivistas y nos lleva a entender las leyes de la física como modelos de la realidad, que la describen limitadamente desde un marco de referencia, no se puede decir que una observación desde un modelo sea más real que desde otro, en otras palabras, la realidad es inaprehensible.

La prueba de la realidad versus la construcción de la Realidad

Vemos solo el 5% de nuestra realidad física. Aproximadamente 5% del espectro de la luz a nuestro alrededor, igual con el sonido. Además no captamos ondas electromagnéticas diferentes a la luz. Otros animales poseen sistemas que les permiten reconocer otros aspectos de la realidad física como por ejemplo, un murciélago, una hormiga o un delfín.

Las sensaciones generadas por receptores sensoriales especializados (ojos, oídos, etc) que transforman determinadas características físicas del ambiente en impulsos nerviosos y envían la información resultante al cerebro. En el caso de la vista, las células de la retina envían gran parte, pero no toda la información visual, a través del tálamo, a la parte posterior de los lóbulos occipitales. De manera similar ocurre con la audición, donde la información es llevada a la superficie superior del lóbulo temporal (7).

El hombre ha evolucionado, y se ha adaptado a sus falencias, no es casualidad que las longitudes de onda que podemos ver a simple vista sean precisamente las que el sol emite con mayor intensidad.

Los datos enviados al cerebro desde nuestra retina corresponden a una imagen mal pixelada, con un agujero en su centro. El cerebro llena eso vacíos, lee la disposición bidimensional de los datos de la retina y crea la ilusión de datos tridimensionales, de tal forma que todos estos aspectos de la realidad de los cuales nos sentimos casi siempre tan seguros, como colores, tamaños y formas, literalmente se forman en nuestros sentidos.

Independientemente de las limitaciones físicas, neurofisiológicas, existe otro fenómeno evolutivo que cambió nuestra percepción de la realidad y que se refiere a la aparición de la conciencia. La conciencia es una función mental que brinda la experiencia fenomenológica de “aquí y ahora”, es decir la sensación subjetiva de estar siendo. Los estudios neuroanatómicos han revelado múltiples estructuras implicadas en esta función, una particularmente importante es el sistema reticular activante ascendente (SRA), una estructura compartida por todos los vertebrados. Fisiológicamente implica 2 aspectos siendo uno el estar despierto “*arousal*” y el otro el darse cuenta “*awareness*”.

Los estímulos percibidos brindan información del mundo externo e interno, es así como podemos “darnos cuenta” que es de día, hace frío, tenemos hambre entre otras y de esta forma buscar una forma de adaptarnos o solucionar el problema que ha sido registrado; pero también damos cuenta de nuestros pensamientos, emociones, reflexiones, fantasías (8). Este sistema funciona como una especie de filtro de estímulos, los cuales deben ser procesados por otras estructuras incluyendo la amígdala, el cerebelo, el tálamo y la corteza prefrontal. Estas estructuras interconectadas no solo censan información, sino que modulan la atención, asocian con previas informaciones de la memoria, emociones y crean metacogniciones (9).

Dentro de esta información cuenta también elementos provenientes del mundo interno, los cuales a pesar de no aparecer en la conciencia ejercen un efecto en el reconocimiento de la realidad externa, de tal

forma que la lupa a través de la que vemos la realidad es afectada por las experiencias internas.

Freud fue el primero en advertir que la mayor parte de los procesos mentales ocurren sin que tengamos noticia de ellos; hoy en resulta casi inevitable admitir que muchos procesos mentales de aprendizaje, memoria y pensamiento ocurren sin aparecer en la conciencia, lo que implica que la mayor parte de la información que maneja nuestra mente es de hecho inconsciente. Freud sostenía que conciencia no es sinónimo de mente, puesto que casi toda la vida mental discurre fuera de la conciencia (10). La investigación neurobiológica se ha enfocado en estos fenómenos, Crick et Koch en su estudio sobre los correlatos neuronales de la conciencia, describen como algunos inputs sensoriales desencadenan comportamientos elaborados (generados por la corteza frontal) que aparecen en solo milisegundos de la exposición, aun antes que la información sea registrada en la conciencia. Es decir, aparición de actividad motora inconsciente de cuya información no tenemos cuenta hasta tiempo después que el cerebro inconsciente dispuso realizarla. Una explicación que los autores dan a esto es una función de la corteza de detectar rasgos o cualidades específicos a los que llaman “representaciones globales previas” que activan comportamientos estereotipados inconscientes. Estos automatismos inconscientes actúan en paralelo con la actividad consciente de apreciar un objeto, pero son significativamente más rápidos, actuando a manera de reflejos inconsciente, Crick los denomina *zombie modes* (11,12).

Como podemos entonces saber si lo que creemos percibir es producto de un estímulo

externo o una construcción a partir de elementos internos, miedos fantasías, imaginación, en otras palabras, como sabemos que algo es percibido y no alucinado.

Esta es una cuestión que ha abordado la psiquiatría hace largo tiempo, Pierre Janet (1908), habla de la función de lo real, *fonction du reel*, según él las percepciones son corpóreas y se originan en el espacio objetivo exterior mientras que las representaciones son incorpóreas y provienen del mundo subjetivo interior; otros autores como Breuler y Esquirol plantean a través de sus definiciones una capacidad clara de la mente en la diferenciación entre afuera adentro, presente materialmente versus representaciones de la mente.

Una forma de organizar estos conceptos, implicaría el entendimiento que la percepción no es igual al objeto, Wundt 1874, ya distinguía entre la sensación, donde se captan estímulos aún no diferenciados; la percepción, cuando los estímulos se organizan de manera más o menos definida, y la apercepción, donde ocurre una atribución de significado y una comprensión de la escena o situación. Es decir, a percepción vendría a ser representación mental del objeto que ha estimulado el sensorio (13).

Freud observa un fenómeno singular: el sueño, donde la mente no tiene la capacidad para distinguir entre una representación, fuertemente catectizada, del objeto satisfactorio. En su artículo "Formulaciones sobre los dos principios del suceder psíquico" (1911) (*Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens*) Freud describe la evolución de la mente para diferenciar lo real de lo no real. En el que el predominio del principio de realidad es

sincrónico con el desarrollo de la capacidad para tolerar la frustración ante la no satisfacción del deseo (14).

Para Bion, en el proceso de conocimiento de la realidad, el sujeto la enfrenta con una preconcepción (una expectativa innata), por ejemplo, el bebé tiene una disposición innata que corresponde a la expectativa de un pecho; esta preconcepción que se encuentra con una realización de imagen sensorial y una experiencia emocional.

A través de la experiencia de satisfacción el niño extrae un modelo (necesidad = pecho malo) que es evacuado en la satisfacción con un pecho bueno. Estos elementos concretos de evacuación corresponden a los llamados elementos β , imágenes sensoriales que son objetos en sí mismo, en la satisfacción estos son captados por una madre con suficiente capacidad de *reverie*, que logra recibirlos, contenerlos y modificarlos, de tal forma que en la experiencia de satisfacción no solo se adquiere alimento, sino el modelo de continente y contenido (15).

Bion sin embargo hasta aquí no habla de capacidad de pensar o pensamientos. La capacidad del aparato de pensar, se prueba frente a una experiencia diferente, la experiencia de frustración, aquí el lactante quien espera la satisfacción de una necesidad, se encuentra con la no satisfacción, situación que experimenta como un "no pecho". Si la capacidad para tolerar la frustración es suficiente el "no-pecho" puede ser maneado a través del modelos de transformación previamente interiorizado en la relación madre-bebé y se desarrolla un adentro deviene un pensamiento, aparato para "pensar". Esa brecha entre la necesidad la satisfacción se hace tolerable a través de pensamientos (16).

El caso contrario en que haya una pobre tolerancia a la frustración el “no pecho” malo interno se siente como “la cosa en sí misma”, adecuada solo para ser evacuada a través de la identificación proyectiva.

Señala Bion “La incapacidad para tolerar frustración puede obstruir el desarrollo del pensamiento y de una capacidad de pensar, aunque una capacidad de pensar disminuiría la sensación de frustración inherente a la apreciación de la distancia entre un deseo y su satisfacción”. En otras palabras, el uso incrementado de la identificación proyectiva conlleva a un incremento de la omnipotencia y una negación de la realidad con la consecuente confusión entre la distinción entre el Self y el objeto externo (16).

El “darse cuenta” de la experiencia, conlleva a la selección de unos elementos sensoriales que unidos, los cuales serían características definitorias de la realización, se crea una concepción. La capacidad de abstraer los elementos de la experiencia emocional y transformarlos para que estén disponibles a otra experiencia, es lo que determina la capacidad de pensar experiencias emocionales y por tanto de aprender.

Una vez el sujeto expuesto a una nueva experiencia trae un nombre, un modelo o una teoría (concepción), que encajan con la nueva imagen sensorial y que sufre ahora la misma historia de la preconcepción (dado que no hay 2 experiencias iguales), así se remodela la concepción inicial de lo “verdadero, sabido, correcto” es decir, las nuevas experiencias van remodelando de nuestras experiencias internas y de esta forma “el lente” a través del que apreciamos la realidad. De ahí el valor semántico de la nueva experiencia, su capacidad de introducir significado.

La transmisión de la realidad

La aparición del lenguaje conllevó a que los sucesos alojados en la memoria se convirtieran en construcciones lógicas, elaboraciones de ideas que definen, explican, dan sentido, eventualmente conforman una construcción colectiva, requerida para

ponernos de acuerdo, una construcción lógica elaborada con ideas, correctas o incorrectas que es común a los miembros de la comunidad (17).

La explicación a los fenómenos físicos se trasmite en una narrativa que regala sentido (origen de los volcanes, rayos, la enfermedad, la muerte), esto no solo calma la ansiedad del individuo, sino que logra integrar a los miembros de la comunidad. Se crea una metarrealidad que corresponde a la cultura.

Cada fenómeno de la realidad física, está representado en una cultura como una construcción colectiva. Una mesa es un concepto reconocido por todos o casi todos, aunque para cada uno, el significado de una mesa sea diferente, la experiencia asociada al concepto es individual.

Lacan describe la experiencia humana en 3 registros, los cuales están intrincados. Al respecto dice: “Cualquier experiencia humana se comprende en base a una articulación de los tres registros, y no de uno solo” Para Lacan aquello que corrientemente llamamos realidad surge en el entremezclamiento de lo simbólico y lo imaginario.

El lenguaje está presente desde el nacimiento; el lenguaje precede al sujeto. El sujeto queda insertado en el lenguaje (la cultura). Antes de



- Lo simbólico: deviene de la cultura
- Lo imaginario: imagen de los otros, de los padres, de uno mismo
- Lo real: es inaprehensible.

nacer el niño, los padres han hablado de él, le han dado un nombre, y le han trazado un futuro, al nacer le dicen “Te pareces a tu papa, tienes los ojos de tu abuela...” Estos son pronunciamientos simbólicos que sitúan al niño en un linaje, por ende, ingresa a la existencia ya inserto en un conjunto de redes sociales, culturales y lingüísticas que él denomina “lo simbólico” y que van a moldear su experiencia de la realidad.

Lacan retoma el signo lingüístico de Saussure (1945), el cual está compuesto por un significante y un significado; el primero corresponde a la imagen acústica y el segundo al concepto.

Una palabra por ejemplo se origina cuando un grupo de personas le otorgan un significado y empieza a ser usada, pero el orden en que se puede usar esa palabra está determinado por un orden, la estructura del lenguaje; ahora, si una palabra ocupa en la mente el lugar de un concepto, la forma como puede relacionarse con otros significantes este predeterminada en la estructura del lenguaje. El lenguaje determina la forma en que puede pensar un sujeto.

Esto indica que solo por medio del Otro (cultura, lenguaje) puede emerger el sujeto, pues el Otro es el poseedor de la cadena significante que contiene lo que puede decirse del sujeto. A partir del ingreso del

significante las cosas existen en otro orden, el orden simbólico. La palabra pone en presencia a la cosa aunque materialmente no esté, la palabra representa la cosa y la borra, ésta ya no existe ya como tal cuando se convierte en un concepto y puede decirse algo de ella; en otras palabras, la realidad está construida de elementos inmateriales.

Conclusión

La evolución del pensamiento filosófico y científico occidental durante el siglo XX llevo al reconocimiento de la imposibilidad de conocer el objeto dado la interrelación entre el observador y lo observado. La ciencia intenta construir teorías para aprehender la realidad; sin embargo, estas no son la realidad en si mismas, solo modelos de la realidad.

La aparición de la conciencia como fenómeno evolutivo, no solo determinó el fin de la objetividad, la creación en la mente de un espacio en el que ocurre la percepción del exterior y de sus propios procesos y contenidos mentales, determina además la posibilidad de crear conceptos, pensamientos que al ser comunicados permiten integrar al sujeto en su colectividad. Esta construcción deviene en un lenguaje común y una cultura que ahora será el nicho para la creación del sujeto. Esta metarrealidad, el orden de lo simbólico, moldea al sujeto y su forma de pensar, por tanto, su forma de verse a sí mismo y al mundo.

Referencias

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 22 ed. Madrid: Real Academia de la Lengua; 2010.

2. Watzlawick P. ¿Es real la realidad?: confusión, desinformación, comunicación. Barcelona: Herder Editorial; 2011.
3. Putnam H. Brains in a Vat. Reason, Truth, and History. Cambridge: Cambridge University Press; 1981.
4. Wray, K. B. (Ed.). Knowledge and Inquiry: Readings in Epistemology. Peterborough, Ontario: Broadview Press; 2002.
5. Hawking SW, Mlodinow L. El gran diseño. Trad. Jou D. Barcelona: Editorial Crítica; 2010.
6. Einstein A. Sobre la teoría de la relatividad. Albert Einstein, 1915.
7. Solms M, Turnbull O, Sacks O. El cerebro y el mundo interior: una introducción a la neurociencia de la experiencia subjetiva. Trad Jaramillo D. Bogotá D.C: Fondo de Cultura Económica; 2004.
8. Vithoulkas G, Muresanu DF. Conscience and Consciousness: a definition. Journal of medicine and life. 2014;7(1), 104.
9. Fleming S M, Huijgen J, Dolan RJ. Prefrontal contributions to metacognition in perceptual decision making. Journal of Neuroscience. 2012;32(18), 6117-6125.
10. Freud S. Lo inconsciente. Obras completas, 1915.
11. Crick F, Koch C, Kreiman G, Fried I. Consciousness and neurosurgery. Neurosurgery. 2004;55(2), 273-282.
12. Koch C. The quest for consciousness. Engineering and Science. 2004;67(2), 28-34.
13. Rojas-Malpica C. Las alucinaciones y el delirio como representaciones anancásticas. Salud mental. 2010;33(5), 379-387.
14. Freud S. Formulaciones sobre los dos principios del suceder psíquico. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Obras completas, 1911.
15. Bion WR, Grinberg L, Fernández HB. Aprendiendo de la experiencia. Barcelona: Paidós; 1980.
16. Bion WR. Una teoría sobre el pensamiento (1962). Bion WR. Volviendo a pensar. 4ª ed. Buenos Aires: Ediciones Horme; 1990.
17. Bobadilla L. La realidad psicológica: Ensayo sobre el acontecer en la conciencia.

Etnopsiquiatría: Un viaje más allá de la cultura

María Camila Rivera García

Médica residente de psiquiatría – ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque

Correspondencia: macariga@hotmail.com

La etnopsiquiatría se define como el estudio de la interacción entre los procesos culturales y los mentales mediante los métodos y técnicas que combinan la etnología y la psiquiatría. Se realiza un estudio del comportamiento humano considerado como normal y sus desviaciones patológicas y clínicas dentro de un contexto sociocultural. Se desarrolló como disciplina científica en la segunda mitad del siglo XX con el claro objeto de ser aplicada a la curación de enfermedades psiquiátricas relacionadas con fenómenos de presión o cambio sociocultural sobre personas o grupos humanos (1,2).

La universalidad del psiquismo humano

Universalidad no significa que se encuentren en todas partes las mismas estructuras sociales y creencias idénticas. Los elementos constitutivos de cada uno de nuestros gestos cotidianos son limitados en número, como lo son los individuos, más no así los núcleos de significación de donde nacen dichos gestos (3). Por ejemplo, no existe ninguna sociedad conocida que funcione sin una concepción filosófica de la existencia, el origen y el destino del universo, sin una práctica y una teoría de la manipulación de lo “sobrenatural”, para lograr ciertos fines. Esto se refiere a lo que hoy conocemos como religión. Para explorar la universalidad se debe tener en cuenta que la estructura universal psíquica, no sólo es irreductible, si no que se sitúa en la raíz misma de la cultura.

Es decir, en el punto de emergencia del pensamiento simbólico. Para lograr extraer ese núcleo inicial y fundador del aparato psíquico, esa parte que no está determinada por la historia y que el Dr. Mendel llama “el núcleo antropológico específico”, no necesitamos en modo alguno recurrir a lo que Freud llamó la “hechicera filógenésis”. Nos basta con analizar la relación originaria de todo lactante con la cultura (1,2,4).

La psiquiatría y el psicoanálisis parten de lo patológico para avanzar hacia lo normal. La etnopsiquiatría psicoanalítica sitúa los comportamientos normales, así como los patológicos, dentro de conjuntos que toman inteligible la complementariedad funcional de los sistemas de reciprocidad y de circulación de lo simbólico entre los enfermos y los que no lo están (1,2).

Enfermedad mental como rechazo cultural

Con el fin de lograr su propio equilibrio, cada cultura impone a un conjunto de sus miembros cierto número de obligaciones y a sus elementos refractarios un estatuto específico que le permite continuar funcionando sin riesgos excesivos. La locura, es por doquier una construcción colectiva determinada a partir de un mito. No hace más que introducir clasificaciones dentro de un grupo minoritario, que la sociedad en que vive y “ataca de locura” (1,5).

Enfermedad mental como exceso de cultura

La cultura nos lo quita todo, nuestra demanda insaciable de satisfacción ilimitada. La cultura nos acultura, es decir, nos enseña a renunciar. No aceptamos asumir la lucidez que constituye lo trágico, insólito e insolente de la realidad. Deliramos, y la cultura delira con nosotros, nos promete lo imposible, la felicidad absoluta. El inconsciente étnico, es el constituyente de la matriz patológica de una sociedad dada, psicotizante, neurotizante, construida a partir de un malestar institucional difuso, el cual al propagarse a través de la familia y los elementos que rodean al enfermo y terminan por vencerlo (6). Existen tres posibilidades:

1) La cultura proporciona a los individuos medios de protección insuficientes o inadecuados, impidiéndoles reprimir sus pulsiones agresivas y "culturalmente distónicas, incompatibles con las exigencias de la vida en sociedad o instándolos por el contrario, a renunciar.

2) Existen en todas las sociedades, individuos que por disposiciones innatas o por fragilidad adquirida en la primera infancia, se rehúsan o están incapacitados para adaptarse a las normas sociales vigentes. Por tanto, no tienen acceso a las defensas étnicas de su grupo.

3) El individuo entra en contacto brutal con una sociedad que no brinda los mismos sistemas de protección, que los que habitualmente usa la sociedad de donde se es oriundo (6).

Actualmente se conocen varios síndromes psiquiátricos dependientes de la cultura, entre los cuales revisaré de forma general el

síndrome de *Koro*, el *Piblokto*, el *Amok* y el mal de ojo.

Síndrome de *Koro*:

Koro es la palabra malaya para la cabeza de la tortuga, que naturalmente se retrae. En este síndrome hay una creencia que la retracción es de un órgano del cuerpo humano. Fue descrito por primera vez en la antigua China, en el libro de medicina interna del emperador Amarillo, donde la condición se llamaba *Shook Yang* (7). En esa época se pensaba que el espíritu de un zorro ladrón de genitales, deambulaba por el campo en busca de víctimas masculinas. *Koro* es un síndrome con un influenciado por factores psicológicos, socio culturales y corporales. El componente psicológico es la creencia de que el pene se está retrayendo. Ocasionalmente también las mujeres lo sufren, con la creencia que de la vulva o pezones se encogen. Esto sucede en hasta el 20% de los casos o durante las epidemias. Se han descrito 3 epidemias. La primera fue en Singapur en 1967, posteriormente en 1976 en Africa y en 1985 en China. Entre las causas a las que se le atribuye en *Koro* se encuentran la masturbación excesiva, el inicio de las relaciones sexuales a una edad demasiado joven y orinar en el viento. También se encontraron explicaciones locales chinas para la retracción, asociadas con los principios *ying* (femenino) y *yang* (masculino). Para su tratamiento se empleaban medicinas "calientes" como el azufre, la pólvora y varias hierbas locales, de tal manera que contrarrestaran las influencias de la excesiva frialdad del *ying* que afectaba al pene. Desde pinzas de pene y piercings, a influencias ocultas, se utilizan para tratar el *Koro* en el sudeste de Asia. Estos remedios populares demuestran que hay un reconocimiento cultural de la condición y no es solo un artefacto de la observación psiquiátrica

occidental, sino un verdadero síndrome en diferentes culturas (7).

Piblokto:

También conocida como histeria del Ártico, ya que surge entre los pueblos del polo norte, como los lapones y los esquimales en Siberia, Canadá, Groenlandia y Alaska. El *Piblokto* es un trastorno psíquico disociativo que suele acompañarse de *convulsiones*, agresividad, *ecolalia* y *coprolalia*, seguido de amnesia lacunar del episodio. Los días previos a su presentación, los individuos se muestran retraídos o irritables.

El *Pibloktoq* o *Piblokto* es más frecuente entre las mujeres. Según la tradición *imuit*, las personas que sufren de este desorden son poseídas por espíritus malignos y fuerzas sobrenaturales. Se han planteado varias hipótesis para justificar este síndrome, entre las que se encuentra la deficiencia de calcio, la alteración del ciclo circadiano y la dieta rica en vísceras, generando así hipervitaminosis A.

Estas hipótesis fueron descartadas tras estudios realizados en individuos con este trastorno. La tendencia al comportamiento de tipo histérico de los esquimales se explica por la relativa permisividad con los niños, con quienes se busca evitar cualquier frustración a través de la dependencia y el afecto. Los esquimales forman una sociedad donde la cooperación entre los individuos es esencial para su supervivencia, debido a la dureza del clima en que viven. Las alteraciones sociales terminan también por generar conflictos y ofrecer pocas opiniones para resolverlos. Tal vez el *Piblokto* sea la única manifestación que la población, principalmente la femenina, encuentre para anunciar su malestar (8).

Amok:

El síndrome Amok o ataque homicida es considerado por la psiquiatría como un síndrome ligado a la cultura y consiste en una súbita y espontánea explosión de rabia salvaje, que hace que la persona afectada corra alocadamente o armada y ataque, hiera o mate indiscriminadamente a los seres vivos que aparezcan a su paso, hasta que el sujeto sea inmovilizado o se suicide (9). La definición fue dada a conocer por el psiquiatra estadounidense Joseph Westermeyer en 1972. Según los psiquiatras, el ataque homicida salvaje va precedido por lo general de un período de preocupación, pesadumbre y depresión moderada. Tras el ataque, la persona queda exhausta, a veces con una amnesia completa y eventualmente, acaba matándose. Este brote o episodio surge de forma aparentemente aleatoria, sin que exista ningún fenómeno que provoque el ataque.

Se ha observado además que en muchos casos los individuos con este síndrome presentan una serie de pródromos o síntomas que indican la posible presencia futura del trastorno. Concretamente resultan comunes la presencia de una depresión moderada, aislamiento y un elevado nivel de fatiga. La presencia de un historial de hostigamiento muy prolongado en el tiempo, como en el caso del bullying, o de violencia dentro de la familia es un elemento frecuentemente encontrado en los sujetos que han padecido este trastorno, sugiriéndose que el brote puede deberse a secuelas de estas situaciones que provocan una ira homicida (10).

Mal de ojo:

La creencia sobre la mirada maléfica de algunas personas es una tradición muy antigua e igualmente experimentada por varias culturas del mundo en diversos

periodos históricos. Los ojos constituyen una de las partes más expresivas del cuerpo y se dice que estos son “el reflejo del alma”. Por este motivo, se considera que los malos sentimientos de una persona pueden llegar a exteriorizarse a través de los ojos. Los españoles fueron los encargados de traer la creencia, entre muchas otras, del “mal de ojo”, “ojeo” u “ojío”, a las tierras del nuevo mundo. También trajeron los principios hipocráticos de los cuatro humores: sangre, flema, bilis negra, y amarilla. Es probable que los ibéricos, tras los ocho siglos de ocupación árabe en la península hayan terminado instaurando la concepción sobre el “mal de ojo”, que según creían, los moros invasores ejercían en contra de ellos. De igual forma, la creencia del mal de ojo se difundió en Turquía y se conoce actualmente como *nazar*. Actualmente la creencia sobre mal de ojo, entre las diferentes culturas indígenas americanas, se encuentra poco difundida. La persona que tiene mal de ojo, cuya mirada produce a veces la gastroenteritis fatal, no es consciente del poder de esa mirada. Se trata de un poder inconsciente y de un acto no premeditado (10,11).

Las personas creen que el mal de ojo, se transmite a través de la mirada de las mujeres que están menstruando, lo que se podría enlazar con la tradición judeocristiana de la mujer impura. De acuerdo con la tradición, el poder del mal de ojo, lo poseen personas con “mirada fuerte” y con un aspecto físico particular, por ejemplo, con deformaciones o personas sumamente feas y solitarias. Existen tres clases de mal de ojo: 1) Ojo bobo: la persona que lo sufre no se da cuenta de lo que pasa a su alrededor y permanece en una especie de aislamiento mental. 2) Ojo secador: la víctima pierde cada día una considerable cantidad de peso o fuerza vital.

3) El tercero: No tiene nombre y es el más peligroso de todos: Se dice que al niño se le ha volteado el cuajo, o se la ha reventado la hiel, razón por la cual vomita una sustancia verde. Si el enfermo, no recibe una atención rápida y adecuada, puede morir en menos de 24 horas. En resumen, la concepción del mal de ojo es que se produce por actos mágicos de la mirada maléfica de una persona, voluntaria o involuntaria, que puede tener incidencia en la mente o en el cuerpo de quien lo padece, frecuentemente, un infante (11).

Referencias

1. Laplantine F. L. *Éthnopsychiatrie*. 1a ed. París: Editions Universitaires; 2009.
2. Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard; 1971.
3. Pérez Sales P. *Psicología y psiquiatría transcultural*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer; 2004.
4. Harris M. *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
5. D'Andrade RG. *The development of cognitive anthropology*. New York, Cambridge University Press; 1995.
6. Schwartz T, White GM, et al. *New Directions in Psychological Anthropology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1992.
7. Crozier I. Making Up Koro: Multiplicity, Psychiatry, Culture, and Penis-Shrinking Anxieties. *J Hist Med Allied Sci*. 2012;67(1):36-70.
8. Münch G. *Etnología del Istmo Veracruzano*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México / Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1983.

9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión. Madrid: OMS; 1992.

10. Sofsky W. Tiempos de horror. Amok, violencia, guerra. Madrid: Siglo XXI Editores; 2004.

11. Benavides FL. Entre la razón y la sinrazón. Bogotá: Ediciones Universidad Santo Tomás; 2016.

Carta al Editor

Me gustaría primero mirar hacia atrás en los últimos 12 años de la revista de PSIMONART como medio de comunicación del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, bajo la dirección de los doctores Iván Alberto Jiménez Rojas y luego de la doctora Aura Victoria Carrascal Márquez, y segundo me gustaría darle la bienvenida al doctor Eugenio Ferro Rodríguez en su nuevo puesto como editor.

Los 12 años que han transcurrido desde que el doctor Fabio Eslava, el entonces presidente de la junta directiva, y el doctor Iván Alberto Jiménez Rojas, director, me invitaron a soñar con la posibilidad de iniciar un órgano de divulgación científica para el ICSN, han sido años llenos de satisfacción, gratificación y aprendizaje. Se llenaron con múltiples decisiones, la mayoría de ellos; sin embargo, difíciles porque no todos los escritos recibidos fueron dignos de aceptación o podrían ser publicados, tarea dolorosa de explicar al escritor, pero recompensados con las reuniones con nuestros excelentes asesores que apoyaron a PSIMONART en su historia, para debatir el curso de la revista. Dificultades, como las de ayudarlo a entender a los colegas, que vencer sus temores de escribir para publicar era positivo y enriquecedor para todos; retos como los de aprender de la logística de la impresión y diseño de las publicaciones. Gratificaciones, como la interacción con los colegas de nuestra especialidad y otras afines de la salud mental que mostraban interés en publicar. Satisfacciones como la de compartir, como la

de encontrar que PSIMONART se volvía referente en el ámbito nacional. Las numerosas interacciones amigables con los colegas que aceptaron ser revisores y que sacrificaron su tiempo para dar retroalimentación valiosa a los autores que estaban dispuestos a revisar sus escritos, fueron procesos de enseñanza en esta tarea. Los cursos de redacción y edición, de lectura crítica y escritura para publicar a los que pude atender y a los que pude asistir, ampliaron mis conocimientos y me llenaron de habilidades para seguir aportando a la tarea de la edición de la revista.

Una revista de divulgación científica busca contribuir al conocimiento, busca ofrecer una plataforma de apoyo a los investigadores y a los colegas que escriben sus revisiones y reflexiones para que encuentren un lugar para ser compartidos con la comunidad. PSIMONART ha querido ser ese lugar, pero de igual forma, por las exigencias de la ciencia y el rigor de las publicaciones científicas, PSIMONART ha entrado en un proceso de crecimiento y transformación. En ese proceso de evolución necesaria, la revista ha contado con la colaboración y participación del doctor Eugenio Ferro Rodríguez, desde que fue residente (con una breve interrupción) quien, con un interés creciente y con mayor responsabilidad y empeño, está haciendo que este momento de evolución se haga con la naturalidad, y se logra hacer de quien entrega a quien debe ser, como debe ser y en el momento que debe ser, para que el futuro de este ideal siga siendo el que todos esperamos que sea.

Es un placer haber podido durante 12 años hacer parte de este proyecto, haber recibido el voto de confianza de mis superiores, el apoyo de mis colegas y de las instituciones que nos brindaron asesoría; el aprendizaje que una experiencia como estas deja en uno para siempre. Espero poder seguir colaborando con PSIMONART desde otra instancia para garantizar la continuidad y aprovechar los años invertidos en ella.

Es un placer entregar PSIMONART en este momento a un colega, que no es sólo un excelente investigador en sí mismo, sino que también ha participado en el desarrollo y fomento de nuevas ideas para optimizar esta publicación científica durante años.

Juliana García Castro, MD

Normas para los autores

PSIMONART es la revista científica del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso destinada a divulgar los conocimientos sobre la psiquiatría y la salud mental. Dicha acción la ejerce a través de la publicación de trabajos escritos de psiquiatras, residentes de psiquiatría, médicos no psiquiatras, psicólogos, filósofos y otros profesionales interesados en el área de las neurociencias y la salud mental, nacionales e internacionales que por su calidad e importancia merezcan y sean aceptados para su publicación. Es una revista arbitrada por pares académicos.

La revista PSIMONART se dirige a la comunidad de los Psiquiatras, Psicólogos, personal idóneo en salud mental y otras especialidades, entidades privadas o del Estado y a todas las personas interesadas en compartir experiencias en el área de la Salud Mental.

Secciones de la revista

Editorial: El editorial es un comentario de fondo realizado por el editor, miembros del comité o invitados con gran experiencia en los temas tratados.

Artículos:

1. Artículo original: Documento que presenta resultados de trabajos originales e inéditos de investigación en las diversas áreas de la psiquiatría, la salud mental o ciencias afines. Debe tener una extensión máxima de 7.000 palabras. La estructura de estos consta de las siguientes partes:

Resumen: En el que se expone en forma precisa la esencia del trabajo y debe incluir los siguientes subtítulos: objetivo, métodos, resultados y conclusiones. Tendrá su respectiva traducción al inglés. Cada uno no deberá exceder de 250 palabras. Al final se citan las palabras clave en número no mayor de cinco.

Introducción: Incluye la exposición de los motivos del trabajo y una breve referencia de la literatura. Debe ser clara, explícita y concisa.

Métodos: Se deben describir las características del material empleado en el trabajo y la metodología usada en el estudio en forma concreta y precisa.

Resultados: Deben ser de carácter objetivo, con el análisis estadístico en los casos pertinentes, sin interpretación personal y ser acompañados de las tablas y/o figuras (gráficos, radiografías, fotografías).

Discusión: Comprende la interpretación de los resultados comparándolos con los trabajos realizados por otros autores y las conclusiones que se derivan de ello cuando sea apropiado.

Conclusiones: Comprende la síntesis del trabajo, enunciando el resultado final de la prueba de hipótesis del investigador.

Referencias: Las referencias bibliográficas se hacen de acuerdo a las normas de Vancouver y serán presentadas en el orden como aparecen en el texto. Todas las referencias deben estar citadas ya sea en el texto o en las ilustraciones.

2. Artículo de revisión: Documento que trata a fondo un tema relevante en psiquiatría y salud mental, integrando el estado del arte y los últimos avances. Incluyen una amplia bibliografía, análisis y comentarios acerca de trabajos de otros autores. Son menos rigurosos que las revisiones sistemáticas, por cuanto su método es narrativo y depende del autor.

Generalmente son solicitados por el editor a idóneos del área de conocimiento. Sin embargo, también se reciben aquellos artículos no solicitados. Debe tener una extensión máxima de 6.000 palabras.

3. Artículo corto: Artículo que reporta resultados preliminares o parciales de investigaciones originales que, aunque no terminadas requieren una pronta difusión.

4. Reporte de caso: Documento que presenta de forma ordenada aquellos casos clínicos que connoten interés diagnóstico, anomalía de evolución o de evidente interés por la respuesta terapéutica. Incluye una revisión de la literatura sobre casos similares. Debe tener una extensión máxima de 2.500 palabras.

Se toman en cuenta los siguientes puntos:

- Introducción al caso clínico
- Reporte o descripción del caso
- Discusión
- Conclusiones
- Referencias

5. Escritos y reflexiones: Documentos de reflexión no derivado de investigaciones que presentan consideraciones sobre trabajos de otros autores, desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, recurriendo a fuentes originales.

Estos incluyen:

Ensayos: Es un escrito que brevemente analiza, interpreta o evalúa un tema de atención.

Disertaciones escritas: Transcripciones de una presentación oral sobre un tema específico.

6. Cartas al editor: Escritos de posiciones u opiniones de los lectores sobre documentos publicados en la revista, que a juicio del

comité editorial aporten de manera significativa a la comunidad científica.

7. Transcripciones y traducciones: Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular a juicio del comité editorial.

8. Resumen de libros: Comprenderá una breve reseña y comentario de los libros o tratados de reciente publicación.

Instrucciones para envío de material

Se refiere a los aspectos generales de los trabajos:

Los textos deberán enviarse en un archivo digital de Microsoft Word, tipo de letra Arial, tamaño de fuente 10, espacio sencillo. Las ilustraciones (tabla, gráficos, fotografías y otros documentos similares) no excederán de 10 y deben estar insertados dentro del artículo, con el título correspondiente y en el orden de aparición.

Debe estar acompañado por una carta de presentación dirigida al editor, destinada a la evaluación de dicho artículo para su publicación y en la cual se debe certificar que no ha sido publicado en otra revista. Debe estar firmada por el autor y coautores.

En la primera página del trabajo debe anotarse. Título: breve, que represente el contenido del artículo. Nombre y los dos apellidos del autor y coautores. Grado académico y afiliación institucional. Nombre del Departamento y/o Institución en que se realizó el trabajo. Dirección del autor donde se le dirigirá la correspondencia, así como teléfono y dirección de correo electrónico.

Los documentos se deben enviar al correo electrónico:

revista@icsn.co o investigacion@icsn.co

Los autores que hayan presentado artículos recibirán una respuesta informando la aceptación y paso a revisión editorial o la no aceptación. Si son aceptados, serán revisados y remitidos al proceso de evaluación por pares y el Comité Editorial decidirá sobre su publicación. Posteriormente se le enviará el resultado de la decisión final.

PSIMONART se reserva el derecho de aceptar los trabajos que se presenten y de solicitar las modificaciones que considere necesarias para poder cumplir con las exigencias de la publicación.

La publicación de trabajos por **PSIMONART** en sus diferentes secciones no obliga necesariamente a solidarizarse con las opiniones vertidas por los autores.

El comité editorial se reserva el derecho de uniformar el manuscrito de acuerdo al estilo de la revista, con autorización previa del autor. El comité editorial de la revista no se responsabiliza de las opiniones que se encuentran en los trabajos originales. Una vez aceptado y publicado los derechos pertenecen a **PSIMONART**.

XVII Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría Profesor Humberto Rosselli Quijano

Mayo 3 y 4 de 2019

Bogotá- Colombia Lugar: Hotel NH Collection Royal WTC (Cra 8a No. 99-55)

CONFERENCISTAS

 Dr. Sergio Sinykevich Presidente del Colegio de Psiquiatras de la Universidad de Buenos Aires, Argentina	 Dr. Carlos Martín Bertalan Médico, Psiquiatra, Profesor de la Universidad Complutense de Madrid, España	 Dr. Alberto Ferguson Médico, Psiquiatra, Profesor de la Universidad de la Sabana, Colombia
 Dr. Carlos López Jaramillo Psiquiatra, Profesor de la Universidad de la Sabana, Colombia	 Dr. Jorge Enrique Téllez Vargas Médico, Psiquiatra, Profesor de la Universidad de la Sabana, Colombia	 Dr. Alexander Vargas Médico, Psiquiatra, Profesor de la Universidad de la Sabana, Colombia
 Dra. Elisa Isabel Alvis Palma Médico, Psiquiatra, Profesora de la Universidad de la Sabana, Colombia	 Dra. María del Pilar Arellano Muñoz Médico, Psiquiatra, Profesora de la Universidad de la Sabana, Colombia	 Defensoría del Pueblo Colombia

Contacto: docencia@icsn.co - Teléfono: 2596010



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO
ASOCIACIÓN DE NEUROLOGOS Y PSICOPATÓLOGOS



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE
Vigilada Mineducación

Imágenes: Freepik



CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIFICULTADES EMOCIONALES Y COGNITIVAS.



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Calle 134 No. 17 -71
PBX: 2596000 Ext: 6027
Móvil: 320 3501876
consultaexterna@icsn.co
www.icsn.co