

VOL. 6 N°1-2  
ENE -DIC 2015

PSI REVISTA CIENTÍFICA  
MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO



INSTITUTO COLOMBIANO  
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ISSN: 2011- 8333

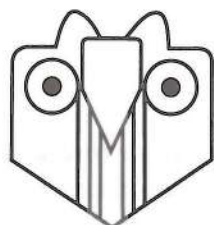
PSI

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

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

CLINICA MONTSERRAT

**HEMEROTECA**

Volumen 6 Número 1-2 Enero / Diciembre de 2015  
Publicación Anual



REVISTA CIENTÍFICA

MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

**Editora**

Juliana García Castro

**Comité Editorial**

Eugenio Ferro Rodríguez  
Henry García Moncaleano  
Iván Alberto Jiménez Rojas  
Magdalena Fernández Aldana

**Comité Científico**

Juan Pablo Ortiz Londoño  
Lina María Ruiz Moreno  
Ivonne Donoso Suárez  
Diana Isabel Robles Pacheco  
León Michaan Bialikamien  
Roberto Chaskel Heilbronner  
Fabio Eslava Cerón  
Omar Antonio Cuellar Alvarado  
Iván Alberto Jiménez Rojas

**Diagramación**

Comunicaciones ICSN  
Alexander Rivera Burgos

**Impresión**

Gráficas Standard

Psimonart  
Calle 134 N° 17-71 Bogotá-Colombia  
Telefono (571) 2596000 ext 6010/6009  
revista@clinicamontserrat.com.co  
Instituto Colombiano del Sistema Nervioso



## INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

---

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

### **Junta Directiva**

#### **Presidente**

Guillermo Acosta González

#### **Vicepresidente**

Aura Victoria Carrascal Márquez

#### **Secretario**

Juliana García Castro

#### **Vocales**

Fabio Eslava Cerón

Ember Esteffen Rodríguez

#### **Suplentes**

Italo Di Ruggiero Cozzarelli

Silvia Helena Martínez Gómez

Edgard Yamhure Kattah

Alfonso Rodríguez González

Ricardo Aponte González

#### **Director**

Iván Alberto Jiménez Rojas

# CONTENIDO

	Pág
<b>Editorial</b>	
Juliana García Castro- MD* .....	8
<b>Artículos originales</b>	
<b>Perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso</b>	
Saúl David Martínez Villota- Ana Carolina Ramírez Yabor- Eliana Mayorga Fonseca- Jenniffer Jhoana Olmedo Angulo .....	11
<b>Comorbilidades y factores precipitantes en pacientes con episodio depresivo mayor del servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat</b>	
Guillermo Fernando Mendoza Vélez .....	28
<b>Factores de riesgo en pacientes con patología adictiva en la Clínica Montserrat y Centro de Rehabilitación Campoalegre</b>	
Juan Camilo Varón Forero- Laura Milena Saavedra Ramírez .....	44
<b>Relación entre introspección y rasgos de personalidad en pacientes con trastorno bipolar I</b>	
María Teresa López Camargo .....	57
<b>Artículos de actualización</b>	
<b>De Leo Kanner al DSM-5: Evolución del concepto de autismo y cambios en los sistemas de clasificación</b>	
Sandra Piñeros Ortiz- Carolina Alba Rosero .....	68
<b>Reporte de caso clínico</b>	
<b>Bion y la personalidad psicótica - Caso clínico</b>	
Samara Cetina Aguirre .....	74
<b>Escritos y reflexiones</b>	
<b>La fuerza del tropismo en José Asunción Silva</b>	
Eduardo Gómez Escallón .....	79
<b>Psicoanálisis aplicado al arte: "A propósito de un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci"</b>	
Aura Victoria Carrascal Márquez .....	89
<b>Normas para los autores</b> .....	96



# EDITORIAL

---

La responsabilidad de ser psiquiatra es un compromiso complejo. Articula la obligación de proporcionar tratamientos seguros y efectivos a nuestros pacientes, de enseñar a nuestros alumnos y colegas las buenas prácticas clínicas además del adecuado trato al paciente, su familia y la comunidad, y al mismo tiempo nos compromete a actuar como guardianes y defensores de todas las personas con problemas relacionados con su salud mental y sus familias ante la sociedad.

Como psiquiatras tenemos que hacer reconocer que los trastornos mentales son un problema serio y costoso a nivel mundial, que afecta a personas de todas las edades, de todas las culturas y niveles socioeconómicos. Porque de los casi 500 millones de personas, que se estima sufren de un trastorno mental en el mundo, menos de la mitad reciben la atención que necesitan. Tenemos que respaldar legislaciones que afecten el mejoramiento de los servicios existentes para nuestros pacientes y debemos insistir en su disponibilidad para todos, sin distinciones.

Debe ser nuestra recomendación relacionar las enfermedades mentales como alteraciones que afectan el cerebro biológicamente, pero no exclusivamente, porque debemos aceptar que su naturaleza, lo innato y lo adquirido, causan un efecto en la

capacidad de las personas para funcionar, en sus lugares de trabajo, en sus relaciones interpersonales y en sus comunidades. Como psiquiatras debemos fomentar la idea que la enfermedad mental afecta el comportamiento y además, que este mismo puede afectar la enfermedad. Pero las enfermedades mentales no son problemas de la conducta, porque la conducta se percibe como una cuestión de elección, elegir actuar bien o mal y esta percepción puede agravar el estigma y la discriminación sufridos por personas que viven con un trastorno mental.

Como psiquiatras también nos incumbe respaldar la investigación para el avance de los tratamientos disponibles y para ampliar nuestra comprensión de la enfermedad mental. Tenemos que integrar en nuestra práctica, y en la educación de futuras generaciones de médicos y psiquiatras, la capacidad de reconocer de forma temprana la enfermedad mental, reconocer los factores de riesgo que afectan su desarrollo tanto en los individuos como en las comunidades, para así impactar de forma temprana y duradera.

Como instituciones prestadoras de salud, tenemos la obligación de hacer entender que las enfermedades mentales deben ser reconocidas y aceptadas para poder ser tratadas. Nos corresponde hacer énfasis en

luchar para que todos los trastornos mentales tengan cobertura, y defender ante los gobiernos y las compañías de seguros, el reconocimiento y tratamiento de la enfermedad mental sin excepciones.

Como psiquiatras debemos creer, como la evidencia científica actual nos enseña, que las personas que están recibiendo tratamiento y servicios adecuados para su enfermedad, no son más violentas que la población en general. Nos corresponde pronunciarnos cuando se representan en la literatura, películas y televisión, a las personas con enfermedades mentales graves como propensos a la violencia. Estas representaciones frecuentemente son estereotipos hirientes y la verdad es que las personas con trastornos mentales son comúnmente más las víctimas de la violencia que los gestores de la misma.

Debemos condenar todos los actos que fomenten el estigma y la discriminación contra las personas con enfermedad mental, ya sea por intención, por ignorancia o por insensibilidad. Es nuestro deber patrocinar un lenguaje que censure el uso de apodos, chistes, apelativos, calificativos y adjetivos que se refieren a la enfermedad mental de manera estigmatizante. Estamos obligados a intervenir para el reconocimiento que la estigmatización es tan inapropiada como la discriminación. Si nos comprometemos en educar a los colegas y el público en general, de ser conscientes que la enfermedad mental existe, es tratable y manejable, podemos impactar sobre las arbitrariedades que sufren nuestros pacientes.

Como centros de docencia, nuestro deber es el de desarrollar currículos complementarios con el fin de proporcionar a los

alumnos el conocimiento y las habilidades de las actitudes básicas que se necesitan para practicar la psiquiatría de una forma ética, eficaz y humana.

Mejorar la calidad de la educación psiquiátrica debe mejorar la calidad de la atención psiquiátrica, beneficiando a nuestros pacientes y haciendo que la profesión sea más atractiva para los estudiantes de medicina. Mejorar la calidad de los docentes y de los recursos para la enseñanza de la especialidad, incrementará la posibilidad de impactar en la medicina en general, porque afectará la posibilidad de dar reconocimiento temprano y tratamiento oportuno de los trastornos mentales.

Seguimos teniendo un déficit mundial de psiquiatras para la población urgida de atención, y en nuestro país esta necesidad es sentida. Las condiciones para la práctica de una psiquiatría de excelencia para abarcar la complejidad de nuestra especialización, deben mejorar, y lograr esto también es nuestra responsabilidad.

En este número de PSIMONART, como ha sido nuestro compromiso desde el inicio, pretendemos participar en la formación de la cultura de la responsabilidad de la psiquiatría.

En el año 2014, por razones editoriales no pudo salir un volumen de PSIMONART. Este volumen cuenta con la colaboración de dos nuevos integrantes, la Dra. Magdalena Fernández Aldana, coordinadora de docencia del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN) y el Dr. Eugenio Ferro Rodríguez, coordinador de investigación, que se ha preocupado por integrar diferentes aspectos de nuestra especialidad. Hemos seleccionado y arbitrado ocho artículos, de los cuales cuatro son producto

de investigaciones realizadas en el ICSN, entre los que se encuentra el estudio del perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el ICSN y otras tres investigaciones, un artículo de actualización sobre autismo, un reporte de caso clínico con correlación a la teoría de Bion y dos escritos y reflexiones que incluyen un ensayo sobre José Asunción Silva y una disertación escrita sobre un escrito de Freud. Este ejemplar de PSIMONART llega a ustedes con un deseo de fomentar la aproximación al conocimiento de una forma comprometida con un enfoque inclusivo, de lo científico y de lo humanista.

Juliana García Castro MD\*

\*Médico Psiquiatra- miembro Instituto Colombiano del Sistema Nervioso  
Docente del programa de Postgrado Universidad El Bosque – ICSN  
garciaastromd@hotmail.com revista@clinicamontserrat.com.co



## Perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Saúl David Martínez Villota<sup>1</sup>  
 Ana Carolina Ramírez Yabor<sup>2</sup>  
 Eliana Mayorga Fonseca<sup>3</sup>  
 Jenniffer Jhoana Olmedo Angulo<sup>4</sup>

### Resumen

**Introducción:** En este artículo se muestran los resultados del perfil epidemiológico de la población atendida por problemas relacionados con su salud mental en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN) de enero a diciembre de 2013. Debido al modelo de atención del ICSN, esta población tiene unas características que pueden diferir de las de otros centros de atención en el país. El conocimiento de estos datos permite mayor comprensión para la optimización en el manejo de los pacientes con enfermedad mental.

**Objetivo:** Establecer las características socio demográficas y los diagnósticos más frecuentes de la población ambulatoria y hospitalaria atendida en el ICSN.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, realizado mediante la revisión documental de los registros clínicos de los pacientes atendidos entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013 en el ICSN. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias, proporciones y coeficientes de variación.

**Resultados:** En el año 2013 se atendieron 2.950 pacientes. El 77% (n=2.269) consultó a través del servicio de Consulta No Programada (Prioritaria) y el 23% (n=681) lo hizo a través de la Consulta Programada. El 56,3% de los pacientes fueron de sexo femenino. El promedio de

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra· Egresado del Posgrado de Psiquiatría· Universidad El Bosque· Instituto Colombiano del Sistema Nervioso· Psicoanalista en Formación· Asociación Psicoanalítica Colombiana· saulmartinezvillota@gmail.com

<sup>2</sup> Médica Epidemióloga Clínica· Universidad El Bosque· yaborca@gmail.com

<sup>3</sup> Médica Psiquiatra· Miembro Instituto Colombiano del Sistema Nervioso· emayorgafonseca@yahoo.es

<sup>4</sup> Médica Psiquiatra· Docente del Posgrado de Psiquiatría Universidad El Bosque· Instituto Colombiano del Sistema Nervioso· jenniffer2170@hotmail.com

estancia hospitalaria en el servicio de Hospitalización Psiquiátrica fue 12,3 días. Los diez diagnósticos de egreso que se reportaron con mayor frecuencia fueron: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (20,7%); trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (12,5%); episodio depresivo moderado (12,4%); trastorno de ansiedad, no especificado (11,7%); trastorno mixto de ansiedad y depresión (11,2%); esquizofrenia paranoide (10,3%); trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco con síntomas psicóticos (6,5%); trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo moderado (6,4%), trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias: síndrome de dependencia (4,1%); trastorno afectivo bipolar, episodio mixto (3,8%).

**Conclusiones:** El servicio con mayor afluencia de pacientes fue el de Hospitalización. Los diagnósticos más frecuentes del ICSN corresponden a trastornos de ansiedad y depresivos. Se encontró que la frecuencia de trastornos del pensamiento es menor que la reportada en otros estudios a nivel nacional. Los días de estancia hospitalaria para hospitalización psiquiátrica, sobrepasan lo reportado en otros hospitales colombianos, pero están por debajo de lo reportado en centros de atención fuera del país.

**Palabras clave:** epidemiología, trastornos mentales, servicios de salud mental

## Summary

**Introduction:** This article shows the results of the epidemiological profile of the population attended with mental health complaints in the Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN), from January to December 2013. Due to the attention model of the ICSN, these populations characteristics may differ from other centers in the country. The information that this data reveals allows a greater understanding for the optimization in the management of patients with mental illness.

**Objective:** To establish the socio-demographic characteristics and the most frequent diagnoses of the Out-patient and In-patient population attended in the ICSN.

**Methods:** This is a descriptive observational, retrospective study, carried out by the systematic review of clinical records of the patients treated from January 1, 2013 through December 31, 2013 at the ICSN. Measures of central tendency, frequencies, ratios, coefficients of variation and standard deviation were used for statistical analysis.

**Results:** In 2013, 2,950 patients were treated: 77% (n = 2,269) consulted through the Priority Consultation Service and 23% (n = 681) were attended in the scheduled Out-Patient Clinic. 56.3% of were female. The average hospital stay of the In-patient population was 12,3 days. The ten most frequently discharge diagnoses reported were: Severe Depressive Episode without Psychotic Symptoms (20.7%); Recurrent Depressive Disorder, Major Depressive Episode without Psychotic Symptoms (12.5%); Moderate Depressive Episode (12.4%), Anxiety Disorder, not Otherwise Specified (11.7%), Anxiety and Depressive Disorder, Mixed Episode (11.2%); Paranoid Schizophrenia (10.3%), Bipolar Affective Disorder, Manic Episode with Psychotic Symptoms (6.5%); Recurrent Depressive Disorder, Moderate Depressive Episode (6.4%), Behavioral and Mental Disorders due to the Use of Multiple Substances; Dependency Syndrome(4.1%); Bipolar Affective Disorder, Mixed Episode (3.8%).

**Conclusions:** In-Patient Service (hospitalization) attended the largest amount of patients. The most frequent diagnoses found in the ICSN were Anxiety Disorders and Depression. Thought Disorders in ICSN were less frequent than reported in other Colombian studies of psychiatric hospitalization. The average hospital stay for In-patient care exceeded the reports of other national hospitals, but was below of international reports.

**Key words:** epidemiology, mental disorders, mental health services

## Introducción

Conocer las características socio-demográficas y los factores de riesgo de una población favorece el entendimiento de las enfermedades mentales, puesto que el concepto de enfermedad, las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, están modeladas en gran medida por el entorno en que el individuo nace y se desenvuelve.

El ICSN en 1978 realizó el estudio "Epidemiología de los Trastornos Mentales en Bogotá" liderado por los doctores Mario González, Roberto García, Alfonso Yamhure, Franz Pardo y Eberth Betancourt. Este estudio sirvió como base de consulta para el presente estudio, ya que mostró datos relevantes sobre los antecedentes de enfermedad mental, el consumo de sustancias y la ideación suicida en la población bogotana (1).

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 2004 concluyó que los trastornos mentales son los más costosos en cuanto a morbilidad, por su alta prevalencia, temprano inicio, tendencia a la cronicidad y deterioro en la calidad de vida (2). Esto corroboró los datos obtenidos en 1990 cuando se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explican el 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) en América Latina y el Caribe. Para el año 2002, esta carga había ascendido al 22%, más del doble, según datos obtenidos del sitio web del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la OMS (3).

A nivel nacional los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (ENSM) del 2003 muestran que alrededor

de 8 de cada 20 colombianos presentaron un trastorno psiquiátrico alguna vez en la vida, 3 de cada 20 en los últimos 12 meses y 1 de cada 14 en los últimos 30 días. Por tipo de trastorno, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19,3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10,6%) (4). Estos datos resaltan la alta morbilidad que representan los trastornos mentales en Colombia.

Los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes y más crónicos. Los trastornos individuales más comunes fueron la fobia específica, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad por separación del adulto y el abuso de alcohol. Entre los hombres el abuso de alcohol es el problema más común, mientras que en las mujeres lo es la depresión mayor (4).

En Colombia existen pocos estudios sobre el perfil epidemiológico de la población atendida en los centros de Salud Mental, encontrando gran diversidad de la población propia de cada institución, tanto de carácter público como privado.

Los datos que se pueden recolectar, se toman de las características de la población que se describe en otros estudios. Este es el caso de la caracterización de pacientes hospitalizados mediante análisis de correspondencias múltiples, realizado a partir de la evaluación de 160 historias clínicas de pacientes atendidos intrahospitalariamente en 1994 en la unidad de salud mental del Hospital San Juan de Dios, el cual reportó como diagnóstico más frecuente la Enfermedad Bipolar, un puntaje de GAF (Global Assessment Functioning) bajo al ingreso y una importante comorbilidad con Trastornos de Personalidad en la muestra estudiada.

estancia hospitalaria en el servicio de Hospitalización Psiquiátrica fue 12,3 días. Los diez diagnósticos de egreso que se reportaron con mayor frecuencia fueron: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (20,7%); trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (12,5%); episodio depresivo moderado (12,4%); trastorno de ansiedad, no especificado (11,7%); trastorno mixto de ansiedad y depresión (11,2%); esquizofrenia paranoide (10,3%); trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco con síntomas psicóticos (6,5%); trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo moderado (6,4%), trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias: síndrome de dependencia (4,1%); trastorno afectivo bipolar, episodio mixto (3,8%).

**Conclusiones:** El servicio con mayor afluencia de pacientes fue el de Hospitalización. Los diagnósticos más frecuentes del ICSN corresponden a trastornos de ansiedad y depresivos. Se encontró que la frecuencia de trastornos del pensamiento es menor que la reportada en otros estudios a nivel nacional. Los días de estancia hospitalaria para hospitalización psiquiátrica, sobrepasan lo reportado en otros hospitales colombianos, pero están por debajo de lo reportado en centros de atención fuera del país.

**Palabras clave:** epidemiología, trastornos mentales, servicios de salud mental

## Summary

**Introduction:** This article shows the results of the epidemiological profile of the population attended with mental health complaints in the Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN), from January to December 2013. Due to the attention model of the ICSN, these populations characteristics may differ from other centers in the country. The information that this data reveals allows a greater understanding for the optimization in the management of patients with mental illness.

**Objective:** To establish the socio-demographic characteristics and the most frequent diagnoses of the Out-patient and In-patient population attended in the ICSN.

**Methods:** This is a descriptive observational, retrospective study, carried out by the systematic review of clinical records of the patients treated from January 1, 2013 through December 31, 2013 at the ICSN. Measures of central tendency, frequencies, ratios, coefficients of variation and standard deviation were used for statistical analysis.

**Results:** In 2013, 2,950 patients were treated: 77% (n = 2,269) consulted through the Priority Consultation Service and 23% (n = 681) were attended in the scheduled Out-Patient Clinic. 56.3% of were female. The average hospital stay of the In-patient population was 12,3 days. The ten most frequently discharge diagnoses reported were: Severe Depressive Episode without Psychotic Symptoms (20.7%); Recurrent Depressive Disorder, Major Depressive Episode without Psychotic Symptoms (12,5%); Moderate Depressive Episode (12.4%), Anxiety Disorder, not Otherwise Specified (11.7%), Anxiety and Depressive Disorder, Mixed Episode (11.2%); Paranoid Schizophrenia (10.3%), Bipolar Affective Disorder, Manic Episode with Psychotic Symptoms (6.5%); Recurrent Depressive Disorder, Moderate Depressive Episode (6.4%), Behavioral and Mental Disorders due to the Use of Multiple Substances: Dependency Syndrome(4.1%); Bipolar Affective Disorder, Mixed Episode (3.8%).

**Conclusions:** In-Patient Service (hospitalization) attended the largest amount of patients. The most frequent diagnoses found in the ICSN were Anxiety Disorders and Depression. Thought Disorders in ICSN were less frequent than reported in other Colombian studies of psychiatric hospitalization. The average hospital stay for In-patient care exceeded the reports of other national hospitals, but was below of international reports.

**Key words:** epidemiology, mental disorders, mental health services

## Introducción

Conocer las características socio-demográficas y los factores de riesgo de una población favorece el entendimiento de las enfermedades mentales, puesto que el concepto de enfermedad, las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, están modeladas en gran medida por el entorno en que el individuo nace y se desenvuelve.

El ICSN en 1978 realizó el estudio "Epidemiología de los Trastornos Mentales en Bogotá" liderado por los doctores Mario González, Roberto García, Alfonso Yamhure, Franz Pardo y Eberth Betancourt. Este estudio sirvió como base de consulta para el presente estudio, ya que mostró datos relevantes sobre los antecedentes de enfermedad mental, el consumo de sustancias y la ideación suicida en la población bogotana (1).

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 2004 concluyó que los trastornos mentales son los más costosos en cuanto a morbilidad, por su alta prevalencia, temprano inicio, tendencia a la cronicidad y deterioro en la calidad de vida (2). Esto corroboró los datos obtenidos en 1990 cuando se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explican el 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) en América Latina y el Caribe. Para el año 2002, esta carga había ascendido al 22%, más del doble, según datos obtenidos del sitio web del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la OMS (3).

A nivel nacional los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (ENSM) del 2003 muestran que alrededor

de 8 de cada 20 colombianos presentaron un trastorno psiquiátrico alguna vez en la vida, 3 de cada 20 en los últimos 12 meses y 1 de cada 14 en los últimos 30 días. Por tipo de trastorno, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19,3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10,6%) (4). Estos datos resaltan la alta morbilidad que representan los trastornos mentales en Colombia.

Los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes y más crónicos. Los trastornos individuales más comunes fueron la fobia específica, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad por separación del adulto y el abuso de alcohol. Entre los hombres el abuso de alcohol es el problema más común, mientras que en las mujeres lo es la depresión mayor (4).

En Colombia existen pocos estudios sobre el perfil epidemiológico de la población atendida en los centros de Salud Mental, encontrando gran diversidad de la población propia de cada institución, tanto de carácter público como privado.

Los datos que se pueden recolectar, se toman de las características de la población que se describe en otros estudios. Este es el caso de la caracterización de pacientes hospitalizados mediante análisis de correspondencias múltiples, realizado a partir de la evaluación de 160 historias clínicas de pacientes atendidos intrahospitalariamente en 1994 en la unidad de salud mental del Hospital San Juan de Dios, el cual reportó como diagnóstico más frecuente la Enfermedad Bipolar, un puntaje de GAF (Global Assessment Functioning) bajo al ingreso y una importante comorbilidad con Trastornos de Personalidad en la muestra estudiada.

Otro de los reportes encontrados es el que realizó la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Medellín, en donde se realizó un estudio de los pacientes hospitalizados en Septiembre del 2003, en el cual se reporta una edad promedio de 36,9 años, mayor frecuencia de atención a mujeres y el Trastorno Bipolar como diagnóstico más frecuente (39,7%), seguido por el Trastorno Depresivo Mayor (23,4%) y el Trastorno Psicótico (20,6%), con un promedio de estancia institucional de 8,8 días.

Otras instituciones en Colombia reportan sus datos de morbilidad en sus páginas institucionales, tal como lo hizo el Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá ESE-CRIB en el año 2007. Este centro reporta como principales diagnósticos al egreso hospitalario las siguientes patologías en orden descendente: Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), Episodio Maníaco con síntomas psicóticos (57,1%), Trastorno Psicótico Agudo (11,5%), Trastorno Esquizoafectivo (4,5%), Esquizofrenia Paranoide (2,7%).

Dentro de los diagnósticos más frecuentes para la consulta externa en el año 2012 se encontraron: TAB en remisión (7,2%), Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión (5,7%) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (5,6%) (5, 6).

El objetivo de este estudio fue establecer las características socio demográficas y los diagnósticos más frecuentes de la población atendida en forma ambulatoria y hospitalaria al ICSN del 1 enero de 2013 al 31 diciembre de 2013. Los datos obtenidos a través del desarrollo de este estudio son una herramienta útil para el desarrollo

de programas de promoción y prevención, el mejoramiento continuo del servicio prestado, la investigación, docencia y consultoría en salud mental, lo que facilitará el alcance y consolidación de la visión y misión del Instituto. En este artículo se presentan los resultados resumidos del trabajo realizado.

## Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante la revisión documental de historias clínicas de la totalidad de los pacientes atendidos en el ICSN entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2013. Se extrajeron los datos directamente del archivo historias clínicas de Bioestadística.

Las variables del estudio se alinearon con las establecidas dentro del plan de calidad del ICSN y de acuerdo con los datos proporcionados por el servicio de Bioestadística y las definiciones consignadas en la plataforma virtual de calidad del ICSN. Estas variables fueron: edad; sexo; estado civil; estrato socioeconómico, condición laboral; tipo de cubrimiento (particular, empresa prepagada o EPS); vía de ingreso (consulta de primera vez, consulta de seguimiento, consulta de Psicoterapia), servicio de hospitalización (Hospital Día, Hospital Día Psicogeriatría, Hospitalización Psiquiátrica, Campoalegre Ambulatorio y Residencial); días de estancia hospitalaria; diagnóstico de egreso; motivo de egreso; reingreso a hospitalización. Se define psicoterapia como el conjunto de actividades efectuadas que se orientan a ayudar al paciente por métodos psicológicos. Para este estudio se consideró que un paciente estuvo en psicoterapia cuando fue atendido por lo menos 3 veces al mes durante 3 meses

(7). Para el servicio de consulta externa la edad fue registrada en rangos (0-14 años, 15-44 años, 45-64 años, 65 y más años), de acuerdo con el reporte de RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud). Para el servicio de hospitalización se tuvo en cuenta la clasificación de etapas vitales de Erik Erikson (8), de la siguiente manera: Infante: 0 a 2 años, Bebe: 2 a 3 años, Preescolar: 3 a 7 años, Escolar: 7 a 12 años, Adolescente: 12 a 18 años, Adulto joven: 18 a 20 años, Adulto medio: 20 a 50 años, Adulto mayor: mayores de 50 años.

En la muestra se incluyeron todos los registros de atención hospitalaria y ambulatoria en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, contenidos en el área de Bioestadística del ICSN. Se excluyeron los registros que no contenían diagnósticos mentales.

Se recolectaron las siguientes medidas de resultado: características sociodemográficas de la población que consultó al ICSN en el periodo de estudio, los diez diagnósticos más frecuentes de consulta, estratificación por grupos etarios de los diagnósticos más frecuentes, servicio de mayor flujo de pacientes, diagnósticos más frecuentes por servicio, días de estancia hospitalaria global y discriminada por cada servicio de Hospitalización, motivo de salida más frecuentemente reportado en Hospitalización, frecuencia de reingresos en los pacientes hospitalizados, frecuencia de pacientes que asisten por única vez y a consultas de control del servicio de Consulta Programada, frecuencia de pacientes que se encuentran en psicoterapia.

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias, proporciones y coeficientes de variación.

Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS para obtener las medidas de tendencia central, frecuencia, porcentajes, coeficientes de variación y desviaciones estándar.

## Resultados

### Resultados generales

En el año 2013 en el ICSN se atendieron 2.950 pacientes. El 77% (n=2.269) consultó a través del servicio de Consulta Prioritaria y el 23% (n=681) lo hizo a través de la Consulta Programada (Tabla 1).

De los 2.269 pacientes atendidos por la Consulta Prioritaria, el 61,9% (n=1.397) fue hospitalizado y el 38,1% (n=872) recibió manejo ambulatorio.

El 56,3% de los pacientes atendidos en el ICSN fueron de sexo femenino.

Del número total de pacientes atendidos en el Instituto (n=2.950), se encuentra la siguiente distribución por servicios:

- Hospitalización: 47,4%, (Psiquiátrica 40,8%, Hospital Día 5,2% y Centro Campoalegre 1,4%)
- Consulta Prioritaria con manejo ambulatorio: 29,6%.
- Consulta Programada: 23%.

Los diez diagnósticos que se reportaron con mayor frecuencia al egreso del icnsn, incluyendo todos los servicios, fueron:

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (20,7%); trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (12,5%); episodio depresivo moderado (12,4%), trastorno de ansiedad, no especificado (11,7%); trastorno mixto de ansiedad y depresión con (11,2%), esquizofrenia paranoide (10,3%), trastorno afectivo bipolar, episodio ma-

niaco con síntomas psicóticos (6,52%); trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo moderado (6,43%), trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias: síndrome de dependencia (4,08%); trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente (3,8%) (Gráfico 1)

El 23,8% de los casos atendidos en Hospitalización y Consulta Programada del ICSN estuvieron dentro de los diez primeros diagnósticos reportados.

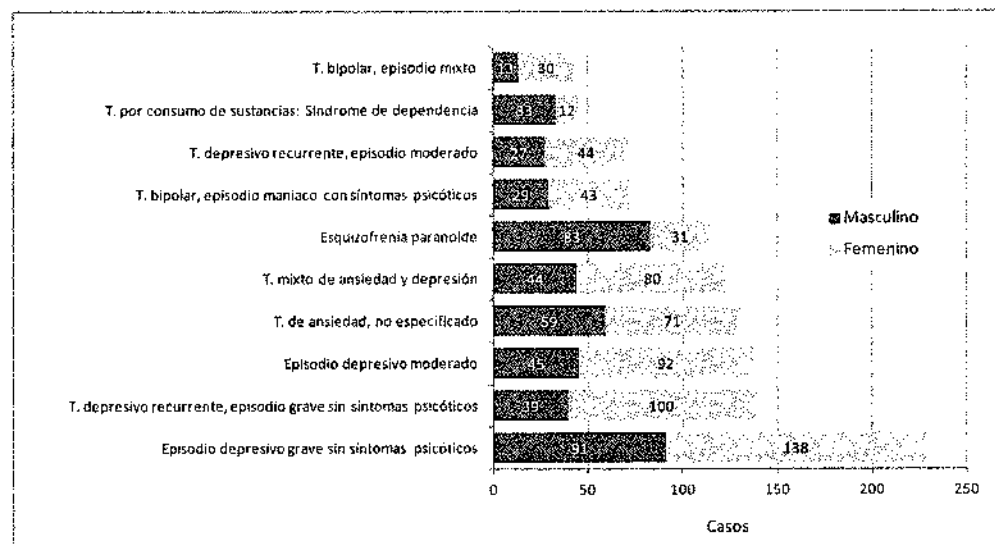
## Resultados para Hospitalización

De los 1.397 pacientes atendidos en Hospitalización se encontró que el 86,2% fueron atendidos en el servicio de Hospitalización Psiquiátrica, el 10,9% en Hospital Día y un 2,9% en el Centro Campoalegre de manera Ambulatoria y Residencial. El servicio de mayor afluencia fue el de Hospitalización Psiquiátrica. De los 1.205 pacientes que se atendieron en Hospitalización Psiquiátrica,

Tabla 1. Distribución por vía de acceso y servicios de los pacientes del ICSN 2013

Vía de Ingreso	Servicio	n	%
Consulta Prioritaria (77%)	Hospitalización Psiquiátrica	1.205	40,8
		152	5,2
		40	1,4
	Consulta No Programada con manejo ambulatorio	872	29,6
Consulta Programada (23%)	Consulta Programada	681	23
<b>Total</b>		<b>2.950</b>	<b>100</b>

Gráfico 1. Diez primeros diagnósticos de ingreso en el ICSN 2013





el 27% (n=326) fueron remitidos por su médico tratante ambulatorio.

**Características Socio demográficas**

**Sexo:** Los datos de distribución por sexo en Hospitalización y en los diferentes servicios fueron muy similares, como en el servicio de Hospitalización Psiquiátrica, en el que 56,6% de los pacientes fueron de sexo masculino.

**Edad:** Se encontró que el 52% de los pacientes de Hospitalización se encuentra dentro del grupo Adulto Medio, con una edad promedio de 32,4 años y con una gran variación en el rango de edad. Dentro de este grupo de edad, el 50% se encuentra entre los 20 y 31 años y el 25% entre 39 y 50 años. La distribución por sexo en este grupo de edad fue muy similar (hombres: 49,7% y mujeres: 50,3%). En segundo lugar se ubicó el grupo de Adulto Mayor (32,4%) con una edad promedio de 67 años. El tercer grupo de edad corresponde al de los Adolescentes (11,8%), seguido del grupo de Adulto Joven (3,6%) y el grupo de Escolares (0,3%). Hospitalización Psiquiátrica, es el servicio con más afluencia de pacientes para todos los grupos de edad. En todos los servicios la distribución porcentual por grupo de edad es similar excepto en el programa de Hospital Día de

Psicogeriatría por razones propias de la población atendida en ese servicio (Tabla 2).

**Estado Civil:** El 60,2% de los pacientes en el servicio de Hospitalización fueron solteros, seguidos por el 27,7% que reportó su estado civil como casado.

**Condición Laboral:** La condición laboral reportada con más frecuencia fue cesante (54,4%), seguido por los pacientes que reportaron ser estudiantes (27,1%).

**Estrato Socioeconómico:** El 67,7% de la población se ubicó en el estrato socioeconómico 4, mientras que los estratos 2 y 6 tuvieron un porcentaje menor de 1% (Tabla 3).

**Diagnósticos más frecuentes**

En el año 2013 los 10 diagnósticos de egreso más frecuentemente reportados en el servicio de Hospitalización del ICSN fueron: Episodio depresivo grave (17,5%); trastorno depresivo grave, episodio depresivo presente sin síntomas psicóticos (11%); esquizofrenia paranoide (7,8%); episodio depresivo moderado (5,8%); trastorno mixto de ansiedad y depresión (5,8%); trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos (5,6%); trastorno de ansiedad no especificado (3,9%); trastorno afectivo bipo-

Tabla 2. Distribución por edad en los servicios de Hospitalización del ICSN 2013

Servicio	Escolar		Adolescente		Adulto Joven		Adulto Medio		Adulto Mayor		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospitalización	4	0,3	152	10,9	46	3,3	628	45,0	375	26,8	1.205	86,2
Hospital día	0	0,0	8	0,6	2	0,1	72	5,2	20	1,4	102	7,3
Hospital día psicogeriatría	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	50	3,6	50	3,6
Campo alegre ambulatorio	0	0,0	0	0,0	1	0,1	8	0,6	2	0,1	11	0,8
Campo alegre residencial	0	0,0	5	0,4	1	0,1	18	1,3	5	0,4	29	2,1
Total	4	0,3	165	11,8	50	3,6	726	52,0	452	32,4	1.397	100

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes de Hospitalización del ICSN 2013

Características socio-demográficas	n	(%)
<b>Sexo</b>	Masculino	785 56,1
	Femenino	612 43,8
<b>Grupo de Edad</b>	Escolar	4 0,2
	Adolescente	165 11,8
	Adulto joven	50 3,5
	Adulto medio	743 53,1
	Adulto mayor	435 31,1
<b>Estado Civil</b>	Casado	388 27,7
	Separado	56 4,0
	Soltero	841 60,2
	Unión libre	30 2,1
<b>Condición Laboral</b>	Viudo	82 5,8
	Hogar	6 0,4
	Estudiante	378 27,0
	Independiente	16 1,1
	Cesante	761 54,4
	Empleado	233 16,6
<b>Estrato</b>	Pensionado	3 0,2
	Dos	1 0,07
	Tres	446 31,9
	Cuatro	933 66,7
	Cinco	16 1,1
Seis	1 0,07	

lar, episodio mixto (3,4%); trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo (3,2%) y como décimo diagnóstico se encontró trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias (3,2%).

Se encontró que dentro del servicio de Hospitalización, el 58,2% de los pacientes tuvo un diagnóstico de egreso que se ubica en el

grupo de los diez primeros diagnósticos.

Para el diagnóstico más frecuente, Episodio Depresivo Grave, se encontró que la prevalencia en mujeres fue del 60,1%. para los casos de trastorno de ansiedad no especificado y trastorno afectivo bipolar y episodio depresivo grave se encontró una la prevalencia similar entre sexos, cercana al 50% en ambos casos (Gráfico 1).

Los grupos etarios en los que se concentraron los diagnósticos más frecuentes del servicio de Hospitalización son el grupo de Adulto Medio y Adulto Mayor, encontrándose menor distribución de estos diagnósticos en el grupo de Adolescentes y Adulto Joven. En el grupo de Escolares no se encontró ninguno de los diez principales diagnósticos.

Es de resaltar una mayor presencia del diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias en el grupo de Adolescentes y Adulto Joven respecto a los otros grupos etarios (Gráfico 2).

#### Estancia Hospitalaria

Se encontraron grandes diferencias en los periodos de hospitalización del ICSN, debido a que existe una gran variabilidad de los días de estancia en casa uno de los servicios. Esta variabilidad es especialmente evidente en el servicio de Hospital Día, en el cual el coeficiente de variación es 308% y una desviación estándar de 236,5 días.

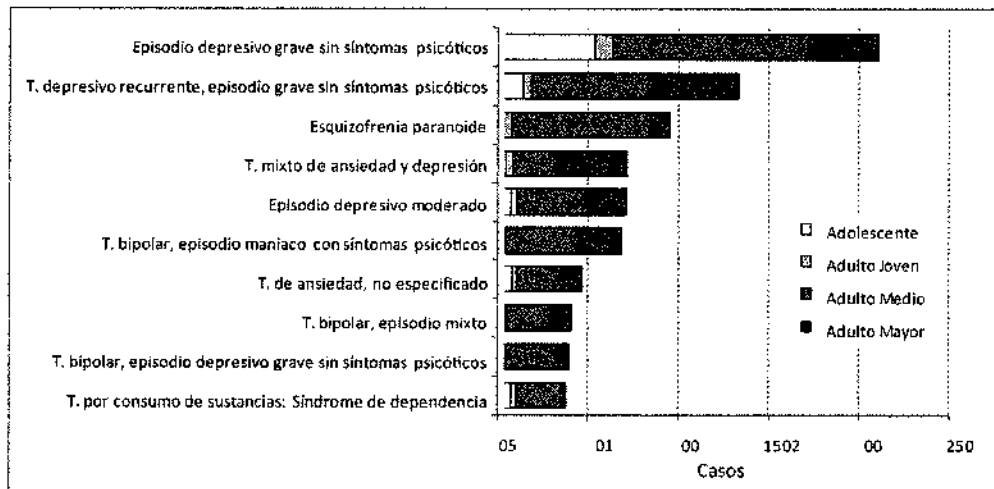
Para el análisis del servicio de Hospitalización se excluyeron los pacientes crónicos institucionalizados (12 pacientes) ya que sesgan el estudio del fenómeno de la hospitalización aguda y debido al impacto que tiene en los cálculos de la estancia hospitalaria.

El promedio de días de estancia para Hospi-

Tabla 4. Días de estancia hospitalaria por servicio

SERVICIO	Egresos	%	Total días de estancia	Promedio (días)	Desviación estándar	Mediana (días)
Hospitalización	1.197	86,2	14.721	12,3	10,9	10,0
Hospital día	102	7,3	7.830	76,8	236,5	28,0
Hospital día psicogeriatría	50	3,6	5.707	114,1	142,7	47,0
Campoalegre residencial	29	2,1	2.314	79,8	68,5	44,0
Campoalegre ambulatorio	11	0,8	907	82,5	42,7	73,0

Gráfico 2. Distribución por diagnóstico y grupo de edad de los pacientes de Hospitalización



talización Psiquiátrica fue de 12,3 días, para Hospital Día de 76,8 días, para el servicio residencial de Campoalegre 79,8 días, para el Programa Ambulatorio de Campoalegre 82,5 días, y de 114,1 días para Hospital Día Psicogeriatría (Tabla 4).

El 50% de los pacientes del servicio de Hospitalización Psiquiátrica tienen estancias menores a 12 días y el 50% de los pacientes del servicio residencial de Campoalegre tienen una estancia menor de 44 días.

**Motivo de Salida**

El motivo de salida de Hospitalización reportado con mayor frecuencia corresponde a la categoría de “Salida por Mejoría”

con un 77,1% del total de los egresos. Continúan en orden descendente con un 9% las salidas por “Traslado”, 7% las salidas por “Petición Voluntaria”, 7,4% salidas por “Otros” y 0,58% las salidas por “Evasión”.

**Tipo de Ingreso a Hospitalización**

El 48,9% de los Pacientes que ingresan al servicio de Hospitalización Psiquiátrica lo hacen por primera vez, mientras el 51% ya han estado hospitalizados en alguna ocasión en la Clínica.

Al centro Campoalegre ingresa por primera vez el 10,3% de los pacientes y el 89,6% ya ha estado hospitalizado, lo cual

es coherente con el modelo de atención, en el cual el paciente debe ingresar primero a una fase de desintoxicación en la clínica antes de pasar al programa de Campoalegre.

### Frecuencia de Reingresos en pacientes Hospitalizados

De los 1.397 casos de Hospitalización Psiquiátrica, se encontró que 53 fueron reingresos, lo que da un porcentaje de 3,2%. El porcentaje de reingreso al servicio de Hospitalización Psiquiátrica fue 4,1% (n=49), mientras para los otros servicios fue 2,8% (n=4). El porcentaje de pacientes que presentó más de un reingreso a Hospitalización Psiquiátrica durante este periodo fue 1,5% (n=18)

### Distribución por tipo de Afiliación

Del total de pacientes atendidos en Hospitalización, el 77,8% tenían afiliación a una Empresa de Salud Prepagada, el 18,6% fueron pacientes particulares y el 3,4% cubiertos por una EPS.

### Consulta Programada

Durante el año 2013 en el servicio de Consulta Programada del ICSN se atendieron 681 pacientes a los cuales se les realizaron 2.385 consultas. El promedio de consultas recibidas fue 3,5 citas por persona. El 32% (n=215) de los pacientes se atendieron solamente en una consulta de primera vez, mientras que el 68% (n=466) tuvieron consultas de seguimiento o psicoterapia.

De este 68%, el 90,7% tuvieron consulta de seguimiento (2 a 8 consultas) y el 9,3% psicoterapia (9 o más consultas) durante el año 2013.

Los datos generales indican que el 31,5% de los pacientes acuden a una sola cita, y que el 62,1% de los pacientes que acuden

a Consulta Programada son atendidos entre 2 y 8 consultas pero no completan 9 o más sesiones, lo que para este estudio es el requisito mínimo en cantidad de citas que define una Psicoterapia.

Los pacientes que más utilizan la Consulta Programada son mujeres entre los 15 a 44 años de edad (32%), seguidas por el grupo de hombres entre los 15 y 44 años de edad (28%); el grupo que menos consulta en los dos sexos es el de los menores de 14 años de edad (< 1%).

Se analizaron los resultados generales para Consulta Programada de primer vez y luego para los pacientes a los que se les realizó seguimiento, discriminando los resultados para los pacientes que recibieron psicoterapia.

### Características Socio demográficas

**Sexo:** El 56,5% del total de los pacientes que se atendieron en Consulta Programada fueron de sexo femenino. Las consultas de primera vez fueron hechas en un 62,7% a hombres, mientras que en las consultas de seguimiento y psicoterapia el 65% fueron mujeres.

**Edad:** Los grupos que más se atendieron en Consulta Programada fueron los de edades entre 15 a 44 años y de 45 a 64 años.

Para pacientes atendidos por primera vez, el 88,7% de los casos se encontraron entre los 45 y 64 años. Para los pacientes en seguimiento y psicoterapia, el 48,2% de los casos se encontraron entre los 15 y 44 años y 33,2% entre los 45 y 64 años.

**Estado Civil:** El 50,6% de los usuarios fueron solteros, el 30,9% casados y el 6,4% refirió su estado civil como separado. En

consultas de primera vez el 81,7% de los pacientes reportaron estado civil soltero, mientras en consultas de seguimiento predominan los casados (40,1%), seguidos por los solteros (36%).

La distribución de sexo por grupo de edad es similar para todos los grupos, el único grupo de edad en el cual se presentaron más atenciones en hombres fue el de menores de 14 años.

### Prevalencia

El 54,3% de los pacientes que asistieron al servicio de Consulta Programada fueron clasificados dentro de los diez primeros diagnósticos más frecuentes de este servicio.

El trastorno de ansiedad no especificado es el diagnóstico de consulta que más se presentó (22,4%), seguido por episodio depresivo moderado (18,1%). En orden de frecuencia continúan: Trastorno mixto de ansiedad y depresión (14,3%); trastorno depresivo recurrente (12,1%); trastorno de pánico (8,6%); trastorno de ansiedad generalizada (5,6%); trastorno de adaptación (5,4%); esquizofrenia paranoide (5,1%); trastorno depresivo grave y trastorno obsesivo compulsivo (4,8%) (Tabla 5).

Los Trastornos Depresivos, de Ansiedad y de Adaptación fueron más frecuentes en mujeres, y la Esquizofrenia Paranoide es más frecuente en los hombres de esta población (Tabla 5).

Para los pacientes que recibieron atención por primera vez el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno de ansiedad no especificado (29,8%), seguido por el episodio

depresivo moderado (25,3%), trastorno obsesivo compulsivo (16,9%), trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de pánico (14%) cada uno. El 33,8% de los pacientes que asistieron por primera vez tuvieron uno de los cinco primeros diagnósticos de este grupo.

Para los pacientes del grupo de seguimiento y Psicoterapia los primeros cinco diagnósticos fueron: trastorno de ansiedad no especificado (29,6%), episodio depresivo moderado (22,4%), trastorno mixto de ansiedad y depresión (20,5%), trastorno depresivo recurrente (20%) y trastorno de ansiedad generalizada (8,1%).

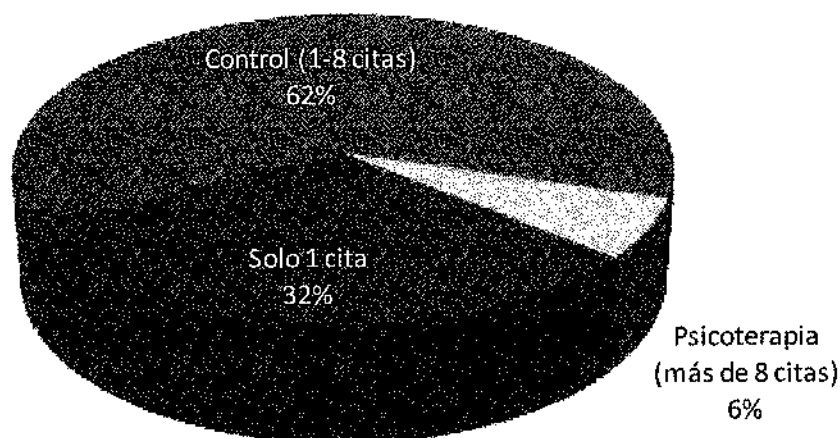
### Psicoterapia

De los 681 pacientes atendidos en Consulta Programada, 466 pacientes (68,4%) tuvieron cita de control (62,1%) o de psicoterapia (6,3%); y de estos 466 pacientes que asistieron más de una vez, 43 (9,2%) cumplieron los criterios para psicoterapia establecidos en este trabajo (haber asistido al menos 3 veces al mes durante 3 meses) (Gráfico 3).

El 44,1% de los pacientes en psicoterapia fueron hombres y el 55,8% mujeres. El 62,7% estuvo en el grupo de edad entre los 15 a 44 años de edad y el 30,5% en el grupo entre los 45 a 64 años. Para el grupo de edad de los 65 y más años, se encontró sólo un caso reportado, lo que aportó en un 2,3% de los pacientes a los que se les brindó Psicoterapia. No hubo diferencias en cuanto a género y grupo de edad.

El 60,4% de la población era soltera. Los hombres que acudieron a psicoterapia eran casados en un 68% de los casos, en unión libre en un 21% y solteros en un 10%. Las

Gráfico 3. Distribución de asistencia en el servicio de Consulta Programada del ICSN 2013



mujeres solteras fueron 54% de los casos, casadas 29% y un 8% se encontraban en unión libre (Tabla 6).

El diagnóstico más frecuentemente reportado en Psicoterapia fue el episodio depresivo moderado con el 18,6% de los casos, seguido por el trastorno de ansiedad no especificado con un 13,9% y el trastorno de pánico con un 9,3%. El trastorno mixto de ansiedad y depresión y el trastorno depresivo recurrente tuvieron 6,9% cada uno.

El 55,8% de los pacientes que asistieron a psicoterapia presento uno de los cinco diagnósticos más frecuentes en este grupo.

## Discusión

En el año 2013 el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso atendió un total de 2.950 pacientes, de los cuales la mayoría ingresó a la Institución por la Consulta Prioritaria, cerca

Tabla 6. Características sociodemográficas de los pacientes de Psicoterapia en el servicio de Consulta Programada en el ICSN 2013

Características	n	%
Sexo	Masculino	19 44,1
	Femenino	24 55,1
Grupo de Edad	0-14 años	1 2,3
	15-44 años	27 62,7
	45-64 años	14 32,5
	65 años y más	1 2,3
Estado Civil	Casado	9 20,9
	Separado	2 4,6
	Soltero	26 60,4
	Unión libre	6 13,9

Tabla 5. Distribución por diagnóstico y sexo de los diez primeros diagnósticos del servicio de Consulta Programada en el ICSN 2013

Código CIE-10	Diagnóstico	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)
F419	Trastorno de Ansiedad No Especificado	36 (43,3)	47 (56,6)	83 (22,0)
F321	Episodio depresivo moderado	24 (35,8)	43 (64,1)	67 (17,8)
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	21 (39,6)	32 (60,3)	53 (14,1)
F331	Trastorno depresivo recurrente	15 (33,3)	30 (66,6)	45 (11,9)
F410	Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]	13 (40,6)	19 (59,3)	32 (8,5)
F411	Trastorno de ansiedad generalizada	11 (52,3)	10 (47,6)	21 (5,5)
F432	Trastornos de adaptación	7 (35,0)	13 (65,0)	20 (5,3)
F200	Esquizofrenia paranoide	13 (68,4)	6 (31,5)	19 (5,0)
F322	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	7 (38,8)	11 (61,1)	18 (4,7)
F429	Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado	11 (61,1)	7 (38,8)	18 (4,7)
	<b>Total</b>	158 (42,0)	218 (57,9)	376 (100)

de la mitad de los casos recibieron hospitalización psiquiátrica y un tercio no se hospitalizó. Los servicios del Instituto son utilizados con mayor frecuencia por las mujeres.

En los diez diagnósticos más frecuentemente atendidos en el ICSN en 2013, casi la mitad de los casos se concentran en los tres primeros diagnósticos que corresponden a diferentes categorías y niveles de severidad del trastorno depresivo mayor (episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; episodio depresivo moderado. Contemplando los primeros cinco diagnósticos más frecuentes, que dan cuenta de más de dos tercios de la población estudiada, a la depresión se le

suma la ansiedad (trastorno de ansiedad, no especificado y trastorno mixto de ansiedad y depresión).

El servicio con mayor afluencia de pacientes fue Hospitalización en el que se atendieron cerca de la mitad de los casos que consultaron al ICSN en 2013. En este servicio, el 58,2% de los pacientes tuvo un diagnóstico de egreso que se ubica en el grupo de los diez primeros diagnósticos reportados, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad los que ocupan los primeros lugares y corresponden a más de la mitad de los casos de ese servicio. Por otro lado, si se agrupan los diagnósticos del trastorno bipolar en sus diferentes fases, dan cuenta de una cuarta parte de los egresos del servicio de Hospitalización Psiquiátrica;

sin embargo para efecto de este estudio se tomaron los diagnósticos CIE-10 diferenciados. La esquizofrenia paranoide aparece dentro de los primeros 5 diagnósticos de hospitalización, teniendo una mayor presentación en este servicio que en otros servicios del ICSN y supera la frecuencia del trastorno bipolar tomado de forma individual cada una de sus fases diferenciadas. Cabe resaltar la mayor presencia del diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en el grupo de edad de Adulto Joven, comparada con la frecuencia reportada para otros grupos de edad.

En el diagnóstico más frecuentemente reportado (episodio depresivo grave), se evidenció mayor proporción en mujeres que en hombres. Para los casos de trastorno de ansiedad no especificado, trastorno afectivo bipolar y episodio depresivo grave se encontró una prevalencia similar entre ambos sexos, esta fue cercana al 50%, lo que se correlaciona con los datos de la literatura a nivel mundial.

Los grupos de edad más frecuentemente atendidos fueron Adulto Medio y Adulto Mayor, concentrándose el mayor porcentaje de los pacientes entre los 20 y 31 años de edad.

Entre los pacientes que fueron hospitalizados, la condición laboral más reportada fue la de "Cesante" con un 54,4% de la población atendida en el ICSN, de los cuales llama la atención que 45% fueron adultos medios, lo que indica el impacto en la funcionalidad y adaptación de los individuos en este grupo joven de la población que sufren de trastornos mentales. La condición de "Pensionado" fue reportada en menos del 1% de los casos, así como la "Ama de Casa", registrada

tan sólo en 0,4%. El 68% de la población se ubicó en el estrato socioeconómico 4, mientras los estratos 2 y 6 tuvieron un porcentaje menor al 1%.

Las condiciones propias de la población atendida en la Institución no permiten hacer una comparación con otros estudios, de los datos sobre la afiliación y cubrimiento de salud de los usuarios del ICSN.

Se encontró una gran variabilidad entre los días de estancia hospitalaria de los diferentes servicios, lo que se debe a las diferencias en las características de los pacientes y las patologías que se atienden con más frecuencia en cada uno de los servicios.

El promedio de días de Hospitalización Psiquiátrica fue 12,3 días. Este promedio es superior a los datos reportados en el perfil epidemiológico de pacientes psiquiátricos del Hospital del Sagrado Corazón de Medellín en 2003 (6), el cual reportó 8,8 días y es similar al reportado en el 2010 por el estudio de la carga económica de la enfermedad Mental en Colombia, que fue de 11,1 días (10). Estos promedios son menores que el encontrado en el perfil de pacientes admitidos en un Hospital Psiquiátrico Mexicano en 2008 (11), en el cual el promedio de días de estancia hospitalario fue de 17,2 días.

El motivo de salida de Hospitalización que con más frecuencia fue reportado corresponde a la categoría de "Salida por Mejoría" con un 77,1% del total de las salidas. El 48,9% de los pacientes que ingresan al servicio de Hospitalización Psiquiátrica lo hacen por primera vez, mientras el 51% ya han estado hospitalizados en alguna ocasión en la Clínica Montserrat.

El porcentaje de reingreso para Hospitaliza-



ción es de 3,19%, y el 1,49% de los pacientes presentó más de un reingreso a Hospitalización durante el periodo cubierto en este estudio.

En cuanto a la Consulta Programada, los datos generales indican que el 31,5% de los pacientes acuden a una sola cita, y que el 62,1% de los pacientes que acuden a Consulta Programada son atendidos entre 2 y 8 consultas pero no completan 9 o más sesiones, lo que para este estudio es el requisito mínimo en cantidad de citas que se determinó para considerarlo estar en Psicoterapia. Lo anteriormente mencionado podría estar relacionado con factores que llevan a una disminución en la adherencia psicoterapéutica, punto importante para futuras investigaciones.

Las consultas de primera vez en hombres llegaron a ser casi el doble de las realizadas a mujeres, mientras que las consultas de seguimiento y Psicoterapia en un 65% fueron hechas a mujeres, es decir, que los hombres consultan más por primera vez, pero las mujeres tienen mayor adherencia a los tratamientos psicoterapéuticos.

La mayoría de los pacientes que son atendidos por primera vez estaban entre los 15-44 años (88%). En este mismo grupo se concentró la mayor proporción de pacientes en seguimiento y psicoterapia, aunque con menor frecuencia (48,2%) y se le sumaron aquellos entre 45 y 64 años (33,2%), lo que sugiere que el grupo etario puede no ser uno de los factores que más influyen en la adherencia a la consulta programada.

Una tercera parte de los pacientes de los pacientes que asistieron por primera vez tuvieron uno de los cinco primeros diagnósticos de Consulta Programada (trastornos depresivos y de ansiedad), mientras que estos diagnósticos estaban presentes en más de la mitad de los pacientes que continuaron en

psicoterapia.

Estas variables podrían estar relacionadas con factores que llevan a una disminución en la adherencia psicoterapéutica, lo que sería un tema importante a tratar en futuras investigaciones.

### Limitaciones del Estudio

La principal fuente de limitación de este estudio son sesgos de información, detectados en varias fases de la recolección de la información y del flujo de la misma en el procesamiento y análisis de los datos. En el año en el que se recolectó la información del estudio, no se contaba con un formato unificado de recolección de datos completos y unificados y en algunos casos la distinción por servicios no es clara, la unidad de registro de la edad no está unificada, por ejemplo en la Consulta Prioritaria y en Hospitalización se recolectan los datos de edad en número de años y en Consulta Programada se realiza por intervalos, que además son muy amplios.

En el mismo sentido, se encontraron incongruencias en cuanto al registro del estrato socioeconómico, el cual es realizado de acuerdo a un sistema de georreferenciación informático; que luego de introducir la dirección de residencia del paciente, hace una clasificación y asignación automática del estrato, que puede estar arrojando datos incongruentes, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población atendida en el Instituto. Así mismo, se evidenció un subregistro en la condición laboral de los pacientes atendidos, debido a que los datos de cesante y ama de casa no concuerdan con las otras características de la población. En de los datos de Consulta Programada, hay deficiencias en el registro de los pacientes

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

CLINICA MONTSERRAT

HEMEROTECA

atendidos por primera vez, en seguimiento o psicoterapia.

De lo anterior se derivan acciones de mejora relacionadas con la calidad de la información recolectada en el ICSN.

## Conclusiones

El servicio con mayor afluencia de pacientes en el Instituto es el de Hospitalización, y dentro de este Hospitalización Psiquiátrica es el que cuenta con mayor número de usuarios.

Los diagnósticos más frecuentes del ICSN corresponden a trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. La frecuencia de trastornos de Pensamiento es menor que la reportada en los estudios de hospitalización psiquiátrica a nivel nacional.

Los días de estancia hospitalaria para Hospitalización Psiquiátrica en el ICSN, sobrepasan lo reportado en otros estudios publicados a nivel nacional, pero están por debajo de lo reportado en centros de atención fuera del país.

Se encontraron altas tasas de abandono a mediano y largo plazo entre los pacientes atendidos en Consulta Programada.

## Agradecimientos:

A los doctores Rigoberto López, Carlos Montaña, Vanessa Castro y María Isabel Castro y a la señora Claudia Villate por su colaboración en la recolección de los datos en este trabajo.

## Referencias Bibliográficas

1. González M, García R, Yamhure A, Pardo F, Betancourth E. Epidemiología de los Trastornos Mentales en Bogotá. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo; 1978.
2. Roca A, Méndez A. Dirección de salud mental, Tomo I: Programa de investigación y vigilancia epidemiológica en salud mental. Buenos Aires: Dirección de Salud Mental; 2004.
3. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4/5):229-40.
4. Social FES. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. 2003. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005). Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social; 2005.
5. Sánchez R, Herrera N. Caracterización de pacientes psiquiátricos hospitalizados mediante análisis de correspondencias múltiples. *Rev Colomb Psiquiatr*. 1999;28(1):25-34.
6. Franco V, Gaviria A. (2003). Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, durante Septiembre de 2003 (Medellín). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2004;33(4):378-386.
7. Gabbard G. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. 3ra Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2009.
8. Erikson E. *El ciclo vital completado*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica; 2000.
9. OMS. (2008) *Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.

10. Pinto D, Gómez-Restrepo C, Uribe M, Miranda C, De la Espriella M, Novoa J, Chaux A, Arenas A, Torres N, Suarez M & Rondon M. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intra-hospitalario. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39(3):465-480.
11. Joffre V, García G, Saldivar A. (2009). Perfil de pacientes admitidos en un Hospital Psiquiátrico Mexicano para su tratamiento y rehabilitación en el año 2008. Resultados preliminares. *Rev Arg Clínica Neuropsiquiátr.* 2009;15(4):296-303.
12. WHO. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

Artículo original

## Comorbilidades y factores precipitantes en pacientes con episodio depresivo mayor del servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat

Guillermo Fernando Mendoza Vélez

### Resumen

**Introducción:** Los trastornos depresivos son considerados como un problema de salud pública, que generan intenso deterioro en las esferas personal, familiar, social y laboral. La frecuencia de la comorbilidad en los trastornos depresivos es alta. Se ha reportado la presencia concomitante de otros trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad, enfermedades médicas y factores psicosociales.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de comorbilidades y factores precipitantes en pacientes con episodio depresivo mayor en atención ambulatoria de la Clínica Montserrat.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo mediante revisión documental de historias clínicas de pacientes con depresión mayor que asistieron a consulta no programada de la Clínica Montserrat entre julio de 2011 y junio de 2012. Se realizó análisis estadístico con IBM-SPSS versión 15.0. El protocolo de investigación fue aprobado por un Comité Independiente de Ética en Investigación.

**Resultados:** Se revisaron 250 historias clínicas de las que cumplieron los criterios de inclusión las historias de 114 pacientes. Al 65% de los pacientes se les diagnosticó episodio grave de trastorno depresivo mayor; seguido por 33% con episodio moderado y 2% leve. En 80% de los pacientes se reportó cualquier tipo de comorbilidad, correspondiendo a las comorbilidades médicas 50% y psiquiátricas 30%. Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes fueron los trastornos relacionados con alcohol y sustancias (62%) seguidos por los trastornos de ansiedad (29%). Las comorbilidades médicas más reportadas fueron hipotiroidismo e hipertensión arterial (21% cada una). Los factores precipitantes y predisponentes más frecuentes fueron los conflictos de pareja con o sin separación (45%), ausencia de figura paterna o materna en la niñez o adolescencia (49%), mala relación con los padres (22%) y sobrecarga laboral (10.5%).

---

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra. Egresado del Postgrado de Psiquiatría Universidad El Bosque. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.  
Especialista en Medicina Familiar.  
Magíster en Salud Mental. Diplomado en Logoterapia.  
gmendozavelez@yahoo.com

**Conclusiones:** La presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas en pacientes con episodio depresivo mayor es alta, al igual que la proporción de factores precipitantes y predisponentes de tipo familiar. Es relevante la evaluación sistemática de los factores comórbidos, precipitantes y predisponentes en pacientes con depresión mayor, dada su alta prevalencia, y que su presencia perpetúa los síntomas y dificulta el tratamiento.

**Palabras clave:** trastorno depresivo mayor, comorbilidad, factores precipitantes.

## Summary

**Introduction:** Depressive disorders are considered a public health problem, which generate intense family, social and work impairment. Comorbidity in depressive disorders is high. Concomitant presence of comorbid psychiatric disorders, personality disorders, medical conditions and psychosocial stressors has been reported.

**Objective:** Determine the prevalence of comorbidities and precipitating factors in major depressive episode outpatients who attended Clínica Montserrat.

**Methods:** Descriptive observational study. Review of medical records of outpatients diagnosed with major depression who attended unscheduled clinic visit in Clínica Montserrat between July 2011 and June 2012. Statistical analysis with IBM SPSS version 15.0 was performed. The research protocol was approved by an Independent Research Ethics Committee.

**Results:** 250 medical records were reviewed, selecting 114 that met inclusion criteria. 65% of patients were diagnosed with severe episode of major depressive disorder, followed by 33% moderate and 2% mild episode. 80% of patients had report of any type of comorbidity, of which 50% were medical and 30% psychiatric comorbidities. The most frequent psychiatric comorbidities were alcohol and substance related disorders (62%), followed by anxiety disorders (29%). More frequent medical comorbidities reported were hypothyroidism and hypertension (21% each). Precipitating and predisposing factors commonly reported were: couple conflicts with or without separation (45%), lack of parents in childhood or adolescence (49%), bad relationship with parents (22%) and work overload (10,5%).

**Conclusions:** The presence of medical and psychiatric comorbidities in patients with major depressive episode is high, as is the proportion of family precipitating and predisposing factors. It is relevant a systematic evaluation of comorbid, precipitating and predisposing factors in patients with major depression, given its high prevalence, and that its presence perpetuates symptoms and complicates treatment.

**Key words:** depressive disorder, comorbidity, psychosocial stressors.

## Introducción

Los trastornos depresivos son considerados como un problema de salud pública, que generan intenso deterioro en las esferas personal, familiar, social y laboral de los individuos, y que afectan no sólo la vida de quienes lo padecen, sino también a sus familias y a la sociedad.

Además, es una condición de salud que genera muchos estigmas, lo que dificulta su temprano diagnóstico y oportuno tratamiento (1-3).

En los últimos tiempos, con el advenimiento de la psiquiatría descriptiva, la tendencia es clasificar a las personas según criterios diagnósticos preestablecidos, sin tener en

cuenta que el ser humano es dinámico, y los síntomas representan para una persona algo diferente que para otra.

Por esa razón, es necesario investigar no sólo los síntomas cardinales, sino también las distintas comorbilidades, así como los posibles factores que exacerbaron la aparición de los síntomas depresivos, los cuales inciden directamente sobre el pronóstico de la enfermedad y sobre la respuesta al tratamiento (1-3). El presente estudio tiene como propósito evaluar las distintas comorbilidades y factores precipitantes de la depresión, para poder intervenir sobre estos, y crear estrategias preventivas de futuros episodios.

#### **Generalidades sobre la depresión mayor**

Los trastornos depresivos afectan a una de cada 5 mujeres y uno de cada 10 hombres en algún tiempo durante sus vidas (1,3). A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos para el manejo de la depresión, muchas personas se encuentran con discapacidades, y las tasas de suicidio siguen siendo particularmente altas en jóvenes y en adultos mayores (1).

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por estado de ánimo depresivo, disminución del disfrute por la vida, apatía, sentimientos de minusvalía y pérdida de interés por el trabajo o las relaciones. Suelen manifestar ansiedad o síntomas somáticos (1,2,4).

El episodio depresivo mayor es un cuadro sindrómico caracterizado por un período de por lo menos 2 semanas durante los cuales existe ya sea ánimo deprimido o pérdida del interés en todas o casi todas las actividades (anhedonia). Además de esto, pueden aparecer otros síntomas como cambios en el apetito, alteraciones del sueño, cambios en el estado motor, falta de energía, sentimientos de culpa,

ideas de minusvalía, falta de concentración e ideación suicida o de muerte (1-6).

#### **Epidemiología de la depresión**

En el estudio NCS (National Comorbidity Survey) realizado en EEUU en 1991 se encontró una prevalencia en la vida de los trastornos depresivos del 17.1%; se describió una prevalencia a 1 año de 10.3%. La prevalencia corriente en la población general es 4.9%. En el año 2002, en el estudio NCS-R se vio una prevalencia en la vida de 16.2%, y a un año de 6.6%. En cuanto a la incidencia, en el estudio ECA (Epidemiological Catchment Area Study) realizado en EEUU en 1981, se observó una incidencia en un año de 1.89% en mujeres, y 1.1% en hombres (1).

Gómez y cols. adelantaron un estudio en 2004 sobre la prevalencia de la depresión en Colombia y de sus factores asociados. Se estudiaron 1.116 adultos de todas las edades, de ambos géneros, mostrando que el 10% tuvieron un episodio depresivo mayor en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5% sufrieron un episodio el último mes. Más del 50% de episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres y se encontró una más alta prevalencia en mayores de 45 años (7).

#### **Factores de riesgo para depresión**

En el estudio de Gómez y cols. en Colombia, se observó que los factores más frecuentemente asociados a depresión fueron: "ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, estar desempleado o con discapacidad" (7).

**Género:** El hallazgo más consistente en todos los estudios de trastornos depresivos es que es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (1-4). Ya que no hay datos de que el hecho de ser mujer per se aumente el riesgo de tener depresión, se asume que hay otros factores que influyen en la mayor frecuencia de depresión: sensibilidad aumentada al estrés, estrategias mal adaptativas, roles sociales múltiples y consumo de sustancias más frecuente en hombres (lo que enmascara los síntomas de depresión) (1,3).

**Edad:** Los trastornos depresivos muestran una prevalencia más alta en personas menores de 45 años, pero esto puede verse modificado si hay antecedentes familiares. La edad promedio de aparición de la depresión oscila entre los 30 a 35 años (1). Las personas jóvenes son mucho más sensibles a los factores estresantes psicosociales que los mayores; en el adulto mayor tienen más importancia factores como el aislamiento, la pérdida de contactos sociales, problemas médicos y la discapacidad (1,3).

**Estado civil:** El ser soltero/a, separado/a o viudo/a es un factor de riesgo para desarrollar depresión, y se ha visto que en esta población la prevalencia es mayor (1-3). Pero si se detalla más, la mujer soltera tiene menos prevalencia de depresión que la casada, lo contrario sucede en los hombres, donde los casados tienen menos prevalencia. La depresión es muy alta en personas que recién han enviudado, en especial en adultos mayores (1).

**Factores socioeconómicos:** Aunque la relación entre depresión y baja clase social está bien documentada, la mayoría de estudios recientes muestran una débil asociación entre estas dos variables, aunque

es consistente (1). Las personas con bajo nivel socioeconómico tienen menos nivel educativo, bajos ingresos y pobres condiciones de vida, y más alta tasa de desempleo (1,3).

**Factores genéticos y hereditarios:** La historia familiar de depresión se considera uno de los factores de riesgo más firmes para esta enfermedad. Los descendientes de primer grado de pacientes con depresión tienen 2 a 3 veces más riesgo de sufrir un episodio depresivo que la población general (3). Estos datos han sido probados en numerosas ocasiones en estudios de gemelos, de adopción y familiares (3,8).

**Estresores sociales:** Han sido ampliamente reconocidos como importantes factores de riesgo para depresión. Sin embargo, diferentes tipos de factores estresantes (en la niñez versus los de la adultez; agudos versus crónicos; eventos positivos versus negativos) juegan diferentes roles en la predisposición y precipitación de trastornos depresivos (1-4). En el trastorno depresivo mayor los estresores crónicos como el desempleo, insatisfacción laboral o problemas maritales, juegan un rol más relevante que los estresores agudos (1,3). Sin embargo, la acumulación de múltiples eventos estresantes negativos a través de la vida es el factor predisponente más importante. Aún así, el hecho de que sea más importante la forma como la persona vive el evento que el evento como tal, hace que evaluar esto sea más difícil (1).

**Soporte social:** El soporte social puede modificar las consecuencias de los estresores psicosociales y sus eventos secundarios. Vivir solo y estar desempleado son

factores de riesgo para depresión. De esa forma, el pobre soporte social es un factor de riesgo mayor para depresión (1,2).

**Eventos traumáticos en la infancia:** estos eventos actúan como factores predisponentes, es decir, que abonan el terreno para una posible depresión en la edad adulta. El factor más importante es la pérdida de uno de los padres, lo cual duplica o triplica el riesgo de padecer depresión en el futuro. Otros eventos adversos destacados que aumentan el riesgo de depresión en edad adulta son: abuso sexual en la infancia, abuso físico, pobre percepción de su papel en la familia y el estilo educacional (3).

**Personalidad del individuo:** Ciertos rasgos de personalidad parecen predisponer a depresión mayor, sobre todo, lo que se denomina “neuroticismo”. También se ha visto que las personas con baja autoestima tienen más riesgo de depresión. Algunos factores de personalidad en los cuales no se ha encontrado asociación con depresión son la introversión, la baja tolerancia a la frustración ni la baja sociabilidad (3).

**Distorsiones cognitivas:** Pueden afectar la forma como el individuo ve la vida y predisponerlo a sufrir depresión con mayor frecuencia que la población general, siempre y cuando tenga otros factores asociados. Algunos de estos factores cognitivos son las creencias y paradigmas, los esquemas de sí mismo y de las personas, y las creencias sobre el futuro. También se ha visto que las personas con pensamiento optimista sufren menos de depresión que los que tienen un pensamiento pesimista (8).

### Comorbilidades de la depresión

Las personas que sufren de depresión tienen un riesgo mucho mayor de presentar otros trastornos del eje I que la población general (1-3). Los trastornos psiquiátricos más relacionados con la depresión son: abuso de alcohol y otras sustancias (27%), trastorno de pánico (10%), trastorno obsesivo compulsivo (12%) y fobia social (1). Así mismo, los pacientes con abuso de sustancias y con trastornos de ansiedad, tienen más riesgo de presentar trastornos afectivos (1-3).

En cuanto a las comorbilidades médicas, Maes y cols., publicaron en 2011 un estudio en Tailandia donde describen los determinantes neurobiológicos de la depresión y por qué está asociada a tantas comorbilidades médicas (9). Según estos autores, actualmente hay evidencia de que la depresión es la expresión de la activación periférica mediada por células, la inflamación y la inducción de vías de estrés oxidativas y nitrosativas, así como una activación de la microglía, aumento de la apoptosis y disminución de la neurogénesis. Esto explicaría su alta comorbilidad con: trastornos cerebrales caracterizados por neurodegeneración, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad cerebrovascular; trastornos médicos, como enfermedades cardiovasculares, síndrome de fatiga crónica, artritis reumatoidea, síndrome de colon irritable, lupus eritematoso sistémico, diabetes tipo 1 y 2, obesidad y síndrome metabólico; y condiciones médicas especiales, como hemodiálisis, inmunoterapia con interferón, período postnatal y estresores psicosociales.

Los estudios con pacientes deprimidos habitualmente tienen como criterio de exclusión que el paciente no presente comorbilidad médica; pero en la práctica clínica, esta es la norma más que la excepción. Entre las patologías más asociadas a depresión están las



enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la infección por VIH, la diabetes, enfermedades renales, esclerosis múltiple, enfermedades pulmonares, entre otras (10).

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en pacientes con depresión. Algunos estudios muestran que los trastornos de ansiedad son los trastornos del eje I más frecuentes comórbidos con depresión (56,8%). Y en pacientes deprimidos, entre más severos los síntomas de depresión, mayores niveles de ansiedad (10).

También se ha observado mayor incidencia de episodios depresivos en pacientes con trastornos de personalidad, en especial los ubicados en el grupo B (en especial narcisista, histriónico y límite) (10).

## Materiales y Métodos

### Tipo de estudio y población

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población que se tomó para el presente estudio fueron pacientes mayores de 18 años que consultaron al servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat por diagnóstico de episodio depresivo mayor en el periodo de julio de 2011 a junio de 2012; el diagnóstico debió haber sido realizado por médico psiquiatra.

### Criterios de inclusión y de exclusión

Entre los criterios de inclusión están: individuos mayores de 18 años; diagnóstico por médico psiquiatra de episodio depresivo mayor unipolar según criterios de la Cuarta Edición Revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR).

Entre los criterios de exclusión están: diagnóstico de trastorno afectivo bipolar I ó II; presencia de síntomas psicóticos; presencia

o sospecha de deterioro cognitivo o retardo mental; pacientes con cuadro depresivo secundario a patología médica orgánica, medicación, uso de sustancias ilícitas o síndrome de abstinencia; historias clínicas que no posean información completa o claridad en la información consignada.

### Muestra

Se evaluaron todas las historias clínicas realizadas en consulta no programada desde junio de 2011 a julio de 2012. Posteriormente se seleccionaron las que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión. No se realizó una muestra, sino una selección de todas las historias clínicas que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

### Variables

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

1. Género: masculino o femenino.
2. Ciclo vital individual: adulto joven (18 a 44 años), adulto maduro (45 a 64 años), adulto mayor (mayor a 65 años).
3. Severidad de la depresión: leve, moderada o grave, según parámetros del DSM-IV-TR.
4. Trastornos del eje I: patologías psiquiátricas específicas.
5. Trastornos del eje II: trastornos de la personalidad o rasgos de personalidad.
6. Trastornos del eje III: enfermedades médicas asociadas.
7. Trastornos del eje IV: factores psicosociales precipitantes y predisponentes.

### Metodología

Se revisaron en Hosvital (software de historias clínicas vigente en la Clínica Montserrat en el momento del estudio) las historias clínicas de los pacientes que consultaron por episodio depresivo mayor a la Clínica Montserrat entre julio de 2011 a junio de 2012. Se preseleccionaron las historias que cumplían

los criterios de inclusión y de exclusión. Se seleccionaron luego las historias clínicas que poseían información completa y claridad en la información; las demás fueron descartadas del estudio. Las historias seleccionadas fueron evaluadas una a una, en búsqueda de las comorbilidades y los factores predisponentes presentes en los cuatro ejes descritos por el DSM-IV-TR. Se llevó un registro de las variables del estudio en un formato de Excel prediseñado. Luego de tener los datos de las variables, se procedió al plan de análisis.

#### Plan de análisis

Los datos recopilados en la tabla de Excel fueron ingresados en el programa IBM-SPSS versión 15.0, y por medio del mismo, se diseñaron las tablas de resultados, analizando las frecuencias de los datos demográficos y de las diferentes comorbilidades mencionadas. También se diseñaron tablas con las frecuencias de las comorbilidades por género y ciclo vital individual.

#### Consideraciones Éticas

Para el siguiente estudio, se realizó una revisión documental de historias clínicas, conservando la confidencialidad. No se realizó ningún tipo de intervención a los pacientes. Se considera como una investigación sin riesgo de acuerdo con las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud establecidas en la Resolución 8430 de 1993 y cumple con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad El Bosque y se obtuvo autorización de la Clínica Montserrat para la revisión de las historias clínicas.

## Resultados

Se revisaron más de 250 historias clínicas, de las cuales se seleccionaron en total 114 historias que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión. Las demás historias fueron excluidas por no poseer información completa. Todas las historias que se seleccionaron contaban con información completa en cuanto a datos de identificación, enfermedad actual, historia personal, historia familiar, examen mental, análisis y diagnósticos.

#### Variables demográficas

De acuerdo a los datos analizados en el estudio, 73 pacientes (64% del total) correspondieron a mujeres, y 41 pacientes (36% del total), a hombres.

La distribución por ciclos vitales fue la siguiente: 70 adultos jóvenes (61.4% del total), 29 adultos maduros (25.4% del total) y 15 adultos mayores (13.2% del total).

En cuanto a la distribución por ciclos vitales por géneros, en mujeres, hubo 43 adultos jóvenes (37.7% del total de pacientes), 20 adultos maduros (17.5% del total) y 10 adultos mayores (8.7% del total); en hombres, hubo 27 adultos jóvenes (23.6% del total), 9 adultos maduros (7.9% del total) y 5 adultos jóvenes (4.3% del total) (Tabla 1).

Con respecto al grado de severidad, 2 pacientes presentaban episodio depresivo mayor leve (1.8% del total de pacientes), 38 pacientes moderado (33.3% del total) y 74 pacientes episodio grave (64.9% del total).

En cuanto al grado de severidad por géneros, los 2 casos de depresión leve fueron en mujeres (2.7% de las mujeres). De los casos moderados, 23 fueron en mujeres (31.5% de las mujeres) y 15 fueron en hombres (36.5% de los hombres). De los casos graves, 48 fueron en mujeres (65.7% de las mujeres) y 26

Tabla 1. Distribución de los pacientes por ciclo vital individual de cada género

Género	Adulto joven (n)	Adulto maduro (n)	Adulto mayor (n)	Total n
Masculino	27	9	5	41
Femenino	43	20	10	73
Total	70	29	15	114

Tabla 2. Severidad de la depresión según el género

Género	Leve (n)	Moderada (n)	Grave (n)	Total (n)
Masculino	0	15	26	41
Femenino	2	23	48	73
Total	2	38	74	114

fueron en hombres (63.4% de los hombres). (Tabla 2).

### Trastornos del eje I

De los 114 casos analizados, se encontró en 7 de ellos (6.1% del total de pacientes) trastorno de ansiedad no especificado, 1 caso de trastorno de pánico, 1 caso de trastorno de ansiedad generalizada y 1 caso de trastorno por estrés posttraumático. Se encontraron 8 casos (7% del total) de dependencia a alcohol y 6 casos de abuso de alcohol (5.2% del total). El abuso o dependencia de sustancias se halló en 7 pacientes (6.1% del total). También dentro de este eje se encontró 1 caso de trastorno de conducta alimentaria, 1 caso de narcolepsia y 1 caso de trastorno de identidad de género (Tabla 3 y 4).

### Trastornos del eje II

Se encontraron en el siguiente estudio 2 pacientes con diagnóstico previo de trastorno límite de la personalidad (1.8% del

total de pacientes), y 7 pacientes con rasgos límites según la entrevista (6.1% del total). También se encontraron 2 pacientes con rasgos dependientes (1.8% del total), 1 con rasgos antisociales y 1 con rasgos obsesivos (Tabla 5).

### Trastornos del eje III

En los pacientes estudiados, se encontró hipotiroidismo en 12 pacientes (10.5% del total de pacientes), 12 pacientes con hipertensión arterial (10.5% del total), 8 con dislipidemia (7% del total) y 7 con diabetes mellitus (6.1% del total). Se encontraron 4 pacientes con enfermedad coronaria (3.5% del total), 4 con fibromialgia, 3 con migraña, 3 con epilepsia, 2 con enfermedad cerebrovascular y 2 con síndrome de Sjögren. Se hallaron casos aislados de otros diagnósticos médicos (EPOC, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, síndrome de ovario poliquístico, infección por virus de papiloma humano,

Tabla 3. Comorbilidades más frecuentes en el eje I

Diagnóstico Psiquiátrico	n	%	Intervalo de Confianza 95%	
Abuso + Dependencia OH	14	41,2	26,3	57,8
Trastornos de Ansiedad	10	29,4	16,7	46,3
Abuso + Dependencia SPA	7	20,6	10,0	37,1
Otros trastornos psiquiátricos	3	8,8	2,3	23,7
Total	34	100		

Tabla 4. Comorbilidades más frecuentes en el eje I por ciclo vital individual

Comorbilidad	Adulto Joven	Adulto Maduro	Adulto Mayor	Total n (%)
	n	n	n	
Trastorno de ansiedad no especificado	3	2	2	7 (6.1)
Abuso de alcohol	5	1	0	6 (5.3)
Dependencia a alcohol	1	5	2	8 (7.0)
Dependencia a sustancias	6	0	0	6 (5.3)

asma, sífilis secundaria, hepatopatía alcohólica y meningioma) (Tabla 6).

#### Trastornos del eje IV

Los resultados en el eje IV se dividieron en 2: factores precipitantes y factores predisponentes.

Dentro de los factores precipitantes, los que más alto porcentaje tuvieron fueron: conflictos de pareja, 33 pacientes (28.9% del total de pacientes); mala relación con los padres, 25 pacientes (21.9% del total); ruptura reciente de noviazgo, 12 pacientes (10.5% del total); sobrecarga laboral, 12 pacientes (10.5%); mala relación con los hijos, 11 pacientes (9.6%) (Tabla 7).

Se encontraron muchos otros hallazgos en los factores precipitantes, en menor porcentaje, como maltrato físico, verbal o psicológico por la pareja, estrés laboral, divorcio o separación reciente, infidelidad en la pareja, muerte de un hijo, falta de so-

porte familiar, pérdida reciente de empleo, crisis económicas, insatisfacción académica o laboral y enfermedad en un familiar.

En cuanto a los factores predisponentes, los que más se encontraron fueron: abandono del padre o de la madre en la niñez, 17 pacientes (14.9% del total); separación de los padres en la niñez, 16 pacientes (14.0% del total); separación de los padres en la adolescencia, 9 pacientes (7.9%); muerte de un padre en la niñez, 7 pacientes (6.1% del total); muerte de un padre en la adolescencia, 7 pacientes (6.1% del total); e historia de maltrato físico, emocional o verbal por parte de los padres, 9 pacientes (7.9%). Se encontraron otros factores predisponentes, en menor porcentaje, como historia de abuso sexual, bullying en edad escolar, abuso de alcohol en un padre y violencia intrafamiliar en la familia de origen (Tabla 8).

Tabla 5. Comorbilidades más frecuentes en el eje II por género

Comorbilidad	Masculino n	Femenino n	Total n (%)
Rasgos límites de la personalidad	3	4	7 (6.1)
Trastorno límite de la personalidad	0	2	2 (1.8)
Rasgos dependientes de la personalidad	0	2	2 (1.8)

Tabla 6. Comorbilidades más frecuentes en el eje III

Diagnóstico Médico	n	%	Intervalo de Confianza 95%	
Hipotiroidismo	12	21,1	12,3	33,4
HTA	12	21,1	12,3	33,4
Dislipidemia	8	14,0	7,0	25,6
Diabetes	7	12,3	5,8	23,6
Enfermedad Coronaria	4	7,0	2,3	17,2
Fibromialgia	4	7,0	2,3	17,2
Migraña	3	5,3	1,2	14,9
Epilepsia	3	5,3	1,2	14,9
ECV	2	3,5	0,3	12,6
S. Sjogren	2	3,5	0,3	12,6
	57	100		

## Discusión

### Análisis de los resultados demográficos

Con los resultados obtenidos, se observa que la relación entre las mujeres que consultan por episodio depresivo mayor en el servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat y los hombres consultantes es aproximadamente de 2:1 (64% mujeres, 36% hombres). Estos hallazgos son compatibles con los estudios de prevalencia a nivel mundial, donde establecen que la depresión mayor es cerca de 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres (1-4).

Lo siguiente que se puede observar es la distribución de los pacientes por ciclos vitales. La población adulta joven representó cerca de dos tercios de los pacientes estudiados (61.4%). Del tercio restante, la mayoría fueron adultos maduros, y el resto, adultos mayores. Esta relación se mantiene más o menos igual tanto en hombres como en mujeres. Este hallazgo es consistente con la bibliografía, que relata que la mayoría de pacientes con depresión mayor inician síntomas antes de

Tabla 7. Factores precipitantes más frecuentes

Factor Precipitante	n	%	Intervalo de Confianza 95%	
Conflictos de pareja	33	28,9	21,4	37,9
Mala relación con los padres	25	21,9	15,3	30,4
Ruptura reciente de noviazgo	12	10,5	6,0	17,6
Sobrecarga laboral	12	10,5	6,0	17,6
Mala relación con los hijos	11	9,6	5,3	16,6
Enfermedad discapacitante o dolorosa	10	8,8	4,7	15,6
Maltrato físico/psicológico/verbal por pareja	9	7,9	4,0	14,5
Estrés laboral	9	7,9	4,0	14,5
Divorcio o separación reciente	6	5,3	2,2	11,2

Tabla 8. Factores predisponentes más frecuentes

Factor Predisponente	n	%	Intervalo de Confianza 95%	
Abandono de un padre en la niñez	17	14,9	9,4	22,7
Separación de los padres en la niñez	16	14,0	8,7	21,7
Separación de los padres en la adolescencia	9	7,9	4,0	14,5
Maltrato físico/verbal/psicológico por padres	9	7,9	4,0	14,5
Muerte de un padre en la niñez	7	6,1	2,8	12,3
Muerte de un padre en la adolescencia	7	6,1	2,8	12,3

los 40 años, y son usualmente los que más consultan (1).

En cuanto a la severidad de la depresión, casi dos tercios de los consultantes padecieron episodio grave (64.9%), y el tercio restante, moderada. Sólo hubo 2 pacientes con depresión leve. Esta relación se mantiene tanto en hombres como en mujeres. Hay que tener en cuenta que los pacientes seleccionados fueron personas que consultaron a un servicio de consulta no programada en una institución espe-

cializada psiquiátrica, por lo cual estos resultados no muestran la prevalencia de la gravedad de la depresión en la población general. Esto puede reflejar la tendencia de los pacientes con depresión a consultar cuando los síntomas están ya muy graves.

#### **Análisis de los resultados de las comorbilidades del eje I**

Se observa que los trastornos del eje I más comórbidos en pacientes con depresión mayor son los trastornos por uso o abuso de alcohol y/o sustancias, y los trastornos

de ansiedad.

Esto es consistente con la bibliografía, que refiere que estos dos grupos son las comorbilidades más frecuentes en pacientes con depresión mayor, aunque los porcentajes hallados en el presente estudio son mucho menores que los reportados por la bibliografía, que son 56.8% para trastornos de ansiedad (10) y 27% para abuso de alcohol y/o sustancias (1). Hay que tener en cuenta que en el siguiente estudio lo que se analizó fue la prevalencia puntual. En cuanto a la prevalencia de los trastornos por uso y abuso de alcohol y sustancias en la población general en Colombia, Torres y Posada publicaron en 2010 un estudio donde mostraban una prevalencia anual en los 12 meses previos de 0.7% y para alguna vez en la vida de 2.4% (11). El estudio presenta evidencia una mayor asociación del uso y abuso de alcohol y sustancias en personas con depresión que en lo reportado por la población general.

En 2006, Posada y Buitrago publicaron un estudio de prevalencia donde se observaba que la prevalencia vida de los trastornos de ansiedad en la población general colombiana es del 19.3%; la prevalencia los últimos 12 meses es de 11.7%; y en los últimos 30 días, de 5.1% (12). Si tomamos como referente el último valor, que expresaría más acertadamente la prevalencia de los trastornos de ansiedad en un momento específico, se observa que en pacientes con depresión mayor este porcentaje es más alto, evidenciado tanto en los estudios previos como en el presente estudio.

#### **Análisis de los resultados de las comorbilidades del eje II**

Los resultados del estudio mostraron una baja comorbilidad de los trastornos del eje

II. Estos bajos números pueden deberse a lo difícil que es diagnosticar un trastorno de personalidad en la práctica psiquiátrica general, y por la ausencia de uso de escalas de trastornos de personalidad en los servicios de consulta no programada.

#### **Análisis de los resultados de las comorbilidades del eje III**

La enfermedad tiroidea y la hipertensión arterial fueron las comorbilidades médicas más encontradas en los pacientes del presente estudio. También se evidenciaron otros trastornos como Diabetes Mellitus, dislipidemia y enfermedad coronaria, más en adultos mayores. Se observaron otros trastornos, en proporciones menores, pero igualmente presentes.

La mayoría de estas enfermedades son del espectro cardiovascular, o son factores de riesgo cardiovasculares. Martin y Neita, en agosto de 2012, publicaron un estudio realizado en Jamaica, donde tomaron bases de datos de pacientes de servicios ambulatorios, y observaron que cerca de un tercio de los pacientes con enfermedad cardiovascular estaban padeciendo depresión mayor, y que los pacientes con enfermedades cardiovasculares tenían más probabilidad de padecer depresión en algún momento de sus vidas (14).

En enero de 2013 Wu et al publicaron un estudio realizado en Taiwan donde revisaron historias clínicas de sujetos que habían asistido a los servicios de salud entre 2005 y 2010, e identificaron una más alta prevalencia de hipotiroidismo en personas con depresión mayor que en la población general (1.2% vs 0.3%) (15). Los porcentajes del estudio presente son mucho mayores que los encontrados por Wu, pero también re-

fleja la más alta prevalencia de hipotiroidismo en la población con depresión.

En el presente estudio, se encontraron en porcentajes menores otras enfermedades que hacen parte de las enfermedades psicósomáticas, las cuales tienen un importante componente biológico, pero que se ven empeoradas por situaciones de tipo emocional, como la migraña, fibromialgia, artritis reumatoidea, síndromes dolorosos y asma.

#### **Análisis de los resultados de las comorbilidades del eje IV**

Llama la atención que en este eje fueron donde más comorbilidades se observaron; tanto, que se podría enfocar el presente estudio en sólo estas situaciones. Se hallaron factores precipitantes y predisponentes en prácticamente todas las historias clínicas revisadas.

Es notorio, al mirar los hallazgos de los factores precipitantes, que la gran mayoría de problemas son de tipo relacional. Así, se encontró que casi un tercio de los pacientes (28.9%) presenta conflictos de pareja, y casi un quinto de los pacientes evaluados (16.6%) tuvieron una separación, divorcio o ruptura reciente. Al sumar estos porcentajes, se ve que casi la mitad de los pacientes estudiados (45.5%) tenían una problemática con su pareja. Estos hallazgos fueron más relevantes en adultos jóvenes, aunque también se ve en alto grado en los adultos maduros. También fueron relevantes otros hallazgos como maltrato físico, emocional o verbal por parte de la pareja y la infidelidad por parte de la pareja.

Dentro de los problemas de tipo relacional, también se encontraron altos porcentajes de malas relaciones entre los miembros de la familia y conflictos intrafamiliares. Esto suma peso al planteamiento que los proble-

mas relacionales son un importante factor de riesgo para depresión.

Aunque la mayor prevalencia de factores precipitantes estaban dados por conflictos a nivel relacional, se ve también que las situaciones de tipo profesional, académico y laboral ocupan un importante papel en la generación de crisis depresivas. Un 10% de pacientes evaluados refirieron que la causa de su depresión fue sobrecarga laboral, asociado o no a estrés laboral. También algunos pacientes se quejaron de insatisfacción con la carrera que habían escogido, insatisfacción con el trabajo que tienen, sobrecarga académica y 2 casos de acoso laboral; 6 de los pacientes evaluados perdieron el empleo recientemente, y en 8 casos, el factor que activó la depresión fue una crisis económica.

Un importante número de pacientes, casi un 9%, refirieron que padecían de una enfermedad crónica discapacitante o dolorosa, que generaba en ellos sensación de estar incapacitados o impedidos para realizar sus labores cotidianas.

Con los resultados mencionados, se puede observar cómo para los individuos en general es muy importante el tema de las relaciones interpersonales; llama la atención que estos problemas fueron en casi su totalidad con personas de su familia o pareja, no hubo pacientes, al menos en el presente estudio, que hubiera iniciado síntomas depresivos por conflictos con amigos u otros pares. También se observa la importancia que las personas dan a su área profesional y laboral, y cómo su alteración influye en su estado de ánimo. Así mismo, la enfermedad física en el propio cuerpo o en familiares o amigos influye sobre el estado emocional de las personas.

Con los datos obtenidos, se podría proponer que el abordaje de los conflictos de



pareja y de familia sería capaz en cierto modo de prevenir síntomas depresivos en un número importante de personas. De esa forma, el presente estudio abre las puertas para material de investigación adicional; por ejemplo, si las intervenciones de pareja y/o familiares podrían prevenir las crisis depresivas en personas susceptibles o con diagnóstico previo de episodio depresivo mayor.

Dentro del análisis de los factores predisponentes, se observa un patrón muy similar al descrito en los factores precipitantes, donde los problemas y conflictos de familia se encuentran en un alto porcentaje de pacientes. De los factores predisponentes estudiados, la gran mayoría tienen que ver con conflictos en la familia de origen del paciente.

Así, más de un quinto de los pacientes (21.8%) son hijos de padres separados, en su mayoría durante su niñez. Al realizar un análisis detallado de las historias de estos pacientes, en la gran mayoría de casos, el padre salió del hogar y tuvo muy poca relación con el paciente; igualmente, en la mayoría de casos, la madre no volvió a establecer relación alguna, con lo cual se observa que la mayoría de estos pacientes tuvieron ausencia de la figura paterna en etapas muy importantes de su desarrollo psicosocial.

Siguiendo la línea de la ausencia de la figura paterna o materna, dentro de los resultados del presente estudio se observa que casi un 15% de pacientes sufrieron el abandono físico absoluto de una de las figuras paternas, usualmente desde antes de nacer, en la mayoría padres que abandonaban a su pareja al enterarse del embarazo de la madre; pero también varios casos de abandono en edad infantil.

En un 12% de pacientes hubo antecedente de fallecimiento de uno de los padres durante la niñez o la adolescencia, lo que es causa importante también de ausencia de una de las figuras paternas. Detallando las historias clínicas, en la mayoría de pacientes el fallecido fue el padre, y en muchos casos la madre no volvió a establecer una relación de pareja.

Sumando los porcentajes de estos pacientes con ausencia de la figura paterna o materna por separación, muerte o abandono, daría un total de 48.9%. Estos hallazgos sugieren que la mitad de los pacientes que asistieron a consulta no programada por depresión mayor, casi en su totalidad moderada o grave, tuvieron como antecedente la ausencia de la figura paterna o materna en la infancia y/o adolescencia.

Dentro de los resultados del presente estudio, hay otros factores predisponentes, los cuales muchos pertenecen a conflictos relacionados con la familia de origen, como maltrato físico, verbal o emocional por parte de los padres; un hogar de origen que se caracterizaba por situaciones usuales de violencia, y padres que eran consumidores de alcohol o sustancias psicoactivas.

Con estos resultados se puede inferir que la intervención temprana sobre estos niños con antecedente de ausencia de figura paterna o materna por cualquier causa, podría a futuro evitar episodios depresivos. Es posible que estos niños hayan crecido con importantes déficits en estrategias de afrontamiento a las situaciones estresantes vitales, y trabajar sobre esto podría ser relevante para el fortalecimiento psicológico de estos niños vulnerables. También, como factor preventivo de de-

presión mayor en la adultez, es importante trabajar sobre los niños que han presentado situaciones de abuso o maltrato infantil, ya sea físico, verbal, emocional o sexual, tanto por padres como por otros.

## Conclusiones

De acuerdo a lo expuesto en el estudio, se pueden sacar algunas conclusiones para discusión, y crear propuestas para futuras investigaciones en las personas con depresión:

En los pacientes que asistieron al servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat por depresión mayor, el diagnóstico es más frecuente en mujeres y en el grupo de adultos jóvenes. La mayoría de estas personas padecen depresión moderada a grave.

Los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentes en estos pacientes son los trastornos por abuso o dependencia de alcohol o sustancias, y los trastornos de ansiedad, en especial el trastorno de ansiedad no especificado, siendo estos hallazgos más relevantes, en el primer caso, en adultos jóvenes y maduros hombres, y en el segundo caso, en adultos jóvenes hombres y mujeres.

Las patologías médicas más encontradas en los pacientes con episodio depresivo mayor son las enfermedades endocrinas y cardiovasculares, destacándose la hipertensión arterial y el hipotiroidismo, en especial en adultos maduros y mayores.

En prácticamente todos los pacientes estudiados se observaron elementos en el eje IV, tanto factores precipitantes del

episodio depresivo como factores predisponentes, lo cual nos lleva a la conclusión que en todo paciente con depresión mayor hay que buscar sistemáticamente factores en el eje IV que puedan ser material para psicoterapia y/o prevención, aparte del tratamiento farmacológico.

Los factores precipitantes más frecuentemente hallados tienen que ver con las relaciones intrafamiliares, destacándose los conflictos de pareja, pero teniendo también un papel importante la mala calidad en las relaciones entre los miembros de la familia. Es importante abordar estos temas, con el fin de aliviar más rápido los síntomas depresivos, prevenir recurrencias y mejorar la calidad de vida de la persona con depresión y de su familia.

Dentro de los factores predisponentes, lo más destacado son problemas de tipo familiar en la infancia, teniendo como factor principal la ausencia de la figura paterna o materna ya sea por divorcio, separación, fallecimiento o abandono. Es importante valorar estos elementos y poder resolver los sentimientos implicados en el paciente.

## Limitaciones

Las principales limitaciones del estudio son: 1) sesgo de selección, ya que se evaluaron sólo las historias clínicas que el investigador consideró que tenían información completa; adicionalmente, el tipo de población que se atiende en la Clínica Montserrat puede limitar la inferencia a la población general; 2) sesgo de información, ya que es posible que los pacientes pudieran omitir o alterar información importante, en especial en los factores psicosociales, ya sea por olvidos o por

distorsiones cognitivas secundarias a la depresión.

## Referencias Bibliográficas

1. Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9ª edición. Editorial Wolters Kluher / Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
2. Toro R, Yepes LE. *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. 3ª edición. Corporación de Investigaciones Biológicas; 1998.
3. Vallejo J, Leal C. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Ars Médica; 2005.
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, fourth edition, text revision (IV-TR). Masson, S.A.; 2000.
5. *International Classification of Diseases (ICD)*, 10th revision. World Health Organization; 1992.
6. Stahl S. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. 3ª edición. Cambridge University Press; 2008.
7. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16(6):378-86.
8. Dobson K, Dozois D. *Risk Factors in Depression*. 1ª edición. Editorial Elsevier; 2008.
9. Maes M, Kubera M, Obuchowiczwa E, Goehler L, Brzeszcz J. Depression's multiple comorbidities explained by (neuro) inflammatory and oxidative & nitrosative stress pathways. *Neuro Endocrinol Lett*. 2011;32(1):7-24
10. Krishnan R. Comorbidity and Depression Treatment. *Biol Psychiatry*. 2003;53:701-706.
11. Torres Y, Posada J, Bareño J, Barbesí D. Trastornos por Abuso y Dependencia de Sustancias en población Colombiana: Su Prevalencia y Comorbilidad con Otros Trastornos Mentales Seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2010; 39(Supl1):14-35.
12. Posada J, Buitrago J, Medina Y, Rodríguez M. Trastornos de Ansiedad Según Distribución por Edad, Género, Variaciones por Regiones, Edad de Aparición, Uso de Servicios, Estado Civil y Funcionamiento/Discapacidad. *Nova – Publicación Científica – ISSN*, 2006;4(6):1-114.
13. Kincannon J. Prediction of the Standard MMPI Scale Scores from 71 Items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1968;32: 319-325.
14. Martin J, Neita S, Gibson R. Depression Among Cardiovascular Disease Patients on a Consultation-Liaison Service at a General Hospital in Jamaica. *West Indian Med Journal*, 2012;61(5):499-503.
15. Wu E., Chien L, Lin Ch., Chou Y. Increased Risk of Hypothyroidism and Hyperthyroidism in Patients with Major Depressive Disorder: A Population-Based Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013;74(3):233-7.
16. Holman T., Rahe R. Life Situations, Emotions and Disease. *Psychosomatic Medicine*, 1978;9:747.

Artículo original

## Factores de riesgo en pacientes con patología adictiva en la Clínica Montserrat y Centro de Rehabilitación Campoalegre

Juan Camilo Varón Forero<sup>1</sup>  
Laura Milena Saavedra Ramírez<sup>2</sup>

### Resumen

**Introducción:** El consumo de sustancias ilegales en nuestro país ha venido en aumento en las dos últimas décadas y se ha documentado ampliamente una comorbilidad alta entre el abuso de sustancias y otras enfermedades psiquiátricas, dicha comorbilidad se asocia a peor pronóstico de ambas condiciones. Aunque existen estudios que describen factores de riesgo a nivel mundial, no encontramos dentro del alcance de nuestra búsqueda, estudios que investiguen factores de riesgo para adicciones en nuestra población.

**Objetivo:** Identificar las comorbilidades más frecuentes y explorar los factores de riesgo asociados a la patología adictiva en una población psiquiátrica hospitalaria.

**Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles mediante una revisión documental de historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de trastorno mentales y del comportamiento secundario a uso de sustancias (casos) hospitalizados en la Clínica Montserrat y el Centro Campo Alegre entre octubre de 2012 al mismo mes de 2013. Se realizó apareamiento uno a uno, por edad, sexo, sitio de origen y de residencia con pacientes hospitalizados que no tuvieron diagnóstico de trastornos asociados a sustancias (controles). Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS 20 y STATA 10.0 y EPI INFO 3.5.4.

**Resultados:** Se recolectó una muestra de 96 pacientes entre casos y controles. La edad media de la muestra fue de 28 años ( $\pm 13$ ) y 84% de los casos fueron de sexo masculino. El 63% eran solteros y 24% estaban desempleados. El 50% reportó antecedentes de problemas académicos. Solo el 36.5% de los pacientes presentó comorbilidad diagnosticada en el Eje I, siendo los trastornos afectivos más frecuentes con un 15.6%. Con respecto al diagnóstico en el Eje II con mayor frecuencia se dejó diferido en el 77.1% seguido por trastorno de personalidad límite con un 8.3%. En el Eje III solo el 42.7% presentaron una enfermedad médica.

---

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra · Docente del Posgrado de Psiquiatría · Universidad El Bosque · Instituto Colombiano del Sistema Nervioso · colaju01@gmail.com

<sup>2</sup> Médica Psiquiatra · Docente del Posgrado de Psiquiatría · Universidad El Bosque · Instituto Colombiano del Sistema Nervioso · dralaurasaavedra@gmail.com

Hubo una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias ( $P < 0,05$ ) con los siguientes factores de riesgo: el sexo masculino (OR 5,05), la ausencia de lactancia (OR 3,2), antecedente de conflicto con autoridades (OR 2,8), problemas académicos (OR 6,7), problemas disciplinarios (OR 3,1), antecedente familiar de consumo (OR 4,9), hospitalización previa por psiquiatría (OR 3,0) y problemas legales por consumo (OR 5,8). No se encontró asociación con antecedente de violencia intrafamiliar ( $P = 0,3$ ).

**Conclusión:** En los pacientes con patología adictiva es más probable que sean de sexo masculino, con ausencia de lactancia materna y antecedentes de conflicto con autoridades, dificultades académicas, problemas disciplinarios, hospitalizaciones por psiquiatría, problemas legales y antecedentes familiares de consumo.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, trastornos relacionados con sustancias, atención hospitalaria, Colombia.

## Summary

The use of illegal substances in our country has been increasing in the last two decades also high comorbidity between substance abuse and other psychiatric illnesses has been widely documented and such comorbidity is associated with poor prognosis of both conditions. The main objective of our study was to document the risk factors associated with addictive disease in a psychiatric population, at the same time we achieved a demographic description of the sample and it was documented the prevalence of the most frequent comorbidities.

**Materials and Methods:** The medical records of all patients with diagnoses of mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use were retrospectively reviewed (cases) and a table of variables that facilitated data collection was created. On a second stage, and considering the age, sex and place of origin and residence we selected as controls patients with no diagnosis of mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use (controls), thus minimizing confounding factors. The medical records of these individuals were reviewed and the data collected in the same table as the cases.

**Statistical analysis:** two programs for statistical analysis, SPSS Statistics 20<sup>®</sup>, STATA<sup>®</sup> 10.0 (Data Analysis and Statistical Software) and EPI INFO 3.5.4<sup>®</sup> statistical software program was used.

**Results:** We found as risk factors male gender, lack of breastfeeding, conflict with authorities, academic difficulties, disciplinary problems, family history of consumption, previous psychiatric hospitalizations for any cause and legal issues related to the substance abuse.

**Conclusion:** The data that we found are consistent with those reported worldwide.

**Keywords:** Risk factors, substance-related disorders, hospital care, Colombia.

## Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas a lo largo del mundo se ha ido estabilizando en los últimos cinco años de acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) y se ha mantenido entre un rango del 3,4-6,6% de la población adulta hasta los seguimientos hechos en el

año 2010 (1). En Colombia el panorama tiende a ser un poco controversial, dado que los métodos de obtención de la información a través de los diferentes estudios suele variar y su comparación aún más, sin embargo en un estudio realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) en el año 2010 se evidencia una tendencia a la disminución en el consumo de sustancias legales, con un incremento en el consumo de la ilegales, especialmente el de la marihuana (2). La población que se expone a un factor de riesgo tiene una mayor probabilidad para que desarrolle una condición patológica determinada; en el caso del consumo de sustancias psicoactivas los factores de riesgo tenderían a exponer, continuar o agravar el consumo de una o varias sustancias. Los primeros estudios publicados en la década de los 70, inician a evaluar los múltiples factores de riesgo asociados al consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas, no solo con el fin de identificarlos sino con la necesidad de desarrollar estrategias de prevención primaria y secundaria (3); desde esta época se han identificado y descrito múltiples factores de riesgo que predisponen a las personas al alcoholismo o consumo de sustancias psicoactivas, los cuales van desde una historia familiar de alcoholismo y experiencias traumáticas en la niñez temprana hasta la detección de marcadores biológicos y genéticos (3,4,5).

En la última década en Colombia se han realizado estudios que demuestran el alto nivel de prevalencia de los trastornos por uso de sustancias dentro de la población general, ubicándolos dentro del segundo y tercer lugar de prevalencia de trastornos mentales durante el último año, según la población valorada (6,7) lo que sumado al aumento en la tendencia de consumo de sustancias psicoactivas (2), genera la pre-

ocupación sobre la continua exposición de la población colombiana a múltiples factores de riesgo que se han identificado, pero que posiblemente aún haya que valorar y describir. El presente trabajo de investigación busca identificar los posibles factores de riesgo presentes en una muestra de población de pacientes psiquiátricos hospitalizados durante el curso de un año en una clínica de la ciudad de Bogotá.

## Metodología

Escogimos realizar un estudio de casos y controles; este tipo de estudio es observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo; ya que se investiga la asociación a partir del desenlace que en nuestro caso contempla la patología adictiva. Escogimos este estudio ya que nos permite establecer una asociación entre la exposición a determinados factores y la enfermedad, ya sea como factor de riesgo, factor protector o factor sin asociación.

Nos decidimos por este diseño teniendo en cuenta que el objetivo general del proyecto de investigación fue identificar los factores de riesgo relacionados con la patología adictiva. El estudio se llevó a cabo en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, el cual está compuesto por dos centros de hospitalización la Clínica Montserrat, área donde se hospitalizan pacientes con patología psiquiátricas y pacientes en fases iniciales del tratamiento de patología adictiva (desintoxicación); y en el Centro de Adicciones Campoalegre, área diseñada para el tratamiento exclusivo de pacientes con patología adictiva quienes desean continuar tratamiento posterior (fases de deshabituación, rehabilitación y reinserción).

Nuestro principal objetivo fue el describir los principales factores de riesgo para la patología adictiva en la población que consulta al ICSN, ya que aunque existen estudios que describen factores de riesgo a nivel mundial y en otras poblaciones específicas como la española, no encontramos dentro del alcance de nuestra búsqueda, estudios que investiguen factores de riesgo para adicciones en nuestra población, para este fin se realizó una revisión en PubMed utilizando los términos Mesh (risk factor, substance-related disorders, Substance Use Disorders, addiction, drug addiction, substance addiction) se obtuvieron 2432 artículos, revisamos los abstracts disponibles y no encontramos ningún artículo en Colombia que describiera factores de riesgo en población psiquiátrica hospitalizada.

Se revisaron por parte de ambos investigadores las historias clínicas de los pacientes que consultaron en el periodo de octubre de 2012 a octubre de 2013 buscando un número significativo de casos que permitiera dar poder al estudio.

Como ya se especificó en nuestro estudio, los casos son hospitalarios, se escogió esta modalidad por el fácil acceso a los pacientes. Nuestra definición de caso es el paciente que tras la valoración inicial recibió un diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento secundario a consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta los criterios CIE 10 para dichas patologías, y que se clasifican entre los códigos F10 a F19.

En busca de garantizar un número significativo de pacientes se tomaron el total de pacientes que consultaron de octubre de 2012 a octubre de 2013 y se revisaron las historias clínicas de cada paciente.

Se utilizaron 2 instrumentos para la recolección de datos, el primero fue un formato de entrevista clínica semiestructurada que se utiliza en el ICSN, como medio para la evaluación de pacientes a su ingreso a la institución (anexo 1), basados en los datos que se documentan en dicho formato se diseñó con la asesoría del asesor metodológico una tabla en Excel que tomaba el mayor número de variables posibles para aumentar la probabilidad de encontrar la mayor cantidad de asociaciones probables.

A continuación especificamos cómo construimos la tabla y describimos las variables que la conforman: la primera parte de esta tabla de recolección de datos se encarga de facilitar la consignación de los principales factores demográficos, las variables son: edad, sexo, estado civil, ocupación, seguridad social, escolaridad y religión; para la recolección de datos con respecto al embarazo y el periodo perinatal tomamos las siguientes variables: embarazo deseado, embarazo planeado, complicaciones gestacionales, lactancia y tiempo de lactancia, desarrollo psicomotor y del lenguaje. Para investigar la conformación familiar recolectamos datos, tanto del núcleo primario en el cual las variables fueron: configuración familiar, número de hermanos, ocupación de los padres; como del núcleo secundario, en este campo se recolectó la información correspondiente al tipo de unión, número de hijos, número de uniones, número de personas con que reside en la actualidad y presencia o no de violencia intrafamiliar. También se recolectamos datos acerca de la historia académica y laboral del paciente, para este fin las variables fueron número de colegios a los que asistió, presencia

de problemas con figuras de autoridad, académicos, disciplinarios y/o con pares y cambios de trabajo.

En cuanto a antecedentes se recolectaron variables correspondientes a antecedentes familiares de consumo, antecedentes familiares psiquiátricos y tipo de diagnóstico, antecedentes de enfermedad orgánica y en el campo de antecedentes personales, se documentó antecedente de hospitalizaciones previas, edad inicio de consumo de sustancias legales (definidas previamente como cigarrillo y alcohol) y edad de inicio de consumo de sustancias ilegales (definidas como sustancias psicoactivas diferentes al alcohol o cigarrillo), problemas legales y uso intravenoso de sustancias psicoactivas.

Se documentó también lo concerniente al diagnóstico multiaxial, eje I: diagnóstico, comorbilidad y tipo de diagnóstico comórbido, eje II, eje III, eje IV y escala de funcionamiento global.

Entre los sesgos que monitorizamos está el sesgo de selección, ya que los casos por el hecho de asistir al ICSN pueden no ser representativos de los pacientes con patología adictiva, lo cual disminuye la capacidad para la generalización de los datos obtenidos en el estudio. Para lo anterior tuvimos en cuenta el principio de la base del estudio para la selección de casos y así disminuir el riesgo del sesgo de selección; nuestra base es primaria ya que se desarrolló en una población definida tanto temporal como geográficamente, en la cual se realizó la identificación de todos los casos dentro de la población previamente definida.

Una vez se identificaron los casos se procedió a identificar a los controles de la misma base primaria y se escogieron individuos que

consultaron en este mismo periodo de tiempo (octubre de 2012 a octubre de 2013) al ICSN y que no tenían diagnóstico relacionado con sustancias, diagnósticos clasificados según el CIE 10 con códigos diferentes a los F10 a F19, esta fue nuestra definición de control.

Posteriormente y de acuerdo a la recomendación del asesor metodológico, se procedió a realizar un apareamiento uno a uno, buscando pacientes con edades, sexo y áreas de nacimiento y residencia concordantes con los casos. Una vez se seleccionaron los casos se revisó individualmente la historia clínica de cada control, consignando las variables ya anotadas en la tabla de recolección de datos, previamente descrita.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede evidenciar que tuvimos en cuenta el principio de precisión comparable, ya que para la identificación tanto de los casos como de los controles se utilizó la misma entrevista clínica

Para la aprobación del estudio se redactó una propuesta de investigación como primer paso, esta fue sometida a valoración por el comité de investigación del ICSN. Para la realización de dichos documentos y el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta como se evidencia en los párrafos anteriores, las instrucciones y lineamientos tanto del ICSN como de la universidad El Bosque y aún más a fondo nos guiamos de acuerdo a la legislación nacional, teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud (35).

De acuerdo a dicha resolución nuestra investigación que involucraba la revisión retrospectiva de historias clínicas, es clasificada



sin riesgo (artículo 11) y de acuerdo al párrafo primero del artículo 5, de la misma resolución, no fue necesaria la firma de un consentimiento informado por parte de los participantes.

El plan de análisis del presente trabajo fue llevado a cabo con el uso de medidas estadísticas de resumen, frecuencias, porcentajes, frecuencias relativas y el consiguiente análisis de cada una de ellas.

Se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics 20® y STATA 10.0®, (Data Analysis and Statistical Software) para realizar la descripción de las variables socio demográficas de la base de datos, así como las diferentes pruebas estadísticas y la realización de regresión logística de la variable diagnóstico. De igual forma, se utilizó el programa estadístico EPI INFO 3.5.4® para obtener la razón de momios (OR) de las diferentes variables en estudio en cada uno de los grupos (Casos y Controles).

## Resultados

En el presente estudio se recolectó una muestra de 96 pacientes de la Clínica Montserrat y el Centro de Rehabilitación Campoalegre en el período comprendido entre octubre de 2012 a octubre de 2013, 49 de los pacientes correspondían a los casos y 47 a los controles; durante el análisis de las variables sociodemográficas encontramos del total de la población una frecuencia de sexo masculino del 84.4% frente a un 15.6 % del femenino, así mismo una distribución en el grupo de control de 40 hombres y 7 mujeres a diferencia del grupo casos que tenía 41 hombres y 8 mujeres.

La edad presentó una media de 28 años

con una edad mínima de 13 años y una máxima de 75 años y una desviación estándar de 13.54; el lugar de nacimiento y de residencia predominante en la población fue el área urbana con un 90.6% y 96.9% correspondientemente. De igual forma, se observó en la variable estado civil mayor frecuencia de solteros con un 63.5% seguido de los casados con un 20.8%, con porcentajes menores entre los casados y divorciados. Asimismo se evidencio que el 71.9% de los pacientes se encuentran laborando y obteniendo ingresos frente a un 24% de desempleados.

Por otra parte, en cuanto a vinculación al régimen de seguridad social en salud predomina el régimen de medicina prepagada con un 53%, seguido de particulares con un 27% y régimen contributivo con un 14%. Dentro de nuestro estudio evidenciamos que la población consultante tiene predominantemente un nivel de escolaridad técnico con una frecuencia de 27% en los casos y 25% en los controles, seguido de un nivel universitario en un 17% en los casos y 10% en los controles.

En cuanto a la religión tenemos que el 72.9% de la población a estudio es creyente, se observó que sólo 12.5% presentó alteración del lenguaje en el desarrollo psicomotor y el 71.9% no presentó alteraciones.

Al mismo tiempo se evidencio que solo el 15% presentó violencia intrafamiliar, un 27.1% conflictos con figuras de autoridad, 36.5% problemas disciplinarios y 25% problemas con pares, al contrario si un alto porcentaje presentó problemas académicos con un 50%.

Además el diagnóstico en el Eje I más frecuente observado en los pacientes fueron los trastornos afectivos con un 34.4% seguido de los trastornos mentales y del comporta-

miento debidos al consumo de sustancias múltiples y en tercer lugar el trastorno mental secundario al consumo de alcohol. Solo el 36.5% de los pacientes presentó comorbilidad existente en el Eje I, siendo los trastornos afectivos más frecuente con un 15.6%. Con respecto al diagnóstico en el Eje II de los pacientes se realizó con mayor frecuencia un diagnóstico diferido con un 77.1% seguido de trastorno de personalidad límite con un 8.3%; en el Eje III solo el 42.7% presentaron trastorno físico. Por otro lado, en el Eje IV se presentó con mayor frecuencia más de 2 alteraciones en este nivel con un 18% en el grupo de casos y 22% en el grupo control, los otros valores tuvieron porcentajes similares, a diferencia del laboral que presentó un 6% en el grupo control frente a un 1% en los casos.

El funcionamiento global presentó un mayor porcentaje en el rango de 40 a 59 puntos con un 65.6% del total de la población lo que indica que los pacientes presentaban síntomas de severa intensidad, de los cuales el 61.9% correspondían a los casos y 38.1% al grupo control.

Se evidencio dentro de la distribución de diagnóstico familiar psiquiátrico como más frecuentes trastornos afectivos y trastorno esquizotípico, esquizofrenia y de ideas delirantes con un 28.1% y 10.4% respectivamente.

Al igual, se identificó en la población un 52% de hospitalizaciones previas por cualquier causa psiquiátrica, frente a un 48% sin ese antecedente, con una edad de inicio de consumo de sustancias ilegales entre los 16 y 20 años en un 21.9% y una edad más temprana para sustancias legales en menores de 15 años con un 28.1%.

Finalmente la población a estudio presentó uso de sustancias intravenosas en un

4.2% y problemas legales por consumo solo en un 14.6%

Se realizó como medida de asociación la razón de momios (OR) de las diferentes variables, en cada uno de los grupos estudiados (casos y controles), evidenciando como estadísticamente significativas las variables anteriormente descritas en la tabla 1. Encontrándose como factores de riesgo el sexo masculino que tiene 5.05 veces la probabilidad de tener trastorno mental en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas frente al sexo femenino con intervalo de confianza que va de 1.92 a 13.17; el cual es estadísticamente significativo.

Así mismo se identificó la ausencia de lactancia como un factor de riesgo con un OR= 3.18 (IC= 1.23-8.14), al igual presentar conflicto con autoridades, problemas académicos, problemas disciplinarios, antecedentes familiares de consumo, hospitalizaciones previas por cualquier causa psiquiátrica y problemas legales de consumo, con valores de P estadísticamente significativos ( $P < 0.05$ ). Cabe anotar, que la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo ampliamente conocido pero en el presente estudio no se encontró con valores de asociación estadísticamente significativos.

Se realizaron modelos de regresión logística tomando como referencia los diagnósticos en el Eje I más frecuentes (Trastornos por uso de alcohol, Cannabis, consumo de múltiples sustancias y trastornos esquizotípicos, afectivos y neuróticos) concluyendo como datos estadísticamente significativos con respecto al consumo de alcohol, que el nivel de escolaridad universitario  $\text{conf}\beta = -2.27$  tiene menos probabilidad de presentar trastornos mentales y del comportamiento secundario al consumo de alcohol

Tabla1. Factores de riesgo

VARIABLE	OR	Intervalo de confianza		Probabilidad	Factor
Sexo	5.05	1.92	13.17	0,0007	Riesgo
Lactancia	3.18	1.23	8.14	0,01	Riesgo
Violencia intrafamiliar	1.62	0.57	4.55	0,36	-----
Conflicto con autoridades	2.88	1.18	7.03	0,01	Riesgo
Problemas Académicos	6.75	2.76	16.48	0,000	Riesgo
Problemas Disciplinarios	3.09	1.33	7.15	0,0079	Riesgo
Ant familiar de consumo	4.98	1.7	14.4	0,002	Riesgo
Hx previa por cualquier causa	3.05	1.33	6.99	0,007	Riesgo
Problemas legales por consumo	5.86	1.64	20.61	0,004	Riesgo

con un IC (0.011-0.930), contrario a lo que se evidencia con el uso de sustancias intravenosas con  $\beta=1.705$  y un IC (1.154 -26.214). De la misma forma, en trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, encontramos como factor de riesgo las hospitalizaciones previas con una  $\beta=3.319$  IC (2.462-309.9) a pesar de ser significativo el intervalo de confianza es muy amplio, posiblemente secundario al tamaño de la muestra.

## Discusión

Nuestro estudio se correlaciona con datos mundiales que asocian la patología adictiva con el sexo masculino, en nuestro caso nuestra relación fue de 85.1% en hombres para el grupo de casos, con un OR= 5.05 (IC=1.92-13.17), lo cual supera considerablemente lo encontrado en otros estudios (36), sin embargo manteniéndose como el género predominante en los trastornos por uso de sustancias.

Teniendo en cuenta la evidencia amplia que

sugiere la edad temprana como factor de riesgo para el desarrollo de adicción a sustancias psicoactivas, el apareamiento se llevó a cabo buscando la minimización de esta variable como factor confusor, siendo la edad promedio en nuestro estudio de 28 años, con extremos entre los 13 a los 75 años, que no difiere mucho de lo observado en otros estudios, respecto al diagnóstico y aparición clínica de estos trastornos (29,30,36) También coincidió la distribución urbana de la población, que en nuestros hallazgos llegó a ser del 90.6%. La mayor parte de la población en este estudio es soltera y tiene alguna ocupación principal, frente a sólo el 24% que se encuentra cesante, lo que implica algún grado de funcionalidad en los pacientes pese a su condición.

En cuanto al tipo de seguridad social de los pacientes que consultan al ICSN es importante resaltar que el instituto tiene contratación con empresas de medicina prepagada predominantemente y la atención de pacientes del régimen contributivo se limita a pacientes con condiciones

crónicas o que han instaurado acciones legales como la tutela para acceder a la atención especializada del centro; así mismo las empresas de medicina prepagada cuentan como factor de exclusión del tratamiento psiquiátrico los trastornos asociados al consumo de sustancias. Esto sumado a que en nuestro país solo está incluido dentro del plan obligatorio de salud (POS) el manejo de la patología adictiva en fases agudas, es decir durante la intoxicación y la abstinencia, lo que se conoce como fase de desintoxicación. Teniendo en cuenta lo anterior se puede considerar que estos parámetros son factores confusores importantes que explicarían en cierta medida la mayor distribución de pacientes atendidos por medio de medicina prepagada o como particulares.

Los aspectos religiosos de la población a estudio mostró que el 71.2% de los participantes tenían alguna creencia religiosa, esto en concordancia con la historia de Colombia como un país con historia de afiliación religiosa significativa (37), en el cual se incluyó la educación en la religión católica en la mayoría de colegios hasta hace muy pocos años.

En concordancia con el desarrollo en la adolescencia de la mayoría de los trastornos asociados al consumo de sustancias, observamos que la gran mayoría de pacientes no sufrieron alteraciones en el desarrollo psicomotor.

De acuerdo a datos de otros estudios el nuestro mostró una frecuencia alta de violencia intrafamiliar (23,36,38), conflictos con figuras de autoridad o con pares, pero evidenció un porcentaje aún mayor porcentaje de dificultades académicas (50%) lo que concuerda con la hipótesis inicial de preservación de algún grado de

funcionalidad en ciertas áreas a expensas de otras y el bajo rendimiento escolar como indicador indirecto de la posibilidad de padecer un trastorno mental, especialmente por uso de sustancias.

En cuanto a la patología más frecuente en el eje I se observó que en el total de la población están los trastornos afectivos (trastornos depresivos y trastorno afectivo bipolar) seguido de trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias, este resultado se debe a que la clasificación por consumo de sustancias específicas (alcohol, cannabinoides, etc), cuya frecuencia individual sumadas a la frecuencia de consumo de múltiples sustancias sobrepasaron el diagnóstico de trastornos afectivos y equivaldrían a aproximadamente el 50% de la muestra. Es llamativo que dentro del grupo de los casos por frecuencia individual es más prevalente el uso de múltiples sustancias psicoactivas, seguido por alcohol, cannabinoides y cocaína, lo que difiere de datos previamente publicados, ya que no es frecuente en los estudios el reportar el consumo de múltiples sustancias (1,6), lo que sugiere en nuestra muestra la progresión crónica y deteriorante que concuerda con la historia natural de la patología adictiva y es evidenciado por la experiencia clínica de expertos.

Un aspecto importante en el diseño de nuestro estudio y que consideramos una fortaleza es la evaluación en una misma muestra del consumo de sustancias legales e ilegales, ya que es frecuente que se realicen estudios separando dichos consumos y que en nuestra opinión sesgan y limitan los resultados, ya que el consumo de tabaco y alcohol es bastante frecuente en consumidores de sustancias ilegales

como se observa en nuestros resultados, especialmente en la población masculina en edades jóvenes. Esto en concordancia con el predominio de las sustancias legales, como sustancias puerta para el consumo de sustancias ilegales, lo que ha sido ampliamente reportado en la literatura.

La prevalencia de patología dual en nuestro estudio muestra que un 36.5% de los pacientes cumplen criterios para dos o más diagnósticos del eje I y/o II, lo que se acerca al promedio reportado por otros autores, dado que hay estudios que reportan hasta la presencia de un 50% (39) (40). Sin embargo es importante resaltar que en nuestro estudio la recolección de información correspondiente al eje II se encuentra limitada, ya que se reportan hallazgos como rasgos de personalidad y no trastornos, o en su gran mayoría se difiere la evaluación de este eje, teniendo en cuenta recomendaciones basadas en la evidencia que sugieren que tanto el consumo activo como la abstinencia pueden ser factores confusores para el diagnóstico de trastornos de personalidad (41). En nuestra muestra a diferencia de otras, la prevalencia de trastornos de desarrollo durante la infancia (TDAH, trastornos disociales, etc) tienen un bajo reporte (24), como patología dual, lo que sugiere un sub diagnóstico de estas condiciones o la inadecuada recolección de datos al respecto.

Se encontró una diferencia amplia en cuanto a la clasificación de la escala de funcionamiento global (GAF) cercana al 23%, reportándose un puntaje mucho menor en la población de casos, en comparación con el grupo control, lo que indica una severidad sintomática importante en la población que consulta por la patología adictiva al ICSN.

Los factores de riesgo con OR que fueron estadísticamente significativos fueron el sexo masculino OR= 5.05 (IC=1.92-13.17), la ausencia de lactancia OR= 3.18 (IC=1.23-8.14), conflicto con autoridades OR=2.88 (IC=1.18-7.03), problemas académicos OR= 6.75 (IC=2.76-16.48), problemas disciplinarios OR=3.09 (IC= 1.33-7.15), antecedentes familiares de consumo OR= 4.98 (IC=1.7-14.4), la hospitalización previa por cualquier causa OR=3.05 (IC= 1.33-6.99) y problemas legales por consumo OR=5.86 (IC= 1.64-20.61), factores de riesgo que han sido ampliamente relacionados con el desarrollo de trastornos asociados al consumo de sustancias (5,23,25,27). De los anteriores factores de riesgo que encontramos en nuestra muestra, observamos una gran concordancia con lo reportado en la literatura mundial, sin embargo es importante destacar un factor de riesgo que evidenciamos como novedoso, dado a su bajo reporte en otras investigaciones; la ausencia de lactancia materna es entonces según nuestros hallazgos un factor de riesgo significativo para el desarrollo de la patología adictiva (aumenta el riesgo en 3 veces), esto en concordancia con teorías psicodinámicas que ligan alteraciones en las etapas tempranas del desarrollo psicosexual como la fijación en la primera etapa de la fase oral con el desarrollo de los trastornos asociados al consumo de sustancias (42); este hallazgo es producto de la amplia recolección de datos de historia personal y familiar del individuo que consulta al ICSN, lo que sugiere una fortaleza en la historia clínica, posiblemente influenciado por el modelo psicodinámico con el que trabaja la institución y los individuos que en ella laboran.

Es llamativo también que en nuestro estu-

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

CLÍNICA MONTSERRAT

HEMEROTECA

dio la presencia de violencia intrafamiliar está presente como un factor de riesgo, sin embargo, este hallazgo no fue estadísticamente significativo, lo que varía de lo reportado en otros estudios (23).

La población de pacientes con trastornos asociados por consumo de sustancias que consulta al ICSN es de predominio masculina, con una media de edad de 28 años, siendo el paciente más joven de 13 años y el mayor de 75 años, la población es de predominio urbana, con ocupación permanente y solteros en su mayoría.

Los principales factores de riesgo asociados a los trastornos por uso de sustancias son: ser hombre, no haber recibido lactancia materna, tener historia de conflicto con autoridades, antecedentes de dificultades académicas y disciplinarias, tener historia familiar de consumo de sustancias, haber estado hospitalizado previamente por cualquier causa psiquiátrica y tener historia de problemas legales asociados al consumo. De estos factores solo dos se presentan tardíamente, lo que sugiere un amplio intervalo de tiempo en el cual se pueden realizar campañas de prevención del consumo y promoción de la salud, aspectos que requieren mayor estudio por su potencial en el área de la salud pública.

El 63,5% de los pacientes no tenían comorbilidad en el eje I o II, de los pacientes que tenían patología dual en orden de frecuencia fueron: trastornos del afecto, consumo de múltiples sustancias, trastornos psicóticos, trastorno de ansiedad y trastornos de la infancia.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio no son extrapolables a la población general, representan exclusivamente a los pacientes que consultan al ICSN.

## Recomendaciones

De nuestra experiencia podemos evidenciar una gran variabilidad en la recolección y registro de los datos correspondientes a la historia clínica que varía con cada atención y que puede deberse al carácter semi estructurado del formato de historia con la que cuenta el ICSN, por lo anterior sugerimos promover la recolección sistemática y estructurada, buscando una mayor homogeneidad en los datos que permitan la realización de otros estudios, ya que una de las dificultades más grandes en la realización de nuestro trabajo fue la desestimación de variables debido a la ausencia de datos. Sin embargo es el carácter del enfoque psicodinámico y el tipo de entrevista que se realiza en la institución en gran medida responsable del hallazgo de la ausencia de lactancia materna como un factor de riesgo importante para la patología adictiva; aspecto que sin duda nos da luces acerca de la importancia de otros enfoques más integrales en la buena atención y asistencia a los pacientes.

## Referencias Bibliográficas

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Vienna : United Nations, 2012.
2. Scopperta, Orlando. Consumo de drogas en Colombia: Características y Tendencias. Bogotá DC : Guadalupe S.A., 2010. 978-958-9463-39-0.
3. Primary and secondary prevention of alcoholism: emerging trends and research strategy. Radouco, Thomas, et al. 5-6, 1979, Progress in neuro-psychopharmacology, Vol. 3, pp. 579-600.
4. Genetic epidemiology and the prevention of functional mental disorders and alcoholism.

- lism: family study and biological predictors. Radouco, Thomas, et al. 1-3, 1979, *Progress in neuro-psychopharmacology*, Vol. 3, pp. 165-89.
5. Childhood family influences on risk of alcoholism. Barry, H 3rd. 5-6, s.l. : *Progress in neuro-psychopharmacology*, 1979, Vol. 3, pp. 601-12.
6. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali : Ministerio de la Protección Social - Fundación FES, 2003.
7. Universidad CES; Universidad de Harvard; Secretaría de Salud de Medellín. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín : s.n., 2012.
8. Aportes antropológicos sobre la construcción del tema "drogas". Folgar, Leticia. Montevideo : s.n., 2000. *Actas del Encuentro con la Antropología Social y Cultural en el Uruguay*.
9. Sociedad Española de Toxicomanías. Tratado SET de Trastornos Adictivos. s.l. : Panamericana, 2006, 17.
10. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen. Suiza : s.n., 2004.
11. Mental health promotion initiatives for children and youth in contexts of poverty: the case of South Africa. Petersen, Inge, et al. 3, 2010, *Health promotion international*, Vol. 25, pp. 331-341.
12. UNODC. World Drug Report 2010. Vienna : United Nations Publication, 2010.
13. United Nations Office on Drug and Crime. Global illicit drug trends. New York : s.n., 2003.
14. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Griffith, Edwards and Milton, Gross. s.l. : *British Medical Journal*, 1976, Vol. 1, pp. 1058-1061.
15. World Health Organization. Third report of the WHO Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction. s.l. : WHO Technical Report Series, 1952. 57.
16. Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO Memorandum. World Health Organization. 2, 1981, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 59, pp. 225-242.
17. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM - IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). Hasin, Deborah and al, et. s.l. : *Addiction*, 2006, Vol. 101, pp. 59-75.
18. Neurological complications of drug abuse: pathophysiological mechanisms. Neiman, J, Haapaniemi, H and Hillbom, M. s.l. : *European Journal of Neurology*, 2000, Vol. 7, pp. 595-606.
19. Managing Addiction as a Chronic Condition. Dennis, Michael and Scott, Christy. 1, s.l. : *Addiction science & Clinical practice*, 2007, Vol. 4, pp. 45-55.
20. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Le Mont-sur-Lausanne : World Health Organization, 2011.
21. Departamento Nacional de Planeación. Gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas 2010. Bogotá D.C : s.n., 2012.
22. Nederland, Radio. <http://www.semana.com/nacion/articulo/drogas-guerra-perdida/240802-3>. [Online] 2011. [Cited: 10 27, 2013.]
23. Factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes colombianos, con base en los resultados del WMH-CIDI. Torres de Galvis, Yolanda, Posada, José and Berbesi, Dedsy. 2010, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 39.
24. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su pre-

- valencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. Torres de Galvis, Yolanda, et al. 2010, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 39.
25. Consumo de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de dos Universidades Colombianas. Arias, Francisco, et al. 1, 2012, *El Ágora USB*, Vol. 12.
26. Primary psychiatric prevention in children and adolescents. Opler, Mark, et al. 4, 2010, *Annals of Clinical Psychiatry*, Vol. 22.
27. Gender-specific predictors of risky alcohol use among general hospital inpatients. Schnuerer, Inga, et al. 1, 2013, *General Hospital Psychiatry*, Vol. 35.
28. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. Hasin, Deborah and Bari, Kilcoyne. s.l. : *Curr Opin Psychiatry*, 2012, Vol. 25, pp. 165-171.
29. Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. Najt, Pablo, Fusar-Poli, Paolo and Brambilla, Paolo. s.l. : *Psychiatry Research*, 2011, Vol. 186, pp. 159-164.
30. Ministerio de la Protección Social; Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá D.C : Guadalupe S.A, 2008. 978-958-9463-37-6.
31. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. Degenhardt, Louisa and Hall, Wayne. 2012, *Lancet*, Vol. 379.
32. Gobierno Nacional de la República de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia - 2011. 2011.
33. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. Brian, Jack, et al. 3, 2009, *Annals of internal medicine*, Vol. 150, pp. 178-87.
34. A Comparative Study of Psychiatric Inpatients in a General Hospital and a Psychiatric Hospital in Israel: Demographics, Psychopathological Aspects and Drug Abuse Patterns. Katz, Gregory, et al. 6, 2011, *The Israel Medical Association journal*, Vol. 13, pp. 329-32.
35. [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf). [Online] [Cited: Enero 10, 2014.]
36. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. Stone, Andrea, et al. 2012, *Addictive Behaviors*, Vol. 37, pp. 747-75.
37. [www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4682928](http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4682928). [Online] Noviembre 23, 2008. [Cited: Enero 10, 2014.]
38. Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: Evidence for Long Lasting Effects. Van der Vegt, Esther, et al. 2, 2009, *Journal of abnormal child psychology*, Vol. 37, pp. 239-49.
39. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area - a clinical study. Langas, Anne-Marit, Malt, Ulrik and Opjordsmoen, Stein. 2011, *BioMed Central psychiatry*.
40. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Hasin, DS, et al. 7, 2007, *Archives of general psychiatry*, Vol. 64, pp. 830-42.
41. New Onsets of Substance Use Disorders in Borderline Personality Disorder Over Seven Years of Follow-ups: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Walter, Marc, et al. 1, 2009, *Addiction*, Vol. 104, pp. 97-103.
42. Gabbard, Glen. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires : s.n., 2002



## Relación entre Introspección y Rasgos de Personalidad en Pacientes con Trastorno Bipolar I

María Teresa López Camargo

### Resumen

**Antecedentes:** El Trastorno Bipolar (TB) ha emergido en los últimos años como un problema de salud pública. Se han documentado altas tasas de cronicidad y recurrencia con una morbi-mortalidad asociada a pobre introspección y mal pronóstico.

**Objetivo:** El objetivo del estudio es identificar la relación entre rasgos de personalidad e introspección en población con diagnóstico de TB tipo I de una institución de salud mental.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico basado en información de historias clínicas de pacientes hospitalizados durante el periodo entre enero y diciembre de 2012. El análisis de datos se realizó en el software estadístico SPSS versión 20.

**Resultados:** Un total de 53 pacientes fueron incluidos, el 62,3% (n= 33) correspondían al sexo femenino. La edad promedio fue 44 años. El rasgo de personalidad con mayor prevalencia fue el narcisista (43,4%) y el 52% de los pacientes carecían de introspección al momento de la evaluación inicial. No se encontró asociación estadística entre los rasgos de personalidad y el nivel de introspección.

**Conclusión:** La conciencia de enfermedad constituye un factor pronóstico en el control de cualquier patología especialmente en salud mental. Los resultados de este estudio no permiten concluir asociación entre los rasgos de personalidad y una adecuada introspección.

**Palabras clave:** Trastorno Bipolar, introspección, trastornos de personalidad, pronóstico, Colombia.

---

María Teresa López Camargo  
Médica Psiquiatra. Docente del Posgrado de Psiquiatría. Universidad El Bosque. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso  
mlopez20@gmail.com

## Summary

**Background:** Bipolar Disorder (BD) has emerged in recent years as a real public health problem. It is considered one of the most debilitating diseases. They have documented high rates of chronicity and recurrence with significant morbidity and mortality associated with poor insight and prognosis. The aim of this study is to identify the relation between personality traits and introspection of inpatient diagnosed with BD type I.

**Materials and Methods:** A cross sectional study based on information from medical records of inpatients, during the period between January and December 2012. Data was processed using SPSS software version 20.

**Results:** Of the 53 patients, 62,3% (n= 33) were women. The average age was 44 years. The personality traits most prevalent was the narcissistic (43,4%) and 52% of patients had no insight at the time of initial evaluation. No significant association was found between personality traits and level of introspection.

**Conclusion:** Insight is a prognostic factor in the control of any disease especially in mental disorders. Results of this study do not allow us to conclude a possible association between personality traits and a proper insight.

**Keywords:** Bipolar Disorder, insight, personality disorders, prognosis, Colombia.

## Introducción

El Trastorno Bipolar es una enfermedad mental caracterizada por fluctuaciones del estado del ánimo, la energía, la cognición y el comportamiento que se manifiesta con episodios recurrentes de manía/ hipomanía, y que habitualmente se acompañan de episodios depresivos mayores (1). Según el DSM-5, los criterios diagnósticos del trastorno bipolar I corresponden a la comprensión moderna del trastorno maníaco depresivo o psicosis afectiva, descrito en el siglo XIX, diferenciándose de la descripción clásica en que ni la psicosis ni la experiencia de un episodio depresivo mayor previo a lo largo de la vida son requisitos (2). Se estima que aproximadamente el 3% de la población mundial está afectada por este trastorno. En 1996 el estudio realizado por la OMS sobre carga global de la enfermedad, determinó al TB como la sexta causa de discapacidad entre los

trastornos médicos (3-7). El inicio de la enfermedad es predominantemente temprano manifestando un primer episodio entre los 15-25 años (7). A pesar de los avances significativos en el entendimiento de la neurobiología del TB, el tiempo de diagnóstico y el tratamiento eficiente sigue siendo un desafío en la clínica psiquiátrica. Múltiples comorbilidades incluyen el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos de Ansiedad y de Personalidad, consumo de sustancias y trastornos alimenticios, interfieren en el diagnóstico y tratamiento, incrementando así la morbimortalidad y la mortalidad en general por el incremento particularmente del riesgo suicida (8).

La personalidad y las características en el temperamento dado por altos niveles de neuroticismo evidenciados principalmente en los trastornos y rasgos predominantes del Cluster B (así catalogado en

el DSM V-TR), histriónico, narcisista, límitrofe y antisocial, asociados a un grado débil de introversión, han sido identificadas como variables que pueden conferir un riesgo adicional para desarrollar trastornos afectivos. La relación más frecuentemente encontrada es con el trastorno de personalidad límitrofe, asociándose a una aparición más temprana y mayor severidad de los síntomas, intentos suicidas, internaciones y autolesiones (9, 10).

Por otro lado, la introspección puede ser definida como un fenómeno multifactorial que implica tres dimensiones: 1) Reconocer que se tienen una enfermedad mental, 2) Reconocer que se requiere tratamiento y 3) La capacidad de reconocer eventos mentales psicóticos como patológicos (11). El compromiso de la introspección en los trastornos psicóticos, esquizofrenia y trastorno bipolar, ha sido objeto de investigación y su importancia radica en el valor atribuible a nivel nosológico, diagnóstico y pronóstico, afectando el tratamiento y la rehabilitación (11, 12). Recientes estudios han evidenciado relación entre el pobre nivel de introspección y la pobre adherencia, al menos durante la fase de tratamiento, acompañado de bajo funcionamiento, pobre pronóstico, hospitalizaciones involuntarias, reingresos hospitalarios, y mayor uso del servicio de urgencias (13, 14).

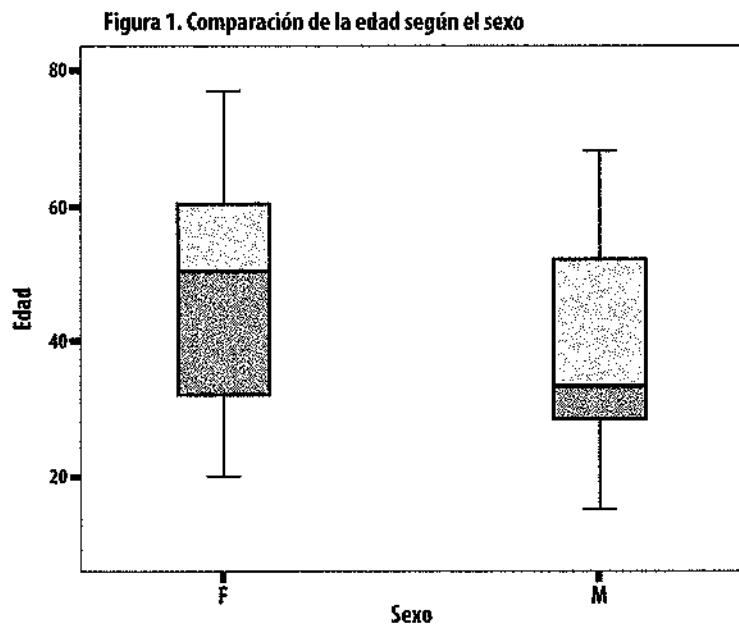
Altas tasas de cronicidad y recurrencia son la regla en el curso de la enfermedad, produciendo disrupción psicosocial, acompañada de una significativa morbimortalidad generada por el suicidio, el consumo de alcohol, las sustancias psicoactivas y las comorbilidades médicas concomitantes (15). Los recientes avances en la epidemiología, psicopatología e intervenciones con psicofármacos y psicoterapia han generado

un mejor reconocimiento y aceptación de esta condición, en la población general (5). A pesar de esto, aquellos que padecen la enfermedad, tienen mayor dificultad para reconocer los síntomas, asociándose con el número de recaídas y mecanismos de afrontamiento más desadaptativos (16). En el presente estudio se plantea la necesidad de evaluar la relación entre el nivel de introspección y rasgos de personalidad en pacientes con trastorno bipolar tipo I, que permita identificar factores individuales que contribuyan a establecer estrategias terapéuticas enfocadas en la conciencia de enfermedad.

## Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal a través de la revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizados en una institución de salud mental escogida por conveniencia en el periodo comprendido entre el primero de enero y el 31 de diciembre de 2012. Se solicitó al departamento de estadística, el total de pacientes hospitalizados con diagnóstico de egreso de Trastorno Bipolar (codificación CIE: F311; F312; F316). La información se capturó del historial médico de cada paciente, donde se extrajo información relacionada con datos sociodemográficos (edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad), autonomía económica, edad del diagnóstico inicial y tiempo de evolución de la enfermedad. La introspección y los rasgos de personalidad, se extrajeron de segmentos de la historia clínica, examen mental y diagnóstico multiaxial (eje II) respectivamente, donde fueron consignados según evaluación clínica. La base de datos se llevó en Excel®, y el análisis estadístico se desarrolló en SPSS

Gráfica 1. Distribución de la edad por sexo



versión 20. Se realizaron estadísticas descriptivas para obtener medidas de tendencia central y dispersión, en el caso de las variables numéricas promedios, y para las variables categóricas, se usaron porcentajes.

Se realizaron análisis de tipo univariado obteniendo el comportamiento de las variables. La prueba de normalidad que se utilizó fue Shapiro-Wilk, con la cual se estableció el comportamiento normal de las variables y la necesidad de utilizar pruebas paramétricas o no paramétricas. El análisis de tipo bivariado se efectuó mediante la utilización de pruebas estadísticas como la Ji cuadrado, o Fisher cuando se trató de variables categóricas de tipo binomial con comportamiento normal o no. Se utilizaron las pruebas T de student y U de Mann Whitney para el análisis entre variables numéricas y categóricas binomiales, lo anterior dependiendo del tipo de comportamiento que demuestran las variables.

## Resultados

El total de casos se conformó por 53 pacientes hospitalizados con diagnósticos de Trastorno Bipolar Tipo I, en el período comprendido entre el primero enero y 31 diciembre de 2012.

### Características sociodemográficas.

Del total de pacientes, el 62,3% (n= 33) corresponden al sexo femenino. La edad promedio fue de 44 años, con una edad mínima de 15 y una máxima de 77 años (DE:  $\pm 16.69$  años). No se observaron diferencias significativas entre los promedios de edad por sexo ( $p = 0,78$ , IC: -17 – 0,95) (Gráfica 1).

La mayoría de los pacientes (45,3%) estaban solteros al momento de la hospitalización y la práctica religiosa con mayor predominio fue la católica (67,9%). El 58,5% tenían estudios universitarios completos; 28,3% no

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población

Caracterización sociodemográfica		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casado	18	34,0
	Separado	6	11,3
	Soltero	24	45,3
	Unión Libre	4	7,5
	Viudo	1	1,9
Escolaridad	Bachillerato	12	22,6
	Posgrado	7	13,2
	Primaria	3	5,7
	Universitario	31	58,5
Actividad económica	Dependiente	38	71,7
	Independiente	15	28,3
Ocupación	No ocupado	15	28,3
	Ocupado	38	71,7
Religión*	Católica	36	81,8
	Cristiana	3	6,8
	Judía	1	2,3
	Otra	4	9,1

\*Religión, n= 44 casos

tenían ninguna actividad ocupacional y el 71,7% dependían económicamente de terceros (Tabla 1).

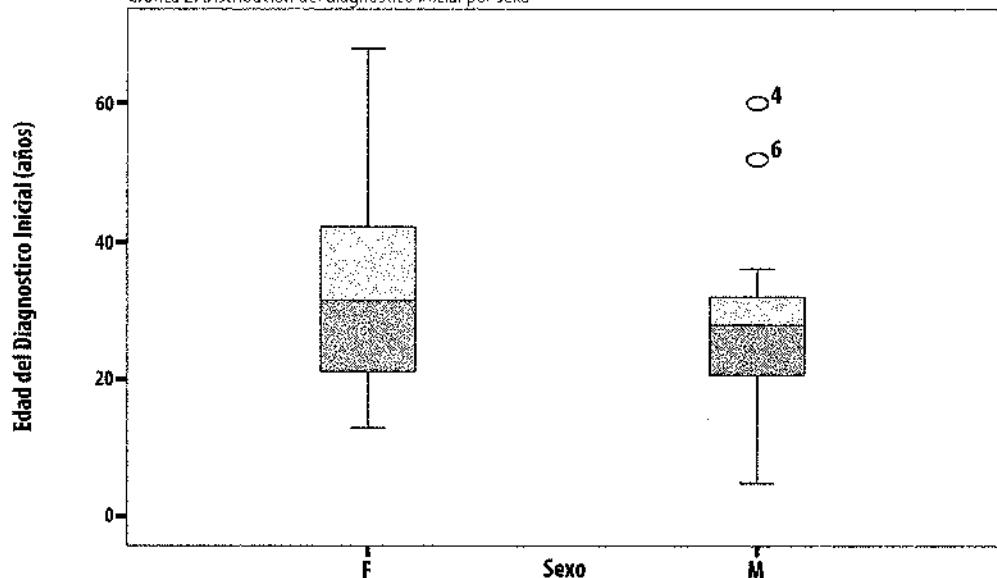
#### Descripción diagnóstica

Del total de la muestra, el 60,4% egresó con diagnóstico de Trastorno Bipolar episodio actual maníaco con síntomas psicóticos, que corresponde a la codificación CIE 10 F312 (Tabla 2).

Por otra parte, al evaluar la edad al mo-

mento del diagnóstico se observó un promedio general de 32 años ( $DE \pm 14$  años), 28,1 años para hombres ( $DE \pm 12,4$  años) y 34,2 años para mujeres ( $DE \pm 15,7$ ) sin evidencia de diferencias significativas entre ambos sexos ( $p= 0,159$  IC: -14 - 2,44) (Gráfica 2). El tiempo de evolución de la enfermedad, en promedio 9,58 años ( $DE \pm 11,2$  años), se determinó sustrayendo la edad del diagnóstico inicial a la edad actual y tampoco se hallaron diferencias significativas entre ambos sexos ( $p= 0,327$  IC: 10 - 3,5).

Gráfica 2. Distribución del diagnóstico inicial por sexo.



**Rasgos de personalidad y conciencia de enfermedad.**

La distribución de los rasgos de personalidad y la conciencia de enfermedad se encuentran detalladas en la gráfica 3 y 4 respectivamente. De los diez rasgos de personalidad posibles, sólo fueron hallados 5: esquizoide, paranoide, límite, narcisista y trastorno de personalidad por dependencia. El rasgo de personalidad con mayor prevalencia fue el narcisista (43,4%). De igual manera en el 52% de los casos, carecían de introspección al momento de la evaluación inicial.

**Análisis Bivariado**

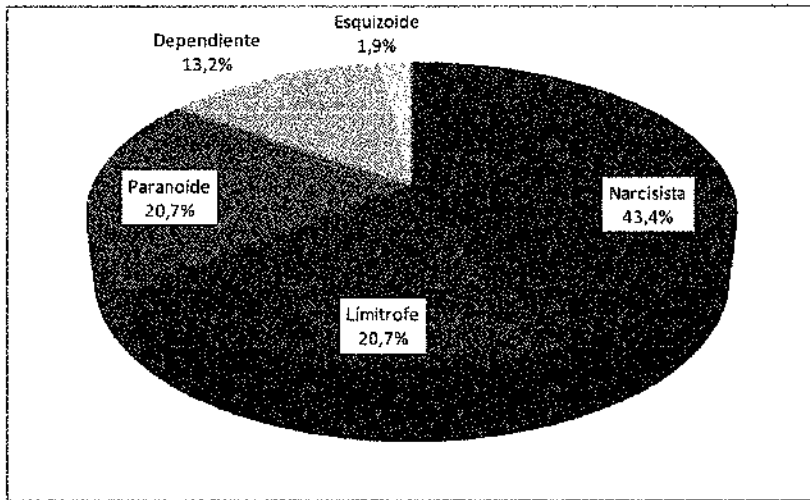
Se realizó el cruce de la variable rasgos de personalidad con las diferentes características sociodemográficas (sexo, estado civil, ocupación, autonomía económica y escolaridad), sin evidencia de asociación estadísticamente significativa ( $P > 0,05$ ).

Con respecto a los diagnósticos de egreso, el diagnóstico de Trastorno Bipolar episo-

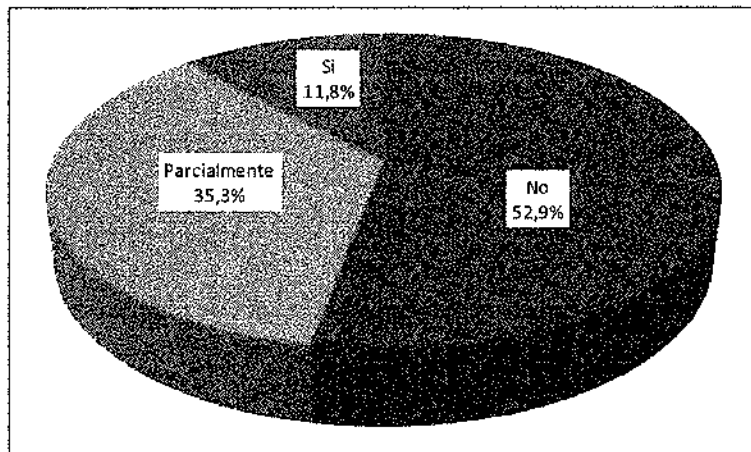
dio actual maniaco con síntomas psicóticos, (CIE-10: F312), arrojó una mayor frecuencia de rasgos de personalidad de tipo narcisista (31,2%) y esquizoparanoide (31,2%). El diagnóstico de Trastorno Bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos (CIE-10: F311), y episodio actual mixto (CIE-10: F316), se relacionaron con una mayor prevalencia de rasgos de personalidad de tipo narcisista: 61,5% y 62,5% respectivamente.

De igual manera se analizó la relación entre de los rasgos de personalidad con la variable conciencia de enfermedad, observándose que el 52,9% ( $n= 27$ ) no tenían conciencia de enfermedad; este grupo presentó mayores frecuencias de rasgos de personalidad de tipo narcisistas (48,1%). Aquellos pacientes con parcial conciencia de enfermedad, presentaron iguales frecuencias en los rasgos de personalidad límite y narcisista (38,9%) y quienes tenían conciencia de enfermedad tenían iguales frecuencias para rasgos por dependencia y límites de la personalidad (33,3). Ninguno de los hallazgos

Gráfica 3. Distribución de la conciencia de enfermedad reportada



Gráfica 4. Distribución de la introspección reportada



descritos fue estadísticamente significativo ( $P=0,118$ ) (Gráfica 4).

### Discusión

El presente estudio evalúa con un diseño retrospectivo, la asociación entre los rasgos de personalidad y el nivel de introspección, en una muestra de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo 1 y se

relacionó con factores como la edad, estado civil, escolaridad, religión, sexo, ocupación, autonomía económica y edad del diagnóstico inicial.

La prevalencia de 12 meses del TB tipo I reportada para Colombia es alrededor del 0,8% (17), lo que explica el tamaño de la muestra recolectada. Así mismo, se redujo el número de historias clínicas dado que algunas correspondían a reingresos hospitalarios

Tabla 2. Relación entre rasgos de personalidad y variables sociodemográficas

		Rasgos predominantes de la personalidad										
		Esquizoide		Paranoide		Límite		Narcisista		Dependiente		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	F	0	0,0%	5	45,5%	8	72,7%	15	65,2%	5	71,4%	0,431
	M	1	100,0%	6	54,5%	3	27,3%	8	34,8%	2	28,6%	
Religión	Católica	1	100,0%	8	100,0%	8	88,9%	14	70,0%	5	83,3%	0,379
	Cristiana	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	15,0%	0	0,0%	
	Judía	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	
	Otra	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	3	15,0%	0	0,0%	
Estado civil	Casado	0	0,0%	1	9,1%	5	45,5%	8	34,8%	4	57,1%	0,444
	Separado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	21,7%	1	14,3%	
	Soltero	1	100,0%	8	72,7%	5	45,5%	8	34,8%	2	28,6%	
	Unión Libre	0	0,0%	2	18,2%	1	9,1%	1	4,3%	0	0,0%	
	Viudo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	
Escolaridad	Bachillerato	0	0,0%	2	18,2%	2	18,2%	8	34,8%	0	0,0%	0,766
	Posgrado	0	0,0%	1	9,1%	1	9,1%	3	13,0%	2	28,6%	
	Primaria	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	1	4,3%	1	14,3%	
	Universitario	1	100,0%	7	63,6%	8	72,7%	11	47,8%	4	57,1%	
Autonomía económica	Dependiente	0	0,0%	8	72,7%	9	81,8%	17	73,9%	4	57,1%	0,422
	Independiente	1	100,0%	3	27,3%	2	18,2%	8	26,1%	3	42,9%	
Ocupación	No ocupado	0	0,0%	4	36,4%	4	36,4%	7	30,4%	0	0,0%	0,418
	Ocupado	1	100,0%	7	63,6%	7	63,6%	16	69,6%	7	100,0%	

Tabla 3. Relación entre rasgos de personalidad y diagnóstico CIE-10

	Rasgos de la personalidad									
	Esquizoide		Paranoide		Límite		Narcisista		Dependiente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
F311	0	0,00%	1	9,10%	2	18,20%	8	34,80%	2	28,60%
F312	1	100,00%	10	90,90%	6	54,50%	10	43,50%	5	71,40%
F316	0	0,00%	0	0,00%	3	27,30%	5	21,70%	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>



Tabla 4. Relación entre rasgos de personalidad y conciencia de enfermedad

		Rasgos predominantes de la personalidad				
		Esquizoide	Paranoide	Límite	Narcisista	Dependiente
		n	n	n	n	n
Conciencia de Enfermedad	No	0	8	2	13	4
	Parcialmente	1	2	7	7	1
	Sí	0	1	2	1	2

de pacientes que ya habían sido registrados en el estudio.

La institución donde se llevó a cabo el estudio, es una entidad de salud mental privada, que supone una caracterización sociodemográfica diferente. La población hospitalizada presentó altos niveles de escolaridad, en su mayoría con estudios universitarios completos y altos niveles de ocupación, que contrastan con la disfunción social, familiar y académica que se presenta en esta entidad. A pesar de que no existe una descripción clara en la literatura de un predominio del TB dependiente del género, llama la atención que la mayoría de los pacientes hospitalizados eran mujeres ( $P > 0,05$ ), sugiriendo una mayor tasa de severidad de la enfermedad. Estos hallazgos son propios de la muestra estudiada y sus resultados no pueden ser extrapolables a la población general.

La edad promedio de diagnóstico inicial (32 años), es similar a los hallazgos reportados a nivel mundial (2).

Los resultados evidencian que las características de personalidad presentadas con mayor frecuencia, son los rasgos de tipo narcisistas y en segundo lugar límitrofes, contrastando con la amplia evidencia que apoya en primer lugar los rasgos y el trastorno borderline de la personalidad como una condición comór-

bida incluso propuesta por algunos autores como una entidad subsindromática del espectro bipolar (18).

Solo una quinta parte de la población mostró tener una adecuada conciencia de enfermedad; resultado consistente con estudios donde evalúan, el conocimiento, aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento (14). Sin embargo en Colombia no hay datos reportados que permitan hacer una comparación con la población estudiada.

La conciencia de enfermedad constituye un factor pronóstico en el control de cualquier trastorno especialmente en patologías de salud mental. Los resultados de este estudio no permiten concluir una posible asociación entre los rasgos de personalidad y tener una adecuada introspección. Este hallazgo, posiblemente obedece a que no se usó ningún instrumento de evaluación de la introspección y el dato fue extraído de historias clínicas donde se consignó la información según la impresión clínica al momento del ingreso.

## Conclusiones

La población de pacientes con Trastorno Bipolar tipo I que ingresan a hospitalización a

la Clínica Montserrat, es de predominio femenina, con una media de edad de 44 años, en su mayoría solteros, católicos, con ocupación permanente y dependientes económicamente.

No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas, tiempo de inicio de la enfermedad y rasgos de personalidad o conciencia de enfermedad. Tampoco se evidenció relación entre los rasgos de personalidad y el nivel de introspección. A pesar de esto, llama la atención las altas frecuencias de personalidad narcisista y límite que se encontraron en los pacientes con nula introspección por lo que se hace necesario explorar y formular una psicoterapia estructurada independiente del manejo farmacológico.

Los datos obtenidos del estudio obedecen exclusivamente a la población estudiada, dado que no corresponde a una muestra representativa de la población, sus datos no son extrapolables.

Se necesitan más estudios en nuestro medio, que permita identificar factores de riesgo que influyan en el pronóstico del Trastorno Bipolar y puedan ser de utilidad a la hora de desarrollar intervenciones psicoterapéuticas.

## Recomendaciones

Se recomienda estudios prospectivos que combinen la entrevista con el uso de escalas de evaluación que permita obtener mayor fiabilidad de los datos.

## Referencias Bibliográficas

1. Goodwin, F. & Jamison, K. 2007. Ma-

nic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression, Oxford University Press, USA.

2. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

3. Acheson A, Conover JC, Fandl JP, DeChiara TM, Russell M, Thadani A, Squinto SP, Yancopoulos GD, Lindsay RM. A BDNF autocrine loop in adult sensory neurons prevents cell death. *Nature*.1995; 374 (6521): 450-3

4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602

5. Magalhaes PV, Kapczinski F, Nierenberg AA, Deckersbach T, Weisinger D, Dodd S, et al. Illness burden and medical comorbidity in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(4):303-8

6. Murray, C. J. L., López, A. D., Harvard School of Public Health, World Health Organization, & World Bank. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Mass.: Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank.

7. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68 (3):241-51.

8. McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, et al. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(1):66-72.
9. Kendler K, Gatz M, Gardner C, Pedersen N. Personality and major depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(10):1113-20.
10. Apfelbaum S, Regalado P, Herman L, Teitelbaum J, Gagliosi P. Comorbidity between bipolar disorder and cluster B personality disorders as indicator of affective dysregulation and clinical severity. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(5):269-78.
11. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2004;68:319-239.
12. Vaskinn A, Sundet K, Ueland T, Agartz I, Melle I, Andreassen OA. Social cognition and clinical Insight ins Schizophrenia and Bipolar disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201(6):445-51.
13. Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG Jr. Lack of insight in bipolar disorder. The acute manic episode. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183:464-7.
14. Kumar A, Kumar S, Khan NM, Mishra S. Course of insight in manic episode. *J Postgrad Med.* 2013;59:186-9.
15. Taylor M, Bressan RA, Pan Neto P, Brietzke E. Early intervention for bipolar disorder: current imperatives, future directions. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:S 213-7.
16. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *Am. J. Psychiatry.* 1995;(152):379-384.
17. Posada JA, Aguilar SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios : resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;23 (3):241-62.
18. Stone M. Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry.* 2006;163(7):1126-8.

## De Leo Kanner al DSM-5: Evolución del Concepto de Autismo y Cambios en los Sistemas de Clasificación

Sandra Piñeros Ortiz<sup>1</sup>  
Carolina Alba Rosero<sup>2</sup>

### Resumen

El Autismo es una condición frecuente, datos recientes estiman una prevalencia de 1 en cada 68 personas; se manifiesta de manera variable y sus condiciones clínicas afectan el funcionamiento desde la niñez hasta la edad adulta en ocasiones asociado a algún grado de Discapacidad Intelectual, e impactando al individuo y su familia. Realizamos una revisión narrativa sobre el concepto de Autismo, sus descripciones iniciales a comienzos del siglo XX y posteriormente los aportes de Kanner y Asperger en los primeros reportes clínicos realizados; así como los hallazgos que plantearon las primeras hipótesis neurobiológicas y que aún hoy siguen siendo objeto de investigación en búsqueda de respuestas que aclaren la etiología y posibilidades terapéuticas del Trastorno. El recorrido histórico describe además la inclusión del Autismo dentro de la clasificación de enfermedades psiquiátricas de la Asociación Americana de Psiquiatría en la clasificación diagnóstica DSM III, hasta abordar los cambios recientes en la actual clasificación DSM 5 dentro del concepto de espectro, el cual reconoce la heterogeneidad del Trastorno, así como los factores neurobiológicos y genéticos asociados y desarrollados a lo largo de la historia. Los desarrollos y avances del concepto plantean aún la necesidad de posibilidades terapéuticas integrales para los pacientes y sus familias.

**Palabras Clave:** Autismo, Asperger, Desarrollo Infantil.

---

<sup>1</sup> Médica Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Docente Universidad Nacional de Colombia, Universidad El Bosque, Clínica de Nuestra Señora de la Paz, seortiz@unal.edu.co

<sup>2</sup> Médica Psiquiatra, Docente del Posgrado de Psiquiatría, Universidad El Bosque, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, carolinaa877@gmail.com

## Summary

Autism is a highly prevalent condition, recent data estimate a prevalence of 1 in 68; the clinical features are variable, affecting global functioning from childhood to adulthood and is sometimes associated with Intellectual Disability, impacting the individual and their family. We made a descriptive review of the concept of Autism, the first descriptions at the beginning of the XX century and the findings from Kanner and Asperger in their first clinical reports; the findings that affirm the first neurobiological hypothesis and are still a current focus of research concerning the etiology and therapeutic possibilities of the disorder. The historical approach describes the inclusion of Autism into the classification of mental disorders in the American Psychiatry Association DSM III, until the recent changes in the current DSM 5 classification and the concept of spectrum, which recognizes the heterogeneity of the disorder, and also the neurobiological and genetic factors involved and studied in the last years. The development and advances about the concept shows the growing need for therapeutic options for patients and their families.

**Keywords:** Autism, Asperger, Child Development.

## Introducción

El Autismo no es tan raro como se aceptó durante muchos años. Hasta hace 3 décadas estudios epidemiológicos estimaron una prevalencia en 1 de cada 2500 personas; sin embargo los cambios en las clasificaciones diagnósticas, el incremento en la capacidad de reconocimiento por parte de los profesionales de la salud y el acceso a servicios más especializados, han conducido a un aparente aumento en su prevalencia. Según datos recientes del Centro de Control y Prevención de enfermedades de los Estados Unidos y estudios de otros países, se calcula actualmente que afecta a 1 de cada 68 personas (1).

Desde hace varios años se considera que es una condición con amplia variabilidad en sus manifestaciones clínicas, en el compromiso funcional de las personas afectadas y en su etiología; no es exclusiva de la niñez, acompaña al individuo a lo largo de toda la vida y aunque en la adolescen-

cia y la adultez temprana se observa con frecuencia algún grado de mejoría, cada etapa del ciclo vital de un individuo con Autismo se asocia a una necesidad de apoyo y soporte específicos. La mitad de las personas con este diagnóstico tienen un funcionamiento intelectual normal, sin embargo la mayoría presenta algún grado de discapacidad, lo que genera altos costos individuales, familiares y sociales (2).

En términos económicos se ha calculado que los costos en la crianza de una persona con Autismo superan en 3-5 millones de dólares los de una persona con un neurodesarrollo típico (2); estudios comparativos muestran que respecto a las familias de personas con otras enfermedades que generan discapacidad, los familiares de pacientes con Autismo ocupan más tiempo en organizar una apropiada atención en salud, tienen más posibilidad de reducir o renunciar a su empleo y realizan más gas-

tos de su bolsillo para acceder a servicios de información sobre las intervenciones efectivas (2). Adicionalmente, se ha documentado que los padres de niños afectados por Autismo tienen un mayor riesgo de sufrir de Depresión y experimentar otros problemas emocionales asociados a la crianza, respecto a los padres de niños con otras discapacidades (3).

Teniendo en cuenta la prevalencia creciente del diagnóstico y el impacto individual, social y familiar del Autismo, esta revisión pretende facilitar la comprensión de sus aspectos clínicos y nosológicos, así como los cambios en su conceptualización a lo largo de la historia.

### **Evolución histórica del concepto**

El término Autismo, derivado del griego Autos, que significa "Sí mismo", fue utilizado por primera vez por Eugene Bleuler en 1911, para describir un mecanismo psicopatológico de la Esquizofrenia caracterizado por el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, el distanciamiento de la realidad, y por tanto el aislamiento y la dificultad para comunicarse (4).

Aunque posiblemente algunos reportes de "niños ferales" (también conocidos como niños salvajes, refiriéndose a su crecimiento entre fieras, en ambientes salvajes o en abandono) podrían corresponder a casos de Autismo (5), no es sino hasta 1943 y 1944 que el término se emplea en las primeras descripciones sindromáticas en niños. Leo Kanner en Estados Unidos presentó en su primer estudio clásico "Autistic disturbances of Affective contact" una serie de 11 casos de niños, algunos de ellos diagnosticados previamente con

Discapacidad Intelectual o Esquizofrenia, que compartían una deficiencia de inicio temprano para relacionarse con las personas. En contraste con los casos de esquizofrenia infantil y de adultos, en estos niños el aislamiento descrito por Bleuler no podría explicarse por una ruptura o un repliegue de la realidad, puesto que su capacidad de relacionarse estaba comprometida desde el comienzo de la vida. Este rasgo fue advertido por los padres de los niños de la serie de Kanner desde los primeros meses de vida, en la ausencia de reacciones anticipatorias ante el acercamiento y de conductas recíprocas como extender los brazos para ser alzados (6).

Kanner señaló que estos niños parecían disfrutar de su soledad, tenían intereses limitados y una falta de interés por los demás, describió las alteraciones en el lenguaje, bien fuera por su ausencia o por una alteración en la comprensión y en su uso social, por la presencia de interpretaciones literales, dificultad o incapacidad para entender las metáforas y el significado implícito de las expresiones, ecolalia e inversión pronominal. Otros rasgos característicos fueron las habilidades notables de memoria y repetición y la restricción en la variedad de la actividad espontánea, la resistencia al cambio y la hiperreactividad a estímulos sonoros y visuales (6).

Aunque Kanner observó que todos los casos de su descripción provenían de familias educadas y acomodadas, que la mayoría establecían relaciones poco cálidas y formales, él mismo cuestionó que todo el cuadro clínico pudiera ser atribuido a las relaciones parentales (6). De manera contemporánea a sus contribuciones, Hans Asperger de la clínica infantil de La Uni-

versidad de Viena publicó un estudio titulado *Psicopatías Autistas de la Niñez*, en el cual describió un grupo de síntomas similares en niños de edad escolar que tenían en común dificultades en la comunicación social, discordantes con su capacidad intelectual global y con sus habilidades de lenguaje. En estos niños se destacaban el uso de expresiones muy formales e inusuales para la edad y un estilo de comunicación de una sola vía marcado por una dificultad para poder tomar la perspectiva del otro y percibir sus intenciones; adicionalmente, resaltó sus intereses absorbentes y la presencia de torpeza motora (7,8).

Las contribuciones de Asperger fueron reconocidas tardíamente debido a la situación política de Europa en el momento de publicarse su trabajo y al idioma original del mismo. Transcurrieron varias décadas hasta que sus descripciones clínicas se retomaron e hicieron parte de una categoría diagnóstica relacionada con el Autismo (8).

En la década de los sesentas, a partir de las características de las familias reportadas por Kanner, Bruno Bettelheim y otros autores de la corriente psicoanalítica plantearon una posible etiología psicogenética según la cual una falla en el comportamiento de los padres impediría la vinculación de los niños, surgiendo el aislamiento como una defensa a una angustia insoponible. Estas hipótesis dieron lugar a un rechazo social por sugerir que los padres eran los responsables de las alteraciones en el desarrollo social de los niños con Autismo (9,10).

A pesar de las descripciones de Kanner y Asperger en la década de los cuarentas, el Autismo siguió considerándose una for-

ma de Psicosis infantil o Esquizofrenia hasta 1980. Gracias a los estudios en gemelos realizados por Rimbland en 1964, y a otros estudios clínicos de Kolvin Rutter en 1972 y 1976, se plantearon las primeras hipótesis neurobiológicas, las características fenomenológicas que lo diferenciaban de la Esquizofrenia y se empezó a considerar un trastorno del desarrollo cerebral temprano. La identificación del inicio precoz del cuadro, así como el curso de la enfermedad, la asociación con convulsiones y la alta concordancia en gemelos, fueron hallazgos de finales de la década de los sesentas e inicio de los setentas que reafirmaron su diferencia con la Esquizofrenia y la decisión de reconocerlo como una entidad discreta en el DSM III en 1980, bajo la denominación de "Autismo Infantil" (10).

Tras la inclusión del Autismo en el DSM III como un diagnóstico categórico, definido por una lista de síntomas, éstos fueron agrupados posteriormente en el DSM-III-R en tres dominios: la interacción social, la comunicación verbal y no verbal y el patrón de actividades e intereses; se estableció un inicio previo a los 3 años y se enfatizaron las alteraciones cualitativas en los dominios comprometidos. En el DSM IV aparecieron por primera vez las diferentes categorías, clasificadas como Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado, Trastorno de Rett y Trastorno Desintegrativo Infantil, todas dentro del capítulo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. A pesar de la identificación de la heterogeneidad clínica y funcional del Autismo, esta clasificación categórica no logró ofrecer ventajas en términos de tratamiento, solía generar inestabilidad diagnóstica y discrepancia

entre los evaluadores, por lo cual se puso en duda la validez de algunas categorías; en concreto, se cuestionó si el Autismo sin discapacidad intelectual y el Trastorno de Asperger representaban entidades diferentes, si el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado estaba aplicándose indebidamente a individuos con alteraciones en la comunicación sin otras características típicas de Autismo y si un diagnóstico genético específico podría relacionarse con una única categoría, como el Síndrome de X Frágil y Síndrome de Rett. Estas limitaciones condujeron a que el grupo de trabajo de la última y más reciente clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM 5, decidiera disolver las categorías del DSM IV y las incorporara dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA). (7,8,11).

Con relación a los criterios diagnósticos, en el DSM 5 se condensan las alteraciones de socialización y comunicación en un solo dominio. Se propuso por primera vez que los síntomas podían ser actuales o pasados y no necesariamente estar todos presentes al momento de la evaluación para poder hacer el diagnóstico; estos cambios, sumados al reconocimiento de que las alteraciones pueden no manifestarse plenamente hasta que las exigencias superen las capacidades, son más consistentes con la historia natural del Autismo y facilitan el diagnóstico en cualquier momento de la vida. La inclusión de la hiper o hiporreactividad a estímulos e intereses inusuales en aspectos sensoriales, descrita años atrás por Kanner, facilita el diagnóstico en niños de edades tempranas, en quienes la presencia de estos síntomas es más frecuente. Otro cambio importan-

te de la última clasificación diagnóstica DSM-5 son los especificadores, que de alguna manera reemplazan el sistema multiaxial del DSM IV; éstos permiten indicar si los TEA cursan con un trastorno del desarrollo del lenguaje, con discapacidad intelectual, con condiciones médicas, genéticas o ambientales asociadas, y con comorbilidades psiquiátricas, algunas de las cuales se consideraban antes como parte del Autismo; además de un especificador de severidad actual que va de 1 a 3 para cada dominio, dependiendo del grado de apoyo o cuidado que se necesite para suplir las dificultades en las alteraciones específicas (6,11).

## Conclusiones

La visión del autismo como una enfermedad rara y “única” ha ido modificándose a lo largo del tiempo. Actualmente se concibe más como una condición heterogénea, asociada en la mayoría de los casos a discapacidad; lo que plantea nuevas perspectivas de intervención enfocadas en las necesidades de cada paciente y su familia, en sus recursos individuales y comunitarios, y no en un objetivo curativo.

Los cambios en la clasificación del Autismo y la comprensión etiológica y fenomenológica de lo que hoy conocemos como TEA, han estado influenciados por los avances en el campo de la genética y las neurociencias. No obstante estos avances, continúan siendo un grupo de entidades con una creciente necesidad de conocimiento; plantean desafíos importantes a los profesionales de la salud para la diferenciación de sus manifestaciones clínicas de las de otros trastornos del neurodesarrollo, así como para la elección y



adecuación de las intervenciones disponibles que respondan a las necesidades en los cuidados de salud, educación, recreación y ocupación de los pacientes y sus familias.

## Referencias Bibliográficas

1. CD statement on the 'prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years' report by the center for disease control. (2014). Targeted News Service Retrieved from <http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1510704909/citation/B880E-8FDBEE54D15PQ/1?accountid=41311>
2. Lord, C., & Bishop, S. (2010). Social policy report autism spectrum disorders diagnosis, prevalence, and services for children and families Society for Research in Child Development.
3. Grindle, C. F., Kovshoff, H., Hastings, R. P., & Remington, B. (2008). Parents' experiences of home-based applied behavior analysis programs for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, , 1-15.
4. Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35, 257-261
5. Papalia Diane, E. (2005). *Psicología del desarrollo. de la infancia a la adolescencia*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
6. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(1943), 217-250.
7. Kinga B.H, Navotb N, Berniera R, Webba S.J. (2014). Update on diagnostic classification in autism. *Curr Opin Psychiatry*, 27, 105–109.
8. McPartland J, K. A. (2006). Asperger's syndrome. *Adolescent Medicine Clinics*, 17, 771–788.
9. Bettelheim, B. (1981). *La fortaleza vacía. el autismo infantil y el nacimiento del sí mismo*. (3ra ed.). España: Editorial Laia.
10. Volkmar F.R, McPartland J C. (2014). From kanner to DSM-5: Autism as an evolving diagnostic concept. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(8)
11. Coury D, S. S. (2014). The proceedings of the autism speaks national autism conference. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 44, 26-47.

## Reporte de caso clínico

---

### Bion y la personalidad psicótica - Caso clínico

Samara Cetina Aguirre<sup>1</sup>

El caso clínico que se presenta a continuación es un caso excepcional de grave alteración psicótica en un adolescente, que se gesta alrededor de una familia disfuncional y de sus mensajes inconscientes, dando como resultado que este joven cometa un homicidio, por lo cual es puesto en tratamiento psicoterapéutico psicoanalíticamente orientado. La familia, al ver su mejoría y elaboración de introspección, suspende el tratamiento.

Se trata de un paciente adolescente que se encuentra en psicoterapia psicoanalíticamente orientada, encuadrado con dos sesiones por semana. La infancia del paciente transcurrió al lado de su madre y muy poco contacto con el padre biológico. Vive con su madre, padrastro y sus hermanos mayores. Su hermano mayor: soltero, bachiller y desempleado. Su hermana: soltera, bachiller, con empleo inestable, en estado de embarazo. De la relación con sus hermanos el paciente comenta que con el mayor es distante, con quien refiere haber sufrido abuso en su

edad escolar dados por episodios de froterismo. De su hermana comenta haber tenido una relación cercana y percibe que es la única que lo entiende.

La relación del paciente con la madre es muy estrecha, simbiótica, basada en la sobreprotección y la falta de diferenciación del uno y del otro. El padrastro ha cumplido el rol paterno y el paciente lo llama "papá" y hay sospecha de bisexualidad y prácticas de travestismo, de las cuales la madre está al tanto. La relación de la madre y el padrastro inició en la adolescencia y se ha caracterizado por agresividad verbal y física. La madre describe sus dos primeros embarazos inundados de ambivalencia y refiere que el tercero es fruto de una relación extramatrimonial. La madre del conoce al padre biológico del adolescente por el padrastro, con quien tenía prácticas homosexuales. Ella refiere haber sido inducida a tener relaciones sexuales con éste y de quien terminó enamorándose y teniendo una relación clandestina. Esta relación es finalizada por el

---

<sup>1</sup> Médica Psiquiatra- Egresada del Posgrado de Psiquiatría- Universidad El Bosque - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Psicoanalista en Formación- Asociación Psicoanalítica Colombiana- samara.cetina@gmail.com

padre biológico del paciente, situación que desencadenó sentimientos de rabia de la madre hacia este y la necesidad de retaliación.

El padrastro fue quien se encargó de la paternidad del paciente, desde su nacimiento. Los contactos con su padre biológico fueron en la edad preescolar, con quien vivió pocos meses y no le proporcionó los cuidados básicos necesarios, razón por la cual fue hospitalizado.

El paciente comenta que tuvo buen rendimiento académico, respeto a figuras de autoridad y de pocos amigos, hasta que llega al grado séptimo, el cual repite en dos ocasiones. Como resultado de la pérdida por segunda vez, es castigado y llevado a vivir con el padre biológico de nuevo, a sus 15 años de edad. El padre biológico en este momento había conformado un matrimonio y fruto de este tuvieron una hija, quien estaba en edad escolar cuando el paciente llegó al hogar. Según lo referido por el paciente, a su llegada es obligado a realizar las labores del hogar y le es negada la escolaridad, lo cual le causa profunda humillación. Luego de estar 15 días en este hogar el paciente tiene un altercado con su padre quien lo maltrata físicamente; al día siguiente, el paciente inicia la planeación del asesinato de su hermanastra, sobre lo que comenta con ocasión de una intervención de familia en presencia de la psicóloga y trabajadora social a cargo del caso: *"Mamá yo quiero decirte que yo no soy inimputable, desde que llegué a la casa de mi papá estuve planeando cómo vengarme de él porque yo lo odio, sabía que al matar a mi hermana le iba a dar por donde más le dolía, por eso estuve*

*planeando la muerte de ella desde hacía ya varios días... Yo por medio de las películas y de los videojuegos sabía cómo matar, leí por internet cuales eran los órganos vitales y la anatomía".*

*El paciente relata que utilizó una plancha y los cuchillos de la cocina para asegurarse de que quedara sin vida. El paciente, al relatar detalladamente los hechos del asesinato, es interrumpido por su madre, a pesar de lo cual, él continúa diciendo: "me sentí mal, cogí un cuchillo y pensé en cortarme pero no fui capaz, entonces espere como dos horas a que llegara mi papá, esperé que abriera la puerta, lo mire a los ojos, tenía un cuchillo en la mano y me le lance a cortarle el cuello para matarlo pero no pude por eso salí corriendo".*

Posterior al ataque al padre, el paciente se escapa, huye y es acogido por una familia desde donde se comunica telefónicamente con su madre. Decide ir a la casa materna en donde es puesto a órdenes de las autoridades. Es trasladado a una institución de puertas cerradas durante 4 meses, después reubicado y llevado a una Institución de Trastorno Mental de Puertas Abiertas, donde se inició el proceso psicoterapéutico con enfoque psicoanalítico.

Un año después de haber trascurrido esta psicoterapia, el paciente relata el homicidio en la intervención familiar previamente citada, observándose que fue un acto premeditado con conocimiento de las consecuencias derivadas del mismo. El paciente comenta: *"...ahora me doy cuenta que mi familia y yo somos muy inestables. Últimamente en las salidas parciales he tenido mucho miedo de perder el control, tengo miedo de volver*

*a matar, por eso cogí la cámara para tomarme fotos para no perder el control, no sé si estoy haciendo mal, pero me siento mejor hablando y pienso que mi hermanastra se merece que sepan la verdad, por eso yo pienso que soy un psicópata y nadie me va a poder ayudar”.*

Al transcurrir de las sesiones realizadas durante un año, en promedio 2 veces por semana, empecé a evidenciar, de acuerdo con lo expuesto por Bion, un funcionamiento mental en el que predomina la llamada personalidad psicótica. El paciente tenía baja tolerancia a la frustración y en una de las sesiones narraba como sus compañeros, en una oportunidad le tiraron borradores, razón por la cual quería volver al colegio y llegó a pensar en vengarse de ellos. En algunas sesiones, en las que se le pedía al paciente que fuera más claro en su relato porque no se le estaba entendiendo, este se tornaba irritable e iniciaba una comunicación llena de hostilidad y odio hacia la terapeuta.

De la noche que fue agredido por el padre comenta que no soportó las humillaciones y juró vengarse poniendo todo su odio en la hermanastra, quien era preferida por el padre. Se observaba como el paciente tenía ataques dirigidos contra aspectos de su self, lo que ocasionaba un mal funcionamiento del aparato de percepción y la distorsión de los vínculos con los objetos, los cuales eran mutilados y transformados en pequeñas partículas o fragmentos que son expulsados violentamente. La evacuación de dichas partículas se realiza por medio de la identificación proyectiva patológica y la escisión, por ejemplo, cuando el paciente narra que tiene miedo de egresar de la

institución en una salida parcial, puesto que percibe el mundo como muy peligroso, sintiendo miedo a que lo agredieran en la calle, lo robaran y lo mataran. Percibía que los valores morales de la sociedad “están muy corrompidos” y que la visión del mundo que la terapeuta le mostraba era errada, no era real y correspondía a un mundo fantasioso; formando de esta manera el paciente con la terapeuta (mundo externo), los objetos bizarros (1). Se evidenciaron rasgos sociopáticos de la personalidad, cuando narró que la noche en que el padre le pegó violentamente, en su interpretación, el padre con la mirada lo estaba obligando a “hacer cosas malas”, ordenándole y obligándolo a matar a su hermana. Esto se consideró como una conducta sociopática basada en la furia narcisista (1, 2).

Durante los primeros ocho meses las sesiones psicoterapéuticas consistían en narraciones detalladas del paciente de lo ocurrido en el diario vivir dentro de la institución. Si se interrumpía por algún motivo, se tornaba hostil hasta que lograba la narración completa cronológicamente, ordenada y obsesiva de lo acontecido en su diario vivir. En las intervenciones psicoterapéuticas el paciente no entendía las metáforas, por lo cual debían ser explicitadas, ya que estas eran tomadas de manera literal. Las palabras solían ser para él indistinguibles de “la cosa en sí misma”; no eran representaciones sino elementos concretos o elementos beta. El paciente clasificaba las experiencias de su vida como totalmente buenas o malas, no había puntos intermedios y preguntaba constantemente qué era “bueno” o “malo” para ir clasificándolas. Cuando cometió el homicidio tenía conocimiento

de que matar y mentir era “*malo*”, por lo cual sería castigado por la sociedad. De esta forma se evidenció que sus objetos internos no entran en contacto entre sí, de manera que sus cualidades intrínsecas quedan intactas, sin capacidad de producir un nuevo objeto mental. Es decir, el paciente no puede formar símbolos, sintetizar objetos, ni combinar palabras; sólo puede yuxtaponerlas o aglomerarlas (2, 3, 4).

Para la instalación y desarrollo de la personalidad psicótica en este adolescente, se asume que debe haber una disposición congénita: Su padre biológico había cometido un asesinato cuando era adulto joven y la madre padecía un Trastorno de la Personalidad. Los vínculos de la madre poseían un componente de envidia, siempre devaluaba al personal de la institución y demás personas con las que tenía algún tipo de vínculo. Con la terapeuta, siempre dudaba de su título de psiquiatra y la devaluaba constantemente por su edad. De su hijo, no podía recibir sentimientos violentos y devolvérselos metabolizados; siempre negaba cualquier sentimiento hostil o agresivo.

Era evidente que no lograba contenerlo y siempre se mostraba por parte de la madre y del paciente, una disposición destructiva primaria. Todo lo anterior contribuyó con la formación de la personalidad psicótica del paciente.

Debido a la falta de un objeto materno funcional con la capacidad de contención de las evacuaciones y proyecciones, no fue posible para este paciente aprender la noción de espacio interior tanto del self como de los objetos (1, 5, 6).

En las sesiones el paciente refería cons-

tantemente su dificultad para encontrarle “*goce a las cosas*” y para arrepentirse y llorar por el homicidio de su hermana; es decir, para tener demostraciones afectivas. Ante una posible interpretación de lo sucedido en su día a día, sugería otras posibles interpretaciones incompatibles e impedía la integración de la labor terapéutica, tomando al terapeuta como identificación proyectiva patológica, como una pantalla beta. Otro elemento que llamaba la atención era que en la institución y en las sesiones, el paciente pedía un trato especial y hablaba de sus demás compañeros de manera displicente, siempre mostrándose omnipotente y omnisciente, no aceptado su rol de paciente.

Un año después del proceso psicoterapéutico, el paciente se observaba más receptivo, iniciando un proceso de introspección, permitiéndose el llanto en las consultas y refiriendo que no le gustaba sentirse tan indefenso y vulnerable. Sentía que todo le afectaba, pero poco a poco se sentía mejor consigo mismo y con su proceso, más introspectivo; aunque por momentos acusaba a la terapeuta, con odio por haberle mostrado su insanidad. Al recuperar la capacidad de sufrimiento, existe la posibilidad de un auxilio terapéutico. Esto se ve claramente cuando el paciente siente a su psicoterapeuta como confiable y puede empezar a dirigirle reclamos. Los afectos reaparecen y, si la respuesta del ambiente no es vengativa, pueden surgir sentimientos de inquietud y preocupación por el otro, a la vez que la capacidad de reparación. A esto D. W. Winnicott lo llamó un “ciclo benigno” con aumento de la confianza recíproca y disminución de los senti-

mientos persecutorios de ambas partes (paciente y psicoterapeuta) (6-7).

La cabo del tiempo, la madre, al ver la mejoría del paciente, interrumpe de manera abrupta el tratamiento, no permitiendo que su hijo acuda de nuevo a psicoterapia, argumentado que estaba peor de como había ingresado; que la terapeuta le estaba haciendo daño y “*se lo iba a entregar más enfermo*”. De esta manera la madre ataca y mutila el vínculo establecido con el paciente, interrumpiendo el cambio catastrófico del mismo que posibilitaría un genuino progreso en la integración de la personalidad. El paciente no vuelve a la institución y la persona que se encarga de la tutoría legal del adolescente, que hace parte de una organización estatal, estuvo de acuerdo con la madre y la familia del paciente, acometiendo contra el equipo psicosocial de la institución, especialmente con la psiquiatra tratante.

Este caso demuestra la importancia y la coherencia que deben tener los profesionales de salud mental a la hora de manejar este tipo de pacientes, con esta tipología familiar, en donde hay una necesidad imperiosa de integrar en el tratamiento de estos a un equipo interdisciplinario para brindar la contención suficiente al paciente por encima de los padres, quienes a todas luces resultan patologizantes e inadecuados, que en últimas no aceptan la mejoría del paciente. Las consecuencias negativas son incalculables para el paciente y para la sociedad. En el tratamiento de este tipo de pacientes se requiere la instauración de un vínculo confiable no persécutorio, a la vez que la provisión de un encuadre de apoyo y/o

relativamente indestructible en relación con el tipo y grado de conductas agresivas que el individuo realiza (7).

Este es un caso que abarca tanto el derecho como la psicología. En este caso la psicología profunda, donde la gravedad del fenómeno va más allá de la enfermedad mental. El resultado obtenido puede comprometer la moral y la ética de una sociedad que se conforma con dictaminar “*inimputabilidad*” sin tener control de las medidas de seguridad.

### Referencias Bibliográficas

1. Grinberg León, Sor Dario y Tabak Elizabeth. Nueva Introducción a la ideas de Bion, Tecnipublicaciones, Madrid, España, 1972.
2. Bion, Wilfred R. Volviendo a pensar. Hormé-Paidós, Buenos Aires, 2006.
3. Galimberti, Fabio, Wilfred R. Bion.: Ediciones Nueva Visión. Argentina, 2006.
4. López Corvo, Rafael E. Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion: Psicoanálisis. Biblioteca Nueva. Madrid, 2008.
5. SchmidKitsikis, Elsa. Wilfred R. Bion, Vida y pensamiento psicoanalítico. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 2001.
6. VV.AA. Mirando desde Bion. Blue Eagle Grou.
7. AbadiSoni. Transiciones: El modelo terapéutico de D.W. Winnicott, Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina. 1996.

Ensayo

## La Fuerza del tropismo en José Asunción Silva

Eduardo Gómez Escallón<sup>1</sup>

*“Uno no hace versos,  
se hacen dentro de uno y salen”*

J.A. Silva

### Resumen

**Objetivo:** Explicar y aclarar el concepto de Tropismo, propuesto por W.R. Bion, e ilustrarlo en la vida y en la obra del Poeta José Asunción Silva.

**Desarrollo:** En primer lugar se expone y se trabaja sobre el término en cuestión, para luego ilustrarlo con hechos de la vida y aspectos de la obra de Silva. Igualmente se establece una diferencia entre este término y el de Pulsión de Freud, aclarando que son dos enfoques epistemológicos diferentes. Bion describe, considerados de manera individual, tres tipos de tropismos: a) el de asesinar-ser asesinado (de muerte), b) el de crear-ser creado (creatividad) y c) el de parasitar-ser parasitado.

**Conclusión:** Resulta evidente la alternancia y/o coexistencia de los tropismos, y en especial el predominio del de muerte, el cual, finalmente termina triunfando con el suicidio del poeta.

**Palabras Clave:** Tropismo, Mente, Intuición, Poesía

---

<sup>1</sup> Miembro Titular Sociedad Colombiana de Psicoanálisis  
Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Colombiana  
edugomezesc@hotmail.com

## Summary

**Objective:** To explain and clear-up Bion's concept of Tropism and evidencing its presence in the life and work of poet José Asunción Silva.

**Development:** In the first place, the concept of tropism is explained and studied thoroughly, then on illustrating it with facts and specific aspects of Silva's life and work. Secondly, the concept is differentiated from Freud's concept of Drive, concluding that these two points of view constitute different epistemological mindsets. Bion describes, considered in an individual manner, three types of tropisms: a) to murder-being murdered (of dead), b) to create-being created (creativity and c) to parasite-being parasited.

**Conclusion:** When analysing Silva's life and work, it is evident that the three types of tropisms alternated or coexisted in his psychic universe, with a notorious predominance of the dead tropism, which ultimately triumphed over the others to result in the poet's suicide.

**Key Words:** Tropism, Mind, Intuition, Poetry

## I A manera de Introducción

Este trabajo reúne tres tópicos que han sido, de una u otra manera, centro de mi interés, y a cada uno de los cuales me referiré brevemente:

### 1) El Análisis aplicado

Con este término nos estamos refiriendo a la aplicación de una o varias de las teorías psicoanalíticas a algún aspecto de la cultura, a un personaje, ya sea real o ficticio, o a otras muchas situaciones, como pueden ser sucesos históricos, la literatura en general o producciones literarias específicas. Freud mismo nos señaló el camino, a través de varios de sus trabajos, pero también nos previno sobre los peligros del abuso de este tipo de interpretaciones. He publicado algunos trabajos de análisis aplicado, la mayor parte de ellos relacionados con los mitos. Se ha señalado que muchos de los mitos más importantes y conocidos se refieren, de alguna manera, a una prohibición del conocimiento por parte de dioses hostiles: su contenido in-

cluye también el correspondiente castigo. En el mito del Edén perdido, el castigo es el exilio; en la Torre de Babel, la confusión de las lenguas; en Narciso, su muerte por querer conocerse. Edipo comienza su tragedia con su insistencia en llegar a la verdad, a pesar de las advertencias de Tiresias y la cual termina con su ceguera y voluntario exilio.

El aporte del Psicoanálisis a otras áreas del conocimiento es, desde luego, parcial y constituye solamente una herramienta más para entender un fenómeno dado. Mi propuesta sería la de referirnos más a "Aportes del psicoanálisis a la comprensión de..." en lugar de "Análisis Aplicado".

### 2) W.R. Bion

La palabra tropismo que se incluye en el título, es tomada de la obra de W.R. Bion, muy importante psiquiatra y psicoanalista del siglo XX. Nació en Muttra, India, (1897) donde su padre trabajaba en un alto cargo con las autoridades de ese país. A los ocho años tiene que salir de la India, para dar comienzo a sus estudios en Inglaterra; este hecho constituiría su propio



Edén Perdido. Participó en las dos guerras mundiales, en la primera como soldado, en la que su tanque fue abatido, intensa experiencia traumática y, en la segunda, como médico del ala de entrenamiento militar del hospital de Northfield, donde inició sus importantes estudios sobre el funcionamiento grupal.

Su obra se centró ante todo en la teoría del pensamiento y en su dinámica, y se caracteriza principalmente por su alto nivel de abstracción y su profundidad. Hay que destacar su incondicional búsqueda de la verdad, a toda costa, sin transacciones.

Al final de su vida (1979) mostró su fino humor inglés, cuando al ser informado sobre su enfermedad terminal, respondió con una sonrisa: *"Life is full of surprises, most of them unpleasant"* (La vida está llena de sorpresas, la mayor parte de ellas displacenteras).

### 3) José Asunción Silva

Se escogió a Silva para ejemplificar la teoría de los tropismos. Mi gusto por su obra se remonta a la infancia, a través de anécdotas en las que se encuentran implicados algunos mitos familiares.

Con su tendencia a mirar al pasado, nos evoca muchos de los juegos y angustias infantiles:

*Los niños cansados suspenden los juegos  
De la calle vienen extraños ruidos  
En esos momentos, en todos los cuartos,  
Se van despertando los duendes dormidos.*

## II

En esta presentación quiero ejemplificar la presencia del tropismo, concepto planteado por Bion en su libro *Cogitaciones*, en la vida y en la obra de un escritor de reconocida importancia en la poesía Iberoamericana: José Asunción Silva.

Según el Diccionario de la Real Academia

Española, la palabra tropismo viene del griego "vuelta", y lo define como: "movimiento total o parcial de los organismos, determinado por el estímulo de agentes físicos o químicos". Un ejemplo diario lo tenemos en la rotación que el girasol establece alrededor del sol.

Bion se interesa en este tema a lo largo de su obra, da algunas orientaciones en su libro de grupos, lo desarrolla en *Cogitaciones* y lo integra con la clínica y la nueva epistemología hacia el final de su obra en: "Cuatro Escritos" (1992) y en "Seminarios Romanos" (1986)

Considero el Tropismo como un concepto de nivel epistemológico diferente al de Pulsión de Freud, por lo cual es mi intención tratar de establecer una diferenciación entre los dos.

Entiendo que el tropismo es fácilmente un observable clínico, con connotaciones que abarcan los factores psicológicos determinantes de la conducta. Por su parte, considero que la pulsión de Freud (Trieb) es una inferencia teórica que se refiere, según lo señala en varias partes, a un "concepto límite" entre lo somático y lo psicológico.

Aquí interviene también el concepto de Representante psíquico, que en ocasiones se usa como sinónimo de la pulsión y en otras corresponde al vértice mental del "concepto límite". A este respecto dice Freud: "Una Pulsión nunca puede convertirse en objeto de la conciencia-Solo la idea que lo representa puede hacerlo"(1). Afirmo que las pulsiones se originan en el interior del organismo y que, según mi comprensión, corresponden más a una inferencia teórica que a un observable clínico. En la conferencia XXXII de las "Nuevas Conferencias Introductorias" (1932-36) dice: "La teoría de los instintos

(Trieb) es, por así decirlo, nuestra mitología. Los instintos son entidades míticas, magnas en su indefinición”(2).

En el corto escrito de Cogitaciones, Bion describe la existencia de los tropismos en el aparato mental y les asigna un lugar relevante; nos dice que: **“Los tropismos son la matriz de la cual nace toda vida mental”** (3). Los señala tan pujantes e intensos, que la tolerancia o intolerancia a la frustración serían secundarias a su fuerza. Les asigna una especificidad: “La actividad propia de los tropismos es la búsqueda”(3). Todo el futuro desarrollo de la personalidad depende de que exista un objeto, el pecho, en el cual los tropismos puedan ser proyectados. Si no existe, el resultado es la catástrofe”... (1992) “Si existe tal objeto, el pecho podrá ser capaz de tolerar las identificaciones proyectivas que se introducen dentro de él” y podrá devolverlas modificadas (4).

Cabe aquí referirme a los conceptos de Rêverie y de Identificación Proyectiva. Este último fue planteado por Melanie Klein (1946) (5), para indicar un mecanismo por medio del cual la persona ubica una parte generalmente no aceptada por su Self, en un objeto, y allí es tratada como si a él perteneciera. Posteriormente esta noción ha ido adquiriendo más relevancia dentro de la teoría psicoanalítica, hasta convertirse en el mecanismo básico de toda comunicación. Por su parte la Rêverie se refiere a la capacidad de un “continente” para acoger esas identificaciones proyectivas, elaborarlas y devolverlas metabolizadas.

El tropismo puede actuar de manera individual o en conjunto. En el primer caso

divide los tropismos individuales en 3 categorías que a la vez pueden conjugarse y organizar diferentes patrones:

1. El tropismo de asesinato: implica un patrón innato en busca de un objeto a quien asesinar o ser asesinado por él.
2. El tropismo de parasitismo: que busca un objeto a quien parasitar o en quien ser huésped.
3. El tropismo de creatividad: que busca un objeto al cual crear o por el cual ser creado (6).

El tropismo, correspondería a una estructura de carencia, cuya palabra clave podría ser “en busca de”. Sostiene Bion que estas fuerzas, tienden a organizarse como configuraciones de “patrones en relación” y no como sumatoria de elementos y es congénito. Así como hay evidencia de la existencia de la presencia del sueño en el feto, podríamos plantearnos como hipótesis que los tropismos intervienen en el estado prenatal (7).

Según Miramón y col. (2009): *“Los tropismos, ... forman parte de patrones más amplios y promueven a su vez la configuración de nuevos patrones en relación.* Vale decir, que emergen como centros primarios de organización y armonización del psiquismo que en su devenir, están <en busca de un pecho que permita la realización hacia>. Se expresan como <nodos de elementos> relacionados. No se trata de una causalidad lineal promovida desde un elemento y en un espacio limitado (8).

Estas organizaciones tróficas plenas de elementos conjugados, provienen del <sistema protomental> y están presentes como <centros de sistemas abiertos y

de experiencias emocionales complejas>. También se conforman en base a la influencia del espacio social y cultural al que pertenece el sujeto.”

Estas fuerzas ancestrales e innatas no se expresan en el nivel del lenguaje verbal. Se trata de niveles primarios. Para acceder a su conocimiento debe emplearse la intuición.

La intuición es una función de la mente que posibilita la captación de ideas germinales que transitan en el vínculo analista-paciente. Esas ideas germinales emergen en el campo clínico a través de patrones y matrices que se organizan en el proceso de transformación y conjunción entre los patrones del analista y del paciente (8), lo cual, en la clínica, se traduce o se relaciona con los conceptos de Transferencia-Contratransferencia.

Según la concepción de Bion, los tropismos pueden ser comunicados, lo cual no constituye una característica de la Pulsión freudiana, y a veces constituyen formas de comunicación demasiado poderosas. Creo que representan un concepto mucho más cercano a las ideas de M.Klein, que al de pulsión de Freud, en cuanto que su mecanismo de acción puede ejercerse a través de la Identificación proyectiva y dentro de una relación continente-contenido (♀♂), planteada por Bion como uno de los “Elementos” del psicoanálisis (3, 4).

### III

#### Vida y obra de José Asunción Silva

Elegí a Silva (1865-1896) pues su vida y obra permiten una ilustración del tema de los tropismos que se ha venido desarro-

llando, pero bien hubiera podido escoger cualquier otro escritor o poeta igualmente atormentado como lo fueran los llamados “poetas malditos”, o Edgar Allan Poe, entre otros muchos. Desde lo psicológico se han ocupado de Silva con anterioridad, Edmundo Rico, Socarrás y De Zubiría. Desde el vértice puramente psiquiátrico y preferentemente descriptivo, Edmundo Rico llega a la conclusión diagnóstica de la presencia de “un Temperamento, una Depresión Melancólica innata como las secuencias afectivas que, en repetidas ocasiones tanto el uno como el otro suelen desatar” (1964) (9). “Me inclino a creer que el de Silva fue un temperamento ciclotímico, sujeto a vaivenes periódicos de euforia y quebranto, aunque encausado siempre a la depresión melancólica de lo cual da buena cuenta”, nos dice Rico, su poema “Juntos Los Dos”, del que quiero destacar los siguientes versos:

Juntos los dos reímos cierto día...  
 ¡Ay, y reímos tanto  
 que toda aquella risa  
 se tornó pronto en llanto!  
 después, juntos los dos, alguna noche,  
 reímos mucho, tanto,  
 ¡que quedó como huella de las lágrimas  
 un misterioso encanto!

Por su parte el psicoanalista Roberto De Zubiría en su libro “Muerte y Psicoanálisis” (1990) (10), dedica un capítulo a José Asunción Silva a quién llama “El poeta de la Muerte”. Coincide con el profesor Rico en el carácter ciclotímico de Silva. Sin mencionar el concepto de Tropismo, intuye el de Parasitismo, cuando dice: “José Asunción tuvo que fusionarse con el cadáver de su hermana muerta, probablemente una representación de su madre”.



A todo lo largo de su obra se puede observar la presencia constante de la melancolía, la muerte, la tristeza y de un fuerte apego al pasado. Voy a enfocar nuestro trabajo sobre el tema de los tropismos y su fuerza, en primer lugar en la vida de Silva. La fuerza ancestral del tropismo de asesinato-suicidio se encuentra presente. Su abuelo paterno “un enamorado ferviente de la muerte”, es asesinado en la hacienda Hato Grande, para Alberto Miramón por una cuadrilla de forajidos, para Santos Molano como resultado de una conspiración familiar. Su tío Guillermo Silva, hermano de su padre, se suicidó. Edmundo Rico cita a Nicolás Bayona Posada en relación con el tema de lo ancestral: “En la sociedad de entonces, pacata y gazmoña, su tío abuelo, don Antonio María, fue casi reputado como un demente peligroso...Y

más refinado y extraño fue su abuelo paterno, don José Asunción, enamorado ferviente de la muerte...” Y luego agrega: “Un primo del poeta, Guillermo Silva en un arrebato inusitado de ira, se destrozó el cráneo de un tiro de pistola en la antigua casa de Hato Grande, porque su padre, don Antonio María, le negara el permiso de venir a Bogotá para festejar la “Nochebuena”. Y al decir de Carlos A. Caparrosa, otros parientes del bardo se quitaron la carga de la vida por voluntad y consumación propias” (1964) (9).

José Asunción Silva para autores como Alberto Miramón, termina su vida en un acto que venía madurando y como evidencia narra la visita que Silva realizó a su médico el Dr. Manrique, el 23 de mayo de 1896, vísperas de la muerte, solicitándole que le señalara el lugar del corazón (1937) (11). Rafael Maya coincide con el acto suicida y Luís Durán Umaña uno de los primeros en hacerse presente en el lugar de los hechos, también confirma ésta hipótesis, Santos Molano afirma que fue asesinado por problemas familiares.

Ricardo Silva Romero, en su reciente obra “El libro de la Envidia” (2014) retoma (12), en forma novelesca, la teoría de Santos Molano: Silva fue asesinado por envidia. José Gabriel Vásquez, en su libro “El ruido de las cosas al caer” (2011) (13), pone como introducción a uno de sus capítulos, el verso de Silva “Una sola sombra larga”.

Me interesó la presencia del tropismo suicidio-asesinato como tendencia presente en tres generaciones, dando cuenta de su fuerza.

El tropismo de creatividad emerge en Silva no sólo en el campo de las letras, sino

que se manifiesta inicialmente en la pintura, a sus dos años, con motivo de la celebración del tercer aniversario de la boda de sus padres. A los 10 años escribe su primera poesía "Primera Comunión" según A. Miramón y según Emilio Cuervo Márquez, "Crisálidas". El modernismo es su deudor y "...se lo ha llamado el poeta más grande de la lírica castellana en los tiempos modernos"(11, 14). Marcó la transición entre romanticismo y modernismo, adelantándose aún a Rubén Darío. Silva permitió que la renovación métrica del modernismo no fuera absorbida por el simbolismo francés. Amado Nervo ha dicho que Silva es el poeta más grande de América. Unamuno en su prólogo al libro "Poesías de Silva" señala: "...Silva canta. Y ¿Qué canta? He aquí una pregunta a la que no es tan fácil contestar desde luego. Silva canta como canta un pájaro, un pájaro triste, que siente el advenimiento de la muerte a la hora en que se acuesta el sol"(14).

Pasamos ahora a comentar la presencia de los tropismos en su obra. Como ya se señaló, a los 10 años, en plena infancia, escribe una de sus primeras poesías, "Crisálidas", donde ya aparecen la creatividad y la muerte:

Cuando enferma la niña todavía  
Salió cierta mañana  
Y recorrió, con inseguro paso  
La vecina montaña  
.....  
Unos días después  
En el momento en que ella expiraba  
Y todos la veían con los ojos  
Nublados por las lágrimas  
En el instante en que murió, sentimos  
Leve rumor de alas.

De su famoso Nocturno y teniendo en cuenta su importancia para la poesía iberoamericana, reproduzco buena parte del texto donde de nuevo se combinan la creatividad y la muerte:

Una noche  
Una noche toda llena de perfumes de  
murmullos y de músicas de alas  
Una noche  
En que ardían en la sombra nupcial y  
húmeda las luciérnagas fantásticas  
A mi lado lentamente, contra mí ceñida  
toda, Muda y pálida,  
Como si un presentimiento de amarguras  
infinitas Hasta el más secreto fondo de las  
fibras te agitara Por la senda que atraviesa la  
llanura florecida  
Caminabas  
.....  
Y tu sombra  
Fina y lánguida  
Y mi sombra  
Por los rayos de la luna proyectadas  
Sobre las arenas tristes  
De la senda se juntaban  
Y eran una  
Y eran una  
Y eran una sola sombra larga!  
Y eran una sola sombra larga!  
Y eran una sola sombra larga!  
Esta noche  
Solo, el alma  
Llena de infinitas amarguras y agonías de tu  
muerte, Separado de tí misma por  
el tiempo, por la tumba y la distancia  
-----  
Sentí frío; era el frío que tenían  
en la alcoba  
Tus mejillas y tus sienes y tus  
manos adoradas.  
-----

Era el frío del sepulcro, era el frío  
de la muerte  
Era el frío de la nada...

Y tu sombra esbelta y ágil  
Fina y lánguida,  
Como en esta noche tibia de la muerta  
primavera,  
Como en esa noche llena de perfumes, de  
murmullos y de músicas de alas,  
Se acercó y marchó con ella,  
Se acercó y marchó con ella,  
Se acercó y marchó con ella...  
¡Oh las sombras enlazadas,  
¡Oh las sombras que se buscan y se juntan  
en las noches de tristezas y de lágrimas.

A propósito de este famoso poema dice Rafael Maya, seguramente percibiendo la presencia de los tropismos de asesinato-muerte y creatividad: "aquello no es un poema: es la expresión metafísica de la muerte, es la esencia misma del dolor..." (1964) (9).

No podemos dejar de lado algún ejemplo de "Gotas Amargas" que muestra su ironía melancólica y que además, al decir de María Mercedes Carranza (esta poeta trabajó con empeño en el desarrollo de la poesía y de la "Casa de Poesía Silva" en Bogotá, a ella también se la llevo el tropismo de suicidio) son versos precursores de la antipoesía expresados por el chileno Nicanor Parra y donde el asesinato-suicidio acompañan el acto creativo (1996) (15).

#### Cápsulas

.....  
Luego, desencantado de la vida,  
Filósofo sutil,  
A Leopardi leyó, y a Schopenhauer

Y en un rato de spleen,  
Se curó para siempre con las cápsulas  
De plomo de un fusil.

De Zoospermos, también en Gotas Amargas, destaco las siguientes líneas, seguramente premonitorias de su trágico final:

"Hubiera al fin logrado  
Tras múltiples esfuerzos  
El convertirse en hombre,  
Corriéndole los años  
Hubiera sido un Werther  
Y tras de mil angustias  
Y gestas y pasiones  
Se hubiera suicidado  
Con un Smith y Wesson  
Ese espermatozoide..."

A Álvaro Mutis para la celebración de los cien años de muerte del autor, la casa de Poesía Silva le solicitó un poema sobre el suicidio de Silva. Al final de la carta que declina la invitación dice Mutis "...La marioneta del petimetre y egoísta se disolvió en la nada donde había nacido, y me ha quedado la presencia desgarradora de un hombre de letras dotado de auténtico genio y condenado a luchar sin tregua contra la crisis económica que devastó a Colombia debido a circunstancias externas e internas que nadie pudo controlar. A esta ola de adversidad se sumaba, en contra de Silva, el asfixiante ambiente de agriada parroquia y de envidiosa inquina en el que, con esmero realmente diabólico, se dedicaron los conciudadanos y contemporáneos del poeta a deformar y escarnecer a quien les resultaba un incómodo ejemplo de lo que ellos nunca quisieron ni supieron ser. Así nació el apodo de José Presunción Silva Pandolfi que le fuera aplicado por un compañero de co-

legio que luego intentó vanagloriarse de haber sido su amigo (16).

Es así como me encuentro ahora frente a una de las figuras al mismo tiempo más entrañables y admiradas de las letras en nuestro idioma y uno de los seres más ignorados y vejados que hayan vivido en nuestra tierra. Ni el prefacio ni el prometido poema son posibles en estas circunstancias.” (1996) (16).

Para finalizar las ilustraciones de su obra, marcada con la presencia de los tropismos, quiero señalar algunas citas de su única novela *De sobremesa* que al decir de García Márquez: “El método narrativo desde las primeras páginas de su libro y a diferencia de cualquier novela anterior hace pensar en una influencia imposible: el cine” (17) y más adelante agrega: “Bien sabemos que Silva murió apenas unos cuatro meses después de que los hermanos Lumière sorprendieran a París con las primeras películas de la historia” (16). Comentario que nos da cuenta del tropismo de creatividad que avista García Márquez en Silva, jugando con la ficción de poner a Silva como precursor del cine (17).

Veamos algunos textos: José Fernández, el *Alter Ego* de Silva en su novela, consulta con el famoso profesor Rivington y entre muchas cosas le dice lo siguiente: “He sufrido, doctor...debo decirle que en los momentos de sufrimiento se produce en mí un placer superior al dolor mismo, el de sentir ese dolor, el de conocer las impresiones nuevas que me procura”. Más adelante, se refiere a su visita a Charcot, (a quien llama Charvet) en la *Salpêtrière*: “Ayer no pude resistir mas y me fui a un médico, a quien sin entrar en detalles de otro orden, le referí mis achaques. Fue el profesor Charvet, el sabio que

ha resumido en los seis volúmenes de sus admirables *Lecciones sobre el sistema nervioso*... ¿a que le debo el honor de su consulta? A una abominable impresión de ansiedad y de angustia bajo la cual estoy viviendo desde mi llegada a París.” “Me interrogó hábil y discretamente hasta hacerme confesar los cinco meses de abstinencia sexual a que me ha condenado la imposibilidad de tolerar cualquier contacto femenino desde la tarde del bendito encuentro en Ginebra”.

Para finalizar el comentario en relación con *De sobremesa*, reuniendo imaginativamente a Silva y Charcot, encontramos una referencia de Bion (3, 4) sobre Freud, Charcot, y los tropismos; cita Bion a Freud “...la idea de Charcot de seguir las diversas líneas de una situación desconocida hasta que comienza a surgir un patrón que puede entonces ser interpretado...” (1992) (3, 4), es ésta una descripción pictórica del tropismo. Y más adelante, en este mismo escrito, Bion, continuando con lo enunciado por Freud agrega: “Aprendí a restringir mis tendencias especulativas y a seguir el olvidado consejo de mi maestro Charcot: mirar las mismas cosas una y otra vez hasta que empiecen a hablar por sí mismas” (1992) (3, 4).

Bion considera que en el paciente que acude al análisis en busca de ayuda, está predominando, el tropismo de creatividad. En este sentido consideramos que en Silva terminó predominando finalmente el tropismo de asesinato, expresado en el suicidio. Este tropismo también se encuentra presente, según lo ya expresado en este trabajo, en muchos de los miembros de su familia. Lo cual, de ninguna manera implica que el tropismo de creatividad no haya estado siempre presente en su obra.

## IV

## A manera de conclusión

Ha sido mi interés destacar el concepto de Bion sobre los tropismos y marcar las diferencias con el de pulsión de Freud, considerándolos como dos aproximaciones epistemológicas diferentes. Los tropismos representan fuerzas ancestrales, que implican una estructura de carencia y cuya actividad propia es la búsqueda. Por otro lado, son un observable clínico, de factores psicológicos determinantes de la conducta. Tienen, en cuanto a su manera de funcionamiento, una cercanía con las ideas de Klein sobre la Identificación Proyectiva (5), y con su propia concepción de Continente-Contenido (♀♂), que describe como uno de los Elementos de Psicoanálisis. Poseen, además una capacidad primaria de comunicación.

Por su parte, como ya ha sido señalado, el concepto de Pulsión en Freud no es un observable clínico sino que representa una inferencia teórica (Freud lo consideró como nuestra "mitología"), ni tampoco implica una estructura de carencia ni contenidos específicos de fuerzas ancestrales. También carecen de una capacidad innata de comunicación.

## Referencias Bibliográficas

1. Freud S. "The Unconscious" 1915. The complete Psychological Works of Sigmund Freud. Standard Edition. London: The Hogarth Press; 1953.
2. Freud S. "New Introductory Lectures on Psychoanalysis" 1933. The complete Psychological Works of Sigmund Freud. Standard Edition. London: The Hogarth Press; 1953.
3. Bion WR. Cogitaciones. Ed. Francesca Bion. Londres: Karnac Books; 1992.
4. Bion WR. Seminarios Clínicos y Cuatro Textos. Buenos Aires; Lugar Editorial; 1992.
5. Klein M. "Notes on some Schizoid Mechanisms" 1946. Developments in Psychoanalysis. The Hogarth Press, London; 1973.
6. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses univ. de France; 1971.
7. Sor D y Martínez M S. Brechas en el sueño. Buenos Aires: Polemos; 2004.
8. Miramón B, de Terán A, Marín E. La intuición a la luz de los desarrollos epistemológicos de W. Bion. Rev Psic Asoc Psic Arg; 2009;66:353-73.
9. Rico E. La Depresión Melancólica en la Vida, en la Obra y en la Muerte de José Asunción Silva. Tunja: Imprenta Departamental; 1964.
10. De Zubiría R. Muerte y psicoanálisis. Bogotá: Editorial Grijalbo; 1996.
11. Miramón A. José Asunción Silva. Bogotá: Imprenta Nacional; 1937.
12. Silva R. El Libro de la Envidia. Bogotá: Alfaguara; 2014.
13. Vásquez JG. El ruido de las cosas al caer. Bogotá: Alfaguara; 2011.
14. Cuervo E. "José Asunción Silva, su vida y su obra". José Asunción Silva, vida y Creación. Comp. Charry F. Bogotá: Procultura; 1967.
15. Carranza MM. Silva y el Modernismo, en José Asunción Silva. Poesía completa. De sobremesa. Bogotá: Casa de Poesía Silva. Grupo Editorial Norma; 1996.
16. Mutis A. Testimonio, en José Asunción Silva. Poesía completa. De sobremesa. Bogotá: Casa de Poesía Silva. Grupo Editorial Norma; 1996.
17. García Márquez G. En busca del Silva Perdido, en: Cartas de José Asunción Silva. Bogotá: Casa de Poesía Silva. Edición del Centenario; 1996.



## Disertación escrita

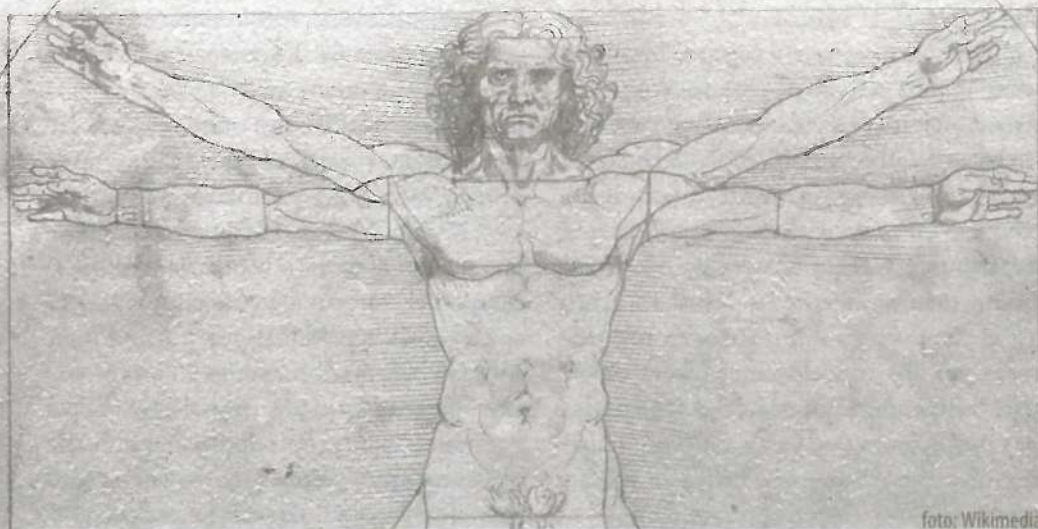


foto: Wikimedia

## Psicoanálisis Aplicado al Arte: "A Propósito de un Recuerdo Infantil de Leonardo Da Vinci"

Aura Victoria Carrascal Márquez<sup>1</sup>

### Introducción

El nacimiento del Psicoanálisis, implicó una ruptura epistemológica en la teoría del conocimiento. Creó un modelo conceptual diferente para explicar la salud y la enfermedad mental. Un modelo de tal envergadura, que delimitó los campos de la neurología y la psiquiatría.

---

<sup>1</sup>Médica Psiquiatra- Psicoanalista- Miembro Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Colombiana- Docente del Posgrado de Psiquiatría- Universidad El Bosque- Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- [avcarrascal@gmail.com](mailto:avcarrascal@gmail.com)

En el siglo de los avances en las mentalidades médicas anatomo-patológica y fisiopatológica, en que se descubren y tipifican por ejemplo el área de Broca, las funciones de la neurona, etc; a partir de los “Estudios sobre la histeria” y “Proyecto de una psicología para neurólogos”, Freud plantea que las parálisis motoras de la histeria no obedecen a daños en un trayecto neurológico, sino a un conflicto psíquico entre un tendencia instintiva que busca su descarga y una fuerza que la reprime; dando origen a las Neurosis. Abre así el campo para que aparezcan por primera vez los modelos metapsicológicos, para la comprensión de diversas entidades nosológicas que hasta antes no tenían mayor explicación y que inclusive habían tenido explicaciones mágico-religiosas.

Aparece entonces por primera vez el campo de lo psicológico, como un terreno para la exploración científica, del comportamiento humano, de sus vicisitudes en lo social y en lo individual. Este es un gran aporte. De ello dan cuenta los numerosísimos desarrollos ulteriores.

Al psicoanálisis siempre se le ha criticado que como posibilidad terapéutica es una herramienta solo para unos pocos, debido a su técnica y a sus costos, luego de bajo impacto epidemiológico y social, tema que no voy a tratar en este escrito, pero sí quiero destacar, que a pesar de esto como modelo conceptual y herramienta de pensamiento, su impacto social ha sido inmenso. De hecho transformó muchas de las concepciones de la humanidad en el siglo XX. No podemos negar que cambió la visión de la sexualidad, la noción de familia, la mirada sobre la infancia y la adolescencia, los conceptos acerca de quiénes somos nosotros mismos y nuestras sociedades también cambiaron. Las

ciencias sociales hoy día utilizan muchos de sus conceptos.

En nuestro campo, siguen siendo importantes sus aportes a propósito de las definiciones sobre el funcionamiento mental, la memoria, el desarrollo evolutivo, la comprensión de los afectos y las emociones, el narcisismo, entre otros.

En lo pedagógico, el psicoanálisis también ha sido innovador, pues su modelo basado en el trípode clásico de seminarios que revisan la teoría y la técnica es decir el campo del conocimiento, se complementa con el análisis personal que pone el foco sobre el observador (candidato en formación, basados en el aforismo de “conócete a ti mismo” que propenderá a desarrollar la autoobservación) y las supervisiones que facilitan observar, lo observado (el paciente y la interacción paciente-analista en formación), permitiendo un sinnúmero de combinaciones que incluyen la supervisión de la supervisión, entre otras, haciendo énfasis en que tenemos que estar siempre abiertos a investigar y a ver con ojos nuevos los fenómenos a los que nos aproximamos, es decir, a cultivar una mentalidad de investigación.

## Reflexiones

Para la formulación de su modelo Freud se apoyó en los avances de las ciencias de su época y así generó diversas teorías sobre el funcionamiento del aparato mental, trayendo los principios de la mecánica, la dinámica, la genética, la anatomía y concibió su labor como la de un arqueólogo que busca capa tras capa para encontrar la historia. También comparó su trabajo con el de un artista más concretamente el de un escultor que por vía “di levare” extrae del mármol la obra que quería expresarse,

a diferencia del arte del pintor que más se hace por vía "di porre", dejando así por sentado las bases de la neutralidad técnica y el cuidado de no contaminar con nuestros contenidos aquellos del paciente.

En términos actuales, se refirió a tener cuidado con los sesgos del observador sobre lo observado. Su mentalidad era la de un investigador que utiliza el conocimiento existente para comprender el motivo de su estudio. Para lograr ese entendimiento, utilizó metáforas de la historia, de la mitología, de la ciencia, del arte, de la naturaleza, pues su objeto de estudio era precisamente lo humano. Así nos legó nociones tan valiosas como que ontogenia y filogenia se repiten de donde se desprende el desarrollo psicoevolutivo, el complejo de Edipo, el concepto de un aparato mental, las formulaciones sobre la sexualidad humana, entre otras respectivamente. No gratuitamente recientemente fue elegido como uno de los genios que cambió la historia de la humanidad en el siglo XX. Se trataba sin duda alguna de un erudito, de un ser humano con una cultura universal. No es gratuito entonces que se interesara por la vida y obra de otros "Grandes" en la historia de la humanidad.

En 1910 publica un artículo titulado "Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci", apoyándose en los estudios de sus biógrafos Vassari y Solmi, a partir de un manuscrito encontrado entre sus papeles que fueron legados a su discípulo y acompañante Francesco Melzi.

### Breve Reseña Biográfica

Leonardo da Vinci (Leonardo di ser Piero da Vinci fue un pintor florentino. Notable polímata del Renacimiento italiano (a la vez anatomista, arquitecto, artista, botánico,

científico, escritor, escultor, filósofo, ingeniero, inventor, músico, poeta y urbanista) nació en Vinci el 15 de abril de 1452 y falleció en Amboise el 2 de mayo de 1519, a los 67 años, acompañado de su fiel Francesco Melzi, a quien legó sus proyectos, diseños y pinturas. Tras pasar su infancia en su ciudad natal, Leonardo estudió con el célebre pintor florentino Andrea de Verrocchio, quien trabajó en Florencia para Lorenzo de Medici. Sus primeros trabajos de importancia fueron creados en Milán al servicio del



foto: Wikimedia

duque Ludovico Sforza. Trabajó a continuación en Roma, Bolonia y Venecia, y pasó los últimos años de su vida en Francia, por invitación del rey Francisco I.

Frecuentemente descrito como un arquetipo y símbolo del hombre del Renacimiento, genio universal, además de filósofo humanista cuya curiosidad infinita sólo puede ser equiparable a su capacidad inventiva,<sup>3</sup> Leonardo da Vinci es considerado como uno de los más grandes pintores de todos los tiempos

y, probablemente, es la persona con el mayor número de talentos en múltiples disciplinas que jamás ha existido.<sup>4</sup> Como ingeniero e inventor, Leonardo desarrolló ideas muy adelantadas a su tiempo, tales como el helicóptero, el carro de combate, el submarino y el automóvil. Muy pocos de sus proyectos llegaron a construirse (entre ellos la máquina para medir el límite elástico de un cable), puesto que la mayoría no eran realizables durante esa época. Como científico, Leonardo da Vinci hizo progresar mucho el conocimiento en las áreas de la anatomía, la ingeniería civil, la óptica y la hidrodinámica.

Su asociación histórica más famosa es la pintura, siendo dos de sus obras más célebres, *La Gioconda* y *La Última Cena*, copiadas y parodiadas en varias ocasiones, al igual que su dibujo del *Hombre de Vitruvio*, que llegaría a ser retomado en numerosos trabajos derivados. No obstante, únicamente se conocen unas veinte de sus obras, debido principalmente a sus constantes (y a veces desastrosos) experimentos con nuevas técnicas y a su inconstancia crónica.

Este reducido número de creaciones, junto con sus cuadernos que contienen dibujos, diagramas científicos y reflexiones sobre la naturaleza de la pintura, constituyen un legado para las sucesivas generaciones de artistas, llegando a ser igualado únicamente por Miguel Ángel.

Leonardo era hijo ilegítimo: su padre dejó embarazada a una humilde joven de familia campesina llamada Caterina. Su padre, Messer Piero Fruosino di Antonio, fue notario, canciller y embajador de la República de Florencia. El propio Leonardo fue, por tanto, descendiente de una rica familia de nobles italianos. De su madre se dice que pudo ser una esclava de Oriente Medio.

Leonardo, o Lionardo según su nombre

de bautizo, fue bautizado y pasó sus cinco primeros años en la casa de su padre en Vinci, donde fue tratado como un hijo legítimo. Tuvo cinco madrinas y cinco padrinos, todos ellos habitantes del pueblo. En este lugar, Leonardo recibió instrucción, aprendió a leer y a escribir y adquirió conocimientos de aritmética. Sin embargo, prácticamente no aprendió latín, base de la enseñanza tradicional. El hecho de que tuviese una ortografía caótica muestra que su instrucción no estuvo exenta de lagunas; en todo caso no fue la de un universitario.

En 1457, cuando Leonardo tenía cinco años, su madre se casó con Antonio di Piero Buti del Vacca da Vinci, un campesino de la localidad, con el que tuvo cinco hijos. Fue acogido entonces en la casa de la familia de su padre en el pueblo de Vinci. Entre tanto, el padre se había casado con una joven de dieciséis años proveniente de una familia rica de Florencia, Albiera degli Amadori. Ésta, al no tener hijos, volcó su afecto en Leonardo, pero murió siendo muy joven debido a complicaciones de parto, en 1464. Aunque era considerado plenamente desde su nacimiento como hijo de su padre, Leonardo nunca fue reconocido formalmente como un hijo legítimo. Su padre se casó hasta cuatro veces, dándole diez hermanos y dos hermanas menores legítimos. De estas relaciones, el pequeño Leonardo tuvo muy buen vínculo con la última mujer de su padre, Lucrezia Guglielmo Cortigiani, afecto que se evidencia en una nota en donde se dirige a ella como «querida y dulce madre».

La abuela paterna, Lucia di ser Piero di Zoso, una ceramista próxima a Leonardo, fue probablemente la persona que le inició en las artes.

Un conocido presagio refiere que un mila-

no (cuervo) venido del cielo había hecho un vuelo estacionario sobre su cuna, tocando su cara con la cola.

Giorgio Vasari, biógrafo del siglo XVI de los pintores del Renacimiento, cuenta en *Le Vite* (1568), la historia de un campesino local que pidió a ser Piero que su talentoso hijo le pintara una imagen sobre una placa. Leonardo pintó entonces una representación de un dragón escupiendo fuego, tan bien realizada que ser Piero la vendió a un mercader de arte florentino, quien a su vez la revendió al duque de Milán. Tras haberse así beneficiado con la venta, ser Piero compró una placa decorada con un corazón atravesado por una flecha, la cual entregó al campesino.

Como se ve no está del todo claro donde pasó Leonardo su primera infancia.

Vasari entre 1550-1554 reporta, como rescatado de documentos del artista, un texto sobre un recuerdo de infancia de Leonardo, texto que Freud retoma en 1910 titulado "Un recuerdo de Leonardo Da Vinci", en un intento por explicar algunos rasgos del carácter del maestro.

### **El recuerdo:**

"Parece como si me hallara predestinado a ocuparme tan ampliamente del vuelo del buitre, pues uno de los recuerdos de infancia es el que hallándome en la cuna se me acercó uno de estos animales, me abrió la boca con la cola y me golpeó con ella repetidamente entre los labios"

### **El artículo:**

En su artículo de 1910, Freud inicia haciendo una recapitulación de la biografía del artista, resaltando su personalidad como un clásico hombre universal del Renacimiento.

Sin embargo, se detiene en un rasgo del carácter de importante notoriedad como fue la eterna dualidad entre "el artista" y "el científico", rasgo que fue determinante en la "lentitud proverbial y la reconocida inconstancia de Leonardo" según sus biógrafos. Nos muestra cómo en sus inicios el artista se sirvió del investigador, pero cómo después el investigador invadió al creador con tal necesidad de perfección, que muchas de sus obras quedaron inconclusas. Aún así, impresiona su productividad, genialidad y creatividad, más allá de su época.

Esta dualidad también se expresó en otros aspectos de la vida de Da Vinci, como lo fue su oscilación entre el sibarita hedonista y el sabio excéntrico y alejado, astrónomo, alquimista, enigmático buscador del conocimiento como otros de su época como Copérnico o Paracelso.

De alguna forma esto nos explica como a pesar de la fascinación que ejercía entre los poderosos de su tiempo, no amasó fortuna y su vida siempre estuvo teñida por un halo de misterio. Misterio y fascinación que aún hoy nos inquietan.

Se le llegó a tachar de amoral, por sus exploraciones con cadáveres y disecciones, por sus experimentos y sus diseños de aparatos de guerra. Fue criticada su asociación con Césare Borgia en su conquista de la Romagna, cuando antes había trabajado para los Medici y los Sforza como artista, creador y como ingeniero. Pero más allá de las lealtades humanas, las lealtades de Leonardo estaban con la búsqueda del conocimiento y él se movía hacia donde esto se posibilitaba. Su personalidad aparecía como errante y contradictoria y por eso fue incomprendido en su época.

Pasa luego Freud, a hacer una reflexión so-



bre el significado de los mitos y leyendas en la historia de los pueblos primitivos, resaltando su valor como intentos de explicación o de reconstrucción de sus orígenes.

Plantea la analogía de cómo para el individuo, los recuerdos o fantasías acerca de la infancia tienen este mismo valor, una reconstrucción de sus orígenes, algo que dé sentido.

Así entra a analizar este recuerdo del Artista, que a primera vista podría interpretarse como una explicación de las tendencias homosexuales de Leonardo en el sentido de una felatio, si pensamos que el ave introduce su cola en la boca del niño. Esto tomando en cuenta que en italiano los términos cola - coda - falo podrían ser intercambiables. Sin embargo, en una segunda lectura y tomando en cuenta la equivalencia pecho - pene, la cola del ave podría significar el seno materno, equivaler a una imagen de la lactancia.

Vimos en la biografía, cómo no hay claridad sobre la primera infancia del artista, dónde la pasó y con qué figura parental.

Luego este recuerdo podría interpretarse como una búsqueda de la madre.

Freud también escribió acerca de los mitos iniciáticos del héroe; si nos detenemos en la historia, casi todos tienen un misterio en sus orígenes: Moisés, Jesús, Edipo, Arturo, etc.

Algunos biógrafos manifiestan que la madre de Leonardo era una esclava egipcia, guardiana de la sabiduría y los misterios de la escuela de Hermes Trimegisto y que este recuerdo está más asociado a la búsqueda de la madre, convirtiéndose la madre en la representante del conocimiento, de la sabiduría que él persiguió toda la vida.

Pasamos entonces de la sexualidad, al conocimiento. Podría pensarse que se pudo dar una erotización del pensamiento y por eso se dio paso a tanta sublimación, a tanta creatividad a expensas de un detrimento en la impulsividad en lo sexual. Pensemos en la sonrisa enigmática de la Mona Lisa que tanto nos moviliza.

Evoca Freud, cómo para los antiguos egipcios el buitre es el símbolo de la maternidad. Para ellos, se trataba de un ave sólo femenina que durante el vuelo, abría

la cola y era fecundada por el viento. De hecho buitre se expresaba por la palabra mut, a la que se le atribuyen las derivaciones mutter, madre.

Siendo Leonardo un hijo ilegítimo, separado de su madre, es natural que por esa condición, se empeñara en su búsqueda y ésta fuera expresada como su obsesión o predestinación por así decirlo por el estudio del vuelo de las aves.

Se plantea Freud, cómo podría Leonardo estar enterado de estas acepciones acerca del buitre y los egipcios y refiere como en la época, muchos teólogos utilizaban esta "figura egipcia", para explicar la "inmaculada concepción". Donde el espíritu santo, tomando la forma de un ave visita a la virgen María. Por lo tanto esta podría ser una historia de la cual "pegarse" para armar el recuerdo.

La discusión sobre si se trata de un recuerdo o una fantasía inconsciente es irrelevante, pues la verdad es que sin importar de qué se trate, la verdad es que hace sentido y le dá a la identidad del sujeto una conexión de significado, un sentido de vida y se configura el mito del héroe.

Un escrito de Da Vinci respalda esta teoría pues en él manifiesta que sólo cuando conocemos algo es que podemos amarlo y que cuanto mayor es el conocimiento, mayor es el amor y que solo cuando esto ocurre es que de verdad se libera la pasión.

No gratuitamente a Eros (amor, vida, sexo) y Tánatos (agresión, muerte, destrucción) se les añadió el impulso epistemofílico como otro gran motor para el desarrollo de la humanidad. De hecho, en casi todos los escritos, desde la biblia, se le

atribuye al conocimiento la capacidad de conocer y de crear el valor de caracterizar a la humanidad. Siendo la capacidad de pensar, de pensarnos, lo que nos diferencia como especie y que como individuos nos brinda singularidad. Como sociedades, la tolerancia y el respeto por las diferencias, dan cuenta de nuestro nivel de desarrollo, de salud mental.

## Conclusión

El Psicoanálisis aplicado, como una invitación al conocimiento, como una celebración a la integración de lo científico y de lo estético y porque pienso que, guardadas proporciones, compartimos en algo la dualidad de estos dos Grandes; no gratuitamente nos dedicamos a "la más humana de las ciencias o la más científica de las humanidades".

## Referencias Bibliográficas

1. Freud, Sigmund; Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci, Obras Completas, Tomo II, pag 1577 a 1620, Biblioteca Nueva, cuarta edición, 1981, traducción de Luis López Ballesteros.
2. Philips, John; Leonardo Da Vinci, el genio que definió el renacimiento, Editorial Altea, México, 2006.
3. Vasari, Giorgio; traducido por George Bull, Lives of the artists, Penguin, Londres, 1965.

## 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.

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

PSIMONART cuenta con las siguientes secciones:

**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:** Que incluyen:

**1. ARTÍCULO ORIGINAL:** Documento que presenta resultados de trabajos originales e inéditos de investigación en las diversas áreas de la psiquiatría 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, material y métodos, resultados y conclusiones y tendrá su respectiva traducción al inglés. Cada uno no deberá exceder de 200 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.

- **Metodología:** 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



cas 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

**SISTEMÁTICA:** Documento que trata a fondo un tema específico con metodología sistemática recopilando e integrando los resultados de investigaciones previas. Debe tener una revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias. Los temas deberán ser de la especialidad tratada por PSIMONART o aquellos solicitados por el Editor. 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. ARTÍCULO DE REVISIÓN DE TEMA O ACTUALIZACIÓN:

Documento destinado a actualizar los avances y el estado actual del arte sobre temas relevantes en psiquiatría y salud mental. Son menos completos que los artículos de revisión y se enfocan en los últimos hallazgos.

**5. ARTÍCULO DE REFLEXIÓN:** Documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

## 6. REPORTE DE CASO CLÍNICO:

Documento que presenta los resultados de aquellos casos clínicos que connoten interés diagnóstico, anomalía de evolución o de evi-

dente 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 Bibliográficas.

**7. 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.

## 8. TRANSCRIPCIONES Y

**TRADUCCIONES:** Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular a juicio del comité editorial.

## 9. RESUMEN DE LIBROS:

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

## ESCRITOS Y REFLEXIONES:

Documentos de reflexión no derivado de investigaciones. Estos incluyen:

**1. ENSAYOS:** Es un escrito que brevemente analiza, interpreta o evalúa un tema de atención.

## 2. DISERTACIONES ESCRITAS:

Transcripciones de una presentación oral sobre un tema específico.

## INSTRUCCIÓN PARA LOS AUTORES

Se refiere a los aspectos generales de los **trabajos:**

Los trabajos se deben enviar a [revista@clinicamontserrat.com.co](mailto:revista@clinicamontserrat.com.co) o a [garciaastromd@hotmail.com](mailto:garciaastromd@hotmail.com). Al entregar el trabajo recibirá una constancia de recepción. El artículo 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. 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 él o los autores.

Los trabajos presentados para su publicación serán revisados y remitidos al proceso de evaluación por parte de expertos y el Comité de Editorial decidirá sobre su publicación o no.

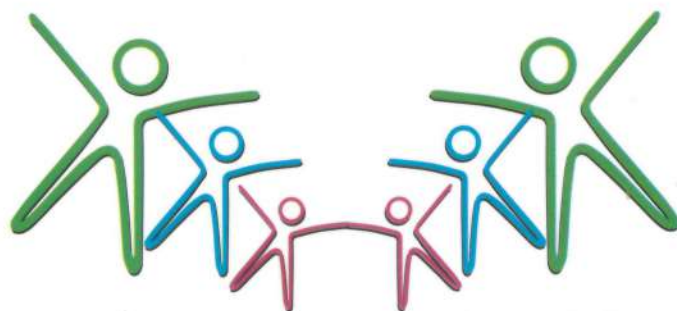
Los trabajos deberán enviarse en original y en CD debidamente grabado, en Microsoft Word 97 o posterior - Arial, tamaño de fuente 10, espacio sencillo. • Los "Resúmenes de Revistas" no excederán de 800 palabras. • Los "Resúmenes de Libros" no excederán de 800 palabras. • Los "Casos Clínicos" no excederán de 15 páginas. • Los ensayos y disertaciones escritas no tendrán límite de páginas. Las ilustraciones (tabla, gráficos, fotografías y otros documentos similares) no excederán de 10 y deben estar insertados

dentro del artículo en Word, con el título correspondiente y en el orden de aparición, con letra tipo oración.

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 autores que hayan presentado artículos recibirán una carta del director del comité de "aceptación" o "no aceptación" de dichos trabajos en un plazo máximo de 60 días. Los originales de los trabajos no aceptados serán remitidos con la carta de "no aceptación".

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.



## REUNIÓN ABIERTA DE FAMILIAS Y PACIENTES EQUIPO DE ADICCIONES ICSN



INSTITUTO COLOMBIANO  
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Te invitamos a participar de nuestra Reunión Abierta  
Lugar: Auditorio "Henry García Escobar" - Clínica Montserrat ICSN  
Fecha: Todos los martes  
Hora: 8:00 a.m.  
Mayor información: [programadesintoxicacion@clinicamontserrat.com.co](mailto:programadesintoxicacion@clinicamontserrat.com.co)

## Jornadas Académicas

La docencia es primordial en la historia y razón de ser del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso.

Desde hace 8 años se destacan a este nivel las Jornadas Académicas que se realizan quincenalmente en las Instalaciones de la Clínica Montserrat, en las cuales se trabajan temas relevantes en salud mental, y se realiza una conferencia magistral abierta a la comunidad interesada dictada por grandes expertos del país e invitados internacionales.

INFORMES E INSCRIPCIONES  
Clínica Montserrat  
Calle 134 N° 17-71  
PBX 2596000 / Ext. 6009 - 6010 - 6002  
[docencia@clinicamontserrat.com.co](mailto:docencia@clinicamontserrat.com.co)  
[www.clinicamontserrat.com.co](http://www.clinicamontserrat.com.co)