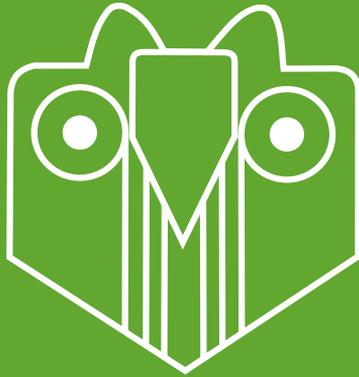


Vol. 9 No. 1-2
Ene - Dic 2022

PSI MONART

REVISTA CIENTÍFICA

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ISSN: 2011- 8333



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

• Clínica Montserrat •

71 AÑOS

Primera institución de salud mental acreditada en Bogotá

Atención y servicio con calidad humana

VIGILADO Supersalud

**Cruz Cívica del Mérito Asistencial y Sanitario
"Jorge Bejarano"**

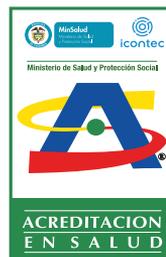
Afiliado a



ACADEMIA NACIONAL DE
MEDICINA DE COLOMBIA

Miembro de

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍA



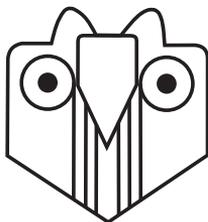


PSI

REVISTA CIENTÍFICA

MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO
Clínica Montserrat

Volumen 9, número 1-2, enero - diciembre de 2022
Publicación Anual

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



INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Junta Directiva

Presidente

Álvaro Franco Zuluaga

Vicepresidente

Pedro Vargas Navarro

Secretario

Rodrigo Muñoz Tamayo

Vocales

Iván Alberto Jiménez Rojas

Amparo Jiménez de Suarez

Representante Secretaría de Salud

Doris Marcela Díaz Ramírez

Suplentes

Edgard Yamhure Kattah

Juliana García Castro

José Posada Villa

Adriana Márquez Cepeda

Director General

Omar Antonio Cuellar Alvarado



REVISTA CIENTÍFICA

PSI MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

Editor

Eugenio Ferro Rodríguez

Comité editorial

Omaira Tovar Ruiz

Diego Francisco Vargas Chávez

Juan Pablo Ortiz Londoño

María Lucía Salamanca Ternera

Guillermo José Dager Pérez

María Teresa López Camargo

Comité científico

Omar Antonio Cuellar Alvarado

Carlos Montaña Olmos

Juliana García Castro

Adriana Márquez Cepeda

Diana Isabel Robles Pacheco

Fabio Eslava Cerón

Yesenia Lindeman Vergara

Germán Ramírez Suárez

Laura Saavedra Ramírez

Juan Pablo Rosas Varela

Olga Lucía Camacho Gómez

Roberto Chaskel Heilbornner

Pedro Oróstegui Hernández

Lilian Rocío Morales Puerto

Psimonart

revista@icsn.co

Teléfono (57) 601 259 6000 ext 6010/6009

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

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Contenido

Editorial

Eugenio Ferro Rodríguez	7
-------------------------------	---

Artículos originales

Cambios en el perfil epidemiológico, tendencias poblacionales y prestación de servicios de salud mental en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat entre 2013, 2017 y 2021

Eugenio Ferro Rodríguez, Carlos Montaña Olmos, Tatiana González Pardo, Alexandra Hernández Marín.....	10
---	----

Caracterización y factores asociados al consumo de múltiples sustancias psicoactivas en un hospital de alta complejidad: un estudio transversal

Manuel Alejandro Pinzón Olmos, Juan Carlos Alba Maldonado, María Alejandra Andrade Salcedo, Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez, Martha Lizeth Fonseca Becerra	30
--	----

Trastorno depresivo mayor y trastorno límite de la personalidad, efectos en el autoestima y función familiar, en mujeres adultas consultantes en un servicio público de salud mental en Chile

Antonio Ignacio Iturria Leal, Antonio Tapia Rojas, Andrés Cabezas Corcione	40
--	----

Descripción sociodemográfica y clínica de la población universitaria que se hospitalizó por trastornos mentales en la Clínica Montserrat durante los años 2018-2019

Mariana Castro-Laschivska, Juan Manuel Varona Guzmán	53
--	----

Protocolo de investigación

Encuesta departamental de consumo de drogas en la población general del departamento del Tolima (EDCDPT): instrumento de encuesta y procedimientos de campo

Sandra Bedoya, José Posada-Villa	67
--	----

Artículos de revisión

Victimización del niño y el adolescente y su desenlace en salud mental de la vida adulta

Manuel Alejandro Pinzón Olmos, Martha Lizeth Fonseca Becerra, Carlos Alberto Quijano Orozco.....	78
--	----

La psiquiatría nutricional: un nuevo y prometedor campo de investigación

Julian David Torres Plata.....	84
--------------------------------	----

Juego patológico: rasgos de personalidad relacionados

Juliana Morales Téllez.....	95
-----------------------------	----

Feminismo y psiquiatría

Marcela Noguera Palacios	100
--------------------------------	-----

Reporte de caso

Pseudología fantástica: la necesidad de mentir

Julian David Torres Plata, Erika Paola Galeano Salazar..... 108

Escritos y reflexiones

Psicodélicos y terapia psicodélica

Andrés Reátiga Parrish 114

Aplicaciones del lenguaje en psiquiatría desde una perspectiva psicodinámica

María Lucía Salamanca Ternera 118

Sobre el sistema único de acreditación y el reconocimiento como Hospital Universitario

Omar Cuéllar Alvarado 122

Editorial

Muchas letras se han escrito sobre la importancia y el impacto de la investigación científica. La investigación científica sirve para producir conocimiento, para innovar y mejorar procesos, y que, en el mejor de los escenarios, redunde en conocer mejor a nuestros pacientes, entender cómo y de qué se enferman, atenderlos mejor, diagnosticarlos mejor, tratarlos mejor, rehabilitarlos mejor.

En realidad, no investigamos sólo para generar conocimiento y ser presentado en congresos científicos y publicaciones indexadas. Lo hacemos para que al final de la cadena compleja de resultados directos e indirectos de los estudios de investigación, podamos atender mejor a las personas que sufren y buscan ayuda para sus padecimientos. Esta relación puede ser difícil de ver y entender por muchas personas, sobre todo en este mundo actual de inmediatez, en los procesos, en los resultados, en incluso en las relaciones entre las personas.

Debo recordar que, para nuestros fundadores, la relación entre la atención de pacientes y la ciencia estaba presente y diáfana. La prueba de esto se encuentra plasmada en la placa de la primera piedra de la Clínica Montserrat, que dicta: *“El ICSN fundado el 29 de noviembre de 1951 erige esta casa para la salud mental de muchos seres que sufren. La solidaridad y la ciencia contribuyen aquí a la*

lucha contra las sombras que obscurecen la mente del hombre y le impiden la plenitud de su destino”.

Los tres procesos misionales fundamentales del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (ICSN): la asistencia, la docencia y la investigación, nacieron históricamente en ese mismo orden, siendo su desarrollo actual un fiel reflejo de la edad de cada uno de ellos.

El 29 de noviembre de 1951 se fundó el ICSN, como una institución cuyo objetivo proyectado fue el de prestar servicios de salud para pacientes con problemas mentales. Nació así el proceso asistencial del ICSN y su Clínica Montserrat en aquella casa tradicional de la calle 35 con carrera quinta, del barrio La Merced de Bogotá.

Veintitrés años después, en 1974 el profesor Mario González Velásquez presentó a la junta directiva del ICSN el primer programa de especialización en psiquiatría, el cual fue aprobado en el mes de abril de dicho año. Nació así formalmente el proceso docente en el ICSN.

Treinta y ocho años después de su fundación, en septiembre de 1989 se realiza en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso la primera reunión del comité de investigaciones, en la cual se destacó “la necesidad de fomentar y promover

la investigación institucional dentro del instituto Colombiano del Sistema Nervioso, reconociendo igualmente la importancia de favorecer investigaciones de carácter individual”. Nació entonces el proceso de investigación del ICSN.

Para lograr “reconocimiento”, hace unos años, bastaba con un “voz a voz” favorable, opiniones positivas de la institución y de su personal. Es decir, una serie de evaluaciones subjetivas de muchas personas que se juntan en un conglomerado de opiniones positivas. Sin embargo, en estos momentos actuales de la sociedad, eso parece haber pasado a un segundo plano. Ahora tenemos entidades que vigilan, auditan, corroboran y verifican el cumplimiento de ciertos requisitos mínimos, que dependiendo de la entidad y el proceso de auditoría denominan estándares, criterios, numerales, etc. De tal forma que ahora nos enfrentamos a entidades que realizan mediciones subjetivas y objetivas de los procesos y resultados de manera implacable, como la Secretaría de Salud, Ministerios de Salud, de Ciencia, de Educación, ICONTEC, INVIMA, entre otras.

Dentro de los objetivos estratégicos del ICSN fijados para el período 2017 – 2022 está el de ser “reconocidos” como una institución de salud acreditada para posteriormente ser “reconocidos” como un Hospital Universitario.

El reconocimiento como Hospital Universitario, según las letras de la resolución del Ministerio de Salud y Protección Social, se traduce en una “integración entre la asistencia, la docencia y la in-

vestigación”. Para el reconocimiento de la calidad de “la asistencia” se necesita la “acreditación en salud” por parte del Ministerio de Salud (representado por Icontec). Y para el reconocimiento de “la investigación” se requiere tener un grupo de investigación propio de la institución “reconocido” por el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación (MinCiencias).

Las noticias de los reconocimientos de estos procesos han llegado recientemente a nuestro instituto. En enero de 2022, tuvimos la buena nueva del resultado de la Convocatoria 894 para el Reconocimiento y Medición de Grupos de Investigación de MinCiencias: Nuestro grupo de investigación “Psimonart” fue reconocido como un “Grupo de Investigación” y además fue clasificado en la “categoría B”, dejándonos de entrada por encima de más de cinco mil grupos de investigación de todo el país.

Posteriormente, en agosto de 2022, recibimos la gran noticia de la Acreditación en Salud para el ICSN Clínica Montserrat, convirtiéndonos en la primera institución de salud mental acreditada en Bogotá y la segunda en Colombia. Por estos dos galardones, felicito sinceramente a todos los investigadores del grupo Psimonart y a todos los colaboradores del instituto, por su trabajo entusiasta y comprometido.

Esto dos reconocimientos, además de llenarnos de orgullo por los frutos del arduo trabajo, son requisitos indispensables para ser reconocidos como un Hospital Universitario, próximo hito de recono-

cimiento a ser alcanzado para lograr así que los de tres procesos misionales fundamentales del ICSN tengan las máximas insignias otorgadas por las entidades estatales, lo cual no dudamos que vamos a lograr, ya que el camino ya fue emprendido y estamos cerca de llegar al destino.

Nos reconocemos y nos reconocen como una institución con altos estándares de calidad; pero también reconocemos que

estamos en capacidad de mejorar, en constante cambio para hacer mejor cada día lo que hacemos, para evolucionar en el hacer y, tal vez también un poco, en el ser.

Eugenio Ferro Rodríguez, MD

Médico psiquiatra epidemiólogo
Miembro Instituto Colombiano del Sistema Nervioso
Docente Posgrado de Psiquiatría, ICSN – Universidad
EL Bosque

Artículo original

Cambios en el perfil epidemiológico, tendencias poblacionales y prestación de servicios de salud mental en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat entre 2013, 2017 y 2021

Eugenio Ferro Rodríguez¹, Carlos Montaña Olmos², Tatiana González Pardo³,
Alexandra Hernández Marín⁴

1. Médico, epidemiólogo, psiquiatra – Coordinador de Investigaciones - ICSN - Clínica Montserrat

2. Médico psiquiatra - Subdirector Docente Asistencial - ICSN - Clínica Montserrat

3. Médica psiquiatra - Coordinadora de Hospitalización - ICSN - Clínica Montserrat

4. Enfermera jefe - Especialista en Business Intelligence

Correspondencia: eugenio.ferro@icsn.co

Resumen

Introducción: El último estudio de perfil epidemiológico realizado en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat (ICSN) fue en 2013, en el cual se documentaron las características sociodemográficas y los diagnósticos más frecuentes en los servicios hospitalarios y ambulatorios de la clínica Montserrat. Se ha reportado nacional e internacionalmente un cambio significativo en la demanda de servicios de salud mental, especialmente después de la pandemia por COVID-19, por lo que se requiere actualización del perfil epidemiológico de la población atendida en la institución.

Objetivo: Realizar una comparación del perfil sociodemográfico, las principales patologías y la distribución de servicios prestados de la población atendida en la Clínica Montserrat entre los años 2013, 2017 y 2021.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, con componente analítico comparativo cuatrienal (2013, 2017, 2021). Recolección de información de bases de datos de historias clínicas digitales. Minería de datos con el programa Microsoft Power BI® y análisis estadístico con Epi Info™ y Jamovi.

Resultados: Hubo un aumento progresivo en la cantidad de pacientes y servicios prestados entre 2013, 2017 y 2021, con cambios significativos en las características sociodemográficas de los pacientes atendidos y en la distribución de servicios prestados en 2021. En todos los años hubo un predominio de pacientes de sexo femenino, de solteros y de empleados. La edad media de los pacientes disminuyó progresivamente de 2013 a 2017 ($p < 0,001$) y 2017 a 2021 ($p < 0,001$), con predominio de servicios al grupo entre 21 y 30 años.

En 2013 el servicio más utilizado fue el de hospitalización, seguido por consulta prioritaria y en consulta externa, lo cual fue similar en 2017 ($p > 0,05$). En 2021 hubo un aumento exponencial de servicios en consulta prioritaria ($p < 0,001$) y consulta externa ($p < 0,001$) y un aumento lineal en hospitalización ($p > 0,001$).

La hospitalización por trastornos depresivos aumentó progresivamente de 2013 a 2017 ($p=0,00063$) y de 2017 a 2021 ($p<0,0001$); seguida por el trastorno bipolar, en el que no hubo diferencias significativas entre los años medidos ($p=0,14$). En la consulta externa estos dos diagnósticos también fueron los más frecuentes, además con un aumento significativo en ambos en 2021 ($p=0,002$).

Conclusiones: El perfil sociodemográfico de los pacientes y de servicios prestados fue similar entre 2013 y 2017, y significativamente diferente en comparación con 2021. Las diferencias encontradas en 2021 fueron aumento del predominio de pacientes de sexo femenino, aumento progresivo de pacientes jóvenes y mayor proporción de estudiantes y empleados. Hubo un crecimiento de los servicios de consulta prioritaria, consulta externa y hospitalización en 2021. Los trastornos depresivos superaron significativamente la demanda de servicios en todos los años estudiados, con un crecimiento mayor al esperado en 2021.

Palabras clave: epidemiología, trastornos mentales, servicios de salud mental, pandemia COVID-19

Summary

Introduction: The last epidemiological profile study carried out at the Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat (ICSN) was in 2013, in which the sociodemographic characteristics and frequent diagnoses in inpatient and outpatient services were documented. A significant change in the demand for mental health services has been reported nationally and internationally, especially after the COVID-19 pandemic. For this reason, an update of the epidemiological profile of the population attended in the institution is required.

Objective: Compare the sociodemographic profile, main pathologies and distribution of services provided to the population treated at the Clínica Montserrat between the years 2013, 2017 and 2021.

Methods: Retrospective observational study, with a four-year comparative analytical component (2013, 2017, 2021). Data collection from digital medical records databases with Microsoft Power BI®. Statistical analysis with Epi Info™ and Jamovi.

Results: There was a progressive increase in the number of patients and services provided between 2013, 2017 and 2021, with significant changes in 2021, in sociodemographic characteristics of patients and in the distribution of services provided. In all years there was a predominance of female patients, singles and employees. The mean age of the patients decreased progressively from 2013 to 2017 ($p<0,001$) and from 2017 to 2021 ($p<0,001$), with a predominance of services to the group between 21 and 30 years of age.

In 2013, the most used service was hospitalization, followed by priority consultation and outpatient consultation, all of which were similar in 2017 ($p>0,05$). In 2021 there was an exponential increase in services of priority consultation ($p<0,001$) and outpatient consultation ($p<0,001$) and a linear increase in hospitalization ($p>0,001$).

Hospitalization for depressive disorders increased progressively from 2013 to 2017 ($p=0,00063$) and from 2017 to 2021 ($p<0,0001$); followed by bipolar disorder, in

which there were no significant differences between the years measured ($p=0.14$). In the outpatient clinic these two diagnoses were also the most frequent, with a significant increase in both in 2021 ($p=0.002$).

Conclusions: The sociodemographic profile of the patients and of the services provided was similar between 2013 and 2017, and significantly different compared to 2021. The differences found in 2021 were an increase in the predominance of female patients, a progressive increase in young patients, and a higher proportion of students and employees. There was growth in priority consultation, outpatient consultation and hospitalization services in 2021. Depressive disorders significantly exceeded the demand for services in all the years studied, with higher-than-expected growth in 2021.

Keywords: epidemiology, mental disorders, mental health services, COVID-19 pandemic.

Introducción

Para inicios de siglo se calculaba que 450 millones de personas en el mundo padecían algún tipo de trastorno mental y del comportamiento, representando el 12% de la carga de morbilidad en el mundo (1). Los trastornos neurológicos y por consumo de sustancias y el suicidio representaban más de un tercio (34%) del total de años vividos con discapacidad, siendo los trastornos depresivos la mayor causa de discapacidad (1).

En 2019, una de cada ocho personas en el mundo (970 millones de personas) padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos (2), que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año (3) (4)(5).

Como forma de promover la salud mental y mitigar el impacto de los pro-

blemas y trastornos mentales la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha diseñado la iniciativa de las Encuestas Nacionales de Salud Mental, la cual promueve la investigación para poder diseñar políticas que se ajusten a las necesidades nacionales (6).

En Colombia se han realizado cuatro encuestas de salud mental, en los años de 1993, 1997, 2003 y 2015. En esta última se llegó a encuestar 15.351 personas. Dentro de los hallazgos más relevantes reportados por esta encuesta se encuentran: la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas es de 12,4 años, el 11,7% de la población entre 7 y 11 años ha estado expuesta algún evento traumático y la prevalencia en el último año de trastornos mentales de 4,7% para población infantil. En la población adolescente (12-17 años) la prevalencia de trastornos mentales fue del 7,2%, con distribución de 4,6% en hombres y 9,7% en mujeres. Finalmente, en los adultos se encontró una prevalencia de vida de trastornos mentales del 9,1%, con una

distribución en los hombres de 8,2% y en las mujeres de 10,1%. Para los adultos, entre los trastornos mentales en toda la vida priman los trastornos depresivos con 5,4% y los trastornos de ansiedad en un 3,9% (7).

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 y los últimos estudios de consumo de drogas, aplicado a la población general en el año 2019; a universitarios, en 2016; y a escolares, en 2016, han permitido identificar que las principales problemáticas en materia de salud mental, encabezadas son la creciente prevalencia de la depresión (aproximadamente 5 % de la población adulta) y de conducta suicida (8).

A través de estos estudios se han identificado las principales problemáticas en salud mental que viene enfrentando Colombia:

En la población adulta se encuentra que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental de los examinados en población adulta es de 9,1%, (IC95%: 8,2- 10,1), para los últimos 12 meses es de 4,0% (IC95%: 3,5 -4,6) y para los últimos 30 días es de 1,6% (IC95%: 1,3-2,0). Los trastornos mentales evaluados en los adultos son en general más frecuentes en mujeres que en hombres, excepto en los trastornos afectivos bipolares, cuyas prevalencias en los hombres fueron superiores. De los trastornos mentales estudiados en adultos los más prevalentes son los afectivos, cuya prevalencia de vida es del 6,7%. Se estima que hay una mayor prevalencia de cualquier trastorno mental en los adultos entre 18 y 44 años. Hay

una creciente prevalencia de depresión (aproximadamente 5% de la población adulta), siendo la segunda causa de carga de enfermedad en Colombia (7).

En los adolescentes los trastornos más frecuentes son la ansiedad, fobia social y depresión. El 6,6% presentó ideación suicida (7,4 % en mujeres y 5,7 % en hombres). En promedio, a los 13 años se inicia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (7).

En adultos, las sustancias psicoactivas más consumidas son el alcohol y sustancias psicoactivas ilícitas como la marihuana. Se evidencia un aumento del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en población general (1,6 % en 1996, 2,74% en 2008, 3,6% en 2013). La sustancia ilegal de mayor consumo es marihuana, seguida de cocaína (7).

La tasa de suicidio consumado ha mostrado aumento en los últimos años (4,49% en 2013 a 5,07% en 2017), mayormente en jóvenes, guardando el mismo comportamiento que la tendencia global; asociado al debilitamiento de las redes de apoyo social, el aumento de problemas y trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas (9).

Actualmente en Colombia según datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se cuentan 8.598 camas para atención en psiquiatría, de las cuales el 89% están destinadas a población adulta y el 11% restante a población pediátrica. La principal concentración de camas se encuentra en Bogotá D.C. con el 24%, seguido de Antio-

quia con 7%. Adicionalmente, se reporta que en 11 departamentos de Colombia no hay registradas camas para atención de población pediátrica.

En el ICSN se diseñó y condujo el primer estudio epidemiológico de los trastornos mentales en Bogotá, en el año 1978, el cual evidenció datos relevantes sobre los antecedentes de enfermedad mental, el consumo de sustancias y la ideación suicida en la población bogotana (10).

El último estudio de perfil epidemiológico realizado en el ICSN fue en 2013, en el cual se documentaron las frecuencias de atención en los diferentes servicios, especialmente hospitalarios y ambulatorios de la clínica Montserrat (11). En este estudio se encontró que el servicio más utilizado fue el de hospitalización, seguido por la consulta no programada. Esto contrasta con la política de la Organización Mundial de la Salud que orienta la evolución de la salud mental hacia la menor creación de camas hospitalarias en instituciones psiquiátricas (12). Por el contrario, algunos autores sugieren que la limitación del acceso a la hospitalización psiquiátrica en Estados Unidos se ha asociado a mayor riesgo suicida, mortalidad prematura, indigencia, crímenes violentos e institucionalización en el sistema carcelario (13).

Debido a que se ha evidenciado un aumento en la demanda de servicios de salud mental globalmente, especialmente después de la pandemia por COVID-19 (3,5,14) y también se ha visto institucionalmente un cambio en las características demográficas de los pacientes hospi-

talizados, el objetivo del presente estudio fue el de realizar una actualización del perfil epidemiológico de la población atendida en el ICSN – Clínica Montserrat en los últimos años.

Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, con componente analítico comparativo de tres cohortes: 2013, 2017 y 2021. Recolección de datos fue de fuente secundaria mediante la revisión documental de bases de datos de historias clínicas digitales.

El objetivo principal del estudio fue el de describir el perfil de la población atendida en los servicios asistenciales de salud mental en la Clínica Montserrat, realizando una comparación analítica (con pruebas estadísticas) entre tres cohortes separadas por cuatrienios, tomando como línea de base el 2013, año en el cual se realizó el anterior perfil epidemiológico del ICSN (11).

Se realizó la minería de datos mediante el programa Microsoft Power BI® (versión 2.111.590.0) (15), con el cual se consultaron las bases de datos de las historias clínicas digitales del sistema Compuconta, por lo cual consideramos con bastante confiabilidad que la cantidad de la información recolectada es cercana al 100% de la población atendida. Sin embargo, reconocemos que puede haber un margen de error e incertidumbre, aunque sea bajo, proveniente de vacíos en la fuente de registro de la información en las historias clínicas por el personal administrativo y asistencial.

Se contemplaron como variables principales de la población a describir, el número absoluto de pacientes (n) y sus características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación; número de servicios prestados, los diagnósticos CIE-10 y su distribución en los diferentes servicios: hospitalización, hospital día, consulta prioritaria, consulta externa y deshabitación. Finalmente, se realizó un análisis comparativo entre los tres tiempos separados por cuatrienios desde 2013, 2017 a 2021.

Se determinó un nivel de significancia de 0,05 para las pruebas de hipótesis estadísticas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info™ (versión 7.2) (16) y la plataforma estadística Jamovi (versión 2.3) (17). En el análisis univariado se reportaron frecuencias absolutas y proporciones para las variables categóricas; medias y desviaciones estándar para las variables continuas. Las pruebas de hipótesis comparativas entre los años estudiados se realizaron mediante la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas; y las pruebas de T-Student o U-Mann Whitney, de acuerdo con la distribución de normalidad, para las variables continuas.

Resultados

En 2013 se atendieron 1.746 pacientes, que demandaron 3.197 atenciones en diferentes servicios. En 2017, 2.917 pacientes con 3.687 atenciones. Y en 2021, 4.792 pacientes con 6.897 atenciones (Tabla 1).

En todos los años medidos hubo un predominio de pacientes de sexo femenino, siendo en 2013 57% (n=996), en 2017 56,7% (n=1.654) y en 2021 63% (n=3.017), sin diferencias significativas entre 2013 y 2017 ($p=0,81$), pero sí un aumento significativo entre 2017 y 2021 ($p<0,001$) (Tabla 1).

En cuanto a la cantidad de servicios prestados, también predominaron las atenciones a pacientes de sexo femenino con 57% (n=1.222) en 2013, 56,6% (n=2.084) y 63,4% (n=4.363) en 2021. Sin embargo, en el año 2021 aumentó la proporción del sexo femenino de manera estadísticamente significativa con respecto a los años 2013 (OR=1,30, I.C.95%: 1,18 - 1,44; $p<0,001$) y 2017 (OR=1,32, I.C.95%: 1,22 - 1,44; $p<0,001$). La distribución de sexo entre los años 2013 y 2017 fue similar ($p=0,09$).

La mayoría de los pacientes atendidos eran solteros al momento de la atención, correspondiendo a alrededor de la mitad de las atenciones, seguidos por los casados, que corresponden a alrededor de un tercio a un cuarto de la población en todos los años medidos (Tabla 1). Estas proporciones se mantuvieron en los tres períodos medidos. En cuanto al número de atenciones para esta población, en 2013 el 47,5% (n=1.019) fueron para los solteros y 31,8% (n=682) para casados. En 2017 las atenciones a los solteros fueron 55,4% (n=2.041) y a los casados 27% (n=995). Y en 2021 el 51,6% (n=3.555) fueron servicios prestados a solteros y 24,2% (n=1.665) a casados.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en 2013, 2017 y 2021

	2013	2013 vs 2017	2017	2017 vs 2021	2021	2021 vs 2013
n	1,746		2,917		4,792	
Sexo, n (%)		p=0,81		p<0,001		p<0,001
Femenino	996 (57)		1.654 (56,7)		3.017 (63)	
Masculino	750 (43)		1.263 (43,3%)		1.775 (37)	
Edad media, años (desv. estándar)	42 (+/- 19,9)	p<0,001	38,7 (+/- 19,3)	p<0,001	36,3 (+/- 19,4)	p<0,001
Estado civil		p<0,001		p=0,90		p<0,001
Soltero(a)	821 (47)		1.602 (54,9)		2.402 (50,1)	
Casado(a)	564 (32,3)		797 (27,3)		1.187 (24,8)	
Otros	361 (20,7)		518 (17,8)		1.203 (25,1)	
Ocupación		p=0,28		p<0,001		p<0,001
Estudiante n (%)	364 (20,8)		760 (26,1)		1.318 (27,5)	
Empleado n (%)	876 (50,2)		1.568 (53,8)		2.854 (59,6)	
Desempleado n (%)	16 (0,9)		22 (0,8)		17 (0,4)	
Cesante n (%)	489 (28,0)		564 (19,3)		603 (12,6)	

Los valores-p son reportados para las diferencias entre los años de estudio.

En cuanto a la ocupación, la mayor proporción de servicios se prestaron a pacientes empleados, llegando a más de la mitad de la población, seguidos por los estudiantes, con una proporción similar en 2013 y 2017 ($p=0,28$) y con un aumento significativo en la proporción de pacientes de ambas ocupaciones en 2021 ($p<0,001$), con disminución de los cesantes (Tabla 1). En cuanto a la demanda de número de servicios, en 2013 el 42,3% ($n=1.238$) de las atenciones fueron a estudiantes y 36,7% ($n=1.075$) a empleados. En 2017 el 45,9% ($n=2.362$) correspondieron a servicios para estudiantes y 38,8% ($n=1.995$) a empleados. Finalmente, en 2021 aumentó la proporción de servicios prestados a empleados,

con 49,5% ($n=4.195$) respecto a los estudiantes, que correspondieron a 40,3% ($n=3.421$), encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre 2021 y 2013 ($p<0,001$; OR=1,30, I.C.95%: 1,18 - 1,44) y también entre 2021 y 2017 ($p<0,001$; OR=1,41, I.C.95%: 1,28 - 1,55).

En 2013 el servicio más utilizado fue el de hospitalización con 37,7% ($n=1.205$) de los pacientes, seguido muy cerca por 36,4% ($n=1.163$) en consulta prioritaria y 19,9% ($n=637$) en consulta externa (Tabla 2).

Estas proporciones se mantuvieron similares en 2017 con 39,6% ($n=1.460$) de pacientes hospitalizados, 37% ($n=1.365$)

Tabla 2. Distribución del número de atenciones entre los servicios (2013, 2017 y 2021)

Servicio	2013		2017		2021	
	n	%	n	%	n	%
Consulta prioritaria	1.163	36,4	1.365	37,0	3.101	45,0
Hospitalización	1.205	37,7	1.460	39,6	1.594	23,1
Consulta externa	637	19,9	705	19,1	1.939	28,1
Hospital día	152	4,8	130	3,5	232	3,4
Deshabitación	40	1,3	27	0,7	31	0,4
Total	3.197	100,0	3.687	100,0	6.897	100,0

en consulta prioritaria y 19,1% (n=705) atendidos en consulta externa (Tabla 2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los años 2013 y 2017 en hospitalización (p=0,11), ni consulta externa (p=0,41), ni consulta prioritaria (p=0,59).

En contraste, en 2021 este comportamiento cambió con un aumento en la cantidad y proporción en la consulta prioritaria, llegando a representar 45% (n=3.101) de los pacientes atendidos. También la consulta externa aumentó en proporción, llegando al 28,1% (n=1.939). En 2021 la hospitalización aumentó en cantidad de pacientes, pero disminuyó en proporción, representando el 23,1% (n=1.594). En ese año, a pesar de que las proporciones de hospitalización y consulta externa se distribuyeron de manera relativamente homogénea, la cantidad de pacientes siguió en aumento, llegando casi a doblar el número de pacientes totales respecto al 2017 (Tabla 2).

Al realizar un análisis comparativo entre 2017 y 2021, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la hospitalización (p<0,001), con una dis-

minución relativa en la proporción de hospitalizados (OR=0,45; I.C.95%: 0,42 - 0,49) respecto de los otros servicios que tuvieron un incremento. En el servicio de consulta externa también se encontró una diferencia significativa (p<0,001), con un aumento en cantidad de pacientes y proporcional respecto a otros servicios (OR=1,65; I.C.95%: 1,50 - 1,82). De forma similar en consulta prioritaria hubo un aumento significativo (p<0,001), con un crecimiento respecto a otros servicios (OR=1,38; I.C.95%: 1,28 - 1,50) (Tabla 3) (Figura 1).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de pacientes atendidos en hospitalización (p=0,11), ni en consulta externa (p=0,41), ni en consulta prioritaria (p=0,59) entre los años 2013 y 2017 (Tabla 3).

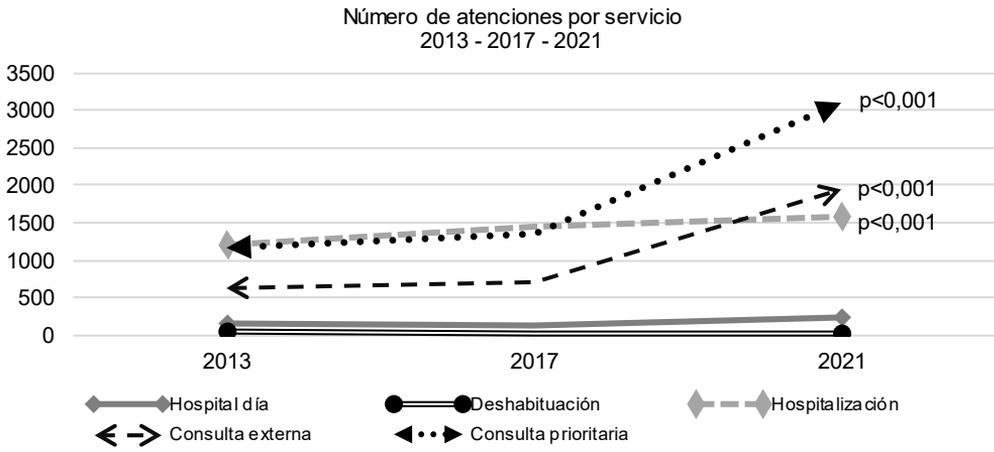
Hospitalización

Del número de atenciones por hospitalización en el año 2013, el 89,9% (n=786) fueron hospitalización psiquiátrica con internación (Tabla 4), 7,7% (n=67) atendieron a hospital día y 2,5% (n=22) estuvieron en deshabitación en el centro Campoalegre. Estas cifras aumentaron

en 2017 a 1.617 pacientes hospitalizados, con proporciones similares de distribución en los servicios: 90,3% (n=1.460)

hospitalización psiquiátrica con internación (Tabla 4), 8% (n=130) hospital día y 1,7% (n=27) pacientes en deshabitación.

Figura 1. Diferencias en atenciones por servicio entre 2013, 2017 y 2021



Los valores-p son reportados para las diferencias entre los años de estudio

En cuanto a la hospitalización psiquiátrica con internación, en el año 2013 se atendieron 786 hospitalizaciones con un ligero predominio del sexo femenino con 55% (n=432). Esta cifra aumentó 1.460 hospitalizaciones en 2017, también con

predominio femenino 57% (n=834), cifra que siguió aumentando gradualmente, llegando a 1.594 pacientes atendidos en 2021, con un aumento en la proporción de pacientes del sexo femenino 64% (n=1.035) (Tabla 4).

Tabla 3. Diferencias en la distribución de atenciones por servicios entre 2013, 2017 y 2021

Servicio	2013	2013 vs 2017	2017	2017 vs 2021	2021	2013 vs 2021
	n	Valor p OR (I.C. 95%)	n	Valor p OR (I.C. 95%)	n	Valor p OR (I.C. 95%)
Hospitalización	1,205	p=0,11	1,460	p=0,00000001	1,594	p=0,00000001
Otros servicios	1,992		2,227	OR=0,45 (0,42 - 0,49)	5,303	OR=0,49 (0,45 - 0,54)
Consulta externa	637	p=0,41	705	p=0,00000001	1,939	p=0,00000001
Otros servicios	2,560		2,982	OR=1,65 (1,50 - 1,82)	4,958	OR=1,57 (1,42 - 1,73)
Consulta prioritaria	1,163	p=0,59	1,365	p=0,00000001	3,101	p=0,00000001
Otros servicios	2,034		2,322	OR=1,38 (1,28 - 1,50)	3,796	OR=1,42 (1,31 - 1,55)

Los valores-p son reportados para las diferencias entre los años de estudio.

Tabla 4. Distribución del número de hospitalizaciones por grupos etarios entre 2013, 2017 y 2021

Grupo etario	2013		2017		2021	
	n	%	n	%	n	%
< 10 años	-	0,0	-	0,0	4	0,3
11 a 20 años	2	0,3	72	4,9	391	24,5
21 a 30 años	156	19,8	467	32,0	476	29,9
31 a 40 años	186	23,7	255	17,5	223	14,0
41 a 50 años	129	16,4	210	14,4	174	10,9
51 a 60 años	88	11,2	159	10,9	130	8,2
61 a 70 años	94	12,0	133	9,1	114	7,2
> 71 años	131	16,7	164	11,2	82	5,1
Total	786	100,0	1.460	100,0	1.594	100,0

La distribución de grupos etarios de los pacientes hospitalizados, se encuentra un predominio de adultos jóvenes en las tres mediciones temporales comparadas, siendo un grupo con alta proporción de hospitalizaciones, aquellos entre 21 y 30 años. Este grupo en 2013 correspondió al 19,8% (n=156), en 2017 al 32% (n=467) y en 2021 al 29,9% (n=476) (Tabla 4).

Llama la atención que en el año 2021 hubo una proporción significativamente mayor de hospitalizaciones en menores de 20 años en comparación con los

años anteriores, que pasaron de 4,9% (n=72) en 2017 al 25% (n=395) en 2021, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$), y un aumento de probabilidad en 2021 de 6 veces respecto a la del año 2017 (OR=6,35; I.C.95%: 4,88 - 8,25).

En cuanto a los trastornos mentales de los pacientes hospitalizados, se encuentra una consistencia en el predominio de los trastornos depresivos como principal causa diagnóstico de hospitalización (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de hospitalizaciones por diagnósticos en 2013, 2017 y 2021

Grupo Dx hospitalización	2013		2017		2021	
	n	%	n	%	n	%
T. depresivos	300	35,6	699	42,8	1.053	58,7
T. bipolar	157	18,6	246	15,1	239	13,3
T. ansiedad	115	13,7	229	14,0	186	10,4
T. psicóticos	106	12,6	211	12,9	160	8,9
T. por sustancias	50	5,9	99	6,1	49	2,7
T. Neurocognitivo	46	5,5	58	3,6	35	2,0
Otros dx	68	8,1	90	5,5	71	4,0
Total	842	100,0	1.632	100,0	1.793	100,0

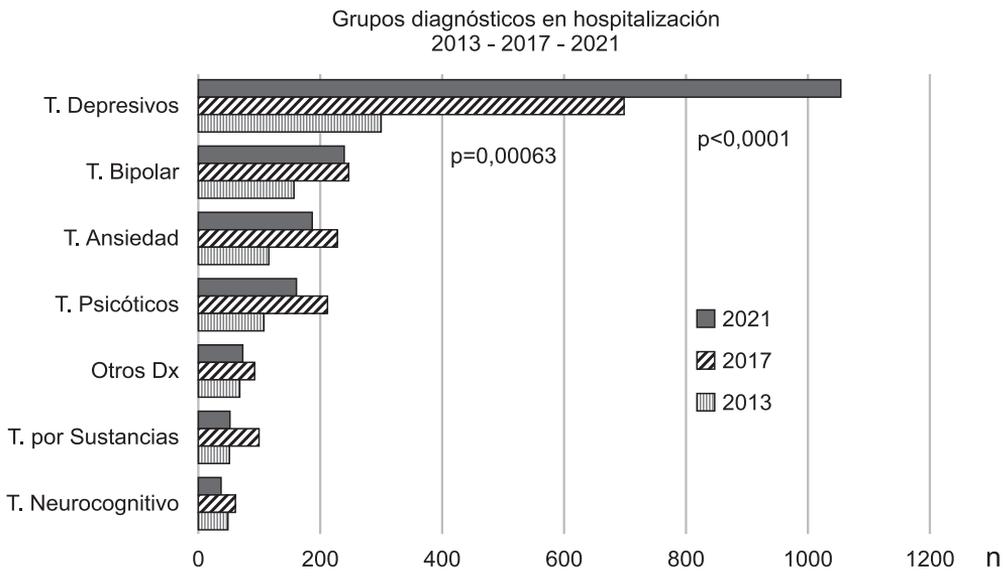
En el análisis comparativo de los años medidos, hubo un aumento gradual de la proporción de pacientes hospitalizados por trastornos depresivos. En 2013 correspondió al 36% (n=300), con un aumento significativo (p=0,00063) de la proporción en 2017, llegando al 43% (n=699). Esta proporción continuó con un incremento significativo en 2021 respecto a los años anteriores, llegando a 59% (n=1.053) (p<0,0001) (Tabla 5).

Al hacer un análisis exploratorio del aumento de los trastornos depresivos, encontramos que en el 2021 hubo un aumento significativo de la probabilidad de hospitalización por depre-

sión mayor de casi el doble respecto al 2017 (OR=1,89; I.C.95%: 1,65 - 2,17; p=0,0000001) y de 2,5 veces la probabilidad de 2013 (OR=2,57; I.C.95%: 2,17 - 3,04; p=0,0000001) (Figura 2).

Las hospitalizaciones por trastornos depresivos estuvieron seguidas en frecuencia por las de trastorno bipolar y trastornos de ansiedad en los tres años medidos. El trastorno bipolar aumentó de manera significativa de 2013 a 2017 (P=0,022). Sin embargo, entre 2017 y 2021 no hubo diferencias significativas en la proporción de hospitalizaciones de pacientes con trastorno bipolar ni trastornos de ansiedad (p>0,05) (Figura 3).

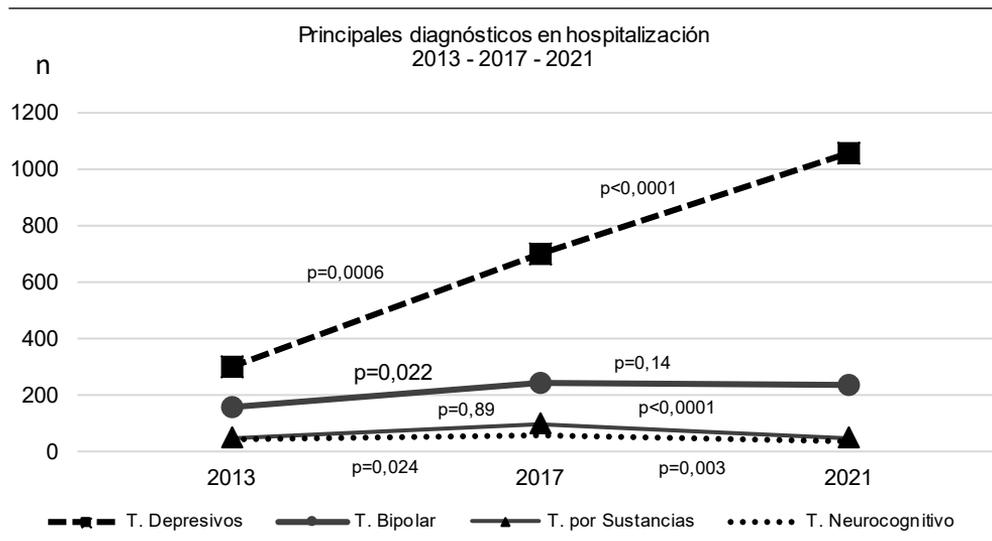
Figura 2. Número de hospitalizaciones por grupo diagnóstico entre 2013, 2017 y 2021



Los valores-p son reportados para las diferencias entre los años de estudio.

Las hospitalizaciones por trastornos neurocognitivos tuvieron una disminución proporcional progresiva con di-

ferencias significativas de 2013 a 2017 (p=0,024) y de 2017 a 2021 (p=0,003) (Figura 3).

Figura 3. Diferencias en las hospitalizaciones por grupo diagnóstico entre 2013, 2017 y 2021

La hospitalización por trastornos inducidos por sustancias tuvo una proporción similar entre 2013 y 2017 ($p=0,89$) y una disminución significativa entre 2017 y 2021 ($p=0,0000016$) (Figura 3).

Consulta externa

En el año 2013 se atendieron 637 pacientes con un predominio del sexo femenino con 54% ($n=347$). Esta cifra aumentó a 705 pacientes en 2017, también con predominio femenino 53% ($n=372$), y subió a más del doble en 2021, llegando a 1.939 pacientes, con un aumento significativo en la proporción de pacientes de sexo femenino a 64% ($n=1.243$) ($p=0,000000016$).

En cuanto a los grupos de edad atendidos en la consulta externa, se observa una distribución relativamente similar en los grupos etarios de los años 2013 y 2017, sin encontrar diferencias significa-

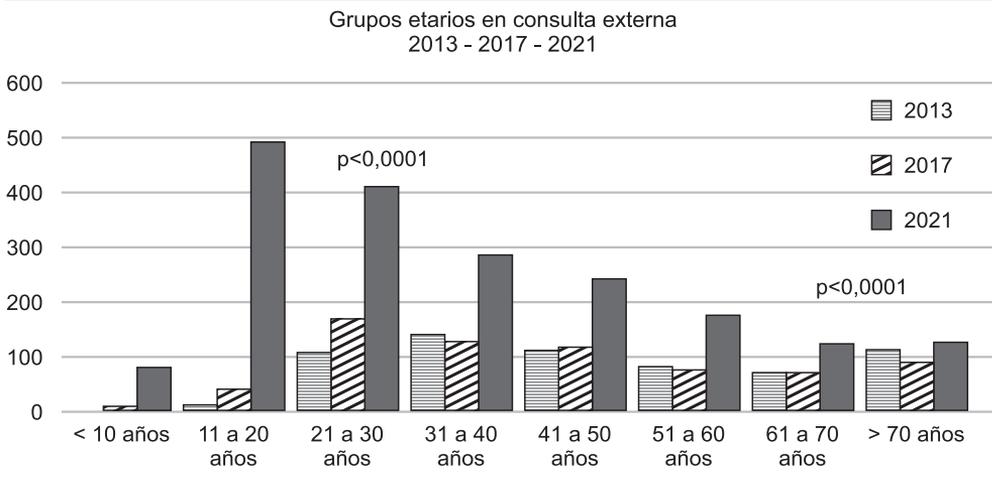
tivas entre grupos ($p>0,05$). En contraste, en 2021 hay una mayor concentración de los pacientes jóvenes con una tendencia de disminución progresiva en la edad de los pacientes consultantes, encontrando una diferencia estadísticamente significativa en el grupo etario entre 21 a 30 años en comparación con los años anteriores (2013 vs 2017: $p=0,00022$; 2017 vs 2021: $p=0,025$; 2013 vs 2021: $p=0,00001$). Por otro lado, el grupo de los mayores de 60 años tuvo una disminución proporcional al comparar 2017 con 2021 ($p<0,0001$) (Figura 3).

En 2013 el grupo etario que más consultó fue el de 31 a 40 años, con 22% ($n=140$) de los 637 pacientes atendidos en ese año. En 2017 fue el de 21 a 30 años con 24,1% ($n=170$) de los 705 pacientes atendidos. Mientras que, en 2021, el grupo de 11 a 20 años fue el más frecuente, con 25,4% ($n=493$) de los 1.939 pacientes de todas las edades atendidos en con-

sulta externa. A pesar de que la cantidad de pacientes aumentó progresivamente, no se encontraron diferencias estadísti-

camente significativas en los diferentes grupos etarios entre los años medidos ($p > 0,05$) (Figura 4).

Figura 4. Diferencia de consultas por grupos etarios entre 2013, 2017 y 2021



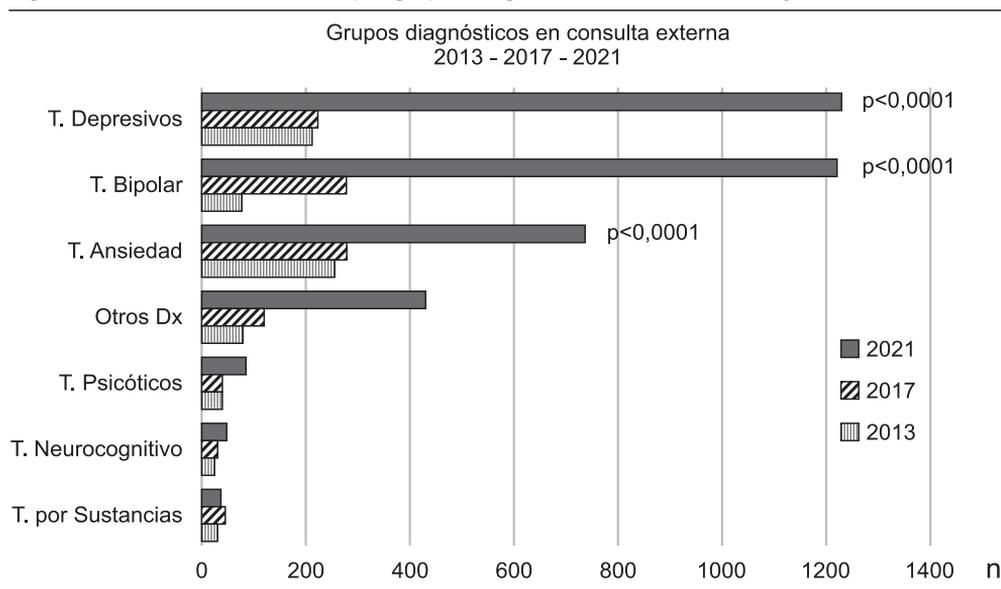
Los valores-p son reportados para las diferencias entre los años de estudio

A pesar de que se observa una diferencia clara en 2021 de los pacientes entre 11 y 20 años, no se realizaron pruebas de hipótesis estadísticas comparativas del grupo etario menor de 20 años entre los años medidos, debido a que la diferencia se debe a que la oferta de la consulta externa de psiquiatría infantil solo estuvo presente en la medición 2021, porque no se encontraba disponible en la institución en los años 2013 ni 2017.

En cuanto a los principales grupos de trastornos mentales diagnosticados a los pacientes atendidos en la consulta externa, en 2013 se observó un predominio de los trastornos de ansiedad con 34,9% (n=256), seguido por los trastornos depresivos con 29,2% (n=214).

En 2017 la proporción de los trastornos de ansiedad disminuyó a 27,2% (n=280), equiparando exactamente con las mismas cifras del trastorno bipolar para ese año y seguido por los trastornos depresivos con 21,9% (n=225).

El perfil diagnóstico cambió en 2021, aumentando la proporción de los trastornos depresivos a 32,4% (n=1.232), seguidos muy de cerca por el trastorno bipolar con 32,1% (n=1.221). Para ambos grupos diagnósticos hubo un aumento proporcional respecto a años anteriores, con una diferencia estadísticamente significativa (Depresión: $p < 0,0001$; t. bipolar: $p = 0,002$); mientras que la para los trastornos de ansiedad hubo una disminución proporcional respecto de años anteriores ($p < 0,0001$) (Figura 5).

Figura 5. Diferencia de consultas por grupos diagnósticos entre 2013, 2017 y 2021

Los valores-p son reportados para las diferencias entre los años de estudio.

En lo referente a los pagadores de los servicios de salud, en el año 2013 y 2017 la mayor proporción de atenciones correspondían a pacientes particulares, con 61,4% (n=2.375) y 49% (n=2.986) respectivamente. En ambos años el segundo pagador más frecuente fueron las em-

presas de medicina prepagada y seguros de salud. Esto cambió en 2021, disminuyendo las atenciones particulares a 12,8% (n=1.882) y predominando los planes complementarios con 55,5% (n=8.138), seguido de las prepagadas y seguros de salud con 26,5% (n=3.881) (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de entidades responsables de pago de servicios 2013, 2017 y 2021

Entidad	2013		2017		2021	
	n	%	n	%	n	%
Plan complementario	277	7,2	827	13,6	8.138	55,5
Prepagadas + Seguros	1.026	26,5	1.846	30,3	3.881	26,5
Particular	2.375	61,4	2.986	49,0	1.882	12,8
Regimen especial	74	1,9	135	2,2	471	3,2
EPS	113	2,9	300	4,9	294	2,0
Total	3.865	100,0	6.094	100,0	14.666	100,0

Discusión

El presente estudio tuvo el objetivo de realizar una comparación del per-

fil epidemiológico y de atención de los servicios de salud mental en la Clínica Montserrat de manera comparativa,

con mediciones en tres tiempos diferentes, separados por cuatrienios (2013, 2017 y 2021).

En términos generales hubo un incremento constante en la población y demanda de servicios de salud mental, en todos los años estudiados. Sin embargo, las cohortes de 2013 y 2017 tuvieron más similitudes que la de 2021, año en el cual se evidenciaron varias diferencias significativas. Lo anterior había sido percibido en los ambientes clínicos y reuniones administrativas, pero hasta ahora no había sido soportado en la evidencia, con una minería de datos sistemática y comparativa, hasta esta publicación.

Estas diferencias especialmente se encuentran en un crecimiento más acelerado de los servicios ambulatorios para el 2021 específicamente la consulta prioritaria que llegó a un 45% del total de atenciones de la institución. Lo anterior sugiere que ha habido un aumento en las patologías de presentación aguda o agudizaciones de las crónicas, que no están siendo adecuadamente contenidos por servicios ambulatorios programados, llegando a la consulta no programada.

En cuanto a la hospitalización, a pesar de la tendencia creciente en todos los años en cantidad de hospitalizaciones, la proporción respecto a los demás servicios prestados en la institución no describe la misma tendencia, ya que entre 2013 y 2017 no se encontraron diferencias significativas. Por el contrario, entre 2017 y 2021 sí hubo un aumento significativo de la hospitalización; pero si bien aumenta la demanda de servicios no es directa-

mente proporcional al crecimiento de la consulta prioritaria, por ejemplo, lo que sugiere que la necesidad de internar a los pacientes que consultan a la institución es menor, respecto a la cantidad de consultas prioritarias. Lo anterior implica que la institución requerirá adecuarse y adaptarse a una mayor demanda de servicios ambulatorios versus internación. También se debe tener en cuenta que existe mayor limitación en la posibilidad de aumentar la capacidad instalada de la hospitalización, ya que el número de camas es limitada y relativamente constante en el tiempo; en contraste con la capacidad más flexible de la consulta prioritaria para atender más pacientes en función de más tiempo del personal en las 24 horas del día. Lo anterior impacta en el tiempo de espera de atención en los pacientes, pero no en los números finales de atención. En contraste, la cantidad de pacientes que no pudieron ser hospitalizados por limitación de camas en muchos momentos se ha evidenciado, pero no fueron contabilizadas en este estudio la cantidad de remisiones por no disponibilidad de camas en la institución.

Los hallazgos del estudio del perfil epidemiológico del ICSN en el 2013 (11) y del presente estudio, evidencian la necesidad del aumento en el número de camas hospitalarias, lo cual ha sido soportado por otros autores que reportan que la limitación del acceso a la hospitalización psiquiátrica en Estados Unidos se ha asociado con mayor riesgo suicida, mortalidad prematura, indigencia, crímenes violentos e institucionalización en el sistema carcelario (13). Lo anterior, contrasta con la política de la Organiza-

ción Panamericana de la Salud de limitar el papel de los hospitales psiquiátricos y la creación de camas hospitalarias en instituciones psiquiátricas (12).

En el servicio de consulta externa también se encuentran cambios en cuanto al comportamiento, presentando el segundo crecimiento más importante después a la consulta prioritaria, pasando de un 19,9% en 2013, a 19,1% en 2017 y 28,1% en el 2021, siendo significativa la diferencia el aumento en 2021. En el último cuatrienio aumentó la clasificación única de procedimientos en salud CUPS ofertado en la consulta externa, especialmente en la población infanto-juvenil, lo que implicó un aumento en la frecuencia de uso de esta población (11 a 20 años) del 0,3% en 2013, 4,9% en el 2017 a 24,5% en 2021. El aumento de atenciones en consulta externa de la población adolescente también tiene que ver con que ni en 2013 ni en 2017 existía la consulta externa de psiquiatría infantil, la cual fue creada en 2019 y por lo tanto en este estudio solo se ve reflejado en las atenciones solo de 2021.

Otro factor que puede haber impactado en el crecimiento de la consulta externa es el cambio de pagadores, disminuyendo en casi un cuarto de la población particular entre 2013 y 2021, y aumentando la atención de población asegurada (PBS, plan complementario, planes de medicina prepagada, pólizas de seguros de salud, régimen especial) de un 38,5% en 2013, 51% en 2017 y llegando a 87,2% en el 2021.

A pesar de que la demanda de servicios de salud mental venía en aumento en

años anteriores, en el último año medido (2021), hubo un incremento mayor a lo proyectado con base en años anteriores. Aunque este no es un estudio que pueda determinar causalidad, se puede hipotetizar que este crecimiento pudo tener relación con la pandemia por COVID-19 y las consecuencias en trastornos mentales derivados, lo cual ha sido soportado por otros estudios que documentan un aumento en la prevalencia y severidad de la enfermedad mental en la población después de la pandemia por COVID-19, especialmente en la población joven (5,14).

En cuanto a los diagnósticos de los pacientes atendidos, si bien se observa una relativa estabilidad de los perfiles de morbilidad tanto en los servicios ambulatorios como en los servicios de hospitalización, el dato más llamativo fue el aumento proporcional, progresivo y estadísticamente significativo de pacientes hospitalizados por trastornos depresivos, pasando del 36% en 2013, 43% en 2017 al 59% en 2021. Por otro lado, en el 2021 el 32,4% de la población atendida en consulta externa correspondía a pacientes con esta patología, desplazando a segundo plano a los trastornos de ansiedad, que eran las causas de consulta más frecuentes en 2013 y 2017.

Este aspecto se deberá estudiar en el tiempo, tanto en una posible relación causal con los factores psicosociales derivados de la pandemia por COVID-19, con factores biológicos secundarios a la infección por el virus SARS-COV-2 y otros aspectos relacionados (18). El aumento de la prevalencia de la depresión

mayor también es concordante con el estudio realizado por el grupo COVID-19 Mental Disorders Collaborators, quienes estudiaron la prevalencia y carga de enfermedad de los trastornos depresivos y de ansiedad debidos a la pandemia en 204 países, quienes encontraron que los países en los que hubo mayor tiempo de limitación de la movilidad humana, mayores tasas de infección por SARS-COV-2 tuvieron mayores incrementos en la prevalencia de depresión. Así mismo, encontraron que el sexo femenino y los grupos más jóvenes estuvieron más afectados por la pandemia en el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad (18)(3). Estos datos son concordantes con los hallazgos del presente estudio, con excepción del aumento en los trastornos de ansiedad, los cuales en nuestro estudio aumentaron en cantidad, por el aumento global de los servicios prestados, pero disminuyeron proporcionalmente con relación a otros diagnósticos y años anteriores.

Con el anterior hallazgo del aumento significativo y progresivo de la demanda de pacientes con trastornos depresivos, se evidencia la necesidad creciente en esta psicopatología y se recomienda ampliar servicios y diseñar programas para la atención de la población con trastornos depresivos.

Se observa que la demanda de servicios tanto en hospitalización como en consulta externa para manejo de patología adictiva se encuentra dentro de los servicios menos demandados. En contraste con el crecimiento de prevalencia descrito en la literatura o en la encuesta nacional de

salud mental, siendo el sexto grupo de morbilidad en hospitalización y el séptimo en consulta externa. Este resultado posiblemente está relacionado con la exclusión de tienen las pólizas de salud, medicinas prepagadas y planes de salud complementarios, para dar cobertura al tratamiento de este tipo de patologías (7).

De la misma forma se evidencia en el presente estudio una disminución significativa de los servicios para adultos mayores y trastorno neurocognitivo, lo cual contrasta con las predicciones demográficas de envejecimiento global de la población. Puede haber factores también derivados de consecuencias de la pandemia, en cuanto a resistencias de las familias pacientes de edad avanzada a consultar, por miedo al contagio de COVID-19 de sus familiares adultos mayores, lo cual aplicaría para los servicios de hospitalización y hospital día presencial, pero no para los servicios virtuales de consulta y hospital día de psicogeriatría (3,5,18).

Limitaciones

La naturaleza retrospectiva de este estudio impide sacar conclusiones causales de los cambios observados. Tampoco se estudiaron los factores clínicos determinantes de la demanda de servicios, porque no fue el alcance de este estudio. Todos los factores con implicaciones explicativas de los resultados reportados en la discusión son suposiciones y relaciones concordantes con la literatura científica publicada.

Los aumentos en la demanda de servicios están limitados a la capacidad insta-

lada en la institución, por lo que tiene un valor máximo que limita dimensionar el aumento real en la población de influencia de la demanda de servicios de salud mental. Esto aplica particularmente para el servicio de hospitalización, cuya capacidad de crecimiento es más limitada por la infraestructura, en comparación con la flexibilidad de ampliar el tiempo de atención y el recurso humano en otros servicios.

Aunque el método de recolección del presente estudio a través del software Microsoft Power BI® le da bastante confiabilidad en la retribución de la información, reconocemos que puede haber un margen de error e incertidumbre, proveniente de la fuente de registro de la información en las historias clínicas por el personal administrativo y asistencial.

Algunos datos, como la ocupación, el estado civil, el diagnóstico principal y comórbido, entre otros, estaban faltantes, por vacío de información originada desde la fuente de captura. Esto implica la necesidad de capacitación y concientización del personal administrativo y asistencial encargado del registro del dato en las historias clínicas.

Conclusiones

El perfil sociodemográfico y de servicios prestado fue similar entre 2013 y 2017, mientras que hubo diferencias significativas en los pacientes y las atenciones realizadas en 2021.

Las diferencias significativas encontradas en 2021 fueron en el aumento de la proporción de pacientes y de servicios

prestados en el sexo femenino. La edad media de los pacientes disminuyó progresivamente, con mayor proporción de servicios realizados estudiantes y empleados. La demanda de servicios de consulta prioritaria y consulta externa creció de manera exponencial. El servicio de hospitalización tuvo una tendencia también creciente, de manera lineal.

Se presentó un cambio de proporción de demanda de servicios en el último cuatrienio, con un mayor crecimiento de atenciones en servicios ambulatorios en especial de consulta prioritaria, siendo este el servicio más solicitado en el 2021, desplazando a la hospitalización al segundo lugar en demanda de atenciones, mientras que este último servicio era el más frecuentemente usando en 2013 y 2017.

Los trastornos depresivos continúan siendo la causa más frecuente de atención. Para el el último cuatrienio presenta un crecimiento mayor a la tendencia evidenciada en años anteriores en la hospitalización con un aumento significativo en la probabilidad de hospitalización por depresión mayor en casi el doble entre 2021 y 2017 y 2,5 veces entre 2021 y 2013. Adicionalmente, los trastornos depresivos se convierten en el principal diagnóstico de atención en consulta externa, superando a los trastornos de ansiedad y trastorno bipolar, con proporciones importantes en años anteriores.

La mayor proporción de personas atendidas en la institución corresponden a menores de 30 años. Más para el 2021 hubo una proporción significativamente

mayor de pacientes menores de 20 años hospitalizados en comparación con los años anteriores, con una diferencia estadísticamente significativa y un aumento de probabilidad en 2021 de 6 veces respecto a la del año 2017. Si bien esta tendencia es similar en los servicios de consulta externa, no se realizaron pruebas de hipótesis estadísticas comparativas ya que para el 2013 y 2017 no se ofertaba el servicio de psiquiatría infantil en los servicios ambulatorios.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [Internet]. 2001 [cited 2022 Dec 8]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42447/WHR_2001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Burden of Disease (GBD) study [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 8]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 8]. Available from: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
4. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021 Nov 6;398(10312):1700–12.
5. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 2021 Nov 6 [cited 2022 Dec 9];398(10312):1700–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34634250/>
6. Renjifo HA, Pernet IC, Cuellar AM, Guerra A, Miranda RJ, Ramírez E, et al. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud Colombia 2013 [Internet]. [cited 2022 Dec 8]. Available from: http://ladora-caldas.gov.co/apc-aa-files/32303362373765366432663033643061/IMG_4236.jpg
7. Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Dec 11];45:1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27993243>
8. Cepeda Alejandro. Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos [Internet]. *Boletín de Prensa No 1033 fde 2021*. 2021 [cited 2022 Dec 8]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>
9. World Health Organization. Suicidio [Internet]. [cited 2022 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
10. González M, García R, Yamhure AI, Pardo E, Betancourth E. *Epidemiología de los Trastornos Mentales en Bogotá 1978*. Ed. Tercer Mundo. Bogotá D.C.; 1978.
11. Martínez S, Ramírez AC, Mayorga E, Olmedo J. Perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. *Psimonart*. 2015;6(1-2):11–27.
12. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://www.paho.org/es/node/76244>
13. Allison S, Bastiampillai T, Licinio J, Fuller DA, Bidargaddi N, Sharfstein SS. When should governments increase the supply of psychiatric beds? *Mol Psychiatry* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022

- Dec 9];23(4):796–800. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28696434/>
14. Leith T, Brieger K, Malas N, McCaffery H, Monroe K, Kullgren KA, et al. Increased prevalence and severity of psychiatric illness in hospitalized youth during COVID-19. *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2022 Dec 9];27(3):804–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35236147/>
15. Visualización de datos | Microsoft Power BI [Internet]. [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://powerbi.microsoft.com/es-es/>
16. Cloud | Epi Info™ | CDC [Internet]. [cited 2022 Dec 9]. Available from: https://www.cdc.gov/epiinfo/esp/es_cloud.html
17. Jamovi - Statistical software for the desktop and cloud [Internet]. [cited 2022 Dec 9]. Available from: <https://www.jamovi.org/>
18. Kwong ASF, Pearson RM, Adams MJ, Northstone K, Tilling K, Smith D, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. Available from: <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.242>

Artículo original

Caracterización y factores asociados al consumo de múltiples de sustancias psicoactivas en un hospital de alta complejidad: un estudio transversal

Manuel Alejandro Pinzón Olmos^{1,2}, Juan Carlos Alba Maldonado^{1,2},
María Alejandra Andrade Salcedo^{1,2}, Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez^{1,2},
Martha Lizeth Fonseca Becerra²

1 Departamento de psiquiatría. Hospital San Rafael, Tunja, Colombia.

2 Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Boyacá, Tunja, Colombia

Correspondencia: manuelpinzon523@gmail.com

Resumen

Objetivo: Realizar una caracterización sociodemográfica de los pacientes que consumen sustancias psicoactivas atendidos en un Hospital de alta complejidad de la ciudad de Tunja.

Métodos: Estudio observacional descriptivo analítico, donde el universo poblacional eran los pacientes con diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas atendidos en el hospital San Rafael, entre el 10 de octubre del 2017 y el 10 de enero del 2019.

Resultados: En total se revisaron las historias clínicas de 162 personas que cumplan los criterios de inclusión. En su mayoría adolescentes, hombres y de residencia urbana. Dentro del análisis bivariado se encontró que ser mayor de 18 años, es un factor que aumenta la probabilidad de consumir múltiples sustancias psicoactivas, mientras que vivir en área rural, tener hijos y ser mujer, son variables que disminuyen esta probabilidad.

Conclusiones: Las mujeres que viven en zona rural y tienen hijos, tienen baja probabilidad del consumo de múltiples sustancias psicoactivas, sin embargo, en las mayores de 18 años, se aumenta esta probabilidad.

Palabras clave: Sustancia psicoactiva; Uso de sustancias; Abuso de sustancias; Servicios de salud mental (DeCS).

Summary

Objective: To carry out a sociodemographic characterization of the patients who consume psychoactive substances treated in a high complexity hospital in the city of Tunja.

Methods: Analytical descriptive observational study, where the population universe were the patients diagnosed with the consumption of psychoactive substances treated at the San Rafael hospital, between October 10, 2017, and January 10, 2019.

Results: In total They reviewed the medical records of 162 people who met the inclusion criteria. Mostly teenagers, men and urban residents. Within the bivariate

analysis it was found that being over years of age is a factor that increases the probability of consuming multiple psychoactive substances, while living in rural areas, having children and being a woman are variables that decrease this probability.

Conclusions: Women who live in rural areas and have children have a low probability of consuming multiple psychoactive substances, however, in those over 18 years of age, this probability is increased.

Keywords: Psychoactive substance; Use of substances; Substance abuse; Mental health services (MeSH).

Introducción

La búsqueda de alivio a las enfermedades ha llevado al descubrimiento de distintas propiedades de muchas plantas, como la mandrágora autumnali la más usada en la antigüedad por su efecto depresor y que incluso logró el mejor control de la epilepsia para entonces. Sin embargo, para cada sustancia encontramos un efecto tóxico, abuso y uso recreativo de la misma, que para galeno contradecía la disciplina, la fe médica y se separaba del acto ritual de comunicación ancestral con sus dioses (1,2).

En la actualidad el consumo de sustancias es una problemática que dificulta el tratamiento de las distintas patologías psiquiátricas con aumento de complicaciones como el suicidio; entre estas el trastorno afectivo bipolar predomina con hasta 61%, seguido de los trastornos de ansiedad y siendo el alcohol la sustancia de mayor consumo. Algunos autores han considerado que se trata de un intento de automedicarse en búsqueda de alivio en su condición mental (3,4).

Las adicciones son fruto de una sustancia potencialmente adictiva y un

sistema de recompensa cerebral disfuncional que desencadena un comportamiento anómalo en búsqueda de la sustancia, así los adictos no responden al elemento primario (cambio químico producto del consumo) y empiezan a responder al estímulo condicionado (ver la sustancia, el casino, la comida) y es la anticipación del efecto de la sustancia la que obliga a buscar nueva dosis (4,5). También se han asociado los trastornos de personalidad principalmente el tipo antisocial con el consumo de sustancias, hallando hasta 8 veces más prevalencia en estos pacientes que en la población general (6,7).

Otra problemática es el surgimiento de nuevas sustancias psicoactivas de tipo sintético y de las cuales aún se están estudiando los efectos nocivos que pueden tener. Predominan las de tipo estimulante con vías de administración que buscan evitar el paso hepático lo que favorece el desarrollo de adicción y dependencia.

Además de la normativa de algunos países que no es clara frente a estos (8,9). Caracterizar el consumo y abuso de sustancias permite enfrentar de ma-

nera adecuada y eficiente el origen de la adicción, para intervenir en la prevención del primer contacto y disminuir el impacto social que trae el deterioro propio de las personas que la padecen (4,8 - 10).

El objetivo del estudio es realizar una caracterización sociodemográfica de los pacientes que consumen sustancias psicoactivas atendidos en un Hospital de alta complejidad de la ciudad de Tunja.

Métodos

Tipo de investigación: Observacional descriptivo analítico.

Población: El universo de esta investigación serán los pacientes con diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas, identificados mediante los códigos internacionales de enfermedades (CIE-10): F100 hasta F199.

Muestra y muestreo: Estimando una población del municipio de Tunja de aproximadamente 191.878 habitantes (11) para un estudio con 12% de prevalencia en población general (12), 95% de confianza y 5% de error se calculó una muestra de 162 historias clínicas.

Criterios de inclusión: Pacientes entre los 10 y 80 años con diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas atendidos por el servicio de psiquiatría en el Hospital San Rafael de Tunja entre el 10 de octubre del 2017 y el 10 de enero del 2019.

Criterios de exclusión: Historias clínicas incompletas con vacíos de informa-

ción, pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

Análisis estadístico: La base de datos será registrada en Excel versión 2013 y se analizará en el paquete estadístico SPSS versión 21. El análisis univariado se realiza por medio de un estadístico descriptivo determinando frecuencias absolutas y relativas en las variables categóricas, en el caso de las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango intercuartil) según la distribución de la variable. En el análisis bivariado para determinar las posibles asociaciones entre variables categóricas se realizaron tablas tetracóricas, con medición de Chi cuadrado de Pearson y la razón de prevalencias (<1 como factor protector, >1 como factor de riesgo y 1 sin asociación).

Consideraciones éticas: Basados en la resolución 8430 de 1993, se considera una investigación sin riesgo, puesto que se basa en la revisión de retrospectiva de los archivos del sistema del Hospital. Se obtuvo el debido consentimiento informado por parte del comité de ética e investigación del Hospital San Rafael de Tunja.

Resultados

En total se revisaron las historias clínicas de 162 personas que habían consumido sustancias psicoactivas y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

Caracterización sociodemográfica

El promedio de edad de la población con consumo de SPA fue de 28,64 años

(DE±13.35), con un mínimo de 12 años y un máximo de 72 años.

La edad de inició en promedio fue hacia los 17.0 años (DE±7.6 años), con un mínimo de

5 y un máximo de 64 años. En promedio llevaban consumiendo 11.62 años (DE±11.85 años), con un mínimo de 0 y un máximo de 49 años. El resto de las características poblacionales se observa en la Tabla 1.

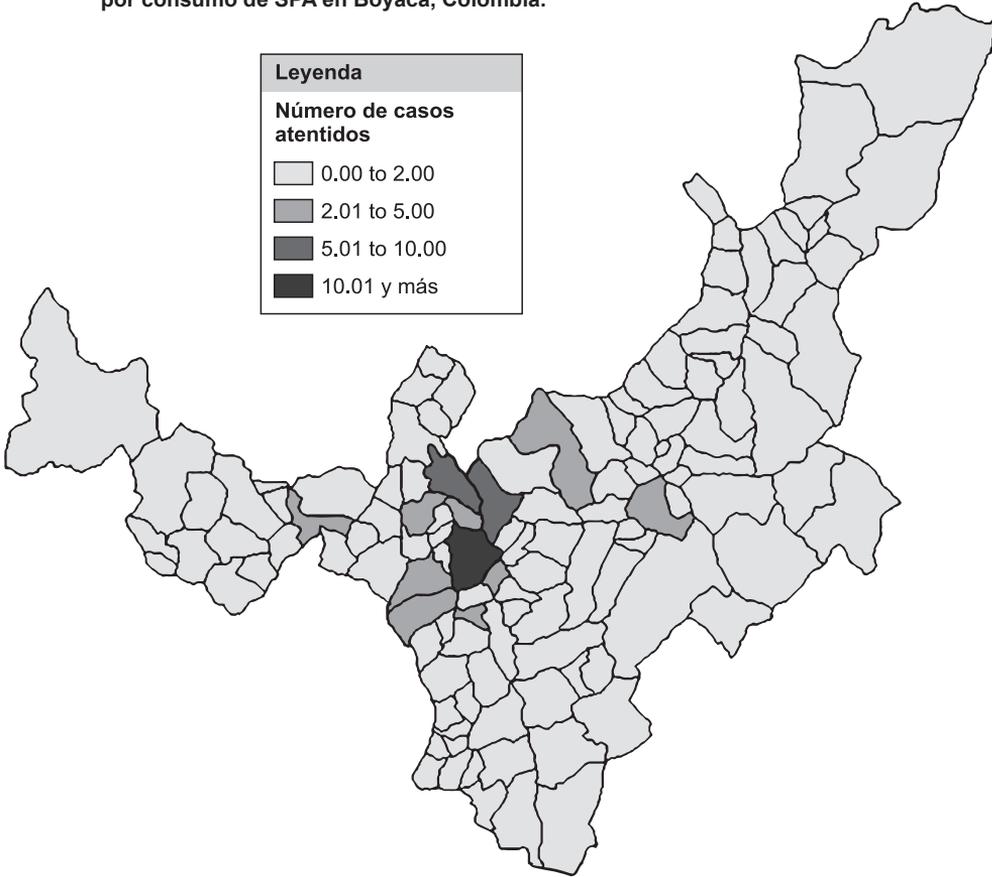
Tabla 1. Características de la muestra estudiada

	Variable	n	%	IC 95%	
Género	Femenino	32	19,8	14,3	26,6
	Masculino	130	80,2	73,4	85,7
Grupos de edad (años)	10 a 25	88	54,3	46,6	61,8
	26 a 40	41	25,3	19,2	32,5
	41 a 55	23	14,2	9,6	20,5
	56 a 70	10	6,2	3,3	11,1
Escolaridad	Primaria	47	29,0	22,6	36,4
	Bachillerato	88	54,3	46,6	61,8
	Técnico	1	0,6	-0,2	3,8
	Universitario	24	14,8	10,1	21,2
	Posgrado	2	1,2	0,1	4,7
Residencia	Rural	37	22,8	17,0	29,9
	Urbano	125	77,2	70,1	83,0
Estado civil	Soltero	126	77,8	70,7	83,5
	Casado	16	9,9	6,1	15,5
	Divorciado	13	8,0	4,6	13,4
	Unión libre	7	4,3	1,9	8,8
Estrato socioeconómico	Estrato bajo	105	64,8	57,2	71,8
	Estrato medio	56	34,6	27,7	42,2
	Estrato alto	1	0,6	-0,2	3,8
Hijos	si	132	81,5	74,8	86,8
Situación laboral actual	Empleado	62	38,3	31,1	46,0
	Desempleado	100	61,7	54,0	68,9
Antecedentes	Abuso sexual	6	3,7	1,5	8,0
	Abuso psicológico	62	38,3	31,1	46,0
	VIF	57	35,2	28,2	42,8
	Consumo SPA familiar	63	38,9	31,7	46,6
	Negligencia parental	59	36,4	29,4	44,1
	Pelea entre padres	61	37,7	30,6	45,3
Tipología familiar	Monoparental	76	46,9	39,4	54,6
	Biparenta	42	25,9	19,8	33,2
	Extensa	33	20,4	14,9	27,3
	Mixta	11	6,8	3,7	11,9
Relaciones interfamiliares	Disfuncional	105	64,8	57,2	71,8
	Funcional	57	35,2	28,2	42,8

Adicionalmente, se observó que los patrones de mayor consumo se registraban

en las principales ciudades del departamento (figura 1).

Figura 1. Procedencia de casos atendidos en Hospital San Rafael (Tunja) por consumo de SPA en Boyacá, Colombia.



Caracterización de las sustancias psicoactivas

Se observó que las sustancias psicoactivas que más consumió esta población fue el alcohol (etílico y metílico), seguido de los cannabinoides, el tabaco y el bazuco (figura 2).

Una vez realizado este análisis, se observó que el 58.02% de los encuestados

habían consumido más de dos sustancias psicoactivas.

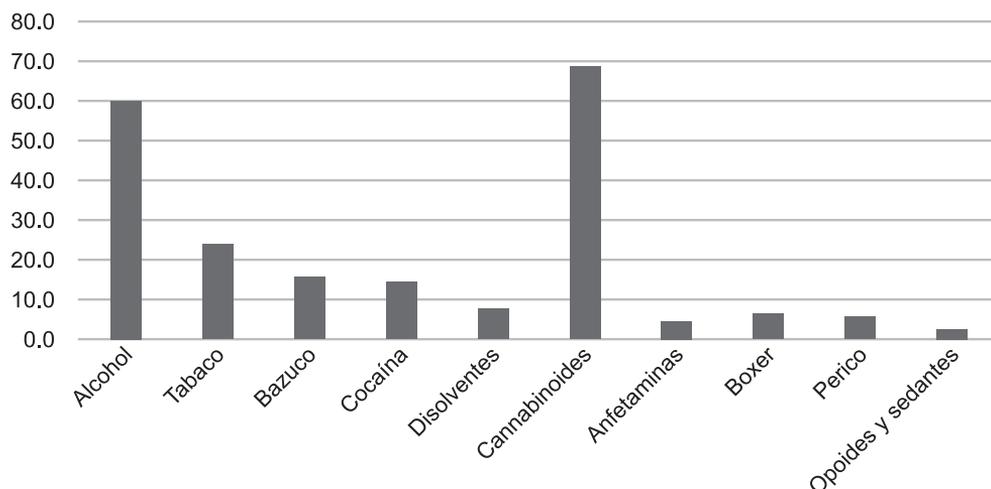
Factores asociados al consumo de múltiples sustancias psicoactivas

Se realizó análisis bivariado mediante el cálculo de las Razones de prevalencia para determinar los posibles factores asociados al consumo de 2 o más sustancias psicoactivas (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis bivariado de las variables cualitativas

Variable	≥2 SPA (n=94)	1 SPA (n=68)	RP	IC 95%	valor-p
Femenino	10	22	0,48	0,28; 0,57	0,001
Residencia rural	82	43	1,96	1,41; 2,73	0,001
Edad mayor de 18 años	74	44	1,46	1,02; 2,09	0,048
Tener hijos	82	50	1,55	1,09; 2,45	0,028
Empleado	32	30	0,83	0,62; 1,10	0,128
Antecedente abuso sexual	4	2	1,15	0,26; 8,24	0,988
Abuso psicológico	38	24	1,24	0,65; 2,37	0,509
Violencia Intrafamiliar	33	24	0,99	0,51; 1,90	0,98
Consumo de un familiar	35	28	0,93	0,70; 1,22	0,611
Negligencia o abandono	36	23	1,08	0,63; 1,41	0,559
Pelear de padres	39	22	1,17	0,77; 2,84	0,234

Figura 2. Frecuencia de las SPA consumidas



Discusión

El estudio se enfocó en la población que asistió al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel con importante población de estudiantes universitarios (11), se obtuvo muestra significativa de acuerdo a las pruebas estadísticas estandarizadas calculadas a partir del 12% de prevalencia reportado en la bibliografía para el consumo de SPA en población

general, teniendo en cuenta que para servicios de urgencias se ha llegado a calcular hasta 20% (12 - 14) las hipótesis planteadas por los investigadores propusieron asociación y riesgo de consumo con variables que exploraron la dinámica familiar, la historia personal, la ocupación, el nivel educativo, socioeconómico y situaciones exigentes de madurez psicológica como el tener un hijo.

Las sustancias reportadas corresponden a aquellas que se registraban en la historia clínica, una o más por paciente, y al medir sus frecuencias absolutas se pudo aproximar las preferencias de consumo de la población en estudio. Se evidenció que el alcohol es el psicoactivo que más consumen con 60% seguida del cannabis con 50%. Datos que son similares a los reportado por Ahmed y Coles en 2019 que hallaron entre 36 y 91% en sus respectivas revisiones sistemáticas (3,15).

Al analizar los resultados cobra gran importancia que la población consumidora de SPA debuta durante la adolescencia y tiende a continuar su consumo (16,17), con media general de 11 años consumiendo y máxima de 49 años. Predominó en nuestra población de hombres entre los 10 y los 25 años, así como analizó Grady en 2018 el consumo de una sustancia está asociado a otras, sean legales o ilegales, y se da mayoritariamente en menores de 21 años y fue la combinación marihuana-alcohol la más vista en su población igual que para nuestro reporte (8).

Puede indicar este hallazgo que las SPA son de relativo fácil acceso a la población, incluidos los menores de edad como indica el promedio de primer consumo a los 17 años y un individuo reporto iniciar a los 5 años, muy probablemente con alcohol si tenemos en cuenta la cultura regional, como explicó la encuesta nacional en salud mental donde la región andina (incluye Boyacá y Bogotá) presentó una de las mayores prevalencias de abuso de alcohol(18) y más aún si los menores presentan patología

psiquiátrica no tratada como déficit de atención e hiperactividad, ansiedad o depresión(10,17).

Para los adultos la enfermedad mental que más se asocia al consumo de sustancias es la enfermedad bipolar con hasta 61%, siendo estos más susceptibles de cometer suicidio frente a los que no tenían dicha comorbilidad describe Coles en su revisión sistemática de 2019, aquellos TAB consumidores presentaron hasta 39.5% de prevalencia de suicidio frente a 23.8% de prevalencia en aquellos TAB sin consumo de SPA (3).

Al clasificar la población se evidencio predominio de hombres con educación básica, solteros, desempleados y de bajo nivel socioeconómico pero que contrario de lo reportado mundialmente, en su mayoría negaron haber sufrido abuso sexual, psicológico, físico o antecedentes familiares de consumo de SPA (17,19). Aunque si reportaban dificultades en el establecimiento de lazos interpersonales con parejas y familiares, condición que puede ser causa o efecto del consumo (10,20).

En cuanto a las sustancias que consumían las principales fueron alcohol y cannabinoides con ligero predominio de esta última, pero no es despreciable la cantidad de pacientes que manifestaron consumir otras SPA desde las ilegales como la cocaína hasta los medicamentos de control especial pasando por sustancias industriales como pegantes y disolventes (figura 2) similar a estudios latinoamericanos de población vulnerable (17,19).

No hay reporte de sustancias sintéticas o semisintéticas las cuales identifica Graddy 2018, al revisar datos de 2009 a 2013, como una importante problemática en países de primer mundo con prevalencias entre 13 y 28.8%, principalmente derivados de la marihuana que buscan dificultar su hallazgo en pruebas de laboratorio y se distribuyen en menores incluso de manera involuntaria para el consumidor en lo que han llamado “party pills”(8), este fenómeno quizás predice dificultades futuras en nuestra región y no debe despreciarse.

Las pruebas de asociación que buscaron los factores que pueden influir en el inicio y mantenimiento de una adicción a SPA, reportan niveles de riesgo con significancia estadística en el sexo masculino, urbano y mayores de edad, aunque el mayor consumo está entre los 10 y los 25 años. Lo que concuerda con las revisiones desarrolladas por Ahmed, Shalit Y Graddy en los últimos 2 años que describen a hombres, solteros, menores de 21 años con diagnóstico de TAB y bajo desempeño académico como el consumidor típico, con la diferencia de la población de hombres homosexuales que solo representó mayor probabilidad de consumo en sustancias sintéticas según Graddy (6,8,15).

La disminución del consumo en los grupos etarios siguientes podría ser por procesos de madurez mental que disminuyen los comportamientos de riesgo (21). Curiosamente contrario a esto tener un hijo en nuestra población representa un riesgo 1.55 veces mayor de consumir SPA frente a quienes no lo tienen (IC 1,09 – 2,45; valor p 0,028)

Finalmente, para las hipótesis de historia personal de violencia y abuso como factores desencadenantes del consumo, las pruebas aplicadas no encontraron fuerza estadística, sin embargo está caracterizado que el consumo abusivo de sustancias en los padres(17,22) y haber sufrido abuso sexual o físico durante la infancia aumentan la susceptibilidad de los individuos para el desarrollo de adicciones a SPA como describió la cohorte de Bazargan y los estudios transversales de Li y Goncalves (19,20,22).

La importancia del estudio es evidenciar la situación actual del consumo de SPA y sus factores asociados para una adecuada planificación de intervención que disminuya el debut de consumo, así como el desarrollo de adicciones, y da lugar a planteamientos de nuevas investigaciones especialmente de corte longitudinal que den una mayor perspectiva del escenario y la problemática.

Referencias

1. Laios K, Lytsikas-Sarlis P, Manes K, M.-I. Kon-taxaki I, Karamanou M, Androustos G. Drugs for mental illnesses in ancient greek medicine. *PSYCHIATRIKI*. 2019;30(1):58–65.
2. Henninger A, Sung H-E. History of Substance Abuse Treatment. In: *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2014 [cited 2019 Jul 12]. p. 2257–69. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-5690-2_278
3. Coles AS, Sasiadek J, George TP. Pharmacotherapies for co-occurring substance use and bipolar disorders: A systematic review. *Bipolar Disord* [Internet]. 2019 May 29 [cited 2019 Jun 6];bdi.12794. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31077521>

4. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis And Practical Applications*. 4th ed. Cambridge University Press, editor. Cambridge; 2013.
5. Masroor A, Patel RS, Bhimanadham NN, Raveendran S, Ahmad N, Queeneth U, et al. Conduct Disorder-Related Hospitalization and Substance Use Disorders in American Teens. *Behav Sci (Basel)* [Internet]. 2019 Jul 5 [cited 2019 Jul 12];9(7):73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31284404>
6. Shalit N, Rehm J, Lev-Ran S. The association between cannabis use and psychiatric comorbidity in people with personality disorders: A population-based longitudinal study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019 Aug 27 [cited 2019 Jun 6];278:70–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31153010>
7. Thylstrup B, Hesse M. Why run the risk? Motivation for offences by patients with substance use and antisocial personality disorders which they rated as most risky to their own well-being. *Crim Behav Ment Heal* [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Jul 12];28(2):187–201. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29024062>
8. Ryan G, Buresh ME, Rastegar DA. New and Emerging Illicit Psychoactive Substances. *Med Clin*. 2018;102:697–714.
9. Jeanne G, Purper-Ouakil D, Rigole H, Franc N. Nouveaux styles de consommation de produits psychoactifs chez les adolescents en France. *Encephale* [Internet]. 2017 Aug [cited 2019 Jul 12];43(4):346–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27720453>
10. Groenman AP, Janssen TWP, Oosterlaan J. Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2017 Jul [cited 2019 Jul 12];56(7):556–69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28647007>
11. DANE. Geoportale Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 9]. Available from: <http://www.dane.gov.co/>
12. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Hum Genet* [Internet]. 2012 Jun [cited 2019 Jul 9];131(6):779–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22543841>
13. Tunja M. *Política Pública de la Juventud*. Tunja; 2015.
14. Rica M, Principe A, Le Reste J-Y, Guillou Landreat M. Autoévaluation des attitudes soignantes aux urgences face aux conduites addictives. *Étude exploratoire*. *Encephale* [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Jul 12];43(1):10–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26796557>
15. Ahmed S, Bachu R, Kotapati P, Adnan M, Ahmed R, Farooq U, et al. Use of Gabapentin in the Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 May 7 [cited 2019 Jun 6];10:228. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31133886>
16. Obradovic I. Adolescence et substances psychoactives. *Soins* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Jul 12];62(816):36–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28648193>
17. Tejeda-Romero C, Kobashi-Margáin RA, Alvarez-Arellano L, Corona JC, González-García N. Differences in substance use, psychiatric disorders and social factors between Mexican adolescents and young adults. *Am J Addict* [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Jul 12];27(8):625–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30265430>
18. Andrés De La R, Guerrero E, Rodríguez V, Rincón CJ, Cabrera Morales D, Pérez Rodríguez SJ, et al. Consumo de alcohol en la población colombiana. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. 2016 [cited 2019 Jul 9]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.002>
19. Gonçalves H, Soares ALG, Santos APG dos, Ribeiro CG, Bierhals IO, Vieira LS, et al. Adverse childhood experiences and consumption of alcohol, tobacco and illicit drugs among adolescents of a Brazilian birth cohort. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 Oct 3 [cited 2019 Jul

- 12];32(10):e00085815. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27828612>
20. Bazargan-Hejazi S, Kim E, Lin J, Ahmadi A, Khamesi MT, Teruya S. Risk Factors Associated with Different Types of Intimate Partner Violence (IPV): An Emergency Department Study. *J Emerg Med* [Internet]. 2014 Dec [cited 2019 Jul 10];47(6):710–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25281170>
21. Giovanni Córdoba-Paz E, Betancourth-Zambrano S, Evelin Tacán-Bastidas L. Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. 2017 [cited 2019 Jul 10];20(38):308–19. Available from: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogentehttp://orcid.org/0000-0003-4795->
22. Li K, Simons-Morton BG, Brooks-Russell A, Ehsani J, Hingson R. Drinking and Parenting Practices as Predictors of Impaired Driving Behaviors Among U.S. Adolescents. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2014 Jan [cited 2019 Jul 10];75(1):5–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24411792>

Artículo original

Trastorno depresivo mayor y trastorno límite de la personalidad, efectos en el autoestima y función familiar, en mujeres adultas consultantes en un servicio público de salud mental en Chile

Antonio Ignacio Iturria Leal¹, Antonio Tapia Rojas², Andrés Cabezas Corcione³

1. Unidad de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital San Juan de Dios, Curicó, Chile

2. Universidad Católica del Maule en Convenio con MINEDUC-UDM

3. Universidad Autónoma de Chile

Correspondencia: andres.cabezas@udelmar.cl

Resumen

Introducción: La relación entre trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno límite de la personalidad (TLP) es controvertida. Su conexión con los estados de ánimo es amplia y problemática, en parte por la sintomatología que se solapa. Ambas entidades clínicas representan repercusiones importantes en la salud pública.

Objetivo: El objetivo principal fue comparar si las variables: autoestima y función familiar, presentaban relación con la presencia vs ausencia de un trastorno límite de la personalidad.

Métodos: Estudio observacional transversal, analítico. Se estudiaron las variables autoestima, función familiar y depresión mediante escalas clínicas en una muestra de n= 60 mujeres adultas con diagnóstico psiquiátrico de trastorno depresivo mayor.

Resultados: La edad promedio de la muestra fue 44,8 años. El 71,7% (n= 43) presentó TDM y el 28,3% (n=17) de las mujeres tenía TDM + TLP. Ambos grupos presentaban baja autoestima. Sin embargo, las mujeres con TDM + TLP presentaron menor autoestima y mayor disfunción familiar que aquellas solo con TDM ($p<0,001$).

Conclusión: Las mujeres con depresión mayor y trastorno límite presentaron un deterioro en autoestima y una mayor gravedad en la evaluación de la funcionalidad familiar, respecto a las mujeres depresivas sin TLP.

Palabras claves: trastorno depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad, autoestima, función familiar.

Summary

Introduction: The relationship between major depressive disorder (MDD) and borderline personality disorder (BPD) is controversial. Its connection with mood is broad and problematic, partly due to the overlapping symptomatology. Both clinical entities represent important repercussions on public health.

Objective: The main objective was to compare whether the variables: self-esteem and family function were related to the presence vs. absence of borderline personality disorder.

Methods: Cross-sectional, analytical, observational study. The variables self-esteem, family function, and depression were studied using clinical scales in a sample of n=60 adult women with a psychiatric diagnosis of major depressive disorder.

Results: The mean age of the sample was 44.8 years. 71.7% (n=43) presented MDD and 28.3% (n=17) of the women had MDD + BPD. Both groups had low self-esteem. However, women with MDD + BPD presented lower self-esteem and greater family dysfunction than those with MDD only ($p < 0.001$).

Conclusion: Women with major depression and borderline disorder presented a deterioration in self-esteem and greater severity in the evaluation of family function, compared to depressed women without BPD.

Keywords: major depressive disorder, borderline personality disorder, self-esteem, family function.

Introducción

Según Hornstein, después de las enfermedades cardiacas, la depresión representa en la actualidad la mayor carga sanitaria considerando la mortalidad prematura y los años que se pierden por incapacidad (1). La depresión representa en la actualidad la segunda mayor carga sanitaria, considerando, además-según este autor, que solamente desde el paradigma de la complejidad es posible entender el desequilibrio neuroquímico indiscutible en la depresión y al mismo tiempo la acción conjunta y difícilmente escindible de la herencia, la historia, la vida actual, los conflictos, las condiciones históricos-sociales, las vivencias y los estados del cuerpo (1).

En general, las teorías psicoanalíticas modernas que explican la depresión sostienen que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un objeto amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Esas

pérdidas tempranas han hecho que su autoestima, dependa excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración cuando son rechazados, criticados o abandonados (2).

Para este estudio, se analizaron tres variables principales: La autoestima, la función familiar y el trastorno límite de personalidad.

Autoestima

Primero, la autoestima a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (3). Esta es definida como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. Para Hornstein puede ser frágil, cambiante y devaluada o resistente, consolidada y valorizada (1). Un alta y positiva autoestima nos proporciona resistencia, fortaleza y capacidad de recuperación. En tanto nos permite dar curso a lo que se piensa y desea, a enfrentar dificultades, a no ser demasiado

influenciable por la mirada de los otros, sobrevivir a los fracasos y desilusiones, y sentirse digno de ser amado; también permite pedir ayuda, cambiar de opinión, aprender de la experiencia y aceptar las limitaciones. Una baja autoestima, por el contrario, es no confiar en nosotros mismos, en nuestra capacidad ni en nuestra posibilidad de ser amados. Las personas con una autoestima devaluada realizan por lo general una lectura negativa de la realidad y de sí mismos, generando un trato poco amable y hablando de sí mismo con poco orgullo, como si fueran sus propios enemigos (1).

Función familiar

La segunda variable analizada fue la función familiar. Se utilizó el APGAR familiar que mide dos categorías: función familiar o disfunción familiar. Evaluar la función familiar es comprender mejor el contexto en el que se producen los problemas de salud de una familia y ofrecer soluciones con un enfoque biopsicosocial. Smilkstein define el concepto de familia en términos de función siendo las principales, el cuidado y el apoyo que una persona recibe de su propia familia (4). Se ha constatado que la función familiar es indiscutiblemente una variable importante como crisol de la personalidad normal y patológica (5).

Trastorno límite de personalidad

Finalmente, la última variable incluida fue el Trastorno límite de la Personalidad (TLP). El TLP afecta alrededor de un 2% de la población general, un 10% en personas que acuden a centros ambulatorios de salud mental y un 20% entre pacientes psiquiátricos ingresados (6).

El término Límite, describe una forma específica del trastorno de la personalidad que puede ser diferenciada de un número sustancial de otros trastornos del Eje II (7) descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, con las siguientes características centrales de este trastorno: un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos (8).

Por otra parte, se ha identificado en muestreos de pacientes con trastorno límite de la personalidad determinadas características, en general, la afectividad negativa, la desregulación emocional y la baja autoestima o el desprecio hacia sí mismo (9).

En cuanto a su etiología, los primeros intentos por explicar el desarrollo del TLP provinieron de la comunidad psicoanalítica, cuyas formulaciones más notables pusieron énfasis en tres aspectos: 1) el papel de la separación-individuación y la ambivalencia que ello creaba; 2) una concepción de insuficiencia donde la clave era la presencia muy deficiente de la madre; y 3) abusos durante los años de formación del niño (7).

En los últimos años se viene realizando un amplio número de estudios con el fin de identificar marcadores de riesgo o de vulnerabilidad en el desarrollo del TLP. Según Caballo (7), los factores etiológicos propuestos se pueden resumir en seis grupos; tres corresponderían a una

naturaleza medioambiental: 1) separaciones en la infancia, 2) compromiso o implicaciones parentales alteradas, y 3) experiencias de abuso infantil. Los otros tres factores estarían más asociados con una naturaleza constitucional: 1) temperamento vulnerable, 2) tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos, y 3) formas sutiles de disfunción neurológica y/o bioquímica (10).

El diagnóstico de TLP entró a la Asociación Americana de Psiquiatría con el DSM-III en 1980 y 12 años más tarde, en 1992, fue adaptado por la Organización Mundial de la Salud CIE-10 (11).

Dentro de la escuela psicoanalítica, se debió a Adolf Stern (12) la designación del grupo límite de las neurosis. Desde entonces, se han ido realizando diversas conceptualizaciones del término, que se pueden resumir, básicamente, en seis. La primera conceptualización, está basada en los trabajos de Kernberg (13), empleando el término límite para describir la mayoría de las formas serias del carácter patológico. La segunda surgió en los años 60 y 70, centrada en la tendencia de los pacientes límite a tener experiencias transitorias psicóticas. Desde esta perspectiva se creyó que el de la personalidad pertenecía al espectro de los trastornos esquizofrénicos (10,14)). La tercera agrupó muchas de las investigaciones empíricas durante los años 80, enfatizó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límites, lo que llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo (10,15,16).

La cuarta definición se refleja en la obra de Gunderson (17), quien describe el

término límite como una forma de trastorno de la personalidad que puede ser distinguida de un número sustancial de otros trastornos del Eje II. Es un diagnóstico al margen de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos. Las características distintivas serían: automutilación, conductas para-suicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contra-transferencia (10,18).

Las definiciones quinta y sexta sobre psicopatología límite han surgido durante los años 90. Zanerini piensa que es más correcto concebir el TLP dentro de los trastornos de los impulsos (19). Desde esta posición, el trastorno límite se trataría de una forma específica de trastorno de personalidad, pero que aparece junto con otros trastornos del control de impulsos (por ejemplo, similar a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con el trastorno antisocial de la personalidad, y quizás con los trastornos de la alimentación) (10). En la misma línea, Herman y van der Kolk sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, relacionado con problemas disociativos, incluyendo el trastorno disociativo de la personalidad (20).

La relación entre trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno límite de la personalidad (TLP) es controvertida. La conexión del trastorno límite con los estados de ánimo es amplia y problemática, en parte por la sintomatología que se solapa (21). Ambas entidades clínicas

representan repercusiones importantes en la salud pública. De ahí la relevancia de este estudio.

Con este estudio se pretende comparar cuantitativamente una muestra de mujeres adultas con trastorno depresivo mayor con presencia o ausencia de trastorno límite de la personalidad; y su relación con la percepción de la autoestima y función familiar de origen.

Los resultados de este estudio, permitirán obtener una visión más amplia sobre la mujer que consulta a un Servicio de Salud Mental en la Región del Maule, lo que a su vez podrá generar nuevas líneas de investigación y capacitación en los Servicios Públicos Chilenos.

Métodos

El presente estudio aborda la relación entre trastorno depresivo mayor (TDM) y trastorno límite de la personalidad (TLP) y su efecto en la percepción global de la autoestima y funcionamiento familiar de origen en mujeres adultas consultantes al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de Curicó.

Para este estudio, se analizaron tres variables principales: La autoestima, la función familiar y el trastorno límite de personalidad.

El objetivo fue determinar la relación y valor predictivo de la autoestima y función familiar en pacientes mujeres adultas con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor con y sin Trastorno Límite

de la Personalidad. Las hipótesis que se trabajaron fueron:

- 1) Existen diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva en las mujeres diagnosticadas con depresión severa con y sin trastorno límite de la personalidad.
- 2) Existen diferencias significativas en la autoestima en mujeres diagnosticadas con depresión severa con y sin trastorno límite de la personalidad.
- 3) Existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar en mujeres diagnosticadas con depresión severa con y sin trastorno límite de la personalidad.

Participantes

En el presente estudio, se trabajó con una muestra clínica conformada por un total de n=60 mujeres adultas, con diagnóstico clínico psiquiátrico de trastorno depresivo mayor con y sin trastorno límite de la personalidad, consultantes al Servicio de Salud Mental Hospital San Juan de Dios de Curicó.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres menores de 19 años y mayores de 75 años, mujeres que estuvieran transitando por una crisis aguda psicótica. Con alta de hospitalización reciente por intento de suicidio, con presencia activa de consumo de alcohol o drogas, pacientes con diagnóstico de distimia, con nivel de sintomatología depresiva leve y moderada, y con diagnóstico de trastorno de la personalidad no especificado.

Todos los pacientes que ingresan son derivados de centros de salud de los

alrededores (Atención Primaria), del mismo Hospital de Curicó (medicina general y de distintas especialidades). A partir de lo anterior, dentro de las principales causas de derivación de los pacientes son la presencia de síntomas de patologías como trastornos depresivos (depresión unipolar severa), trastornos de la personalidad (trastornos límite de la personalidad y no especificados), además, de episodios de violencia intrafamiliar importante, produciendo un aumento de la sintomatología depresiva y deterioro emocional, debido a constantes maltratos y sentimientos de inferioridad producto de éstos. Son mujeres adultas, con edades comprendidas entre los 19 y 75 años.

Instrumentos de evaluación

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El BDI es un instrumento de medida de síntomas depresivos, usualmente auto-aplicado aunque también se administra a modo de entrevista. Su generalizada utilidad y la amplia investigación acumulada garantizan sus excelentes propiedades psicométricas. El BDI, evalúa la presencia de síntomas de depresión mediante la elección de una de cuatro alternativas de respuesta, puntuadas de 0 a 3 en la versión abreviada de 13 ítems, de entre 21 ítems (22).

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

La Escala de Autoestima de Rosenberg (3), tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Se utilizó la EAR, la cual consta de 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene un individuo sobre su autoestima. Es uno de los

instrumentos más utilizados que miden la autoestima y sus 10 afirmaciones sobre los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 son direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y otros 5 ítems son direccionados negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). La graduación de respuesta tiene 4 puntos: 1 punto igual a muy en desacuerdo, 2 puntos igual a en desacuerdo, 3 puntos igual a de acuerdo y 4 puntos igual a muy de acuerdo y se asigna el puntaje inverso negativamente; los valores fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). Los puntajes de interpretación de la escala corresponden a Autoestima Normal (30 a 40 puntos), Autoestima Media (26 a 29 puntos) y Autoestima Baja (menos de 25 puntos). El instrumento fue validado para Chile por Rojas-Barahona, Zegers y Föster, con un Alfa de Cronbach de 0,80 (23).

Cuestionario Familiar (APGAR)

El cuestionario familiar (APGAR) se ha utilizado en numerosos estudios (principalmente clínicos) para investigar la función familiar. En la práctica clínica, las puntuaciones de Apgar se han asociado con las visitas a los especialistas, las respuestas inmunes, trastornos emocionales y síntomas depresivos. La primera publicación se debió a Smilksstein (4) con el objetivo de obtener una revisión rápida de los componentes de la función familiar. Este instrumento se desarrolló en el Departamento de Medicina Familiar, Universidad de Washington, Seattle, Washington, USA. Sus fundamentos teóricos son la experiencia clínica y de los temas comunes en la literatura de las Ciencias Sociales en relación con familias. Mide cualitativa-

mente la satisfacción de un miembro de la familia en relación con cada uno de los cinco constructos (dimensiones) básicos del APGAR (Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto, Resolución). Sus conceptos operativos son familia, función familiar saludable y proceso de cuidado.

Ficha Clínica Hospitalaria

Instrumento donde se registra la información, por parte del médico tratante, de los procedimientos y tratamientos aplicados al paciente mientras recibió una atención de salud o estuvo hospitalizado. Eso incluye: el diagnóstico, quien lo atendió, los exámenes que le realizaron, qué medicamentos se le suministró, el tiempo que permaneció internado.

Procedimiento

Todos los pacientes participantes, mujeres adultas ingresadas al Programa de Psicología Atención de Adultos completan los cuestionarios de auto-informe, previo a un consentimiento informado de aceptación voluntaria. Se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-5 en la información recabada en las entrevistas de valoración de ingreso y la obtenida mediante la ficha clínica hospitalaria (registro de los diagnósticos de trastornos depresivos graves y trastornos límite de la personalidad por parte de médico especialista en psiquiatría). Toda esta información ayuda para establecer un plan de tratamiento psicológico individual cuyos casos son revisados periódicamente en reuniones clínicas por parte del equipo del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital San Juan de Dios de Curicó, Chile. Los instrumentos que utilizamos para este artículo forman parte de tales cuestionarios.

Mediante un consentimiento informado, se informó a cada participante: el lugar donde se llevaría a cabo el estudio, los objetivos del estudio, la libertad de abandonar en cualquier momento el estudio con la alternativa de seguir recibiendo tratamiento. Se facilitó la información sobre la investigación y a quién preguntar en caso de alguna duda (médicos psiquiatras tratantes).

Finalmente, toda la información obtenida se ordenó en una base de datos para posteriormente introducir esta información en el Programa computacional SPSS (versión 15), con el fin de obtener los resultados estadísticos.

Resultados

En la Tabla 1 se recogen los datos descriptivos de la muestra estudiada en cuanto a la distribución por tipo de diagnóstico. El 71,7% (n= 43) presentó trastorno depresivo mayor (TDM) mientras que el 28,3% (n=17) de las mujeres depresivas tenían además un trastorno límite de la personalidad (TLP). Se destaca el hecho que este 28,3% de mujeres con un TLP, representaban mayormente a las solteras con menos separación y con un rango de ingreso mensual un poco mejor.

Por otra parte, la edad promedio de la muestra fue 44,8 años. La distribución de edad sobre los 31 años acumula la mayor cantidad de mujeres usuarias, siendo el rango entre 41 años a 50 años el que presenta mayor frecuencia.

El ingreso mensual en pesos chilenos era \$ 254.500 (CLP), encontrando que

el 61% de la muestra tuvo un ingreso familiar inferior a \$ 200.00 CLP. Se encontró una diferencia significativa (Chi cuadrado=14,558; $p<0,05$) entre ambos grupos de mujeres y en relación al

ingreso mensual. El grupo de mujeres con trastorno depresivo mayor y sin trastorno límite de la personalidad, tuvo menor ingreso mensual, lo que también podría explicar la baja autoestima.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Variables descriptivas		Muestra		Valores Prueba t de Student
		TDM n= 43 (71,7%)	TDM + TLP n= 17 (28,3%)	
Edad		M=45,07 DE=9,318	M=44,41 DE=10,566	t (gl)=0,237
Número de hijos		M =2,90 DE=1,620	M=2,06 DE=1,638	t (gl)=1,811
Estado Civil	n (%)			Chi2(gl)=25,593 (*)
	Soltera	6 (14,0%)	6 (35,3%)	
	Casada	20 (46,5%)	7 (41,2%)	
	Separada	12 (27,9%)	1 (5,9%)	
	Divorciada / Anulada	2 (4,7%)	2 (11,8%)	
	Viuda	3 (7,0%)	1 (5,9%)	
Nivel educacional	n (%)			Chi2(gl)=3,860
	Básica Incompleta	10 (23,3%)	5 (29,4%)	
	Básica Completa	11 (25,6%)	4 (23,5%)	
	Media Incompleta	6 (14,0%)	1 (5,9%)	
	Media Completa	11 (25,6%)	4 (23,5%)	
	Técnica	5 (11,6%)	2 (11,8%)	
Ingreso mensual	n (%)			Chi2(gl)=14,558 (*)
	< 200.000	26 (60,5%)	6 (35,3%)	
	200.001 - 400.000	10 (23,3%)	8 (47,1%)	
	>400.000	7 (16,3%)	3 (17,5%)	
Comuna de residencia	n (%)			No aplica
	Curicó	20 (46,5%)	8 (47,1%)	
	Otros	23 (53,5%)	7 (52,9%)	

Notas: TDM: Trastorno Depresivo Mayor TLP: Trastorno Límite de Personalidad M: Media DE: Desviación Estándar, n = frecuencia, % = porcentaje
* = $p<0,05$, ** = $p<0,01$

Con respecto a la interpretación de resultados de los indicadores clínicos, en la Tabla 2 se observa que ambos grupos presentaban una baja autoestima. Sin embargo, las mujeres con TDM + TLP presentaron menor autoestima

que el grupo de mujeres con TDM sin TLP (Chi cuadrado=37,023; $p<0,001$), pudiendo concluir que con un 99% de confiabilidad se puede asegurar que existe diferencia significativa entre ambos grupos.

Tabla 2. Interpretación de resultados de indicadores clínicos

Resultados clínicos		TDM n= (71,7%)	TDM + TLP n= (28,3%)	Valores Prueba Chi cuadrado
Autoestima (EAR)	n (%)			Chi2(gl)=37,023 (**)
	Baja	33 (76,7%)	15 (88,2%)	
	Media	7 (16,3%)	2 (11,8%)	
	Normal	3 (7%)	0 (0,0%)	
Disfunción Familiar (APGAR)	n (%)			Chi2(gl)=16,791 (**)
	Grave	27 (62,8%)	16 (94,1%)	
	Moderado	8 (18,6%)	0 (0,0%)	
	Funcional	8 (18,6%)	1 (5,9%)	

Notas: TDM: Trastorno Depresivo Mayor TLP: Trastorno Límite de Personalidad, n = frecuencia, % = porcentaje
* = p<0,05, ** = p< 0,01

En relación a la función familiar, los resultados en esta escala clínica indican que existe diferencia significativa entre ambos grupos (Chi cuadrado=16,791; p<0,01), encontrando, con un 99% de confiabilidad, que el grupo con TDM + TLP presenta significativa disfunción familiar.

En la Tabla 3, aparecen los resultados de las variables continuas, de puntajes de las escalas clínicas. En la escala de calificación de APGAR, la media para el grupo de mujeres solo con TDM fue 3,56

con una desviación estándar de 3,17; mientras que para el grupo de mujeres con TDM+TLP, el promedio 1,94 con desviación estándar de 2,01. Los resultados en esta escala clínica indican que existen diferencias significativas entre ambos grupos (prueba t=1,947; p<0,05). Entre ambos grupos, el grupo de mujeres TDM+TLP presentaron una percepción más grave de su función familiar. Este grupo internalizó de manera más disfuncional el funcionamiento familiar de origen.

Tabla 3. Resultados Escalas Clínicas

Indicadores clínicos	Muestra		Valores Prueba t de Student t (gl=58)
	TDM M (DE)	TDM + TLP M (DE)	
Depresión (BDI- MAX)	M=29,67 DE=5,875	M=31,88 DE=6,632	-1,250
Depresión (BDI- MIN)	M=18,33 DE=5,967	M=18,94 DE=5,190	-0,373
Autoestima (EAR)	M=23,16 DE=4,270	M=20,56 DE=6,195	1,842
Función Familiar (APGAR)	M=3,56 DE=3,172	M=1,94 DE=2,015	1,947 (*)

Notas: TDM: Trastorno Depresivo Mayor TLP: Trastorno Límite de Personalidad M: Media DE: Desviación Estándar,
* = p<0,05, ** = p< 0,01

Finalmente, se comprobó que el grupo de mujeres depresivas con trastorno límite de la personalidad (Grupo 2 TDM+TLP) obtuvieron un valor predictivo mayor en cuanto al autoestima y función familiar, en comparación con el grupo de mujeres depresivas sin trastorno límite de la personalidad (Grupo 1 TDM).

Discusión

En relación a la autoestima los datos obtenidos nos indican que tanto el grupo de mujeres depresivas con y sin TLP poseen problemas significativos en lo que respecta a la autoestima. Sin embargo, el grupo de mujeres depresivas con TLP presentan problemas de mayor gravedad. Otro punto relevante, es que la baja autoestima vendría a ser un síntoma clave del trastorno depresivo. Como lo señala la explicación psicoanalítica moderna acerca de la depresión (2).

En relación al nivel de sintomatología depresiva medida a través del inventario de depresión de Beck (BDI), los resultados indican un nivel de gravedad en la totalidad de la muestra. Por este motivo, es imprescindible que las futuras investigaciones y cualquier desarrollo de tratamiento contra la depresión, no solo se enfoque en los resultados a corto plazo sino el interés sea sobre las causas de cronicidad y recurrencia, tal como lo mencionan Korman y Sarudiansky (24).

En cuanto al APGAR familiar, la totalidad de la muestra presenta una percepción negativa de la función familiar de origen. Sin embargo, las mujeres con TLP es el grupo de la muestra que pre-

senta una peor percepción de las relaciones familiares. Parece algo general que el paciente límite provenga de una familia que está desorganizada, que no le sirve de apoyo y le perjudica (7). Por lo tanto, se concluye que en un contexto de salud mental lo que vamos a encontrar en relación al TLP, será una mayor dificultad en las relaciones interpersonales, particularmente, en la interacción con los más cercanos, con la familia.

El hecho de que los pacientes con un TLP tengan una peor percepción de sí mismos y de la función familiar primaria determina probablemente una evolución y pronóstico más desfavorable en el tiempo. Los resultados de este estudio, confirman la hipótesis que, en ocasiones, el apoyo familiar es nulo, y que las familias también llegan a formar una red perjudicial de apoyo.

Por otra parte, aunque la cantidad de síntomas es básicamente la misma en ambos grupos de mujeres (mujeres depresivas con y sin TLP) creemos que los pacientes con TLP no tienen el mismo tipo de depresión. Actualmente se piensa que ambas entidades clínicas tienen una relación etiológica no específica y modesta pero que son dos trastornos distintos (25,26).

Los presentes hallazgos pueden ser relevantes en el intento de identificar la gravedad del TLP, evidenciando una grave perturbación en autoestima, generando una importante disfunción familiar. Se considera relevante e imperativo incorporar las variables autoestima y función familiar en el trabajo psicoterapéutico.

En cuanto a los tratamientos del TLP, al parecer se requiere enfocar el trastorno como un todo desde una formulación integradora, ya que el tratamiento farmacológico no parece ser efectivo por sí solo. Sí parece constituir un apoyo definitivo las terapias psicológicas, como las psicodinámicas focalizadas en la transferencia (27), el tratamiento basado en la mentalización (28,29) o el tratamiento de la terapia dialéctica conductual o la terapia cognitivo-conductual de la línea de Beck, Freeman, Davis y otros (30).

Sin duda, es necesario diseñar e instalar programas especializados de tratamiento psicológico para este tipo de pacientes en el Servicio de Salud Pública puede ser especialmente relevante en este tipo de casos, pacientes con este tipo de trastornos, evaluar la incorporación de diseños de tratamiento con intervenciones positivas, los que han demostrado resultados en el incremento del bienestar subjetivo y disminución de la sintomatología depresiva frente al típico modelo médico de atención en salud mental (31).

Desde el punto de vista de la psicoterapia con pacientes graves, el trabajo con las familias resulta fundamental para mejorar la comunicación familiar, disminuir las hostilidades, y disminuir la carga que conlleva la enfermedad mental (32). Otros autores, han señalado que las terapias familiares de tipo psicoeducativo mejoran el pronóstico de la enfermedad y además previenen la aparición de otros trastornos en los familiares. Es un elemento indispensable en el proceso de recuperación del paciente y permite aliviar el estrés de la familia, permitiendo

que el paciente obtenga paulatinamente su autonomía, tal como lo mencionan Rodríguez y Peláez (33).

En cuanto a las limitaciones de este estudio. Se considera una deficiencia no haber aplicado un instrumento para el diagnóstico de TLP. Para este estudio se utilizó solamente los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013) y la información de la ficha clínica hospitalaria por parte del médico psiquiatra tratante. Por lo tanto, es muy necesario contar con un instrumento específico que mida el TLP.

Referencias

1. Hornstein L. Autoestima e identidad: narcisismo y valores sociales [Internet]. 1era ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2011 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.yumpu.com/es/document/read/14251593/autoestima-e-identidad-dr-luis-hornstein>
2. Belloch A, Sandín B, Ramos Volumen F. Manual de psicopatología. 2da Ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill; 2009.
3. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image [Internet]. Princeton University Press; 1965 [cited 2022 Dec 10]. 1–338 p. Available from: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjjh>.
4. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract [Internet]. 1978 Jun [cited 2018 May 22];6(6):1231–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>
5. Linares JL. La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Clin Salud [Internet]. 2007 [cited 2022 Dec 10];18(3):381–99. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613877008>
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR [Internet]. 4o. t5: Masson;

2002. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
7. Caballo VE. Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento [Internet]. Madrid: Editorial Síntesis S.A.; 2009 [cited 2022 Dec 10]. 1–381 p. Available from: www.oadro.org
 8. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5°. Editorial médica panamericana, editor. Editorial Médica Panamericana [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 10];362–6. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
 9. Conklin CZ, Westen D. Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2005 May 1 [cited 2022 Dec 10];162(5):867–75. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.5.867>
 10. Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Pers Disord* [Internet]. 1997 [cited 2022 Dec 10];11(1):93–104. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9113824/>
 11. World Health Organization. CIE 10 : Trastornos mentales y del comportamiento : descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico [Internet]. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: MEDITOR; 1992 [cited 2022 Dec 10]. 1–179 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
 12. Stern A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanal Q* [Internet]. 1938 [cited 2022 Dec 10];7:467–89. Available from: <https://pep-web.org/search/document/PAQ.007.0467A?page=P0487>
 13. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975. 1–361 p.
 14. Wender P. The contribution of the adoptive studies to an understanding of the phenomenology and etiology of borderline schizophrenics. In: Hartocollis P. ed. *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press; 1977. 255–269 p.
 15. Akiskal HS. Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the “Borderline” Realm. *Psychiatric Clinics of North America*. 1981 Apr 1;4(1):25–46.
 16. Stone MH. The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaptation [Internet]. New York: McGraw-Hill; 1980 [cited 2022 Dec 10]. Available from: <https://www.amazon.com/Borderline-Syndromes-Constitution-Personality-Adaptation/dp/007061685X>
 17. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.; 1984.
 18. Millon T, Davis RD. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona : Masson; 1998.
 19. Zanarini MC. BPD as an impulsive spectrum disorder. In: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1993. p. 67–85.
 20. Herman JL, van der Kolk B. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: *Psychological trauma*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1987.
 21. Widiger TA, Trull TJ. Borderline and narcissistic personality disorder. In: Sutker PB, Adams HE, editors. *Comprehensive handbook of psychopathology*. New York: American Psychiatric Press; 1993. p. 371–94.
 22. Beck A, Rush J, Shaw F, Emery G. *Terapia Cognitiva de la depresión (Inventario de Depresión de Beck)*. 19 Ed. Madrid: Desclée De Brouwer; 2010.
 23. Rojas-Barahona CA, Zegers P B, Förster M CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jó-

- venes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chil* [Internet]. 2009 Jun [cited 2022 Dec 10];137(6):791–800. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es&nrm=i-so&tlng=es
24. Korman GP, Sarudiansky M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos cognitivos*. 2011;15(1):119–45.
25. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1991 [cited 2022 Dec 10];148(8):967–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1823531/>
26. Gunderson JG, Triebwasser J, Phillips KA. Personality and vulnerability to affective disorders, in *Personality and Psychopathology*. Cloninger CR, editor. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999. 3–32 p.
27. Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O. *Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations*. New York: American Psychiatric Publishing Inc.; 2006.
28. Bateman A, Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.; 2012.
29. Fonagy P. On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*. 1989 Jan 1;12(2):91–115.
30. Beck AT, Freeman A, Davis D, Pretzer J, Fleming B, Arntz A. *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2011.
31. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *American Psychologist* [Internet]. 2006 Nov [cited 2022 Dec 10];61(8):774–88. Available from: [/record/2006-21079-029](https://doi.org/10.1037/0893-3200.61.8.774)
32. Gunderson JG, Links P. *Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.; 2008.
33. Rodríguez Moya L, Peláez JC. *Terapia familiar en los trastornos de personalidad*. *Acción Psicológica* [Internet]. 2013 May 22 [cited 2022 Dec 10];10(1):75–84. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000100008&lng=es&nrm=i-so&tlng=es

Artículo original

Descripción sociodemográfica y clínica de la población universitaria hospitalizada por trastornos mentales en la Clínica Montserrat durante los años 2018-2019

Mariana Castro-Laschivska¹, Juan Manuel Varona Guzmán¹

¹ Médico psiquiatra – egresado del posgrado de psiquiatría (2021) ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque

Correspondencia: juanmanuelvarona@hotmail.com

Resumen

Introducción: En la población de adultos jóvenes la prevalencia de trastorno por consumo de sustancias y trastornos afectivos ha aumentado en los últimos años. El suicidio en jóvenes ha aumentado más de 60% en los últimos 60 años. Se hace necesario estudiar esta población con vulnerabilidad y creciente demanda de servicios de salud mental.

Objetivo: Caracterizar sociodemográfica y clínicamente la población de estudiantes universitarios de pregrado que se hospitalizó en la Clínica Montserrat entre los años 2018-2019.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, con componente analítico exploratorio. Recolección de información de historias clínicas digitales. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: Muestra de 281 historias clínicas, con 55% de pacientes de sexo femenino, una edad media de 22,4 años, 97% solteros, el 31% de estrato socioeconómico 6, seguido por 22% de estrato 3. La mayoría reporta no tener religión. El 86% estudiaba en una universidad privada y el 8% eran becados. El promedio de hospitalización fue 10,6 días y los trastornos del estado de ánimo fueron las causas más frecuentes, con 67%, seguido por el trastorno bipolar 11%.

Conclusión: Los estudiantes universitarios se hospitalizaron principalmente por trastornos afectivos, en los periodos de transición durante las carreras, con antecedentes de consultas previas a psicología o psiquiatría, con uso de medicación psiquiátrica previa, la gran mayoría consumidores de por lo menos una sustancia psicoactiva, solteros, que no practican religión y con factor estresante de pareja.

Palabras clave: trastornos mentales, suicidio, universitarios, hospitalización psiquiátrica

Summary

Introduction: Prevalence of substance use disorder and affective disorders has increased in recent years among young adult population. Suicide in young people has increased more than 60% in the last 60 years. It is necessary to study this population with vulnerability and growing demand for mental health services.

Objective: To describe socio demographical and clinical variables in the population of undergraduate university students who were hospitalized at the Clínica Montserrat between 2018-2019.

Methods: Retrospective observational study, with an exploratory analytical component. Data collection from digital medical records. Statistical analysis with SPSS.

Results: Sample of 281 medical records. 55% female patients. Mean age of 22.4 years, 97% single, 31% from socioeconomic stratum 6, followed by 22% from stratum 3. Most reported not to have any religion. 86% were at a private university and 8% received scholarships. The average hospitalization was 10.6 days and mood disorders were the most frequent cause with 67%, followed by bipolar disorder with 11%.

Conclusion: University students were hospitalized mainly due to affective disorders, in transition periods during their studies, with a history of previous attention by psychology or psychiatry, with previous use of psychiatric medication. The vast majority consumed at least one psychoactive substance, were single, who do not practice any religion and had a partner stressor.

Keywords: mental disorders, suicide, university students, psychiatric hospitalization.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina. La depresión se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia (1). En Latinoamérica, se ha encontrado prevalencias globales de trastornos mentales a lo largo de la vida del 26,8% al 45,9% en el último año y del 22,0% en el último mes (2,3).

Según la encuesta nacional de salud mental colombiana del 2015, los trastornos mentales no tienen un indicador claro para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad. Tampoco se conocen las causas de las alteraciones y se ha llegado al consenso que los trastornos mentales son causados por una mezcla de múltiples factores como los bioló-

gicos, las experiencias vitales adversas, factores sociales, entre otros (3,4,5).

En la población de adultos jóvenes, la prevalencia de trastorno por consumo de sustancias y trastornos afectivos ha aumentado en los últimos años, lo cual puede terminar con desenlaces fatídicos como el suicidio, el cual en jóvenes ha aumentado más de 60% en los últimos 60 años, según datos de la OMS (1).

El suicidio es la segunda causa de muerte en personas entre los 15 a los 29 años; calculándose un total a nivel global de 800.000 muertes anuales en esta población. Durante la última década el Instituto Colombiano de Medicina Legal reportó 1.8336 registros de personas que se habían suicidado. Se debe tener en cuenta también que ahora, el suicidio se entiende como un desenlace prevenible, por lo que es de vital importancia trabajar con los

grupos etarios de mayor riesgo, interviniendo factores modificables (6,7,8).

Entre los factores de vulnerabilidad presentes en estudiantes universitarios están: el comienzo de la carrera universitaria como el propio proceso de adaptación que se da del paso del colegio a la universidad, en el cual el estudiante ingresa a un nuevo y desafiante entorno que supone del adulto joven unas exigencias específicas, como lo es una mayor responsabilidad con relación a la academia y al cuidado propio (6,7). Adicionalmente se ha documentado que, desde el inicio de preescolar hasta etapas de posgrado, las personas están en constante aprendizaje y experimentan una tensión (estrés) por el hecho de sentirse evaluados con relación a sus competencias y como punto de comparación con sus pares.

La mayoría de personas que están cursando la etapa universitaria, son adolescentes tardíos y adultos jóvenes, precisamente atravesando dicha época en la cual muchos síndromes mentales se pueden establecer o recrudecer, siendo la universidad un facilitador o detonante para la aparición de enfermedades mentales (4).

Los síntomas que pueden llegar a presentar los estudiantes universitarios, muchas veces no cumplen criterios para ser diagnosticados en un trastorno psiquiátrico. Otros, en quienes si cumplen los criterios para un trastorno mental, no consultan, sino hasta cuando los síntomas son muy agudos y requieren de hospitalización en una unidad de salud mental, por síntomas afectivos graves

con ideas de muerte o de suicidio, sintomatología psicótica y/o alteración grave de la funcionalidad global (9).

Desde los años 60 se identifica la importancia de la salud mental en los estudiantes universitarios, ya que está altamente relacionada con un mejor rendimiento académico, mejor desempeño a lo largo de la vida y un adecuado manejo de situaciones de estrés futuras (10,11).

En estudio de casos y controles con estudiantes universitarios hospitalizados y no hospitalizados, encontraron diferencias en el desempeño académico, el desempeño social y la estabilidad familiar entre los pacientes que fueron hospitalizados (12).

Otro estudio que realizó una comparación entre estudiantes universitarios de Estados Unidos versus estudiantes universitarios de los Emiratos Árabes Unidos, evidenciando que en este último hubo mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas en la población estudiantil. El trastorno más comúnmente diagnosticado fue el trastorno depresivo. En ambos países se encontró un deterioro en el desempeño académico y en el desempeño en general con la presencia de trastorno psiquiátrico (13).

Los estudios que se han realizado en Colombia muestran estadísticas que plantean que, del total de estudiantes universitarios, puede haber hasta un 40% de ellos que cumple criterios para el diagnóstico de depresión mayor siendo el trastorno mental más frecuentemente encontrado en este grupo poblacional

(9). También se reporta que los estudiantes universitarios de primer año son los que están más expuestos al estrés, por todos los nuevos cambios que están enfrentando, situación que será variable en este estudio (9,14).

Datos recientes muestran que más del 80% de los jóvenes eran hospitalizados por primera vez, siendo la mayoría de estas pacientes mujeres, que estaban cursando su primer año universitario en su mayoría seguido por lo que estaban cursando su segundo año de carrera. Los trastornos más prevalentes fueron los trastornos afectivos específicamente el trastorno depresivo, seguido por el trastorno bipolar y los trastornos psicóticos (6,7). Por otra parte, muestra que más de la mitad de la población tenía rasgos mal adaptativos o trastornos de la personalidad, solamente un 13% de la población se encontró que no tenían ninguna clase de desórdenes en la personalidad (6, 14).

Dentro de los factores asociados que se han planteado, los factores socioculturales de gran importancia en estudiantes universitarios, se han identificado: el estrato socio económico, que en nuestro país puede estar muy relacionado con la calidad de vida que pueda tener el estudiante, la raza, el lugar de origen es un factor a tener en cuenta ya que muchas personas migran a la capital y se alejan de sus familias y de su núcleo social y familiar, entendiéndose como red de apoyo, la formación del núcleo familiar y el estado civil ya que el hecho de tener que cargar con más responsabilidades a parte del estudio puede llegar a ser un factor estresante adicional (15).

Otros de los factores asociados a hospitalización en una unidad de salud mental de un estudiante universitario, son los factores atribuibles propiamente al paciente, como los antecedentes de enfermedad mental. Se ha demostrado que el hecho de ingresar a la universidad con un antecedente psiquiátrico, hace que se aumente la probabilidad de presentar un nuevo episodio durante el desarrollo de la carrera (15).

Otro factor de gran relevancia es el consumo de sustancias psicoactivas. La Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias, reportó que el rango de los estudiantes universitarios es el que tiene mayor probabilidad de tener un consumo problemático de cualquier sustancia en comparación con cualquier otra etapa de la vida (16). Los estudios también evidencian que hay una relación directa entre el deterioro de rendimiento académico y el consumo elevado de sustancias (17).

Durante los últimos años la literatura ha reportado un aumento de las hospitalizaciones por trastornos mentales en estudiantes universitarios, esto debido a distintos factores los cuales van desde los psicosociales, culturales, clínicos, de personalidad hasta los factores académicos (4).

En el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, gran parte de la atención se centra en los pacientes adultos jóvenes. Hasta la realización del presente estudio, no había una caracterización socio-demográfica y clínica de la población joven que se hospitaliza en la Clínica Montserrat.

El propósito de esta investigación fue tener mayor claridad de los trastornos psiquiátricos que más se presentan en la población universitaria hospitalizada en la Clínica Monserrat y determinar qué factores asociados estuvieron presentes. De esta manera poder generar a futuro intervenciones preventivas más claras para dicha población a corto y largo plazo.

Métodos

Diseño

Estudio observacional retrospectivo, con componente analítico exploratorio, con el objetivo de caracterizar sociodemográfica y clínicamente la población de estudiantes universitarios de pregrado que se hospitalizó en la Clínica Montserrat entre los años 2018-2019.

Recolección de información de fuente secundaria (historias clínicas digitales).

Población y muestra

El Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat, es una institución prestadora de servicios de salud mental, que trata población principalmente perteneciente a los regímenes de medicina prepagada, planes complementarios, pólizas de seguro de salud y el régimen especial (Ecopetrol, Banco de la república y el Acueducto de Bogotá). Partiendo de este hecho se puede establecer que se trata de una población, en su mayoría, de niveles socio económicos medio-altos, estabilidad económica y altos niveles de escolaridad.

Nuestro estudio se centró en pacientes mayores de 18 años y menores de 65

años, que durante su ingreso a la hospitalización en la institución se identificaron como estudiantes de pregrado.

Los criterios de inclusión fueron: 1) Ingreso a hospitalización entre los años 2018-2019. 2) Ser estudiante universitario de pregrado en la entrevista de ingreso. 3) Ser mayor de edad al momento del ingreso hospitalario. Los criterios de exclusión fueron: 1) Estudiantes de posgrado universitario. 2) Mayores de 65 años.

Procedimiento

Como fuente de información se realizó una revisión documental, a través del sistema de información de historias clínicas digitales.

Se realizó una búsqueda en la base de datos de la clínica Montserrat- ICSN, con el filtro de todos aquellos que se reportaron como estudiantes universitarios al ingreso de hospitalización durante los años 2018-2019.

La recolección de datos se realizó únicamente por los investigadores del presente estudio. Se realizó en las instalaciones del ICSN - Clínica Montserrat. La información se digito en el programa Microsoft Excel®.

Análisis Estadístico

Se realizaron análisis de frecuencias y proporciones para las variables cualitativas nominales y ordinales. Para la variables cuantitativas, medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartil, de acuerdo con su distribución normal o no.

Adicionalmente, se realizó un análisis bivariado exploratorio de las asociaciones entre las variables categóricas, con pruebas de hipótesis mediante la prueba de Chi-cuadrado, definiendo significancia estadísticamente de 0,05.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS, licenciado por la Universidad El Bosque.

Aspectos Éticos

Los procedimientos usados para este protocolo, se efectuaron de conformidad con las normas establecidas por la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (18).

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Investigación del ICSN – Clínica Montserrat y por un comité independiente de ética en investigación (CEI Campo Abierto Ltda.).

Resultados

Se recolectó una muestra total de 281 historias clínicas de pacientes que requirieron hospitalización en la clínica Montserrat durante los años 2018-2019.

Resultados generales sociodemográficos

Dentro de las características sociodemográficas el género principalmente reportado fue el género femenino, mientras que el género masculino se reportó un poco menos del 50% de la muestra. Con respecto a la edad de ingreso a hospitalización la edad más frecuentemente reportada fue 20 años, una edad mínima de 18 años ya que se excluyeron todos los pacientes me-

nores de edad y una edad máxima de 51 años, la media se encontró en 22 años y la gran mayoría de sujetos se reportaron entre los 18 y los 26 años (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	n	%
Género		
Femenino	155	55,2
Masculino	126	44,8
Estado civil		
Casado	3	1,1
Separado	1	0,4
Soltero	274	97,5
Unión libre	3	1,1
Estrato socioeconómico		
2	10	3,6
3	63	22,4
4	61	21,7
5	59	21,0
6	88	31,3
Religión		
Con religión	131	46,6
Sin religión	150	53,4
Procedencia		
Bogotá	246	87,5
Otros	35	12,5
Tipo de universidad		
Pública	40	14,2
Privada	241	85,8
Forma de pago de matrícula		
Becado	20	7,9
No becado	261	92,9

Tabla 2. Variables cuantitativas

n=281	Mínimo	Máximo	Media
Edad	18,0	51,0	22,448
Días de hospitalización	1,0	48,0	10,619
Escala global de funcionamiento	20,0	80,0	47,502

De los 281 pacientes, 207 es decir el 73,6% se identificaron durante el año 2018 y 74 es decir el 16,4% de individuos se les reportó hospitalización durante el año 2019, dado que se tomó el primer evento del sujeto durante este periodo de tiempo. El lugar de nacimiento 205 es decir el 73% de sujetos nació en Bogotá, en segundo lugar, se reportó a la ciudad de Cali, seguido por Medellín, Bucaramanga y Cartagena. La procedencia de los sujetos el 87.5 % procede de la ciudad de Bogotá, el porcentaje restante proceden de los municipios satélites a la capital de la república.

Con respecto al estado civil, se encontró que el 97,5% de pacientes son solteros, 3 sujetos (1%) casados, 3 individuos (1%) en unión libre y solo un sujeto separado, lo cual relacionaremos con el grupo etario y etapa de la vida, dentro del análisis. El estrato que se registró, teniendo en cuenta la dirección de residencia de cada sujeto y verificando con instructivo de localidades de la alcaldía de Bogotá. Se encontró que el 31% de sujetos reside dentro del estrato 6; en los estratos 3, 4 y 5 en cada uno de ellos se registró entre un 21 y un 22% de pacientes que residen en estos estratos. Con respecto al estrato 2 se registró un 3,6% y no se registraron individuos que residieran en el estrato 1, lo cual es un dato relevante que se discute, teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico de los pacientes que consultan en la institución (Tabla 1).

En los resultados de la variable religión se encontró que el 53,4%, no practica ninguna religión, siendo este dato mayor que el total de todos los sujetos que si

practican cualquier tipo de religión, con un 46,6%. La religión católica es la que más se practica con un 34,5%, seguido de la religión cristiana con un 7,8% y con otras religiones se reportó 4,3% del total de sujetos.

El tipo de universidad mayoritariamente registrado fue la universidad privada con un 85,8%, frente al 14,2% de universidad pública. El total de carreras universitarias reportadas fue de 57 carreras. Se agruparon dichas carreras en tipo de carrera, generando una nueva variable con las siguientes categorías: artes y humanidades, ciencias exactas, salud, educación y sociales. Donde artes y humanidades obtiene la mayor cantidad de sujetos, 38% (n=106) sujetos en total, seguido de la ciencia de la salud con 22% (n=62) sujetos, como dato de relevancia, encontramos que el 50% de estos son estudiantes de medicina, ciencias sociales tiene 20% (n=57) sujetos y las ciencias exactas tienen 15,6% (n=44) sujetos, educación solo reportó el 1% (n=3) sujetos.

Haciendo la segmentación por carreras, la carrera principalmente reportada fue Medicina con 11% (n=31) sujetos, en segundo lugar, administración de empresas con 8,5% (n=24) sujetos y psicología con 7,8% (n=22) sujetos. Siguen después derecho, arte y comunicación social con un total de 6,7% (n=19), 5,3% (n=15) y 4,6% (n=13) individuos respectivamente. Arquitectura con 4,3% (n=12) sujetos, música con 3,2% (n=9) sujetos e ingeniería industrial también con 3,2% (n=9) sujetos; cierran las primeras 10 carreras con más sujetos.

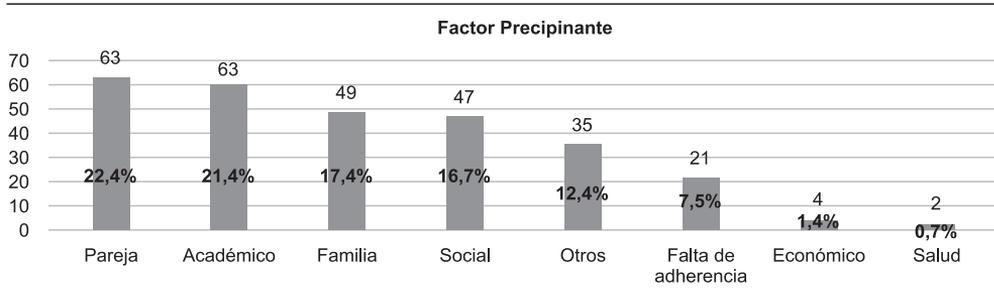
El resultado de los semestres en donde se registró la hospitalización arrojó que el segundo semestre, con 12,5%, y el séptimo semestre, con 12,1%, fueron los semestres donde más estudiantes se hospitalizaron, seguido de 5to, 4to y 3er semestre. En los últimos semestres, 9no y 10mo, se encontraron menos sujetos, con un 5,3 y un 8,5% respectivamente. Hay que tener en cuenta que 8 sujetos se hospitalizaron entre el semestre 11 y 12, lo que corresponde a los semestres de internado o último año de los estudiantes de Medicina. Es decir que, dentro de nuestra muestra, el 25% del total de estudiantes de medicina se hospitalizó durante el internado.

Se encontró que el 20% de los sujetos de estudio tienen alguna actividad laboral

extra, aparte de las obligaciones universitarias, el 80% no reportó tener ninguna otra actividad aparte del estudio. Con respecto a los becados se encontraron 20 sujetos, de los 281 reportados, lo que corresponde a un 7,1% del total de sujetos de todo el estudio.

Los factores precipitantes principalmente mencionados como los detonadores de la hospitalización, fueron en su orden: los factores de pareja (22,4%), académicos (21,4%), familiares (17,4%) y sociales (16,7%). La falta de adherencia reportó un total de 7,5%. El 0,7% (n=2) reportaron como factor desencadenante enfermedad médica, el 1,4% (n=4) reportaron el factor económico como desencadenante y más del 12% (n=35) fue por otros tipos de factores asociados (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de factor desencadenante asociado



Resultados clínicos generales

Los resultados de las variables clínicas mostraron que 128 sujetos previamente se habían hospitalizado antes de presentar la hospitalización registrada en este estudio; es decir, el 45,5% de pacientes ya habían presentado una hospitalización previa, frente al 54,5% de pacientes, es

decir 153 individuos que nunca habían sido hospitalizados previamente.

Teniendo en cuenta los días de hospitalización; el promedio fue 10,6 días de hospitalización, con un mínimo de 1 día y un máximo de 48 días (Tabla 2). Esta variable se dividió en estancia corta y es-

tancia larga de acuerdo con un número de 3 días para diferenciar entre estancia corta y larga y así poder diferenciar la salida por mejoría a la salida por salida voluntaria o por trámite administrativo. Se encontró que el 81,5% de sujetos, tuvieron más de 3 días de hospitalización y se encontró que el 18,5% de sujetos, tuvieron una estancia corta de menos de 3 días por trámites administrativos o por salida voluntaria. Con relación a la escala global de funcionamiento, se encontró una media de 47, con un puntaje mínimo de 20 puntos y máximo de 80 al ingreso a hospitalización.

Respecto a la variable de comorbilidad psiquiátrica donde se incluyeron antecedentes previos de enfermedad mental o cualquier otro diagnóstico de enfermedad mental asociada, se registró que el 51,6% de pacientes tenían por lo menos 2 diagnósticos psiquiátricos o la presencia de una comorbilidad, frente al 48,4% de pacientes que no tuvieron un diagnóstico extra, aparte del que generó la hospitalización.

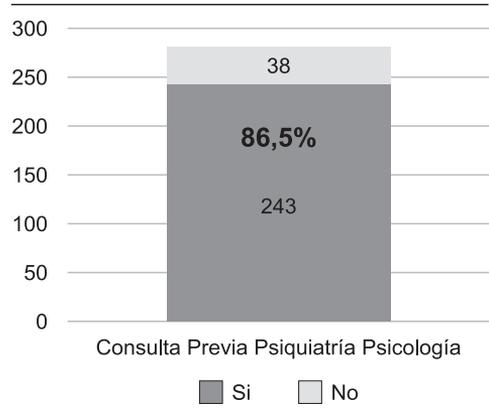
El 50,5% de pacientes (n=142) presentó un antecedente patológico diferente al antecedente de salud mental, frente a un 49,5% (n=139) que no tiene ningún antecedente patológico. Con respecto al antecedente familiar de enfermedad mental se evidenció que el 61,2% (n=172), de los sujetos tenían familiares con antecedentes de salud mental, frente al 38,8% (n=109) que no tiene antecedentes familiares previos.

Se encontró que el 27% (n=78) del total de sujetos había intentado suicidarse

previamente o tenía reportado por lo menos un intento de suicidio en el pasado. El 14,9% (n=42) reportó estar tomando medicación no psiquiátrica previo a la hospitalización. Con relación al antecedente de uso de medicación psiquiátrica previa, se encontró que el 73,3% (n=205) de pacientes ya estaban o habían usado medicación psiquiátrica previa a la hospitalización.

El 86,5% de pacientes (n=243) reportó haber tenido consulta previa por psiquiatría o psicología antes de la hospitalización.

Gráfico 2. Número de pacientes con consulta previa de psiquiatría y/ o psicología



Con respecto al consumo 217 sujetos (77,2%) del total de la muestra, reportaron consumir por lo menos 1 sustancia. Solamente 64 sujetos (22,8%), reportaron no consumir ninguna sustancia. Se individualizaron las sustancias en alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y otras (drogas de diseño, heroína etc.). Se encontró que el 70,1% refiere consumir o

tener antecedente de consumo de alcohol; 56,6% reportó consumir tabaco, el 48,8% reportó consumir marihuana, el 23,8% consume o refiere haber consumido cocaína; el 26,3% de pacientes reportaron consumo de otras sustancias.

Tabla 3. Consumo de sustancias psicoactivas

Antecedente de consumo	n=217	77,2%
Alcohol	152	70,1
Tabaco	123	56,6
Marihuana	105	48,4
Cocaína	52	23,8
Otras Sustancias	57	26,3

Los diagnósticos se agruparon por trastornos del estado del ánimo, trastornos bipolares, trastornos psicóticos y trastornos por consumo de sustancias. Encontrando a los trastornos del estado del ánimo con 67,2%, seguido de los trastornos bipolares con un 11,3%, continuando con los trastornos psicóticos con un 8,9% y los trastornos por consumo de sustancias en un 7,4%.

Las características clínicas y los tratamientos farmacológicos que se instauraron durante la hospitalización se dividieron en: Manejo antidepresivo, tratamiento con benzodiazepina, antipsicótico, modulador afectivo y otro tratamiento con fines psiquiátricos, como

puede ser el uso de antihistamínicos, Pregabalina, Propanolol, terapia de reemplazo de nicotina u opioides etc. Con respecto al tratamiento farmacológico antidepresivo el 76,2% tuvieron por lo menos 1 manejo con algún medicamento antidepresivo. El uso de benzodiazepinas se dio en el 57,7% de pacientes, el tratamiento antipsicótico el 54,1% requirió uso de manejo con antipsicótico para patología psicótica o no psicótica. El 14,6% de sujetos requirieron manejo con moduladores afectivos. Otros tipos de tratamiento farmacológico psiquiátrico se usaron en un 11,7% del total de sujetos del estudio.

Se realizó un análisis bivariado, encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la variable antecedente de intento de suicidio con la variable de hospitalización previa ($p < 0,0001$). También se encontró una asociación entre hospitalización previa y consulta previa con psiquiatría o psicología ($p < 0,0001$).

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables: tipo de carrera y el estar becado, tampoco entre carreras con factores desencadenantes, ni entre consumo de sustancias con días de hospitalización. Tampoco se encontró relación entre la escala global de funcionamiento con

Tabla 4. Principales diagnósticos Psiquiátricos

Diagnóstico	n	(%)	IC 95%	
Trastornos del estado del ánimo	189	(67,2)	61,5	72,4
Trastornos bipolares	32	(11,3)	8,1	15,6
Trastornos psicóticos	25	(8,9)	6,1	12,9
Trastorno por consumo de sustancias	21	(7,4)	4,8	11,1

intento de suicidio, ni diferencias en el consumo de sustancias por semestres, ni asociación entre factor precipitante y estancia hospitalaria.

Discusión

El objetivo que buscó el presente trabajo fue caracterizar la población universitaria que se hospitalizó en la clínica Montserrat en el período 2018-2019.

Respecto a la variable de género encontramos que se asemeja al perfil socio-demográfico de la clínica Montserrat respecto a la atención de consulta no programada (19). Llama la atención que en nuestra muestra no hubo mayor inclinación hacia el sexo femenino, como es lo habitual en la Clínica Montserrat. Como hallazgo importante encontramos que más del 50% de la muestra se hospitalizó en el año 2018, lo que se debe a que en la revisión de historias clínicas se tomó solo el primer evento, y muchos de estos pacientes reingresaron a hospitalización en el año 2019. Sin embargo, estos eventos fueron eliminados de la muestra para no repetir los registros dejando sólo sujetos únicos. Esto implica que hay un factor de recurrencia en las agudizaciones de las patologías mentales en este grupo poblacional, que se deberá estudiar a profundidad, si está relacionado con factores propios del medio universitario o con factores relacionados con el individuo y su psicopatología.

En las poblaciones de estudiantes universitarios y adultos jóvenes, la prevalencia de trastornos de consumo de sustancias son los que más se han aumentado en los últimos años. Esto fue corroborado en

nuestro estudio; sin embargo, nos llama la atención que nuestros datos reflejan una mayor prevalencia de consumo de otras sustancias diferentes al alcohol, con respecto a lo reportado en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (16). Sin embargo, hay que tener en cuenta que ese estudio fue realizado en población general y nuestra muestra es clínica.

También hay que mencionar que el suicidio es la segunda causa de muerte para este rango etario de la población (8), y en nuestro estudio confirma la alta frecuencia de este comportamiento.

Otra de las variables que nos llamó la atención, fue el encontrar que más del 50% de la muestra no reporta una religión, y ni sumando la proporción de aquellos que, si profesan una religión, se supera este valor. Sugerimos que esto podría estar asociado a un mayor riesgo, dado que la religión es vista como un factor protector por el entorno y la red de apoyo que puede generar en sus seguidores, así como ciertas creencias religiosas no están a favor de conductas auto lesivas, siendo así un factor protector para quienes la profesan como se ha evidenciado en la literatura (3).

Con relación a los resultados obtenidos, evidenciamos que los pacientes que se han hospitalizado previamente por psiquiatría tienen mayor probabilidad de haber consultado ambulatoriamente previamente por psiquiatría o psicología ($p=0,0001$), lo que implica una patología crónica y recurrente, como lo es la psicopatología mental. Dentro de la litera-

tura se evidencia que las personas con antecedentes psiquiátricos de relevancia tienen una probabilidad mayor de tener una hospitalización, como se evidencia en los resultados de nuestro estudio, respaldando esta hipótesis. Así mismo la literatura apoya que el diagnóstico más asociado son los trastornos del afecto y con mayor prevalencia en mujeres, lo cual también es concordante con nuestro estudio.

La variable de la carrera universitaria, se encontró que el 50 % de la muestra hacen parte del gremio de la salud, lo cual apoyaría la hipótesis que dichas carreras universitarias, al tener una mayor carga académica y de responsabilidad, generaría una sobrecarga para el estudiante; materializando el riesgo que se pensaba y revelando la importancia de acompañamiento en estas carreras.

Con relación a los datos obtenidos acerca de en qué momento había más riesgo para el estudiante, se encontró que es en los primeros semestres al igual que lo señala la literatura (6). Siendo estos momentos de transición difíciles de afrontar para los estudiantes universitarios.

Llama la atención el resultado con relación al consumo de sustancias, ya que en la literatura hemos encontrado que aproximadamente esta población tiene una prevalencia sobre el 40%; sin embargo, en nuestro estudio encontramos que el consumo de sustancias psicoactivas está presente en más del 60% de la muestra, lo que respalda la hipótesis de la mayor probabilidad de tener un consumo problemático de cualquier sustan-

cia en comparación con cualquier otra etapa de la vida, afectando así tanto su rendimiento académico como su funcionamiento social.

Dentro de las conclusiones encontradas de los factores asociados a hospitalización, se debe decir que en estos factores hacen falta más programas de promoción y prevención de la salud mental, acompañamiento más cercano y seguimiento a los estudiantes con antecedentes de enfermedad mental. Hace falta intervención desde el punto de vista preventivo con respecto al consumo de todo tipo de sustancias a todo nivel, tanto educativo en las universidades, como clínico en las instituciones de salud y gubernamental.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que en la clínica Montserrat se hospitalizan pacientes de ciertas aseguradoras de salud, así como el no cubrimiento de hospitalización por patologías relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. Esto implica un sesgo de selección en estudio, por lo que hay que tener en cuenta esta limitación para la generalización de los resultados.

Dentro de estos factores algunos pueden ser susceptibles a intervención a futuro, de los que destacamos el consumo de sustancias psicoactivas; donde se podrían implementar planes de promoción y prevención para generar espacios de educación para disminuir las tasas de consumo en pacientes con antecedentes psiquiátricos. Con relación a las características principalmente en-

contradas, se identificó a los pacientes con antecedente previo de consulta por psiquiatría o psicología, así mismo se podrían realizar intervenciones preventivas o de seguimiento a este tipo de pacientes dentro de las instituciones universitarias. También es de relevancia hacer particular seguimiento a los pacientes con intentos de suicidio previos, hospitalización previa o consulta previa por psicología, como se planteó en la discusión.

Por último, hay que tener en cuenta la carga académica a la que están expuestos los estudiantes de las distintas carreras universitarias, sobre todo en momentos de transición como lo son al comienzo de los pregrados o en el caso de medicina la transición de básicas a clínicas y el paso al internado.

Limitaciones

Debemos mencionar que en menos del 5% de la muestra hubo un vacío de información en algunas variables, especialmente en la variable actividad laboral extra y el ser becado. Por esta razón, los datos obtenidos sobre estas variables se deben entender como limitados.

Además, cabe mencionar que hubo sesgos en el estrato ya que la población de la clínica Montserrat de donde se obtuvo la información es una clínica donde mayoritariamente se atienden estratos socioeconómicos medio-alto.

Conclusiones

Los estudiantes universitarios de pregrado, que consultaron a la clínica Montse-

rrat entre 2018 y 2019, se hospitalizaron principalmente por trastornos afectivos, en los periodos de transición durante las carreras, aquellos que tenían antecedente previo por psiquiatría o psicología, con uso de medicación psiquiátrica, la gran mayoría consumidores de por lo menos una sustancia psicoactiva, solteros, que no practican religión y con factor estresante de pareja.

Referencias

1. Valencia Collazos, Marcelo, Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud Mental [Internet]. 2007;30(2):75-80. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>
2. Rojas-Bernal LÁ, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP, Universidad CES. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. CES Med. 2018;32(2):129-40.
3. Radiografía de la salud mental en Colombia [Internet]. Asivamosensalud.org. 2019 [citado el 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/radiografia-de-la-salud-mental-en-colombia>
4. Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles, Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio [Internet]. 2018 abr. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>
5. Campo-Arias, Adalberto, Cassiani Miranda, Carlos Arturo. "Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados." Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 37, no. 4, 2008, pp.598-613. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80637410>
6. Braider, Laura La Lima, Candice Crimarco, Nicholas Hollander, Beth Reid-Russell, Azure Kane, John Greenwald, Blaine. Characterization of psychiatrically hospitalized college students. 2018; 0:1-7.

7. Rosecan, Arthur S. Goldberg, Richard L. Wise, Thomas N. Psychiatrically hospitalized college students a pilot study. 1992;41(1):11.
8. Instituto colombiano de medicina legal. (2018). Comportamiento del suicidio colombia, año 2018. Forensis, 2018 (20th ed., pp. 1)
9. Gutierrez, Javier Antonio Rodas, Rrez Montoya, Liliana Patricia Eugenia, Beatriz Isaza, Toro Bri, Adelaida Restrepo, Esmeralda Rosas Elena, L U Z Quintero, Salazar Lm, Montoya Be, Toro Le, Salazar Med, Rev C E S. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. 2010;24(1):7.
10. Schwarz Cj. A Psychiatric Service For University Students. Psychiatric Service For Students 1964;1.
11. Clifford B. Reifler, Myron B. Liptzin. Entering College With A Psychiatric History By Clifford B. Reifler, M.D., M.P.H., And Myron B. Liptzin, M.D. The American Journal Of Psychiatry 1969;125(12):39.
12. Reinhart, Melvin J. Lohr, Naomi E. Schaefer, Donald L. Evaluation of Academic Performance in a Neuropsychiatric Hospitalized Population. Archives of General Psychiatry 1972; 26:68.
13. Kronfol, Ziad Khalifa, Batoul Khoury, Brigitte Omar, Omar Daouk, Sariah de Witt, J. P. El Azab, Nourahan Eisenberg, Daniel. Selected psychiatric problems among college students in two Arab countries: Comparison with the USA. 2018;18(1):1.
14. Serafín Balanza Galindo, Isabel Morales Moreno. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. clínica y salud 2009; 20:177.
15. Nora H. Londoño, Carlos A. Marín, Fernando Juárez. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. suma psicológica 2010; 17:59.
16. Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social. Resultados: Consumo, Abuso Y Dependencia De Sustancias Psicoactivas. Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia - 2013 Bogota DC; 2014. p. 43.
17. Bravo, Adrian J. Pilatti, Angelina Pearson, Matthew R. Mezquita, Laura Ibáñez, Manuel I. Ortet, Generós. Depressive symptoms, ruminative thinking, drinking motives, and alcohol outcomes: A multiple mediation model among college students in three countries. 2018; 236:319.
18. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Colombia: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>; 1993 p. 1–19.
19. Martínez S, Ramírez AC, Mayorga E, Olmedo J. Perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Psimonart. 2015;6(1–2):11–27.

Encuesta departamental de consumo de drogas en la población general del departamento del Tolima (EDCDPT): instrumento de encuesta y procedimientos de campo

Sandra Bedoya*, José Posada-Villa**

*Secretaría de Salud del Tolima

**Miembro Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat

Correspondencia: latos98@yahoo.com

Resumen

Objetivos: Presentar una descripción general de la encuesta y los procedimientos de campo desarrollados para la Encuesta Departamental de Consumo de Drogas en la Población General del Departamento del Tolima (EDCDPT).

Métodos: La EDCDPT es una encuesta epidemiológica comunitaria cara a cara del consumo de drogas en una muestra representativa a nivel municipal de la población de hogares en el departamento del Tolima. La EDCDPT se implementa como parte de la iniciativa del Plan de Desarrollo “El Tolima Nos Une 2020-2023” (1), específicamente en referencia a la “Meta EP1MP16: Caracterización del consumo de sustancias psicoactivas en el Departamento”.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, a través del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), ha coordinado el desarrollo de los estudios nacionales sobre consumo de drogas, de forma periódica y en diferentes grupos poblacionales como son la población general, escolares y estudiantes universitarios. A la fecha, se han realizado dos estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas en población general, en 2008 (2) y en 2013 (3), los cuales ofrecen una estimación de la magnitud del consumo de drogas y sus características en población de 12 a 65 años.

Estos estudios consistieron en la aplicación de una encuesta realizada a hogares en población general de 12 a 65 años. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y el Ministerio de Justicia y del Derecho, utilizan la metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas) de la CICAD-OEA cuyo objeto es la realización de la Encuesta sobre consumo de drogas a nivel poblacional (4). Nos enfocamos aquí sobre la adaptación y adopción de esta metodología para la EDCDPT.

Resultados: Se necesitaron pocas modificaciones en las secciones de la entrevista para abordar cuestiones de especial importancia política, administrativa y de servicios en el Departamento del Tolima.

Conclusiones: La revisión y aplicación cuidadosa del modelo nacional permiten una implementación de alta calidad en la EDCDPT.

1. Introducción

Este artículo presenta una descripción general del instrumento y los procedimientos de campo utilizados en la Encuesta Departamental de Consumo de Drogas en la Población del Tolima (EDCDPT). La EDCDPT es un proyecto de la Secretaría de Salud, Dirección de Salud Pública, Dimensión Convivencia Social y Salud Mental de la Gobernación del Tolima. Entre sus socios colaboradores se encuentran las Secretarías de la Gobernación del Tolima, la Policía Nacional, el Ejército, la Fuerza Aérea, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Cortolima, la Secretaría de Salud de Ibagué, la Secretaría de Gobierno de Ibagué, la Fiscalía General de la Nación, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación.

Una descripción general de la justificación y los objetivos de la encuesta se presentan en el documento Metodología General Encuesta Departamental de Consumo de Drogas en Población General del Tolima 2021 (EDCDPT), que puede ser solicitada a los autores.

En el siguiente artículo se presenta una descripción de la entrevista y los procedimientos de campo utilizados en la encuesta, basados en la Metodología General Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población general (ENCSPA) del DANE, 2020, realizada para el ODC.

2. Instrumento de la encuesta

Durante el 2019 el Departamento Ad-

ministrativo Nacional de Estadística – DANE y el Ministerio de Justicia y del Derecho, realizaron la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – 2019, (5) con la Metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas) de la CICAD, OEA. En esta sección del artículo, nos centramos en el instrumento modificado para la EDCDPT.

La encuesta se ha revisado con el objetivo de estimar la magnitud del consumo de drogas en el Tolima y sus municipios. Por esto se propone un cuestionario con 20 capítulos en los que se obtiene información de viviendas, hogares, personas, drogas, caracterización del consumo de drogas y demanda de tratamientos, entre otras.

A continuación, se presentan los capítulos que contiene la Encuesta:

Capítulo A:

Identificación

Con este capítulo se quiere captar la información de la vivienda, ubicación y datos de identificación.

Capítulo B:

Datos de la vivienda

Los objetivos de este capítulo:

- Determinar el tipo de vivienda que habitan los hogares.
- Identificar el estrato de la vivienda.

Las principales variables son: tipo de vivienda y conexión a energía eléctrica.

Capítulo C:

Registro de hogares y personas

Los objetivos de este capítulo:

- Establecer el número de hogares y personas que habitan en la vivienda.
- Registro de las personas que conforman el hogar y caracterización básica.
- Selección aleatoria de la persona entre 12 y 65 años que suministrará la información de la encuesta.

Las principales variables: sexo, edad y selección aleatoria de la persona que suministrará la información de la encuesta.

Capítulo D:

Características generales de las personas

Los objetivos de este capítulo:

- Establecer el nivel educativo de las personas del hogar de 12 a 65 años.
- Establecer la actividad principal de las personas de 12 a 65 años.
- Conocer si la persona encuestada está afiliada al sistema de seguridad social en salud, estado de salud y percepción del riesgo sobre el consumo de drogas.
- Identificar los problemas de consumo y expendio de sustancias que se presentan en el barrio o sector.

Las principales variables son: nivel educativo, ocupación principal y percepción del riesgo sobre el consumo de drogas.

Capítulo E:

Drogas Legales: Tabaco

Los objetivos de este capítulo:

- Caracterizar la prevalencia del consumo de tabaco en periodos de tiempo determinados.

- Conocer las formas en que la nicotina se administra (cigarrillos o sistemas electrónicos).
- Identificar las edades de primer consumo de cada una de ellas.

Las principales variables son: personas que han consumido tabaco alguna vez en su vida, edad del primer consumo de tabaco.

Capítulo F:

Drogas Legales: Alcohol

Los objetivos de este capítulo:

- Caracterizar la prevalencia del consumo de alcohol en periodos de tiempo determinados.
- Establecer si se tiene consumo problemático de esta droga legal.

Las principales variables son: personas que han consumido alcohol alguna vez en su vida, edad del primer consumo de alcohol.

Capítulo G:

Drogas Ilegales

El objetivo para este capítulo consiste en establecer la existencia de consumo de drogas ilegales en el entorno cercano de la persona encuestada, así como determinar si ha consumido alguna de estas, alguna vez en su vida.

Capítulos H:

Medicamentos tranquilizantes, I: Medicamentos estimulantes, J: Sustancias inhalables, K: Marihuana, L: Cocaína, M: Basuco, N: Éxtasis y O: Heroína.

Estos capítulos buscan caracterizar el consumo de las drogas ilegales reportadas en la pregunta 11 del capítulo G.

Las principales variables son: primera vez de consumo, prevalencia últimos doce meses, último mes y frecuencia de consumo último doce meses y últimos treinta días, gasto en drogas, formas de obtención de la droga ilegal, tipo de droga consumida.

Capítulo P:

Otras drogas

Este capítulo busca caracterizar la prevalencia del consumo en la población, de otras drogas como los analgésicos opioides, el LSD, los hongos alucinógenos, el yagé y el cacao sabanero en periodos de tiempo determinados.

Las principales variables son: consumo en los últimos doce meses y últimos treinta días de cada una de las otras drogas.

Capítulo Q:

Demanda de tratamiento

Este capítulo busca:

- Caracterizar la búsqueda de tratamientos por parte de las personas que han consumido las drogas mencionadas a lo largo de la encuesta.
- Conocer la principal droga por la que han decidido buscar ayuda especializada.
- Conocer la frecuencia con la que la persona ha experimentado una serie de situaciones de riesgo en su salud física y mental.

Las principales variables son: personas en los últimos doce meses que sintieron la necesidad de recibir ayuda, principal droga que motivó el tratamiento y frecuencia con la que la persona ha exper-

rimentado o vivido situaciones de riesgo en su salud.

Capítulo R:

Trabajo y drogas

Este capítulo busca:

- Caracterizar las experiencias de consumo de drogas en el ámbito laboral, las percepciones sobre el impacto de estas prácticas en el rendimiento de la persona y las maneras en que los empleadores, empresas o negocios abordan dicho fenómeno.

Las principales variables son: personas que han estado involucradas o han tenido algún tipo de accidente o incidente laboral y consumieron alcohol u otras drogas, no asistencia al trabajo por el consumo de alcohol u otras drogas, consumo de alcohol u otras drogas dentro del horario laboral.

Capítulo S:

Consumo y Embarazo

Este capítulo busca:

- Caracterizar la frecuencia de consumo de drogas en mujeres durante el embarazo. Las principales variables son: mujeres que han consumido durante el embarazo alguna droga y frecuencia de consumo.

Capítulo D2:

Características generales de las personas

Este capítulo busca:

- Finalizar la caracterización de las personas seleccionadas aleatoriamente en cuanto a su lugar de nacimiento, estado civil, nivel educativo y orientación e identidad de género.

3. Procedimientos de campo

3.1. Adaptación de instrumento

El primer paso en este proceso consistió en realizar una versión modificada que trasladara el instrumento de un formato de aplicación nacional a uno de aplicación departamental y municipal de acuerdo con las realidades del territorio y las necesidades de la encuesta en el Tolima. Posteriormente se realizó una prueba piloto en Ibagué (capital del departamento), y dos municipios.

Dada la complejidad y extensión del instrumento, la encuesta revisada se administró mediante una entrevista personal con lápiz y papel.

3.2 Esquema de entrenamiento del personal

Los entrevistadores de la encuesta debían ser psicólogas y psicólogos de los equipos de salud mental de las Secretarías de salud de los municipios del Tolima, con buenas habilidades de comunicación, con disponibilidad de horarios de trabajo y desplazamiento a terreno y aprobar un examen de capacidad para trabajar con el instrumento después de la capacitación. Además de administrar la entrevista, los entrevistadores debían implementar todos aspectos de los procedimientos de selección de encuestados, lograr una alta tasa de cooperación de encuestados y completar las tareas administrativas relacionadas.

El modelo de aprendizaje, evaluación y selección busca garantizar la adecuada preparación del personal operativo para obtener la mejor cobertura y calidad en las operaciones estadísticas.

Este modelo es un proceso de aprendizaje b-learning en el que se combinan la modalidad de estudio virtual y presencial con la aplicación de pruebas de conocimientos virtuales de la siguiente manera:

Aprendizaje virtual

A través de una plataforma educativa, las personas seleccionadas inician el aprendizaje accediendo a varios módulos virtuales con contenidos sobre las generalidades de la encuesta, cartografía, recuento, recolección, logística, sistemas y sensibilización, los cuales permiten tener una idea clara de las generalidades de la encuesta de una manera amena y dinámica. Este tipo de aprendizaje se desarrolla desde cualquier espacio y en cualquier momento del día flexibilizando los escenarios de aprendizaje tradicionales.

Los seleccionados presentan la primera prueba de conocimientos, al finalizar este periodo de aprendizaje virtual.

Aprendizaje presencial

Para llevar a cabo el aprendizaje presencial, las personas que aprobaron la primera prueba de conocimientos virtual deben tomar el entrenamiento que aborda de manera más profunda los aspectos temáticos, logísticos, muestrales, cartográficos y de sistemas, así como el desarrollo de ejercicios enfocados en lograr un mejor aprendizaje y resolución de inquietudes.

Luego del aprendizaje presencial, los funcionarios responsables, deben presentar la segunda prueba de conocimientos producto del aprendizaje presencial.

Taller Práctico

Después de aprobar el aprendizaje presencial realizarán un taller práctico que permite medir los conocimientos adquiridos en situaciones que se puedan presentar en campo de acuerdo con su rol.

Presupuesto y programación.

Para el cálculo del costo del operativo de la EDCDPT, se tiene en cuenta la muestra asignada y los resultados de acuerdo con la prueba piloto, la cual permitió realizar una planeación y medición de los rendimientos en cada uno de los procesos de la operación estadística.

El presupuesto programado para ejecución operativa con el detalle de rubros: talento humano, transportes (urbano y otros), gastos de manutención, tiquetes e insumos, se realiza con los parámetros existentes en la Secretaría de Salud del Tolima.

Posterior al ejercicio presupuestal, se realiza la asignación de los roles operativos requeridos por cada municipio. Estos contemplan los perfiles y la cantidad de talento humano necesario. Posteriormente se procede a elaborar el cronograma operativo que define fechas, responsables y tareas que permiten el correcto desarrollo del operativo de campo.

Gestión de personal

La calidad y efectividad de la planeación del operativo y de la implementación de una buena estrategia de recolección de la información es un aspecto clave en el proceso de gestión de personal. Se resaltan en este componente la importancia de la adopción de criterios idóneos de se-

lección y parámetros objetivos aplicados a perfiles y evaluación de la hoja de vida.

Proceso de sensibilización y acuerdos de intercambio

La sensibilización tiene por objeto, lograr una respuesta oportuna y de calidad por parte de las fuentes de información. Se busca garantizar un ambiente de colaboración, acercamiento y conocimiento de la población objetivo mediante la visita a cada uno de los hogares a los que les será aplicada la encuesta. La sensibilización es llevada a cabo en paralelo con el proceso de recolección y es asumida por la supervisión de campo junto con su equipo de recolección.

La investigación cuenta con instrumentos para realizar el proceso de sensibilización como lo son los folletos informativos y las notificaciones de la encuesta que se entregan en cada uno de los hogares seleccionados en la muestra. La sensibilización contempla la realización de actividades como:

- La visita a cada uno de los hogares a los que les será aplicada la encuesta, con el fin de informarles que ha sido seleccionado para ser encuestado. En esta primera visita, se pueden establecer citas y horarios en los que los que pueden aplicar la encuesta.
- La distribución de piezas comunicativas (notificaciones y folletos informativos) dirigidas a personas y hogares fuentes de información.

Elaboración de manuales

Dentro de los instrumentos diseñados

para el desarrollo de la encuesta, se encuentran los siguientes:

Manual de diligenciamiento y conceptos básicos

En este documento se detalla cada uno de los componentes del operativo de recolección, como son el esquema operativo, las técnicas para realizar la entrevista y las estrategias de recolección. Asimismo, se define la forma como debe ser diligenciado el cuestionario en cada uno de sus capítulos, tanto en el módulo de hogar como en el de personas. Para cada capítulo se especifican los objetivos y la conceptualización de cada pregunta.

Manual de crítica

Documento donde se consignan los diferentes aspectos que se deben tener en cuenta en el proceso de crítica y digitación de los formularios diligenciados en el operativo de recolección de la EDCDPT.

Manual operativo

En este se consignan los diferentes aspectos que se deben tener en cuenta para el desarrollo del operativo de campo en materia de: procesos pre-operativos y operativos, recursos, instrumentos de recolección, entre otros.

Manual de coordinación de campo

Elaborado para proporcionar una referencia que permita asegurar el cumplimiento de los objetos de la encuesta en la cual se establecen las actividades que debe realizar el coordinador(a) en cada municipio, con el fin de lograr una óptima ejecución de las actividades del operativo de la encuesta.

Manual de supervisión

Tiene por objeto suministrar la información que la supervisión de campo y de crítica y digitación requiere, junto con las normas establecidas e instrucciones del trabajo de campo necesarias para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la investigación. El manual contiene aclaraciones acerca de las tareas, las obligaciones de la supervisión, así como especificaciones para el diligenciamiento de los formatos que tiene que diligenciar en terreno.

Reclutamiento y formación de personal sobre el terreno

Los encuestadores debieron completar un programa de capacitación ofrecido por el equipo profesional de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental de la Secretaría de Salud del Tolima. Después del programa de capacitación se les da acceso a todos los materiales de capacitación.

3.3. Diseño de la estrategia de comunicación y plan de contingencias

La recepción y seguimiento a inquietudes, novedades u otras eventualidades presentadas en el operativo de la EDCDPT, se realizan por medio de correo electrónico, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Dudas e inquietudes respecto a: diligenciamiento de los diferentes capítulos del formulario, conceptos, periodos de referencia, quién contesta la encuesta, objetivos de la encuesta, recolección de la información, crítica y digitación de formularios, materiales para el grupo operativo, diligenciamiento de formatos, cronogramas, fechas de reportes e informes a entregar.

- Dudas e inquietudes respecto a: georreferenciación, ubicación en campo, aplicativo de recuento, sectorización cartográfica y elaboración de croquis.
- Dudas e inquietudes respecto a: segmentos con menos de 7 viviendas, segmentos agotados, submuestreo (casos especiales), solicitud cambio de manzana por dirección inexistente, procedimiento o manual de recuento, traslape con otras investigaciones, problemas de orden público, segmentos no trabajados, rechazos, recuento en manzana no seleccionada, manzanas con más de un segmento, conjuntos residenciales, uso de tabla de Kish.

3.4. Diseño de la estrategia de seguimiento y control a nivel operativo

Se aplican diferentes clases de mecanismos para el control de la información recibida desde terreno con el ánimo de garantizar, mantener y dar consistencia a la información de cada uno de los municipios que componen la investigación. A continuación, se mencionan los controles e indicadores que se aplican desde el área de Logística:

Resumen de cobertura: el objetivo de este reporte es llevar un control de manera resumida del número de viviendas, hogares y personas encontradas en los segmentos asignados y trabajados durante la recolección y la crítica y digitación de la encuesta. Permite detectar posibles inconsistencias y alarmas en la información recolectada. Este formato se diseñó para ser utilizado durante todo el operativo de campo. De este reporte se obtienen los indicadores de cobertura operativa y resultados que

permiten hacer medible este proceso de seguimiento operativo.

Alarmas e inconsistencias: Se obtiene a partir de la revisión del resumen de cobertura y es calculado por la cantidad de alarmas e inconsistencias detectadas en la revisión semanal. Se reportan todas las inconsistencias y las cifras que son motivo de justificación por parte de los municipios (baja cobertura, segmentos con menos de 7 viviendas encontradas, alto número de vacantes, entre otros). Las inconsistencias deben ser corregidos inmediatamente por los (las) responsables de la investigación en cada municipio. Así mismo las alarmas deben ser justificadas en el menor tiempo posible.

Monitoreo: periódicamente se realizan monitoreos a los grupos de campo para observar el desempeño de estos y detectar falencias que puedan afectar la calidad de la información recolectada. Se evalúa el desarrollo de cada proceso en forma independiente, procurando verificar que las instrucciones impartidas desde el nivel central sean acatadas de manera correcta. Se observan múltiples aspectos como la presentación personal, la lectura adecuada de las preguntas, la no inducción de respuestas, los cambios adecuados de capítulo, la realización de buenos sondeos, el registro adecuado de los miembros del hogar y el manejo de conceptos. Igualmente se verifica la correcta distribución diaria de materiales de trabajo, el diligenciamiento de formatos, el manejo adecuado del transporte, la revisión de las encuestas por parte del supervisor(a), la ubicación en el segmento y la capacidad para crear un ambien-

te propicio con la fuente que permita el desarrollo óptimo de la encuesta. Todos los aspectos para mejorar son socializados con los responsables de la encuesta en cada municipio y se hace seguimiento a la puesta en marcha de soluciones y correctivos que sean necesarios.

Videoconferencias: al inicio y durante el desarrollo del operativo de campo se realizan videoconferencias con los encargados de la investigación en los municipios, con el propósito de aclarar dudas presentadas en el entrenamiento y estandarizar el proceso de recolección de información. Para esto se tienen en cuenta las recomendaciones del Equipo de investigación, Diseños Muéstrales, Logística y Sistemas.

Comparativo campo vs. sistemas: semanalmente, luego de consolidar la totalidad de la información de cobertura de campo de cada uno de los municipios, se efectúa un cruce de variables entre el reporte generado por el área de Sistemas y el resumen operativo de cobertura, comparando el número de viviendas, de hogares y de personas a nivel segmento. La información consolidada y comparada se envía a los municipios para su respectiva revisión y corrección. De esta forma es factible que los municipios detecten información mal diligenciada en los resúmenes de cobertura y la posible falta de información o duplicidad de viviendas en la base de sistemas. A partir de esto, las personas responsables de la investigación en cada municipio deben hacer los ajustes respectivos al resumen de cobertura.

Indicadores de cobertura operativa en viviendas, hogares y personas: semanalmente se realiza seguimiento a las tasas de cobertura operativa, con el fin de detectar oportunamente comportamientos atípicos, que permitan presumir debilidades en el desempeño de los grupos de trabajo en campo, y así proceder efectuar indagaciones más profundas para tomar los correctivos respectivos.

Indicador de calidad de la recolección: Este indicador permite determinar el grado de calidad y confiabilidad de la información enviada por el(la) coordinador(a) de campo de cada municipio. Este se mide a través del número de errores e inconsistencias detectadas en el acompañamiento a los encuestadores(as) en campo. Permite hacer seguimiento continuo a las diferentes municipios que presentan bajos Indicadores de calidad de la información, para determinar las posibles fallas y sugerir recomendaciones o medidas de mejoramiento.

Indicador de calidad de crítica- digitación: Se obtiene esta información de la revisión a los formularios en papel de la información criticada y digitada. Esta revisión es realizada por el supervisor de crítica-digitación, quien diligencia el indicador, que posteriormente es enviado a la sede central. Permite realizar un control de al proceso de revisión y transmisión de formularios durante el operativo, garantizando la calidad en la información enviada. Para el control operativo, el equipo logístico diseñó un conjunto de formatos que facilitan el seguimiento tanto de la etapa de recuento, como de la fase de sensibilización, supervisión y recolección de la información.

- Listado de recuento de unidades estadísticas
- Listado de unidades seleccionadas sensibilización
- Hoja de croquis del segmento
- Informe diario supervisión de campo
- Resumen acumulado de viviendas, hogares
- Control de encuesta
- Resumen de cobertura crítica y digitación
- Indicador de calidad de crítica y digitación
- Resumen acumulado de crítica y digitación por segmento
- Formato de ruta (entrega material)
- Control de envío - encuestas diarias
- Reentrevista
- Informe técnico coordinación de campo
- Resumen de cobertura
- Indicador de calidad de recolección
- Asignación y control diario de áreas de trabajo
- Segmentos no trabajados
- Novedades cartográficas logística
- Segmentos con submuestreo
- Segmentos agotados
- Control semanal
- Recepción de formularios
- Relación de envío de formularios
- Informe final
- Informe de contexto
- Novedades cartográficas

3.5. Revisión y validación

Durante la recolección en campo de la encuesta, el equipo investigador recibe semanalmente por parte del área sistemas versiones preliminares de la base de datos que contiene la información que se ha recolectado y digitado, hasta

el momento, según las fechas de corte de envío de información. Una vez recibida las bases de datos preliminares, el equipo de investigación realiza la revisión de validación y consistencia de la información. La consistencia interna de los datos se realiza a través de una revisión de frecuencias de la información entre las preguntas dentro de cada capítulo, con el fin de identificar datos atípicos, no válidos o faltantes. También, para cada uno de los capítulos se revisa que se estén cumpliendo los flujos correspondientes a cada una de las preguntas según el formulario y que la información reportada sea consistente entre capítulos. En caso de existir alguna inconsistencia con la información recolectada, el archivo de casos es enviado al área logística, quienes posteriormente envían a los municipios los casos para su revisión y corrección. Según la inconsistencia reportada, los municipios deben visitar nuevamente a los hogares y personas encuestadas, y así poder corregir la información.

3.6. Consideraciones éticas

Los protocolos del estudio EDCDPT y los formularios de consentimiento son aprobados por el Comité de Ética designado por la Secretaría de Salud del Tolima. Los procedimientos de estudio deben tener conformidad con las normas internacionales establecidas por la Declaración de Helsinki.

Se incluyen números de identificación anónimos en todas las entrevistas. Todos los registros de entrevistas en las computadoras se cifran antes de cargarse en la base de datos. Estos registros son mantenidos por el equipo de gestión de

datos de Bioestadística de la Secretaría de Salud del Tolima en un archivo de vinculación que no contiene variables de estudio. Esto garantizaba que el personal no pudiera vincular un individuo identificado en particular con una respuesta de encuesta en particular.

4. Conclusión

Este artículo presenta una descripción general del instrumento de encuesta EDCDPT y los procedimientos de campo. El instrumento y el proceso fue adaptado para la población Tolimense. Las entrevistas en hogares usando la versión colombiana de la metodología SI-DUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas) de la CICAD-OEA se llevan a cabo de acuerdo con los Protocolos de trabajo de campo del DANE que fueron modificados para adecuarse a las circunstancias especiales del Departamento y los municipios del Tolima. Estos métodos nos permiten recopilar datos de alta calidad de una muestra departamental y municipal de la población tolimese, entre las edades de 15 y 65 años. La rica base de datos de la encuesta permite que se lleven a cabo numerosos análisis para abordar una amplia gama de importantes aspectos de política sobre prevención del consumo de drogas en el departamento del Tolima.

Agradecimientos

La Encuesta Departamental de Consumo de Drogas de la Población del Tolima (EDCDPT) es financiada y realizada por la Gobernación del Tolima a través de la Secretaría Departamental

de Salud y el apoyo y participación de las entidades que componen el Consejo Seccional de Estupefacientes. La EDCDPT se lleva a cabo en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y del Derecho. Agradecemos al Observatorio Colombiano de Drogas (OCD) por su autorización para la utilización del diseño nacional de la instrumentación y el trabajo de campo.

Declaración de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

1. Plan de Desarrollo El Tolima nos Une 2020-2023 <https://regioncentralrape.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/Ordenanza-Plan-de-desarrollo-version-8.pdf>
2. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2008 <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03272008-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf>
3. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2013 https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
4. Sistema Interamericano de Datos Uniformes Protocolo de la Encuesta sobre Drogas en Hogares Instrumentos para la realización de los estudios nacionales de drogas en población general http://www.cicad.oas.org/oid/protocols/1_PROTOCOLO_Encuesta_Hogares_Julio_2011.pdf
5. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – (ENCSPA) Resultados 2019 Agosto 2020 <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/presentacion-encspa-2019.pdf>

Artículo de revisión

Victimización del niño y el adolescente y su desenlace en salud mental de la vida adulta

*Manuel Alejandro Pinzón Olmos¹, Martha Lizeth Fonseca Becerra²,
Carlos Alberto Quijano Orozco³

1. Médico residente de psiquiatría (2022). ICSN – Clínica Montserrat, Universidad del Bosque

2. Médica general. Universidad de Boyacá

3. Psiquiatra. Instituto Colombiano Sistema Nervioso (ICSN) – Clínica Montserrat

Correspondencia: manuelpinzon523@gmail.com

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura acerca de la violencia en población infantil y adolescente y sus consecuencias en la salud mental del adulto.

Métodos: Búsqueda en las principales bases de datos como PUBMED, LILACS y ProQuest, de investigaciones relacionadas con la violencia asociada a la enfermedad mental en población de interés (niños y adolescentes). También se revisaron documentos oficiales a nivel continental y nacional como el Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses y boletines de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud.

Resultados: Las investigaciones coinciden en la afectación a nivel neurobiológico que tiene un individuo víctima de violencia; la violencia se identifica como un ciclo que se ha instaurado en la cultura y que en consecuencia está normalizada.

Discusión: La violencia configura un problema de salud pública por lo que su prevención y contención se deben priorizar. El menor nivel socioeconómico está relacionado con mayores conductas agresivas, mejorar estas condiciones tendría una influencia en los indicadores de violencia.

Conclusiones: El psiquiatra debe considerar todo contexto en la atención de sus pacientes y conocer las alternativas de tratamiento, contención e incluso vías legales que pueda requerir la atención.

Palabras clave: Violencia, violencia domestica, conducta infantil, habilidades sociales, salud publica.

Summary

Objective: Conduct a review of the literature on violence in children and adolescents and its consequences on adult mental health.

Methods: Search in the main databases such as PUBMED, LILACS and ProQuest, of related research with violence associated with mental illness in the population of interest (children and adolescents). Official documents at the continental and national level were also reviewed, such as the Ministry of Health, the Colombian Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, and bulletins of the World and Pan-American Health Organization.

Results: The investigations agree on the affectation at the neurobiological level that an individual victim of violence has; violence is identified as a cycle that has been established in the culture and that is consequently normalized.

Discussion: Violence is a public health problem, so its prevention and containment must be prioritized. The lower socioeconomic level is related to more aggressive behaviors, improving these conditions would have an influence on the indicators of violence.

Conclusions: The psychiatrist must consider every context in the care of their patients and know the alternatives for containment treatment and even legal pathways that care may require.

Keywords: Violence, domestic violence, child behavior, social skills, public health.

Introducción

Definida como el uso intencional de la fuerza, el poder físico, el dominio psicológico o incluso económico, la violencia es una fuerza que interfiere de manera negativa en el desarrollo de quien la recibe. La víctima de violencia devalúa su autopercepción y puede desencadenar en la autoagresión o el deterioro de funcionalidad laboral, académica, familiar y social por lo que tiene especial relevancia en la problemática poblacional. Esto como causa de la prolongación de las conductas agresivas e incluso de la génesis en la enfermedad mental (1,2).

Desde la salud pública se han desarrollado esfuerzos principalmente dirigidos a la prevención, identificación y control de la violencia doméstica en la que los niños y jóvenes tienen su primera exposición. En la mayoría de los casos, por familiares cercanos o incluso sus cuidadores o madres, causando deterioro físico, cognitivo o de sus habilidades sociales (1,3,4).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia se expresa clásicamente como el uso de la fuerza

(violencia física). A la que culturalmente estamos habituados y la explicamos como parte de la educación de nuestros niños. Muchas veces relacionada con las agresiones sexuales para las que ellos son susceptibles, así como abandonos o falta de atenciones, es decir, negligencia, otras variables como los insultos, la humillación o las amenazas conforman la violencia psicológica (1,5).

En países de tercer mundo como Colombia, la violencia y la pobreza se enlazan como factores de riesgo una de la otra. No es difícil imaginar que un núcleo familiar en un ambiente estresante con carencias y adversidades acuda a las conductas violentas, lo que se ha descrito como insatisfacción familiar en la que el individuo con poco desarrollo personal recurre a las agresiones ante la falta de un manejo correcto de sus emociones (2,6).

Tanto es así, que se calcula que una de cada tres mujeres es víctima de violencia en algún momento de su vida, los infantes de países en desarrollo tienen hasta tres veces más riesgo de ser víctimas y hasta un cuarto de la población adulta reportan

haber sufrido maltrato, pero en su mayoría lo justifican como correctivos (5,7).

Puntualmente en Colombia se calculan 40 millones de niños víctimas del conflicto armado que puede ser de manera directa como el reclutamiento forzado; para el 2005 se calculó que el 61 % de los combatientes de las guerrillas habían ingresado entre los 7 y 14 años a esas filas o de manera indirecta a través de la victimización de sus familiares y para el 2021 la violencia intrafamiliar reportaba 9.7 % de casos con un menor como principal víctima (8–10).

Neurodesarrollo posnatal y maltrato

Al nacimiento la población neuronal es amplia y aun en multiplicación celular e iniciando el proceso de mielinización, todo esto con el objetivo de la optimización y el afianzamiento de conexiones nerviosas que permitan la capacidad funcional(11). Estas conexiones se diferencian, migran y se establecen durante el primer año de vida, cuando es mayor la sinaptogénesis. Factores externos lesivos para el organismo inhiben esta integración y así el potencial cognitivo, motor y sensorial tiende a fracasar. Sumado a procesos como la poda neuronal que se presenta durante toda la vida y eliminan aquellas neuronas con menor actividad e integración, lo que hace del menor maltratado proclive a menor potencial. Otras consecuencias del maltrato en la primera infancia son el retraso de la mielinización, la inhibición de la neurogénesis y mayor expresión de receptores de glucocorticoides con las respectivas consecuencias en la adaptación del individuo (4,12,13).

Corteza

Como resultado de la adversidad y la latente agresión del medio, el cerebro en desarrollo madura de manera precoz zonas corticales como la prefrontal, en la que habrá mayor densidad de receptores de corticoides que regulan expresiones de respuesta al estrés, otras como la orbitofrontal estará con menor actividad frente al control de impulsos y el desarrollo de la empatía (12,13).

Hemisferios cerebrales

Los retrasos en la mielinización disminuyen la comunicación interhemisférica y daría a lugar a un desarrollo independiente de cada hemisferio, lo que dificulta la integración de los estímulos (12,13).

Hipocampo

Presenta dos periodos críticos de susceptibilidad al maltrato, el primero entre los 3 y los 5 años, y el segundo entre los 11 y los 13 años. La violencia recibida en estos periodos podría generar grandes podas neuronales que incluso disminuyen el volumen total del órgano (12,13).

Amígdala

Un desarrollo bajo adversidad y violencia se ha asociado con la reducción de los receptores de benzodiazepinas a nivel de la amígdala, por lo que la actividad límbica se aumenta, conocida como irritabilidad límbica, caracterizada por mal condicionamiento del miedo y control de las conductas agresivas (12,13).

Etapas de ciclo de violencia y maltrato

1. Transgeneracional: uno o ambos cónyuges de un núcleo familiar presentan conductas de agresividad hacia su pa-

- reja o los menores, lo que se interioriza como parte de los principios familiares.
2. Formación del sistema familiar: los individuos que reconocen la violencia como parte de sus principios familiares buscan y seleccionan parejas que compartan estos principios, conociendo como cónyuge isomorfo, con quien eventualmente desarrolla conductas de violencia.
 3. Consolidación de la pareja: recreación de lo vivido en la etapa transgeneracional.
 4. Inclusión de los hijos: reproducción de la violencia frente a los niños y, eventualmente, maltrato infantil.
 5. Repetición del ciclo: con un nuevo aprendizaje de principios familiares de violencia (14,15).

Acumulacion y explosion de la violencia y el maltrato

1. Acumulación: la víctima sufre sentimiento de humillación e injusticia y el victimario domina, es irritable e impulsivo. La víctima fija su atención en disminuir la tensión del victimario y modifica sus conductas para evitar su agresión.
2. La explosión: el victimario expresa ira, celos o frustración con agresiones hacia la víctima, para la que solo es posible huir o defenderse pero al repetir el ciclo y no poder evitar agresiones, tiende a paralizarse frente a su agresor.
3. Periodo de calma: inmediatamente después de una agresión, el agresor minimiza sus conductas y busca retener a la víctima con conductas de compensación(14,16).

Otro fenómeno relacionado a la continuidad del ciclo de violencia es el de in-

defensión aprendida, en el que la víctima abandona sus ideas de escape, se adapta a la violencia justificando las desventajas de abandonar al agresor, en ocasiones, distorsionando la realidad y en otras llegando a la autoagresión y el suicidio (17,18).

Métodos

Se realizó la búsqueda en las principales bases de datos como PUBMED, LILACS y ProQuest, de investigaciones relacionadas con la violencia asociada a la enfermedad mental en población de interés (niños y adolescentes). También se revisaron documentos oficiales a nivel continental y nacional como el Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses y boletines de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud.

Discusión

La mayoría de la población está expuesta a la violencia en sus distintas formas, incluso desde la gestación, el contexto agresivo moldea individuos con dificultades en la modulación de sus emociones y con tendencia a la expresión hostil frente a otros, esto sumado a ambientes familiares, escolares, sociales y laborales, todos cargados de agresividad que demandan adaptación y hacen del individuo parte del contexto violento.

Múltiples investigadores se han interesado en caracterizar la violencia para definir una posible historia natural en la que se puede intervenir. Identificar en que puntos podemos optimizar los esfuerzos para contener la dinámica hostil, ofreciendo un ambiente seguro permita cortar el ciclo y frenar esta problemática.

Estas investigaciones han logrado caracterizar bases biológicas de la influencia de la violencia en la formación de un cerebro agresivo y mal adaptado, que no es evidente hasta avanzada la adolescencia o la edad adulta temprana, por lo que la mediación debe darse en toda la población infantil de manera preventiva y no solo en aquellos que ya expresaron comportamientos anómalos, recuperando su estado físico, ofreciendo alternativas para su mejorar su potencial y fortaleciendo habilidades sociales con enfoque en la expresión emocional distinta de la agresividad.

En los países en desarrollo se reporta más violencia, con un factor en común, como lo es la limitación socioeconómica que los expone a malnutrición, menor expectativa de crecimiento académico, potencial cognitivo, ingresos económicos, y mayor tendencia a conductas de riesgo, al consumo de sustancias psicoactivas y embarazo adolescente. En conjunto lleva a la perpetuación del ciclo de violencia, con un peor escenario en los países con conflicto armado ya sea externo o interno.

Nuestra revisión encontró concordancia en la bibliografía frente a la violencia como un ciclo, y también logra un consenso de las secuelas expresadas de las víctimas de violencia en su vida adulta, así como propone la intervención desde la salud pública en este ciclo.

Los diferentes esfuerzos para el control de la violencia se han invertido en la atención de la primera infancia, el aumento de las penas a los victimarios, la educación y el fortalecimiento en habili-

dades sociales, aún en expectativa de estos resultados las nuevas investigaciones deben objetivar las mejores evidencias de lo que realmente corta el ciclo de la violencia.

Conclusiones

1. En nuestro contexto cultural se acepta la violencia hacia los menores y se justifica como patrón de crianza y castigo.
2. La violencia se comporta como un ciclo, esto hace que se normalice, especialmente, en lo que respecta a la violencia dirigida de padres a hijos.
3. Las evidencias de los efectos de la violencia, tanto neuroanatómicas como en conducta y salud mental, son claras a partir de la adolescencia y la adultez.
4. Cortar en ciclo de la violencia debe ser una prioridad de las sociedades para el control de las muertes en edad productiva, las incapacidades laborales y las complicaciones de la enfermedad mental.
5. Reconocer el ciclo de la violencia permite una mejor interpretación y análisis, así como el abordaje de los casos particulares.
6. El psiquiatra en estos países debe considerar todo este contexto en la atención de sus pacientes y conocer las alternativas de tratamiento, contención e incluso vías legales que pueda requerir la atención a un menor.

Referencias

1. Forjuoh SN, Zwi AB. Violence Against Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 1998;45(2):415-26.

2. Bertule M, Sebre SB, Kolesovs A. Childhood abuse experiences, depression and dissociation symptoms in relation to suicide attempts and suicidal ideation. *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2021;22(5):598–614. Available from: <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869652>
3. Chan KL, Lo R, Ip P. From Exposure to Family Violence During Childhood to Depression in Adulthood: A Path Analysis on the Mediating Effects of Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence* [Internet]. 2021;36(9–10):4431–50. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260518790596>
4. Roland N, Leon C, du Roscoat E, Panjo H, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V. Witnessing interparental violence in childhood and symptoms of depression in adulthood: data from the 2017 French Health Barometer. *Fam Pract*. 2021;38(3):306–12.
5. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Análisis de la violencia contra la mujer. *Secr Salud Pública Munic*. 2016;1(1):17.
6. Instituto Nacional de medicina Legal y Ciencias Forenses. Enero a Febrero 2018 Enero a Violencia Fatal contra la mujer Violencia No Fatal contra la mujer Homicidios en mujeres Enero a febrero 2019. 2019;
7. Mansueto G, Cavallo C, Palmieri S, Ruggiero GM, Sassaroli S, Caselli G. Adverse childhood experiences and repetitive negative thinking in adulthood: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2021;28(3):557–68.
8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín estadístico mensual. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Diciembre 2021. 2021;1–16.
9. Remedios P, Juannys C. Maltrato infantil en el marco del conflicto armado en Colombia Child abuse in the framework of the armed conflict in Colombia Abuso infantil no contexto da conflito armado na Colômbia. 2022;20:94–104.
10. Rajan VGJ. Women suicide bombers: Narratives of violence. *Women Suicide Bombers Narrat Violence*. 2011;1–384.
11. Gilbert JR, Ballard ED, Galiano CS, Nugent AC, Zarate CA. Magnetoencephalographic Correlates of Suicidal Ideation in Major Depression. *Biol psychiatry Cogn Neurosci neuroimaging* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Nov 28];5(3):354. Available from: <https://pmc/articles/PMC7064429/>
12. Hurtado FA, Fiorella Amaro Hurtado I. DIAGNOSTICO. 2018;57(3):143–7.
13. Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(4):281–90.
14. Saldaña Ramírez GG. Causas y consecuencias de la violencia familiar: caso Nuevo León. *justicia*. 2020;25(38):189–214.
15. Okuda M, Olfson M, Hasin D, Grant BF, Lin K-H, Blanco C. Mental Health of Victims of Intimate Partner Violence: Results From a National Epidemiologic Survey. *Psychiatr Serv*. 2011;62(8).
16. Llosa S, Canetti A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja TT - Depression and suicide ideation in women victims of intimate partner violence TT - Depressão e ideação do suicídio em mulheres vítimas de violência do parceiro íntimo. *Psicol Conoc y Soc* [Internet]. 2019;9(1):138–60. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262019000100138&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-138.pdf
17. Fernanda Almaraz Campos K, Noemí De La Rosa Balbuena B, Antonio Gallardo Fraga J, Itzel Ponce López P, citar este texto C, la Rosa D, et al. Efectos de la violencia doméstica en los niveles de adaptación en adolescentes. 2018;4(7):48–54. Available from: <https://psicoeducativa.edusol.info/index.php/rpsicoedu/article/view/89/252>
18. Batton C. Gender differences in lethal violence: Historical trends in the relationship between homicide and suicide rates, 1960–2000. *Justice Q*. 2004;21(3):423–61.

La psiquiatría nutricional: Un nuevo y prometedor campo de investigación

Julian David Torres Plata¹

1. Residente de primer año de Psiquiatría (2022). Posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque (Bogotá, Colombia).

Correspondencia: jutopla@hotmail.com

Resumen

Las enfermedades mentales, incluidas la depresión, la ansiedad y el trastorno bipolar, representan una proporción significativa de la discapacidad global y representan una carga social, económica y de salud sustancial. De forma global, el tratamiento está dominado por la farmacoterapia, como los antidepresivos, y la psicoterapia, como la terapia cognitiva conductual; sin embargo, dichos tratamientos evitan menos de la mitad de la carga de la enfermedad, lo que sugiere que se necesitan estrategias adicionales para prevenir y tratar los trastornos mentales.

El campo naciente de la 'psiquiatría nutricional' ofrece muchas promesas para abordar la gran carga de enfermedades asociadas con los trastornos mentales. Una base de evidencia consistente de la literatura observacional confirma que la calidad de las dietas de las personas está relacionada con su riesgo de trastornos mentales comunes. El campo de la 'psiquiatría nutricional' ha evolucionado con rapidez en los últimos años, con una cantidad cada vez mayor de estudios de intervención dietéticos o basados en nutrientes (nutracéuticos) iniciados y más datos preclínicos y epidemiológicos disponibles. Este paradigma emergente implica la consideración clínica (cuando corresponda) de la modificación/mejora dietética prescriptiva, y/o el uso juicioso y seleccionado de suplementos basados en nutrientes para prevenir o controlar los trastornos psiquiátricos.

Por tanto, se plantea la importancia de las posibles vías biológicas relacionadas con los trastornos mentales incluyendo la inflamación, el estrés oxidativo, el microbioma intestinal, las modificaciones epigenéticas y la neuroplasticidad. La evidencia epidemiológica consistente, particularmente para la depresión, sugiere una asociación entre las medidas de la calidad de la dieta y la salud mental, en múltiples poblaciones y grupos de edad; estos no parecen explicarse por otros factores demográficos, de estilo de vida o causalidad inversa. Esta revisión pretende proporcionar una visión general del campo de la psiquiatría nutricional, incluida una discusión de los mecanismos neurobiológicos probablemente modulados por la dieta, el uso de intervenciones dietéticas y nutracéuticas en los trastornos mentales, y recomendaciones para futuras investigaciones.

Palabras clave: Nutrición, salud mental, psiquiatría, tratamiento, Psiquiatría nutricional.

Summary

Mental illnesses, including depression, anxiety and bipolar disorder, account for a significant proportion of global disability and represent a substantial social, economic and health burden. Overall, treatment is dominated by pharmacotherapy, such as antidepressants, and psychotherapy, such as cognitive behavioral therapy; however, such treatments avert less than half the disease burden, suggesting that additional strategies are needed to prevent and treat mental disorders.

The nascent field of 'nutritional psychiatry' offers much promise for addressing the heavy disease burden associated with mental disorders. A consistent evidence based on the observational literature confirms that the quality of people's diets is related to their risk of common mental disorders. The field of 'nutritional psychiatry' has evolved rapidly in recent years, with an increasing number of dietary or nutrient-based (nutraceutical) intervention studies initiated and more preclinical and epidemiological data becoming available. This emerging paradigm involves clinical consideration (where appropriate) of prescriptive dietary modification/enhancement, and/or judicious and selected use of nutrient-based supplements to prevent or manage psychiatric disorders.

Therefore, the importance of possible biological pathways related to mental disorders including inflammation, oxidative stress, the gut microbiome, epigenetic modifications, and neuroplasticity is raised. Consistent epidemiological evidence, particularly for depression, suggests an association between measures of dietary quality and mental health, across multiple populations and age groups; these do not appear to be explained by other demographic, lifestyle, or reverse causality factors. This review is intended to provide an overview of the field of nutritional psychiatry, including a discussion of the neurobiological mechanisms likely modulated by diet, the use of dietary and nutraceutical interventions in mental disorders, and recommendations for future research.

Keywords: Nutrition, mental health, psychiatry, treatment, nutritional psychiatry.

Introducción

La enfermedad mental se encuentra entre las principales causas de discapacidad en todo el mundo y representa el 18,9 % de los años vividos con una discapacidad. Debido a la alta prevalencia de los trastornos mentales comunes, la carga social, económica y de salud asociada con estos trastornos es considerable, con pérdidas de producción de hasta 8,5 billones de dólares atribuidas a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (1). El uso de psicofármacos como por ejemplo

los antidepresivos y antipsicóticos, y la psicoterapia, como la terapia cognitiva conductual, son las piedras angulares del tratamiento; sin embargo, evitan menos de la mitad de la carga de la enfermedad, lo que sugiere que se necesitan estrategias adicionales para prevenir y tratar los trastornos mentales(2). De hecho, la evidencia reciente sugiere que, a pesar de un aumento sustancial en el uso de psicofármacos y una mayor disponibilidad de psicoterapias, la carga de la depresión en la población no se ha reducido y puede estar aumentando progresivamente,

lo que sugiere que existen una serie de factores de riesgo modificables para la salud mental en general, como es el caso de la alimentación como soporte para un tratamiento integral para el manejo de enfermedades mentales (3).

El campo de la 'psiquiatría nutricional' ha evolucionado con rapidez en los últimos años, con una cantidad cada vez mayor de estudios de intervención dietéticos o basados en nutrientes (nutracéuticos) iniciados y más datos preclínicos y epidemiológicos disponibles. Este paradigma emergente implica la consideración clínica (cuando corresponda) de la modificación/mejora dietética prescriptiva, y/o el uso juicioso y seleccionado de suplementos basados en nutrientes para prevenir o controlar los trastornos psiquiátricos. En los últimos años, se han establecido cada vez más vínculos significativos entre la calidad de la dieta y la salud mental (aunque no todos los datos son de apoyo).

El nuevo campo de la psiquiatría nutricional proporciona evidencia de la calidad de la dieta como un factor de riesgo modificable para las enfermedades mentales. Revisiones sistemáticas recientes que examinan la asociación entre la dieta y los trastornos mentales comunes han demostrado que los patrones dietéticos saludables están inversamente asociados con la probabilidad o el riesgo de depresión (1).

Estas dietas se caracterizan por el alto consumo de verduras, frutas, cereales integrales, frutos secos, semillas y pescado, con alimentos procesados limitados. Por el contrario, se ha demostrado que las dietas poco saludables ricas en alimentos procesados, ricos en grasas y azúcares en

la adolescencia y la edad adulta se asocian positivamente con los trastornos mentales comunes, la depresión y la ansiedad (4). Existe evidencia similar en la primera infancia, donde el estado nutricional materno deficiente y la dieta temprana se asocia con la desregulación emocional y conductual infantil.

La investigación que investiga los posibles procesos biológicos involucrados en la relación entre la dieta y la salud mental ha implicado principalmente a la inflamación, el estrés oxidativo y la neuroplasticidad, con el microbioma intestinal como una vía mediadora clave para cada uno de estos procesos (3).

La comprensión de estas vías ha impulsado la investigación sobre el uso complementario de intervenciones dietéticas y nutracéuticas (suplementos nutricionales) que afectan estas vías para los trastornos psiquiátricos comunes y graves; como los ácidos grasos n -3 en la depresión y la N - acetilcisteína (NAC) en la esquizofrenia. De manera crítica, los primeros estudios de intervención de dieta completa en depresión clínica también están disponibles (1) (2).

Con el desarrollo de esta revisión, se busca proporcionar una descripción general del campo de la psiquiatría nutricional, incluida la discusión de los mecanismos biológicos implicados que probablemente están modulados por la dieta, los resultados de revisiones sistemáticas y metanálisis recientes sobre el uso de intervenciones dietéticas y nutracéuticas en los trastornos mentales, y vías prometedoras para futuras investigaciones.

Vías implicadas en la dieta y la enfermedad mental

Existen varias vías implicadas en la enfermedad mental las cuales pueden ser moduladas por la dieta. En esta sección se realizará una descripción general de la evidencia de las vías principales que se han estudiado hasta la fecha. Aunque se describen como vías distintas, es probable que estas vías se superpongan sinérgicamente y estén interactuando entre sí:

1. Inflamación

La inflamación crónica de bajo grado, caracterizada por una elevación de las citocinas proinflamatorias y las proteínas de fase aguda, está implicada en el desarrollo de la depresión de novo, la esquizofrenia y el trastorno bipolar (5). Las causas de esta inflamación son multifacéticas e incluyen varios factores relacionados con el estilo de vida, como el estrés psicológico, el tabaquismo, la obesidad, la falta de sueño y, de particular relevancia para la presente discusión, la mala alimentación.

Los resultados de grandes estudios observacionales sugieren que los patrones dietéticos saludables, como la dieta mediterránea que son más altos en PUFA (ácidos grasos poliinsaturados), fibra, frutas y verduras se asocia con niveles más bajos de marcadores inflamatorios (3). Además, los patrones dietéticos mediterráneos mejoran significativamente los marcadores de inflamación en los estudios de intervención (2).

2. Estrés oxidativo

El estrés oxidativo y nitrosativo están implicados en varias enfermedades crónicas y parecen ser relevantes para las

enfermedades mentales (2). Las poblaciones esquizofrénicas tienen niveles reducidos de glutatión en el cerebro, metabolismo desordenado del glutamato y aumento del estrés oxidativo.

Se reportan resultados similares en poblaciones deprimidas, observándose niveles más altos de marcadores de estrés oxidativo, así como niveles más bajos de antioxidantes, como vitamina E, vitamina C, coenzima Q10 y glutatión, en comparación con controles sanos. Dada la abundancia de compuestos antioxidantes presentes en alimentos como frutas y verduras, esta es una vía que podría modularse a través de la dieta (6).

3. Plasticidad cerebral

La neurogénesis, particularmente dentro del hipocampo, está asociada con el aprendizaje, la memoria y la regulación del estado de ánimo, mientras que la neurogénesis alterada está implicada en la enfermedad mental. Se sugiere que el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), así como otras neurotrofinas (p. ej., bcl-2 y factor de crecimiento del endotelio vascular), medien la neurogénesis del hipocampo (3).

Actualmente existe una investigación clínica limitada sobre el efecto de la dieta en esta vía; sin embargo, la evidencia preliminar respalda el papel de la dieta en la mejora de los niveles de BDNF. Por ejemplo, una intervención dietética de 4 semanas para aumentar el consumo de frutas y verduras ricas en carotenoides (ocho porciones diarias) en personas con esquizofrenia resultó en niveles séricos más altos de BDNF que en el grupo de control. Además, una investigación

epidemiológica en adultos mayores ha demostrado una asociación entre una dieta deficiente y un volumen hipocampal reducido (2) (6).

Además de poseer propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, nutrientes como los ácidos grasos n-3, polifenoles, l-teanina y vitamina E también puede estimular la neurogénesis, mientras que las dietas hipercalóricas con alto contenido de grasas y azúcares perjudican este proceso (4).

4. Eje microbiota-intestino-cerebro

El papel del microbiota gastrointestinal en las enfermedades crónicas es ahora un área de investigación floreciente. Evidencia convincente, predominantemente de estudios en animales, indica que el microbiota intestinal puede afectar los comportamientos relacionados con la salud mental a través de múltiples vías. El microbiota gastrointestinal se ha implicado en varias vías neurobiológicas relacionadas con la enfermedad mental, incluida la modulación de BDNF neurotransmisión serotoninérgica, función inmunitaria y la respuesta de estrés mediada por el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (7). Por ejemplo, los ratones libres de gérmenes con deficiencia de microbiota exhiben una respuesta de estrés exagerada y niveles más bajos de receptores de serotonina y BDNF en la corteza y el hipocampo del cerebro, en comparación con ratones colonizados con el intestino normal. Al menos algunas de estas vías parecen bidireccionales, y se encontró que la activación por estrés del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal modula la composición microbiana en ratas (5) (8).

Clínicamente, se han informado diferencias en los patrones de la microbiota fecal, que reflejan una menor riqueza y diversidad de la microbiota intestinal, en pacientes deprimidos en comparación con controles sanos (9).

El trasplante de microbios de pacientes deprimidos a roedores da como resultado comportamientos relacionados con la depresión y la alteración de la microbiota intestinal a través de suplementos probióticos o productos alimenticios influye en el comportamiento relacionado con la depresión en animales. Alteraciones inducidas por la dieta en la permeabilidad intestinal (como a través de una dieta rica en grasas también puede afectar la salud mental. La integridad de la barrera epitelial intestinal mediante uniones estrechas regula el movimiento de sustratos desde el intestino hacia el torrente sanguíneo y, cuando se ve comprometida, se asocia con depresión (1) (7).

El aumento de la permeabilidad puede permitir que los lipopolisacáridos derivados de bacterias activan las células inmunitarias dentro de la pared intestinal, promoviendo la producción de citoquinas inflamatorias y la activación de las vías de estrés nitro-oxidativo, lo que resulta en una inflamación sistémica elevada (5).

5. Disfunción mitocondrial

La producción, el tamaño y la distribución de energía mitocondrial deteriorados están asociados con la depresión, la esquizofrenia y pueden ser particularmente relevantes para el trastorno bipolar. Estos cambios podrían ser el resultado de una capacidad antioxidante reducida y un aumento mediado por ci-

toquinas proinflamatorias en el oxígeno derivado de la mitocondria y los radicales libres de nitrógeno, lo que sugiere que la inflamación y el estrés oxidativo impulsan la disfunción mitocondrial (9). Los compuestos dietéticos y nutracéuticos como la coenzima Q10, el ácido α -lipoico, la carnitina, la creatina, el resveratrol, la NAC y algunos antidepressivos regulan al alza la función respiratoria mitocondrial en modelos animales (8).

¿Dieta o suplementos nutricionales?

Los suplementos en las intervenciones nutricionales a menudo se han utilizado para evitar las dificultades de abordar las ingestas dietéticas; sin embargo, debe enfatizarse que la dieta y los suplementos nutricionales no son equivalentes y los datos que respaldan la utilidad de dichos suplementos en enfermedades mentales son algo limitados y equívocos hasta la fecha. La excepción a esto son los suplementos de ácidos grasos omega-3, que tienen una base de evidencia más extensa, particularmente para el uso de suplementos que contienen una mayor proporción de ácido eicosapentaenoico (EPA) en comparación con ácido docosahexaenoico (DHA) y como tratamiento complementario para los trastornos del estado de ánimo que incluyen la depresión bipolar (10).

En una revisión de Sarris et al. Se revisó la literatura sobre suplementos nutricionales para el trastorno depresivo mayor y encontró poco respaldo para estos como monoterapias, pero concluyó que había evidencia de la utilidad del ácido fólico, S-adenosil-metionina (SAMe), ácidos grasos omega-3 y L- triptófano como terapias complementarias. Una revisión

sistemática más reciente y un metanálisis de nutracéuticos como terapias complementarias para la depresión confirmaron la eficacia de SAMe, omega 3, metilfolato y vitamina D, pero brindaron solo un respaldo limitado para el zinc, el ácido fólico, la vitamina C y el triptófano. Almeida et al. También realizó una revisión sistemática reciente y un metanálisis de la literatura sobre el impacto a corto y largo plazo de la vitamina B12 y el folato como tratamiento para la depresión (1). Llegaron a la conclusión de que la evidencia no respalda estas vitaminas del grupo B como un tratamiento a corto plazo, pero que podrían ofrecer algún potencial preventivo a largo plazo. Otros nutracéuticos con métodos de acción centrados en abordar las aberraciones fisiopatológicas que caracterizan a muchos trastornos psiquiátricos, como la inflamación, el estrés oxidativo, la neurogénesis reducida y la disfunción mitocondrial, se han mostrado bastante prometedores. Por ejemplo, N-acetilcisteína (NAC), un aminoácido biodisponible que regula al alza el glutatión y modula las vías glutamatérgicas, neurotrópicas e inflamatorias, ha demostrado una eficacia preliminar como tratamiento complementario en la esquizofrenia y la depresión bipolar pero no en el trastorno depresivo mayor (11).

Finalmente, algunos en el campo han argumentado que el uso de suplementos de un solo nutriente es una estrategia defectuosa, dado que los nutrientes nunca se consumen solos en la dieta y que los humanos han evolucionado para requerir una amplia gama de nutrientes (3). En su reciente revisión sistemática, que incluyó ensayos abiertos y estudios de

casos además de ensayos aleatorizados controlados con placebo, señalaron la falta de ensayos de formulaciones combinadas de multivitaminas y minerales en poblaciones con depresión clínica, ansiedad o trastornos psicóticos (1).

Patrones dietéticos específicos y nutrientes individuales

Una dieta saludable generalmente se caracteriza por un mayor consumo de frutas, verduras, pescado y cereales integrales, mientras que una dieta occidental, por el contrario, se caracteriza por un mayor consumo de alimentos procesados, carnes procesadas, cereales refinados, aperitivos y bebidas saladas y azucaradas. Sin embargo, todavía existe una heterogeneidad sustancial en la definición de una dieta saludable, ya que muchas culturas únicas tienen patrones dietéticos diversos pero saludables. En el centro de estas dietas se encuentran los alimentos vegetales densos en nutrientes y las fuentes de proteínas de alta calidad, que probablemente contribuyan significativamente a los resultados observados. Diferencié entre una dieta saludable/tradicional y una dieta mediterránea, con una dieta mediterránea con mayor énfasis en la ingesta alta de legumbres, la ingesta moderada de carne y lácteos, y el aceite de oliva como principal fuente de grasa. Informaron que ambas dietas protegían contra la depresión (3). Los estudios observacionales han examinado la asociación con otras dietas, incluida la dieta japonesa tradicional y la dieta noruega; sin embargo, la evidencia es limitada y contradictoria. Es importante tener en cuenta que la asociación favorable de alimentos saludables y resultados de salud mental es consistentemente

independiente de la asociación entre alimentos no saludables y peores resultados de salud mental, lo que sugiere que diferentes vías fisiológicas pueden estar mediando los efectos potenciales de estos patrones dietéticos contrastantes. Estas asociaciones también son independientes del peso corporal, lo que sugiere que los patrones dietéticos pueden afectar la enfermedad mental a través de vías que son independientes del estado del peso (12) (5).

Una revisión de 2010 de treinta y cuatro publicaciones que investigan una serie de variables dietéticas, incluidos PUFA n - 3 de cadena larga, pescado, folato y vitaminas B como marcadores de la ingesta dietética, no estableció una asociación definitiva entre la ingesta de componentes dietéticos específicos y síntomas depresivos(4). Sin embargo, metaanálisis más recientes de estudios observacionales han identificado que el consumo de pescado y magnesio, el hierro y el zinc en la dieta están asociados con tasas más bajas de depresión. Si bien la mayoría de los estudios observacionales han realizado los ajustes apropiados para posibles variables de confusión, como el nivel socioeconómico, la actividad física y el tabaquismo, es probable que estas variables produzcan confusión residual. Además, mientras que la causalidad inversa ha sido examinada como un factor explicativo, los estudios observacionales, particularmente cuando son transversales, no pueden establecer causalidad (2). Por lo tanto, los estudios observacionales que utilizan cohortes prospectivas y de casos y controles y los ensayos controlados aleatorios (ECA) de intervención deben priorizarse en estudios futuros.

La mayoría de los estudios hasta la fecha han examinado la asociación entre la dieta y la depresión, con solo una exploración limitada de la ansiedad y enfermedades mentales más graves, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Ahora existe la necesidad de extender la investigación de la psiquiatría nutricional observacional a estas áreas (9).

Métodos

Para esta publicación, se realizó una revisión sistemática de la literatura de tres bases de datos electrónicas (Pubmed, Cochrane Database y Embase) utilizando términos de búsqueda clave relacionados con la dieta (p. ej., 'dieta*', 'nutrición'), nutraceuticos (p. ej., 'suplemento nutricional*') y enfermedad mental (p. ej., 'depresión', 'enfermedad mental', 'estado de ánimo'), y psiquiatría nutricional. Para esta revisión, se priorizaron los resultados de las revisiones sistemáticas, los ensayos clínicos y observacionales notables y los metaanálisis disponibles en la literatura actual.

Discusión

El campo de la Psiquiatría Nutricional apenas comienza a generar datos de la calidad y consistencia requeridas para cambiar las recomendaciones de salud pública y la práctica clínica. Sin embargo, recientemente se ha abogado por tales cambios sobre la base del principio de precaución y el imperativo de encontrar nuevas formas de abordar la carga muy alta de enfermedad asociada con los trastornos mentales, y el hecho de que estos son factores de riesgo compartidos en todo el conjunto de

enfermedades no mentales y trastornos transmisibles con los que los trastornos mentales son tan comúnmente comórbidos (3). Tales recomendaciones, incluidas las recomendaciones dietéticas, también son conscientes de la carga sustancial de enfermedades asociadas con los cambios profundos y perjudiciales en los sistemas alimentarios a nivel mundial y la necesidad urgente de que los gobiernos aborden las políticas alimentarias para apoyar una mejor salud de la población (2) (12).

Mientras esperamos tales cambios, queda mucho por hacer para avanzar en este campo naciente. En primer lugar, existe una clara necesidad de refinar, replicar y ampliar las intervenciones dietéticas destinadas tanto a prevenir como a tratar los trastornos mentales comunes (3). El uso de la tecnología e Internet es una forma factible de lograr la ampliación (9). Dado que la evidencia emergente sugiere respuestas altamente individualizadas a la ingesta de alimentos, la investigación adicional debería utilizar nuevas fuentes de datos y metodologías estadísticas para desarrollar algoritmos predictivos y recomendaciones dietéticas individualizadas. Además, dado el papel de la nutrición prenatal y en los primeros años de vida para influir en los resultados de salud física y mental de los niños, también se deben desarrollar, implementar y evaluar estrategias de salud pública para mejorar la nutrición durante el embarazo (9).

Otro imperativo clave es concentrarse en las vías biológicas que median el vínculo entre la dieta y la salud mental. Las dis-

cusiones anteriores se han centrado en las vías inflamatorias y del estrés oxidativo, así como en la plasticidad cerebral y la nueva evidencia sobre la permeabilidad intestinal y la microbiota intestinal (3). En particular, el eje intestino-cerebro es un foco de atención cada vez mayor, dada la reciente comprensión de la importancia de la microbiota intestinal para influir en el cerebro y el comportamiento y el reconocimiento de que la dieta es un modulador clave de la microbiota intestinal. y salud intestinal (5). De hecho, trabajos recientes en animales sugieren que más de la mitad de la variación en la microbiota intestinal puede explicarse por cambios en la dieta, mientras que las dietas tanto a corto como a largo plazo tienen una profunda influencia en los perfiles microbianos de los humanos. El consumo de carbohidratos complejos, alimentos de origen vegetal/ frutas y verduras influyen positivamente en la composición microbiana, la síntesis de metabolitos antiinflamatorios y la salud del huésped, mientras que las dietas altas en grasas (HFD) en animales parecen desencadenar disbiosis microbiana, permeabilidad intestinal ("intestino permeable") e inflamación, con alteraciones del comportamiento que son independientes de la obesidad. La evidencia emergente, aunque preliminar, también respalda la investigación de los probióticos, denominados "psicobióticos", como psicotrópicos .medicamentos, mientras que los alimentos fermentados también pueden ser una estrategia dietética útil para la salud mental y cerebral (2). Igualmente importante a considerar es la evidencia emergente con respecto al impacto nocivo de los componentes de

los alimentos 'chatarra' y procesados, incluidos los emulsionantes dietéticos, los edulcorantes artificiales y los alimentos refinados con alto contenido de grasa y dietas azucaradas sobre la salud intestinal y cerebral (2).

Sin embargo, los problemas clave se relacionan con la falta de claridad con respecto al impacto diferencial potencial de las diferentes grasas dietéticas, como las grasas saturadas, monoinsaturadas y poliinsaturadas, así como la ingesta de carbohidratos, en la salud intestinal, los resultados inmunitarios, metabólicos y conductuales, y si los resultados de HFD y paradigmas experimentales similares en estudios con animales son relevantes para los humanos. Estos temas están actualmente sujetos a una intensa investigación debido a su probable relevancia para la salud pública y los enfoques clínicos (9). Además, es probable que las relaciones entre la dieta y las bacterias dependen de factores individuales, y no se comprende bien qué patrones y componentes dietéticos promueven poblaciones microbianas particulares. Se necesitan con urgencia más datos humanos para comprender las formas complejas en que la ingesta dietética influye en la composición y la actividad de la microbiota intestinal, y para explicar las relaciones entre la microbiota intestinal y la salud y una variedad de exposiciones ambientales, comportamientos de salud, afecciones médicas, biomarcadores sanguíneos y salud mental (5).

Otro imperativo es ir más allá de un enfoque en los trastornos mentales comunes para investigar la dieta, así como

los factores relacionados con la dieta, incluidas las alergias alimentarias y la salud intestinal, como factores de riesgo modificables en el espectro grave de enfermedades mentales (5). Por ejemplo, hay datos tentadores de modelos animales que apuntan al potencial de la dieta cetogénica en modelos animales de psicosis y esto podría evaluarse como una posible intervención en humanos. Del mismo modo, la disfunción de la barrera gastrointestinal, la sensibilidad a los alimentos, la inflamación y el síndrome metabólico se ven comúnmente en la esquizofrenia y esto justifica la investigación que investiga el posible papel de dichos factores en la génesis y progresión de las enfermedades psiquiátricas, y el potencial de las intervenciones dietéticas que abordan la disfunción inmune, la sensibilidad a los alimentos y la salud intestinal en personas con psicosis (6). Hay datos que sugieren que abordar la inflamación con enfoques nutracéuticos puede prevenir enfermedades psiquiátricas emergentes; sin embargo, un estudio de replicación reciente no pudo confirmar estos hallazgos, lo que señala tanto el imperativo de replicar los estudios iniciales como algunos de los desafíos metodológicos que implica hacerlo (10) (3).

Finalmente, como se describió anteriormente, la literatura nutracéutica existente actualmente está limitada por problemas metodológicos que incluyen heterogeneidad, falta de aleatorización y/o cegamiento, tamaños de muestra pequeños, duración insuficiente de la exposición y muestras no representativas (9). Por lo tanto, si bien el uso de nutracéuticos representa un enfoque potencialmente

útil y eficaz para el tratamiento de los trastornos mentales, se requieren más ensayos clínicos rigurosos y de alta calidad para comprender qué agentes son útiles, para quién, en qué circunstancias y en qué dosis (10). Además, la investigación sistemática de los mecanismos y factores básicos que predicen la respuesta al tratamiento, incluido el papel potencial de la genética, la inflamación, el estrés oxidativo y el microbioma también se requiere influir en la eficacia del tratamiento. Como tal, una expansión y mejora de la base de evidencia existente con respecto a la suplementación nutracéutica es un imperativo clave y sobresaliente para este nuevo campo (8).

Conclusiones

La psiquiatría nutricional es un campo de investigación con un muy rápido crecimiento, y tiene un enorme potencial para proporcionar intervenciones clínicamente significativas para prevenir y controlar enfermedades mentales.

La investigación observacional ha demostrado relación consistente entre calidad de dieta y enfermedades mentales comunes, por manipulación, alteración de las vías biológicas, como son inflamación, estrés oxidativo, microbiota gastrointestinal y los factores neurotróficos que proporcionan mecanismos de acción viables para este efecto observado.

La evidencia clínica preliminar proporciona apoyo para la viabilidad y eficacia de las intervenciones dietéticas y algunas intervenciones nutracéuticas.

Se requiere más investigación para investigar la eficacia de los estudios de intervención en grandes cohortes y dentro de poblaciones clínicamente relevantes, particularmente en pacientes con esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y ansiedad, con el fin de aprovechar la base de evidencia existente e informar la práctica clínica.

Referencias

- Marx W, Moseley G, Berk M, Jacka F. Nutritional psychiatry: the present state of the evidence. *Proc Nutr Soc* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2022 Dec 6];76(4):427–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942748/>
- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One* [Internet]. 2015 Feb 6 [cited 2022 Dec 6];10(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25658103/>
- Adan RAH, van der Beek EM, Buitelaar JK, Cryan JF, Hebebrand J, Higgs S, et al. Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2022 Dec 6];29(12):1321–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31735529/>
- Jacka FN. Nutritional Psychiatry: Where to Next? *EBioMedicine* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2022 Dec 6];17:24–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242200/>
- Sarris J. Nutritional Psychiatry: From Concept to the Clinic. *Drugs* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2022 Dec 6];79(9):929–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31114975/>
- Maes M, Kubera M, Leunis JC, Berk M, Geffard M, Bosmans E. In depression, bacterial translocation may drive inflammatory responses, oxidative and nitrosative stress (O&NS), and autoimmune responses directed against O&NS-damaged neoepitopes. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2013 May [cited 2022 Dec 7];127(5):344–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22900942/>
- O'Mahony SM, Marchesi JR, Scully P, Codling C, Ceolho AM, Quigley EMM, et al. Early life stress alters behavior, immunity, and microbiota in rats: implications for irritable bowel syndrome and psychiatric illnesses. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2009 Feb 1 [cited 2022 Dec 7];65(3):263–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18723164/>
- Vergara A. Psiquiatría nutricional Un nuevo campo de investigación - YouTube [Internet]. Psiquiatría nutricional Un nuevo campo de investigación. 2021 [cited 2022 Dec 7]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=kRuix9Vzx-g4&t=116s>
- Naidoo U. This is your brain on food : an indispensable guide to the surprising foods that fight depression, anxiety, PTSD, OCD, ADHD, and more. New York: Little, Brown Spark; 2020. 374 p.
- Zheng P, Zeng B, Zhou C, Liu M, Fang Z, Xu X, et al. Gut microbiome remodeling induces depressive-like behaviors through a pathway mediated by the host's metabolism. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2016 Jun 12 [cited 2022 Dec 7];21(6):786–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27067014/>
- Sarris J, Logan AC, Akbaraly TN, Paul Amminger G, Balanzá-Martínez V, Freeman MP, et al. International Society for Nutritional Psychiatry Research consensus position statement: nutritional medicine in modern psychiatry. *World Psychiatry* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2022 Dec 7];14(3):370–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26407799/>
- Selhub EM, Logan AC, Basted AC. Fermented foods, microbiota, and mental health: ancient practice meets nutritional psychiatry. *J Physiol Anthropol* [Internet]. 2014 Jan 15 [cited 2022 Dec 7];33(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24422720/>

Juego patológico: rasgos de personalidad relacionados

Juliana Morales Téllez MD¹

1. Residente de psiquiatría (2022), Universidad El Bosque, Clínica Monserrat.

Correspondencia: moralestellezjuliana@gmail.com

Resumen

Introducción: El juego patológico es clasificado actualmente como parte del capítulo del DSM-5 de “los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, puede presentar como comorbilidad la presencia de algún trastorno de la personalidad así como también se debe evaluar la posible coexistencia de otras psicopatologías, asociado al aumento de incidencia en los últimos años lo cual ha demostrando cada vez más la importancia que tiene a nivel no solo asistencial sino en todo el ámbito biopsicosocial.

Objetivo: Realizar una revisión sobre el concepto de juego patológico, sus criterios de diagnóstico, y los rasgos de personalidad característicos de esta patología.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura del concepto “juego patológico y rasgos de personalidad” en diferentes motores de búsqueda incluyendo material bibliográfico, libros, revisiones y reportes de caso en revistas indexadas y no indexadas tales como PubMed, Embase y Google scholar.

Conclusiones: el juego patológico es un trastorno emergente con un gran número de afectados a nivel mundial. Se precisa la necesidad de realizar más estudios sobre la prevención, detección y manejo de esta patología lo cual podría permitir poner en marcha programas preventivos y la ampliación de los recursos específicos para el tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: juego patológico, trastorno de personalidad, comorbilidad

Summary

Introduction: Pathological gambling is currently classified as part of the DSM-5 chapter of "disorders related to substances and addictive disorders", it can present as comorbidity the presence of some personality disorder as well as the possible coexistence of other psychopathologies, associated with the increase in incidence in recent years, which has increasingly demonstrated its importance not only at the level of care but also in the entire biopsychosocial field.

Objective: To carry out a review on the concept of pathological gambling, its diagnostic criteria, and the characteristic personality traits of this pathology.

Methods: A narrative review of the literature on the concept of "pathological gambling and personality traits" was carried out in different search engines, including

bibliographic material, books, reviews, and case reports in indexed and non-indexed journals such as PubMed, Embase, and Google scholar.

Conclusions: pathological gambling is an emerging disorder with many people affected worldwide. It is necessary to carry out more studies on the prevention, detection, and management of this pathology, which could allow the implementation of preventive programs and the expansion of specific resources for the treatment of these patients.

Keywords: pathological gambling, personality disorder, comorbidity.

Introducción

El juego patológico (JP), es una entidad que afecta la calidad de vida tanto de los pacientes como de su entorno a nivel familiar, social, laboral, y profesional, con alteraciones marcadas a nivel funcional global y reducción en su calidad de vida, además de presentar tasas más altas de problemas legales y de conductas de riesgo hasta consecuencias letales como el suicidio (Black, Moyer, & Schlosser, 2003;). Estudios epidemiológicos obtienen tasas de JP del 1-2% de la población general, y la prevalencia de este trastorno oscila entre el 0,1 y el 5,1% a lo largo de la vida (1). adicionalmente, es necesario profundizar sobre la posible comorbilidad del JP con otros trastornos psicopatológicos.

Métodos

Se realizó una revisión del concepto “juego patológico y rasgos de personalidad” en diferentes motores de búsqueda incluyendo material bibliográfico, revisiones y reportes de caso en revistas indexadas y no indexadas tales como PubMed, Embase y Google scholar desde el año 1992 hasta el 2020, donde se relacionaron los términos Mesh juego patológico, ludopatía, trastornos de la personalidad, rasgos de personalidad.

Discusión

El JP es una patología que se describe como un comportamiento desadaptativo, recurrente y persistente en el que la persona que padece este trastorno es incapaz de resistir el impulso de jugar lo cual interrumpe actividades ocupacionales, personales y familiares. Actualmente es clasificado en el DSM-5 en el capítulo de “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” con los siguientes criterios diagnósticos: Durante un periodo de 12 meses, se deben cumplir cinco de los siguientes criterios: 1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada, 2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego, 3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito, 4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar), 5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión), 6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver

otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas), 7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego, 8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego, 9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego. B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maniaco” (2). Previamente otros autores (Sánchez Hervas, 2003) que estudiaban este trastorno se referían a él con distintos nombres: juego neurótico, juego adictivo, juego excesivo, juego compulsivo, así como también hizo parte en el DSM-4 bajo el epígrafe de «trastornos en el control de los impulsos no clasificados en otros apartados».

Diferentes estudios (1), han puesto en evidencia la edad de inicio estimada de esta patología siendo para hombres en Estados Unidos de 11-18 años; sin embargo, la mayoría de la población de jugadores patológicos adultos está entre los 21 y los 55 años y cuenta con un 24% de jugadores patológicos de género femenino. Otros estudios (3), calculan que en Estados Unidos existen 2 millones de jugadores patológicos, 3 millones de personas que tienen algún problema con el juego y 15 millones de personas en total que tienen riesgo para convertirse en jugadores patológicos, con un costo de 5 mil millones de dólares por año y una deuda promedio por jugador de 35.185 dólares (4,5).

En los últimos años se ha mostrado un gran interés por analizar la existen-

cia de una posible patología dual en las personas con adicciones, es decir se ha tratado de evaluar si a la conducta adictiva esta acompañada por un trastorno de personalidad. En el caso del JP sería de interés estimar la comorbilidad con trastornos de la personalidad, así como también evaluar la coexistencia de otras psicopatologías tales como el consumo de sustancias, trastornos afectivos como la depresión o la ansiedad, ya que el conocimiento de esto aportaría información relevante para realizar programas de prevención, evaluar el pronóstico y brindar un tratamiento a las personas con adicción al juego. Entre las últimas investigaciones desde esta perspectiva se ha señalado que el narcisismo era uno de los rasgos de la personalidad más destacados en los ludópatas, tiempo después se destacaron otros hallazgos en diferentes estudios a nivel mundial, evidenciando la prevalencia del 3.6% en rasgos de personalidad Cluster A, el 1,5% en rasgos de personalidad Cluster B, y el 2,7% en rasgos de personalidad Cluster C (6).

En cuanto a los trastornos de personalidad, la mayoría de los trabajos se centran en el análisis de rasgos de la personalidad mediante cuestionarios, y se ha investigado esta mediante entrevistas estructuradas para llegar a un diagnóstico preciso, algunos autores observaron que aproximadamente más del 80% de los sujetos con juego patológico presentaba como mínimo, un trastorno de personalidad concomitante (1).

Describieron (Jiménez-Murcia S, et al.) como más comunes el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad,

seguido por el evitativo, esquizotípico y paranoide. Diversos estudios demuestran también la asociación entre ludopatía y los trastornos de personalidad del cluster B, y observan mayor prevalencia de rasgos como impulsividad y búsqueda de sensaciones inmediatas en juego patológico. En cuanto a la relación con el trastorno de personalidad antisocial, diversos autores la han demostrado, y oscilaría entre un 15 y un 40% y en relación a los otros trastornos de personalidad, las tasas no serían superiores a las observadas en la población general (1,7).

Por otro lado, se han descrito factores de riesgo y de mal pronóstico en estos individuos entre los que se describen la edad de inicio más temprano de juego, más intentos de suicidio, mayores comorbilidades psiquiátricas, más acontecimientos traumáticos en la historia personal, situación laboral precaria, la existencia de ganancias en la fase inicial del trastorno como potencial factor desencadenante, mayores antecedentes familiares de enfermedad mental entre estos alcoholismo paterno y padres jugadores, actividades delictivas así como el desarrollo de tendencias antisociales como resultado de tener que lidiar con las consecuencias de su adicción (8).

En algunos estudios (Rogier G. et al), se destacó la participación específica de la emocionalidad negativa y la disregulación emocional en diversos comportamientos desadaptativos en relación con la ludopatía, se demostró que los jugadores adictos pueden experimentar sentimientos intensos de vergüenza de-

bido a sus rasgos narcisistas vulnerables y en consecuencia, buscan una forma de escapar de esos estados emocionales negativos durante el juego, otro estudio sugiere que los jugadores adictos muestran una falta de interés en otros que no apoyan su necesidad de admiración. Además, tienden a experimentar vergüenza debido a su necesidad de reconocimiento (6,9). Esto concuerda con el uso del mecanismo de devaluación en los jugadores adictos quienes buscan defenderse contra las experiencias de intimidación (Rosenthal 1986), por otro lado, los jugadores adictos suelen tener un estilo de apego inseguro y evitativo (Di Trani et al. 2017) (9), que corresponde a una imagen del yo como desaprovechado del cuidado y el amor, unido a una imagen de los demás como no disponibles y no receptivos.

Conclusiones

La relación entre determinados rasgos de personalidad y la gravedad del juego patológico puede explicarse a través de los déficits en las capacidades de regulación de las emociones, la baja tolerancia a la frustración, la evitación, conductas obsesivas entre otros, teniendo en cuenta que es más frecuente en hombres jóvenes quienes usualmente exhiben tasas más altas de rasgos antisociales y obsesivos asociados al juego patológico. Se precisa la necesidad de realizar más estudios sobre la prevención, detección y manejo de esta patología lo cual podría permitir poner en marcha programas preventivos y la ampliación de los recursos específicos para el tratamiento de estos pacientes.

Referencias

1. Jiménez-Murcia, S., et al. Comorbidity of Pathological Gambling: clinical variables, personality and response to treatment.; *Rev de Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2009; pp (178-189).
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) Ed Médica Panamericana. 2014. 5ta edición, pp (316-317)
3. Unwin BK, Davis MK, De Leeuw JB. Pathologic gambling. *Am Fam Physician*. (2000) Feb 1;61(3):741-9.
4. Bahamón V. M, Juego patológico: revisión de tema, *Rev Colombiana de Psiquiatría*, 2006, vol. XXXV, núm. 3, pp. (380-399)
5. DeCaria CM, Hollander E, Grossman R, Wong CM, Mosovich SA, Cherkasky S. Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 8:80-3; discussion 83-4.
6. Ortiz-Tallo M, Cancino C, Cobos S. Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones* 2011;23:189.
7. Sánchez Hervas E. Juego patológico: un trastorno emergente. Unidad de Adictivas de Catarroja. Valencia. Abril 2003; Vol. 5. núm. 2. páginas (75-87).
8. Fernández Montalvo J.1. Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica *Psicología Conductual*, 2001. Vol. 9, núm. 3, pp. (527-539).
9. Rogier G, Beomonte Zobel S, Velotti P. Pathological personality facets and emotion dysregulation in gambling disorder. *Scand J Psychol*. 2020; 61(2), pp (262-270).
10. Espinoza L. Trastornos de personalidad y juego patológico en adolescentes y jóvenes con dependencia de las máquinas tragamonedas. Instituto de Psicología Integral del Perú (IPIP). 2018, ISSN 1560-6139, pp. (99-124).
11. Echeburua Odriozola E, Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 1992, vol. 4, núm. 1, pp. (87-20).
12. King, S, Abrams, K., & Wilkinson, T. Personality, gender, and family history in the prediction of college gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2010, 26(3), pp (347-359).
13. Medeiros GC, Grant JE. Gambling disorder and obsessive-compulsive personality disorder: A frequent but understudied comorbidity. *J Behav Addict*. 2018;7(2), pp (366-374).

Feminismo y psiquiatría

Marcela Noguera Palacios^{1,2}

1. Médica General - Universidad CES

2. Médica Residente de Psiquiatría (2022) – ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque

Correspondencia: noguera.marcela01@gmail.com

Resumen

Este artículo presenta el papel de la mujer a lo largo de los años en la psiquiatría y el psicoanálisis, identificando la importancia de estas personalidades para llegar a donde se ha llegado a partir de los diversos estudios realizados por mujeres emancipadas y empoderadas. Además, se muestra de una manera detallada las diferencias del cerebro y la mente entre hombres y mujeres, conociendo que cada uno tiene capacidades y debilidades diferentes, pero ello no significa que un sexo deba tener dominio sobre el otro. De ese modo, se muestra la importancia del feminismo en cuanto al papel que cumple la mujer en la sociedad hoy en día y en épocas anteriores, y la importante evolución en temas de inclusión, que aunque que no ha sido suficiente porque existen aún temas complejos que deben ser solucionados, ha logrado grandes avances y en esto radica la importancia de movimientos como este.

Palabras clave: feminismo, psiquiatría, psicoanálisis, sociedad.

Summary

This article presents the role of women throughout the years in psychiatry and psychoanalysis, identifying the importance of these people to get to where it has been from the various studies carried out by emancipated and empowered women. In addition, the differences in the brain and mind between men and women are shown in detail, knowing that each one has different abilities and weaknesses, but this does not mean that one sex should have dominance over the other. In this way, the importance of feminism is shown in terms of the role that women play in society today and in previous times, and the important evolution in inclusion issues, which although it has not been enough because there are still issues complexes that must be solved, has made great strides and herein lies the importance of movements like this.

Keywords: feminism, psychiatry, psychoanalysis, society.

Introducción

El ser mujer ha sido definido de diversas maneras a lo largo de los siglos, por ejemplo, para la RAE es la persona del sexo femenino, hembra que ha llegado a la pubertad o a la edad adulta, de su casa,

la que con diligencia se ocupa de los quehaceres domésticos y cuida de su familia (1). Aristóteles, hace referencia a las mujeres como hombres inferiores que no son capaces de ni siquiera reproducir a la especie (2); Simone de Beauvoir, por

su parte habla de que la mujer no nace, se hace, las mujeres son reducidas a su sexo, a su capacidad reproductiva y sus funciones preestablecidas socialmente (3), e Isabel Allende, en su libro *mujeres del alma mía*, menciona que las mujeres han sido un tejido solidario en el cual la sociedad puede abrigarse toda la vida (4), lo cual tiene sentido al momento de evidenciar día a día en la práctica clínica que la mayoría de cuidadoras son mujeres, y esto se ha repetido a lo largo de la historia en diferentes ámbitos.

Es de este modo que, la mujer a lo largo de la historia ha tenido un papel un tanto aislado, como es el caso del entorno de la política y la libertad, que eran reservados exclusivamente para los hombres. En la edad media la diferencia de sexos era calificado desde un aspecto biológico y moral, sobre todo porque se decía que las mujeres eran débiles y que constituían la imagen de la puerta del pecado; Eva y María eran un claro caso de la percepción de los hombres sobre el género femenino, ya que Eva era sinónimo de la incitación al pecado y María, por otro lado, representaba la castidad, la virtud y el cómo las mujeres debían comportarse, estableciendo entonces un ideal de mujer.

A partir de lo anterior, se pretende el entendimiento del movimiento feminista, así como estudiar las diferencias entre el hombre y la mujer que, posiblemente se han relacionado con las desigualdades a lo largo de la historia. Así como mencionar la importancia de distintas mujeres en la rama de la psiquiatría y el psicoanálisis que han sido fundamentales en el desarrollo de estas ciencias. También se

pretende evaluar la deconstrucción por la que pasan las mujeres al reconocerse como feministas y los cambios a los que ha conllevado este movimiento.

Feminismo

Teniendo en cuenta este papel que se le ha dado a la mujer en la historia, se crea el feminismo, que según la RAE es el principio que busca la igualdad de derechos de la mujer y del hombre, y además es un movimiento político social que persigue acabar con los maltratos y opresiones que viven las mujeres a diario (5). Victoria Sau define al feminismo como un movimiento social que se inicia formalmente a finales del siglo XVIII, y que supone la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano (6). Sumado a lo anterior, el movimiento se crea a partir del cuestionamiento de las mujeres por el rol que la sociedad les había impuesto, así desafiando las convenciones de su época.

Cabe mencionar algunas personas pioneras en el feminismo, en primer lugar, se encuentra Christine de Pizan, quien nació en Venecia en septiembre de 1364 y según Simone de Beauvoir fue la primera mujer que escribió en defensa de su género (7). Además, al quedar viuda decidió enfrentar por sí misma la situación, ya que, con tres hijos a cargo, está mujer vivió de su escritura, de ese modo haciéndose famosa por su reivindicación del saber y la dignidad de las mujeres mucho antes de movimientos feministas (7). En segundo lugar, en el siglo XVIII nace Poullain de la Barre en París, quien vivió en un contexto en el que el debate de la igualdad ya estaba abierto. No obs-

tante, sus afirmaciones en su obra *De la igualdad de los sexos* generaron controversia en muchos sectores de la sociedad de la época (8).

El feminismo ha evolucionado en distintas fases que se organizaron con el nombre de olas. La primera ola de este movimiento se da en el siglo XV, ya que inicia el cuestionamiento de las mujeres sobre el rol impuesto en la sociedad, desafiando ciertos paradigmas de la época. Desde 1789 hasta mediados de 1800 las mujeres se unieron para reivindicar los derechos de ellas, haciendo marchas históricas como la del palacio de Versalles, protestas contra el absolutismo, pero en las que todas sus exigencias se les negaron, de modo que debían seguir en el hogar y mantener el papel que se les había impuesto (9). En cuanto a la segunda ola, se desarrolla desde mediados de 1800 hasta finales de la segunda guerra mundial, el feminismo pasó de ser una lucha intelectual a ser un movimiento de acción social; en 1848 se realizó la convención de Seneca Falls, que fue la primera convención estadounidense sobre los derechos de la mujer y fue organizada por Lucretia Mott y Elizabeth Cady Stanton (9).

Ya en la tercera ola, las mujeres lograrían conseguir el derecho al voto, algunas iniciaron sus estudios universitarios, lo cual fue un gran logro. La participación en la segunda guerra mundial hizo despertar nuevamente y con mayor fuerza ese deseo de emanciparse y tener control de su maternidad y del trabajo, consiguiendo que en 1960 se aprobara la primera píldora anticonceptiva, generando mayor

independencia y libertad en diversos ámbitos (9). En este punto, Simone de Beauvoir menciona en su libro, el segundo sexo, que no hay nada biológico que justifique los roles de género, ya que este es una construcción social (9, 10).

Por último, inicia la cuarta ola del movimiento en el siglo XXI, ya que la conciencia sobre la desigualdad entre géneros ha ido creciendo en el mundo progresivamente, en donde aún se evidencian grandes diferencias entre hombres y mujeres, lo que hace que todavía exista un largo camino por recorrer y que gracias a las redes sociales se pueda alzar la voz de una manera más fácil y masiva, teniendo diferentes oportunidades para obtener conocimiento y capacidad de pronunciamiento (9, 10).

Diferencias cerebro-mente entre hombres y mujeres

Existen varias diferencias en el funcionamiento y estructura del cerebro entre hombres y mujeres, por ejemplo, la mujer tiene más neuronas en espejo, lo que hace que sean más empáticas (11), por otro lado, el cerebro de ellas cuenta con mayor velocidad perceptiva, fluidez en la ideación, fluidez verbal, mejor coordinación motriz fina, del mismo modo se destaca en pruebas de cálculo matemático, las mujeres son mucho más sensibles y logran tener mayor reconocimiento emocional. En el caso de los hombres, en promedio, pueden hacer malabarismos con facilidad con los elementos de la memoria del trabajo, sumado a esto tienen habilidades visoespaciales superiores, es decir son mejores para visualizar lo que acontece cuando una forma bidimen-

sional o tridimensional complicada gira en el espacio y se les facilita el rastreo de objetos en movimiento (12). El hombre cuenta con un cerebro de 10% a 12% más grande que el de la mujer, poseen una mejor puntería y se destacan en razonamiento matemático (12).

Anatómicamente hablando se pueden encontrar diversas diferencias entre el cerebro de las mujeres y de los hombres (12), en primer lugar la corteza parietal en las mujeres tiene un menor volumen y hace que mejore el desempeño en tareas de motricidad y coordinación fina, esto se da debido a que las mujeres tenían que quedarse en la cueva, haciendo tareas más precisas; mientras tanto en los hombres la corteza parietal tiene mayor volumen, generando una mejor percepción espacial del sentido de la ubicación y dirección, la causa de esta condición es porque los hombres al tener que salir de la cueva necesitaban saber dónde estaban para poder regresar. En segundo lugar, la amígdala cerebral, encargada de almacenar y procesar emociones, en las mujeres tiene un menor tamaño y mayor actividad en la parte izquierda; es así como las mujeres ante los sucesos tensionantes repentinos tienen menor respuesta, por lo cual son capaces de tolerar mejor el estrés prolongado o crónico; además tienen la capacidad de traer a la memoria detalles más finos y emotivos, lo que se relacionaría históricamente con que para las habilidades de educar y cuidar a la manada necesitarían recordar más detalles. Por otro lado, la amígdala cerebral en los hombres tiene mayor tamaño y tiene más actividad en la parte derecha, haciendo que tengan

una respuesta emocional encadenada con el aumento de frecuencia cardíaca y la descarga de adrenalina al presentarse un evento, y al contrario que las mujeres, no guardan en su memoria registro de los detalles, solo memorizan lo general y panorámico de las situaciones (12).

En tercer lugar, el hipocampo, en el sexo femenino tiene mayor tamaño, haciendo que se desempeñen mejor en calma y sin competir. En el sexo masculino tiene un menor tamaño, ya que los hombres se desempeñan mejor en ambientes que involucren cierta competencia o que presenten algún grado de estrés. En cuarto lugar, el cuerpo calloso de las mujeres tiene mayor grosor, generando una mayor conectividad interhemisférica, relacionado a que puedan hacer diversas actividades al tiempo, al contrario de los hombres, en quienes cuenta con menor grosor, ya que tiene menos fibras que conectan al hemisferio derecho con el izquierdo, causando que se les dificulte hacer tareas simultáneas (12,13).

En quinto lugar, la corteza límbica que es la encargada de las emociones, en las mujeres es más densa, involucrando la calidad e intensidad de las respuestas emocionales, mientras que los varones al tener esta región menos densa, generan respuestas emocionales menos intensas. En sexto y último lugar, el lóbulo temporal, que se relaciona con el lenguaje, posee diferentes características dependiendo del sexo, esto en las mujeres se asocia con el procesamiento y comprensión del lenguaje, teniendo ellas mayor fluidez y producción verbal que el sexo masculino a la hora de entablar conversaciones (12, 13).

Algunas mujeres en el mundo de la psiquiatría y el psicoanálisis

El mundo de la psiquiatría ha evolucionado a lo largo de los años y muchas mujeres han hecho parte de esta evolución y de los nuevos descubrimientos que hoy en día han ayudado al mundo del psicoanálisis y la psiquiatría.

Melanie Klein, nació en 1882 y fue la menor de cuatro hermanos, ella siempre se interesó por la medicina, pero al casarse tuvo que dejar sus estudios. Sin embargo, presentó diversos cuadros depresivos, lo que la acercó a la psicología, posteriormente se interesó por el campo de la mente, eso hizo que, con ayuda de su psiquiatra y terapeuta Ferenczi empezara a psicoanalizar niños, así iniciaron sus investigaciones; para el año 1932 se muda a Londres, en donde se une a la British Psychoanalytical Society. Toda su carrera se destacó por ampliar y profundizar en aspectos del desarrollo a lo largo de la infancia y crear un enfoque más centrado en cómo se relaciona el individuo con los objetos, es de ese modo que la teoría psicoanalítica de Klein se basa principalmente en su teoría de las relaciones objetales (14).

Anna Freud nació en 1895 en Viena, fue la sexta y última hija de Sigmund Freud, fue pionera de la psicología del ego y tenía ciertas diferencias con la ya mencionada Melanie Klein (15). Anna Freud en los años treinta empezó a revisar la teoría freudiana sobre las estructuras psíquicas del ello, el yo y el superyó, y se diferenció de su padre principalmente en que ella era mucho más pragmática y prefería centrarse en aquello que hace

que el ser humano se adaptó en los contextos reales y las situaciones cotidianas, seguido de esto publica uno de sus libros más importantes: *El yo y los mecanismos de defensa*, en esta obra intenta describir detalladamente el funcionamiento de las estructuras yoicas de las que ya había hablado su padre, y que ha sido de relevancia para el psicoanálisis.

Otra figura destacada en este campo fue Margaret Mahler (16), quien nació en 1897, era la hija mayor de dos hermanos, y su familia era de orígenes judíos. Su padre la animaba a investigar, haciendo que desde pequeña se interesará por la ciencia, en su juventud se acercó al mundo de la psicología y el psicoanálisis, leyendo a autores como Sigmund Freud. En aquella época empezó a acentuarse el antisemitismo y ella al tener origen judío decidió mudarse a Jenna hasta su graduación en 1922, centrando su atención en como el juego y las vinculaciones afectivas eran fundamentales en el desarrollo físico y mental de los menores. Además, gracias a sus estudios describió que la personalidad de un niño empieza forjarse gracias a la interacción con otras personas, inicialmente combinada por la figura de la madre al no ser el bebé capaz de reconocer entre lo que es el yo y lo que no. De ese modo, cuenta que durante el primer mes de vida el menor estaría en la fase que denomina autismo normal, en la que no responde a la estimulación externa y del entorno y pasa más tiempo dormido que despierto, ya a partir del segundo mes, el bebé entra en fase de simbiosis, en la que está en una etapa de fusión con la madre y no reconoce entre yo y no yo. La última fase que menciona,

es en el cuarto mes, ya que en este mes se pueden observar los primeros intentos de diferenciación, entrando en la fase final de separación e individuación.

Karen Horney (17) también hace parte de este grupo de mujeres empoderadas, nació en Alemania en 1885 y posteriormente estudiaría medicina en las universidades de Friburgo, Gotinga y Berlín, las cuales aceptaban mujeres hace poco tiempo atrás, durante esta época universitaria conoció a Oskar Horney, cuyo apellido adoptó después de casarse con él, y con quien tuvo tres hijas antes de que se divorciarán. Fue después de terminar sus estudios cuando empezó a entrenarse como psicoanalista a la vez que se sometía a terapia con Karl Abraham, quien fue una de las primeras personas en psicoanálisis. Sumado a esto, Horney entre 1922 y 1937 realizó varias aportaciones teóricas sobre la psicología femenina, convirtiéndose en la primera psiquiatra feminista, entre los muchos temas que escribió se destacan la sobrevaloración de la figura del varón, escribía la “envidia del pene” como la envidia ante la desigualdad social, el rol cultural y biológico destinados para la mujer, también abarcaba las dificultades de la maternidad y las contradicciones de la monogamia. Finalmente habló sobre la personalidad neurótica o neurosis caracterial, la cual surge cuando los padres no proporcionan a sus hijos un entorno afectuoso y seguro, generando sentimientos negativos como aislamiento, desamparo y hostilidad; de ese modo habla de tres tipos de personalidad neurótica, en primer lugar, está la complacencia o sumisa, en segundo lugar, se encuentra la agresiva

o expansiva y por último la aislada o la personalidad resignada.

Elizabeth Kübler-Ross, (18) nació en 1926 y murió en 2004, su nacimiento fue algo traumático, debido a que perteneció a un parto múltiple en el que había, además de ella dos gemelos idénticos, que conformaban el grupo de trillizos. Sin embargo, está no fue la única experiencia hospitalaria que tuvo a temprana edad, puesto que con apenas cinco años se enfermó gravemente de neumonía, fue a lo largo de esta etapa que presenció un hecho que marcaría el futuro de su carrera. Mientras estaba ingresada, una de sus compañeras de habitación falleció, es a partir de ese momento que fue consciente de lo que significaba la muerte y que es una realidad en la vida de todas las personas. Ya en 1965 Kübler-Ross se muda a Chicago, en donde completó su formación como psiquiatra con un extenso programa de psicoanálisis, por lo cual empezó a trabajar en la Escuela de Medicina Pritzker, perteneciente a la universidad en la que culminó sus estudios; en este lugar empezó un revolucionario programa con pacientes terminales. Durante este periodo de tiempo y al realizar los estudios ya mencionados sobre la muerte encontró cinco etapas del duelo, las cuales son la negación, la ira, la negociación, la depresión y también la aceptación.

Deconstrucción

Como ya se ha mencionado, la sociedad ha establecido previamente comportamientos machistas, que se han normalizado y que se han relacionado a que se

vive en ambientes hiper-construidos y que generalmente tratan de ocultar ese carácter constructo, que muchas veces se convierte en réplica de las personas que lo aprenden, globalizando ese tipo de discursos y acciones que se viven diariamente. Es a partir de estos hechos, catalogados como injustos, que se han llevado, actos de deconstrucción, desmontando esas imposiciones que a lo largo de los años se han mostrado como “verdad absoluta”, así empezando a abrir la posibilidad de que surja lo heterogéneo, tras un saber dogmático.

Está deconstrucción la ha protagonizado el feminismo, que ha logrado que por ejemplo los estereotipos de belleza se hayan liberado en cierto grado de todos esos cánones que la sociedad impone a decidir sobre el cuerpo de la mujer y el decidir cómo se ve “bien”. Otro de los factores que ha evolucionado, es la conducta sexual, ya que ahora existe un mayor empoderamiento por parte del género femenino, se disminuyó la culpa y el tabú de la mujer de disfrutar su propio placer, también se ha disminuido la estigmatización sobre esto; y sumado a lo anterior, se ha favorecido la creación de vínculos, logrando expresar y defender lo que cada una cree, con la capacidad de empatía, y entendiendo que cada mujer es diferente y que cada una tiene sus propios entornos y problemáticas (19). Y así como lo anterior, existen diversos aspectos relacionados a la deconstrucción que conlleva el movimiento y el hecho de reconocerse como feminista, abriendo paso al cambio que es constante y necesario en nuestra sociedad.

Conclusiones

En resumen, existen muchas diferencias entre el sexo masculino y femenino, sin embargo, ninguna de ellas, incluso desde el punto de vista neurobiológico justificaría que se relacione con la desigualdad social, económica, política, entre otros ámbitos, que ha habido a lo largo de los años entre los dos sexos. De hecho, es importante resaltar que, en el campo de la psiquiatría y el psicoanálisis, han existido mujeres que han realizado aportes completamente necesarios para el desarrollo de estas ramas.

Es por las diferencias ya descritas, que nacen movimientos como el feminismo, que desean terminar con dichas desigualdades, pero que, no obstante, aún tienen un gran camino por recorrer, porque a pesar de que se ha luchado por reducir las, muchas siguen presentándose hasta el día de hoy y se evidencian en situaciones de la vida cotidiana. Es por eso que son necesarias las políticas públicas y el cambio desde cada persona con el fin de tratar de terminar estas disparidades.

Referencias

1. RAE. mujer | Diccionario de la lengua española (2001). «Diccionario esencial de la lengua española». Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/mujer>
2. Nuevatribuna. De filósofos que no amaban a las mujeres. Nuevatribuna. Disponible en: <https://www.nuevatribuna.es/opinion/teresa-galeote/filosofos-no-amaban-mujeres/20170614144411140852.html>
3. Clarín.com. ¿Qué quiere decir la frase «No se nace mujer, se llega a serlo»? Clarín. 2020. Disponible en: https://www.clarin.com/cultura/-quiere-decir-frase-nace-mujer-llega-serlo-_0_4zpyZJQqZ.html

4. Allende I. Mujeres del Alma mía. Debolsillo; 2021.
5. Asale R, RAE. feminismo | Diccionario de la lengua española . «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Disponible en: <https://dle.rae.es/feminismo>
6. Sau V. Diccionario ideológico feminista. Barcelona: Icaria; 2001.
7. Christine de Pizan, una feminista del siglo XV. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/christine-pizan-feminista-siglo-xv_14729
8. Cazés Il'ya, Menache Cazés Daniel. La Exce-lencia de los Hombres contra La Igualdad de los Sexos. México: UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; 2007.
9. Un breve recorrido por la historia del femi-nismo [historia.nationalgeographic.com.es. 2022.](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/breve-recorrido-por-historia-feminismo_17778) Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/breve-recorrido-por-historia-feminismo_17778
10. Barriga NA. Una Aproximación Teórica a Las Olas del Feminismo: La Cuarta Ola FEMERIS: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género; 2020.
11. Buccino G, Lui F, Canessa N, Patteri I, Lagravinese G, Benuzzi F, et al. Neural circuits involved in the recognition of actions performed by Non-conspecifics: An fmri study. Journal of Cognitive Neuroscience. 2004;16(1):114–26.
12. Goldman B. Cómo los cerebros de hombres y mujeres son diferentes . Revista de medicina de Stanford. 2017. Disponible en: <https://stanmed.stanford.edu/how-mens-and-womens-brains-are-different/>
13. García García E. Neuropsicología y Género. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2003;(86).
14. Niño MV. Melanie Kleon. Su vida y su obra. Psicoanálisis XXII (2); 51-58 , 2010.
15. Vallejo Orellana R. Anna Freud, Una Vida Dedicada al conocimiento y a la Ayuda Psicológica del Niño. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2002;(81).
16. Margaret Mahler: Biografía de Esta Psicoanalista [Internet]. Psicología y Mente. 2017. Disponible en: <https://psicologiymente.com/biografias/margaret-mahler>
17. Teorías de Personalidad en Psicología: Karen Horney [Internet]. psicologia-online.com. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/teorias-de-personalidad-en-psicologia-karen-horney-693.html>
18. Bler-Ross EK. Robert E. Yahnke, PhD, Audio-visual Editor. The Gerontologist.
19. Martínez, L. (2021) Deconstrucción que atraviesan las mujeres al identificarse como feministas.

Reporte de caso

Pseudología fantástica: la necesidad de mentir

Erika Paola Galeano Salazar¹, Julián David Torres Plata¹

1. Residente de primer año de Psiquiatría (2022). Posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque (Bogotá, Colombia).

Correspondencia: jutopla@hotmail.com

Resumen

Introducción: La pseudología fantástica se presenta en aquellos pacientes que cuentan historias complejas donde los delirios parecen coexistir con las mentiras. Históricamente se ha asociado con el trastorno facticio, con la falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos y la presentación del yo como enfermo, discapacitado o lesionado en ausencia de recompensas externas obvias.

Objetivo: Presentar un caso clínico de pseudología fantástica cuya severidad sintomática llama la atención, por ser poco frecuente en la práctica clínica habitual.

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultado: Se presenta el caso de un adulto mayor con un cuadro clínico de larga data, con síntomas de inicio en la infancia, consistente en mentiras de forma compulsiva con contenidos extremos, funcionamiento aceptado por familiares y sin diagnóstico previo, hasta que empieza a ser severamente desadaptativo en los tres años previos a la consulta. Se expone el abordaje diagnóstico y el tratamiento intrahospitalario y ambulatorio.

Conclusiones: La pseudología fantástica es una presentación clínica psiquiátrica rara pero dramática. El pseudólogo puede tener elementos minusválticos y utiliza mecanismos de defensa primitivos. Establecer una alianza terapéutica puede ser un desafío con estos pacientes, por la reacción emocional que puede causar el engaño.

Palabras clave: pseudología fantástica, delirio, mentira, alianza terapéutica.

Summary

Introduction: Fantastic pseudology occurs in those patients who tell complex stories where delusions seem to coexist with lies. Historically it has been associated with factitious disorder, with the faking of physical or psychological signs or symptoms, and the presentation of the self as sick, disabled, or injured in the absence of obvious external rewards.

Objective: To present a clinical case of fantastic pseudology whose symptomatic severity draws attention, as it is rare in routine clinical practice.

Method: Case report and literature review.

Result: The case of an older adult with a long-standing clinical symptom is presented. With symptoms beginning in childhood, consisting of compulsive lies with extreme content, functioning accepted by family members and without previous

diagnosis, until it begins to be severely maladaptive in the three years prior to the consultation. The diagnostic approach and intrahospital and outpatient treatment are exposed.

Conclusions: Fantastic pseudology is a rare but dramatic psychiatric clinical presentation. The pseudologist may have low self-esteem elements and uses primitive defense mechanisms. Establishing a therapeutic alliance can be challenging with these patients because of the emotional reaction that deception it can cause.

Keywords: fantastic pseudology, delirium, lie, therapeutic alliance.

Introducción

Este término etimológicamente viene del griego «ψευδο» (pseudo) falso y del sufijo «logía» del griego «λογία» que indica estudio, tratado o ciencia, no existe definición estándar de esta entidad, pero se puede hacer referencia a pacientes que cuentan historias complejas donde los delirios parecen coexistir con mentiras (1).

Entre las características principales se encuentran el mentir/narrar historias crónicas que no están relacionadas o son desproporcionadas con respecto a cualquier beneficio objetivo claro; estas historias cualitativamente pueden ser dramáticas, detalladas, complicadas, coloridas y fantásticas; suelen presentar al pseudólogo como héroe o víctima y parecen estar orientadas a lograr aceptación, admiración y simpatía. En términos de perspicacia, el pseudólogo se encuentra en algún lugar a lo largo de un espectro entre el engaño consciente y la ilusión, no siempre consciente de sus motivos y pareciendo, al menos intermitentemente, creer en sus historias, pero nunca alcanzar el nivel de convicción que indicaría una pérdida de la prueba de la realidad (2).

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente masculino de 69 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo en suplenencia, quien ingresa a nuestra institución presentando un cuadro clínico de larga data el cual consistente en decir mentiras de forma compulsiva, comportamiento que inicia desde los 6 años y que por la persistencia empezó a ser aceptado por familiares, comentando que realizó múltiples viajes en barco, cuando fue dueño de un restaurante se jactaba con sus amigos diciendo que pesaba a sus empleados para verificar si se robaban la comida del restaurante, las cuales se dan en contexto personal y laboral, progresivamente han generado dificultades económicas y de sus relaciones interpersonales, involucrando entes gubernamentales, y ocasionando deudas aproximadas de 600 millones de pesos, además de un embargo por parte de la DIAN, lo cual lleva a dificultar su dinámica familiar, sobre todo con su esposa y con el hijo.

Aproximadamente en la semana previa al ingreso por el servicio de consulta prioritaria, y luego de una confrontación por parte de la esposa, el paciente pre-

senta cuadro de ansiedad desbordante, lo cual se asocia con ideas sobrevaloradas de culpa y conductas heteroagresivas hacia objetos. Además, presenta aumento de consumo de alcohol, con frecuencia de dos veces a la semana, de predominio whisky, llegando intermitentemente a la embriaguez, realizándolo solo y en su hogar; y asociado presenta alteración del patrón del sueño, sobre todo en contexto de rumiación de ideas de culpa por lo que han ocasionado sus mentiras.

Dentro del cuadro clínico actual, el paciente no presenta alteraciones del patrón orexico, y respecto al patrón onírico presenta insomnio de despertar precoz, duerme aproximadamente 6 horas/noche, y presenta sensación de sueño no reparador. Niega ideas de muerte, niega ideas de suicidio, y de auto o hetero agresión.

El paciente previamente estuvo en manejo psicoterapéutico por Psiquiatría hace 16 años, con diagnóstico de "mitomanía", en tratamiento solo con psicoterapia dos veces por semana, durante dos meses, con posterior abandono sin recomendación médica, sin evidenciarse adherencia al tratamiento o respuesta parcial al seguimiento regular recibido.

Se consideró paciente con trastorno de hábitos y de los impulsos, en el contexto de un paciente con pobre conciencia de enfermedad, con red de apoyo desgastada, y con alteraciones en su funcionalidad, por lo cual recibió manejo intrahospitalario en nues-

tra institución por 9 días, iniciándose manejo farmacológico con Fluvoxamina 100 mg 1-0-0, y Quetiapina 25 mg 0-0-1, con acompañamiento psicoterapéutico por el grupo sindromático de afecto, realizando intervenciones psicoterapéuticas grupales, aclarando dudas sobre los síntomas, la enfermedad y el tratamiento. Se dan pautas de la identificación temprana de crisis y del manejo de estas. Se refuerza importancia sobre adherencia al tratamiento. Se evidencia mejoría clínica alcanzada para enfermedad, con afecto mejor modulado. No hay ideas de auto o de heteroagresión. Habla sobre la hospitalización y tratamiento, agradece. La Prospección está centrada en ayudarlo a su familia a resolver la situación compleja de deudas, y hace crítica parcial sobre las mentiras. Se indica manejo ambulatorio, continuar psicofármacos, y seguimiento por Psiquiatría, valoración por Neurología y realización de test de personalidad, además control por Medicina Interna.

Controles ambulatorios

Se encuentra en controles con tratantes tanto como parte clínica y psicoterapéutica, controles semanales, en manejo con fluvoxamina 100 mg 0-0-½. Sobre el proceso comenta "Ha sido traumáticas, por las situaciones que yo mismo cree, mis hijos y mi señora se han puesto a cargo de todo, he estado colaborando en lo que se pueda, con voz, pero no con voto, vamos paso a paso, cómo se organizan las cosas, se cumplen con las obligaciones y como se ve el panorama" con adecuado patrón de sueño y alimentario, retomando sus actividades laborales.

Nosología de pseudología fantástica en el DSM-5

Aunque la pseudología fantástica no está codificada en el DSM 5, históricamente se ha asociado con el trastorno facticio, que se define como la falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos y la presentación del yo como enfermo, discapacitado o lesionado en ausencia de recompensas externas obvias. El pseudólogo generalmente cuenta historias sobre una amplia gama de temas, algunos de los cuales no tienen ninguna relación con signos o síntomas físicos o psicológicos fingidos. Además, a veces puede haber recompensas externas obvias, como conseguir refugio o medicamentos; pero las historias están fuera de proporción con cualquier recompensa externa obvia (3).

En ocasiones se hace asociación con la simulación, que en el DSM 5, se define como “la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivados por incentivos externos como evitar el servicio militar, evitar el trabajo, obtener una compensación financiera, evadir el enjuiciamiento penal u obtención de drogas”. En general, la simulación se considera instrumental, calculada para un objetivo y “adaptativa” en ese sentido. Los cuentos psicológicos a menudo son cualitativamente demasiado dramáticos y coloridos para ser considerados adaptativos para adquirir un incentivo externo. Además, al igual que con el trastorno facticio, la simulación en el DSM 5 se centra en los síntomas físicos o psicológicos. Las mentiras o historias que no fueran sobre síntomas no estarían cubiertas (1,4).

El trastorno delirante u otros trastornos psicóticos son diagnósticos diferenciales, si un paciente tiene plena convicción en una historia irreal; sin embargo, las historias no son extrañas, el proceso de pensamiento del paciente está bien organizado y los relatos no alcanzan el nivel de convicción requerido para ser considerados una ilusión.

Además, se han descrito casos consistentes con la fenomenología de la pseudología fantástica con trastorno por uso de sustancias comórbido, retraso en el desarrollo, trastorno de género, trastorno de estrés postraumático, trastorno del estado de ánimo y personalidad.; estos pacientes también pueden presentar rasgos de trastorno límite, antisocial u otros trastornos de la personalidad. En el caso de nuestro paciente demostró varios rasgos de personalidad narcisista. Muchas de sus historias trataban sobre temas de grandiosos, logros profesionales, y se relacionaban con su vida financiera, destacando la necesidad de admiración y preocupación excesivas con una fantasía de éxito y poder ilimitados (4).

En resumen, el patrón crónico de narración que se observa en la pseudología fantástica no puede explicarse por completo mediante un único diagnóstico estándar del DSM 5 y, de hecho, puede presentarse en el contexto de múltiples diagnósticos del manual.

Proponemos que la pseudología fantástica sea vista como un constructo utilizado para describir un patrón particular de narración que cruza, pero no encaja perfectamente en múltiples categorías

diagnósticas, incluyendo el síntoma somático y los trastornos relacionados (trastorno facticio), la simulación y los trastornos psicóticos (trastorno delirante). Finalmente, los pacientes que presentan pseudología fantástica deben ser evaluados cuidadosamente para diagnósticos psiquiátricos comórbidos que incluyen trastornos por uso de sustancias, trastornos del estado de ánimo y trastornos de la personalidad (5).

Comprensión psicodinámica de pseudología fantástica

Desde una perspectiva psicodinámica, los cuentos psicológicos pueden conceptualizarse como manifestaciones de una constelación de defensas primitivas contra los afectos dolorosos que pueden verse en una variedad de trastornos psiquiátricos; ellos no sólo rechazan la realidad, sino que también crean activamente una nueva realidad que permite el cumplimiento de los deseos.

La disociación, la modificación temporal pero drástica de la identidad personal de uno para aliviar la angustia, es también una defensa distintiva de la pseudología fantástica. Se mueven entre el engaño consciente y el delirio, a veces creyendo sus cuentos mientras que otras veces es capaz de reconocer su mentira, demostrando así una cualidad disociativa (5) (6).

La función psíquica de la narración en pseudología fantástica no se centra en lograr una ganancia externa dirigida a un objetivo, sino más bien en la gratificación inherentemente ligada a la comunicación de la historia misma. Comunicar ensoñaciones pseudológicas como si

fueran la realidad cumple la función de aliviar al pseudólogo de las obligaciones de la vida real (6).

Tratamiento

Con pocos estudios de casos y ninguna investigación clínica sobre este tema, la estrategia de manejo óptima para los Pseudólogos sigue siendo controvertida y poco clara. Se han descrito dos vías posibles de interacción, siendo la primera confrontar al Pseudólogo con sus engaños, y la segunda mostrando desinterés en los cuentos, pero manteniendo el interés en el propio paciente (5).

El paciente "mentiroso" a menudo provoca frustración y resentimiento en sus proveedores, lo que puede llevar a los médicos a un tipo de confrontación punitiva procesal que solo puede llevar al paciente a ir a otro lado con el mismo comportamiento en lugar de cambiar el comportamiento. En la literatura sobre el trastorno facticio, un problema similar llevó a Hollender y Hersh a recomendar que el médico de atención primaria confronta al paciente para que el psiquiatra pudiera evitar el papel de acusación (5). De manera similar, Eisendrath propuso una "interpretación inexacta", donde la interpretación es parcialmente correcta pero incompleta, dirigida a la dinámica subyacente sin confrontar directamente los síntomas falsos. Su premisa detrás de la "interpretación inexacta" es que los comportamientos ficticios cumplen una función psicológica importante y que un paciente solo puede recuperarse de ellos si se siente seguro. Del mismo modo, es más probable que tenga éxito una interpretación que capte la dinámica subya-

cente del pseudólogo sin confrontar directamente las historias que un enfoque acusatorio (1) (6).

Conclusiones

La pseudología fantástica es una presentación clínica psiquiátrica rara pero dramática.

Proponer un plan de tratamiento psicoterapéutico y establecer una alianza terapéutica puede ser un desafío con estos pacientes, ya que el engaño fácilmente genera resentimiento entre quien provee el tratamiento.

Por esta dificultad para establecer la alianza terapéutica, el terapeuta puede catalogar el caso como pseudología fantástica y esto puede ser una expresión punitiva de ese resentimiento, generando que se puedan pasar por alto los trastornos psiquiátricos subyacentes que deben diagnosticarse y tratarse con precisión.

Replantear a un pseudólogo como un paciente con baja autoestima cuyos primitivos mecanismos de defensa crean una habilidad fluida para moverse entre

la realidad y la fantasía, puede aumentar nuestra capacidad para establecer una relación y tratar a estos pacientes desafiantes de una manera más apropiada.

Referencias

1. Thom R, Teslyar P, Friedman R. Pseudología Fantástica in the Emergency Department: A case report and review of the literature. *Case Reports in Psychiatry*. 2017;2017:1–5.
2. Korenis P, Gonzalez L, Kadriu B, Tyagi A, Udolisa A. Pseudología Fantástica: Forensic and clinical treatment implications. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;56:17–20.
3. Frierson RL, Joshi KG. Implications of pseudología fantástica in criminal forensic evaluations: A review and case report. *Journal of Forensic Sciences*. 2017;63(3):976–9.
4. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, American Psychiatric Association, Washington, DC, USA, 5th edition, 2017.
5. Birch CD, Kelln BR, Aquino EP. A review and Case report of Pseudología Fantástica. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2006;17(2):299–320.
6. Eisendrath SJ. Factitious physical disorders. *Psychosomatics*. 1989;30(4):383–7.

Psicodélicos y terapia psicodélica

Andrés Reátiga Parrish¹

1. Residente de de Psiquiatría (2022). Posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque (Bogotá, Colombia).

Correspondencia: ae.reatiga@gmail.com

El uso de los psicodélicos en la medicina se dio a partir de la síntesis del ácido lisérgico de dietilamida más conocido como LSD, el cual fue en 1938 y posteriormente el descubrimiento de sus efectos psicoactivos en 1943. En un principio, este alucinógeno se usaba como coadyuvante psicoterapéutico y se usaba como modelo para el estudio de la psicosis. Sin embargo, en 1963 la patente de la farmacéutica Sandoz expiro y se dio un crecimiento en su producción ilegal y de su uso recreativo y fuera del contexto médico e investigativo. A raíz de esto, en 1970 se dio una prohibición de esta sustancia en Estados Unidos y se suspendieron todas las investigaciones que se encontraban en curso con esta sustancia (1).

A lo largo de la historia se ha logrado aislar diferentes sustancias con propiedades alucinógenas de hongos, plantas y animales que han sido utilizada por diferentes culturas con fines mágicos, religiosos y terapéuticos. A estas sustancias se les conoce como enteógenos ya que estimulan la comunicación con las divinidades y el mundo espiritual y han sido de ayuda para facilitar estas experiencias místicas (2).

Dentro de los diferentes estudios que se han realizado sobre los psicodélicos, se

ha encontrado que estas sustancias tienen un efecto neuromodulador, aumentan la neuro plasticidad, promueven la sobrevida celular, modulan el sistema neuro inmune y por su efecto sobre los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico tienen un efecto antidepresivo y ansiolítico. Su efecto terapéutico se da por la estimulación sobre el receptor 5HT_{2C} con una regulación sostenida a la baja de los receptores 5HT_{2A} y 5HT_{1A} (3).

Dentro de los psicodélicos, se ha encontrado que la psilocibina es el que tiene un perfil mayor de seguridad y en la encuesta global de drogas de 2017, se encontró que el 20.6% de las personas que consumían drogas la habían consumido en ese año. La psilocibina es un alcaloide derivado de la triptamina que se encuentra en diferentes especies de hongos y fue usado por diferentes tribus indígenas en Sur América y América Central dentro de sus prácticas espirituales. Su efecto se da a partir de la inhibición del transportador de serotonina (SERT), del agonismo parcial del receptor 5HT_{2a} y en menor proporción por 5HT_{1a}, 5HT_{1b}. A altas dosis puede producir alteraciones sensoriales como sinestias, euforia, ilusiones sensoriales, alucinaciones visuales y auditivas, siendo estos efectos dosis dependientes con una duración aproximada de 3 a 6 horas (4).

Las investigaciones con esta sustancia han venido en aumento, en un estudio que se realizó con resonancia magnética funcional se encontró que bajo los efectos de la psilocibina se produce una disminución de la actividad en el tálamo y la corteza cingulada anterior, lo que se asocia con la experiencia psicodélica. En la actualidad se encuentra en estudio para el tratamiento de trastornos depresivos refractarios, TOC refractario, ansiedad al final de la vida, y trastorno de consumo de alcohol y tabaco. Además, se han realizado estudios en voluntarios sanos en los que no se ha encontrado evidencia de alteraciones persistentes en la sensopercepción, psicosis prolongada o alteración en el funcionamiento a largo plazo (4).

Dentro de los riesgos y complicaciones que se pueden producir con el uso de la psilocibina es que con su uso recreacional puede llevar a lo que se llama un “mal viaje”, que se caracteriza por alteraciones en la percepción visual, sensación de miedo, falta de coordinación, desrealización, despersonalización, parestesias, ataques de pánico, flashbacks de momentos traumáticos y episodios psicóticos. Estos episodios se pueden exacerbar con el uso concomitante de alcohol y otras sustancias psicoactivas y suele tratarse con benzodiazepinas en caso de ser necesario. La psilocibina tiene bajo riesgo de toxicidad, poco potencial adictivo y su discontinuación no suele producir síntomas de abstinencia a nivel físico (5).

Otro de los psicodélicos más importantes es el LSD, el cual es un derivado del ergot y se conoce por su capacidad para producir experiencias psicodélicas po-

tentes y dentro de sus efectos se encuentra aumentar la cercanía con los demás, aumentar la empatía, capacidad de socializar, aumentar el proceso y contenido del pensamiento y a dosis moderadas y altas genera alteraciones de la sensopercepción. Su efecto alucinógeno se da por su agonismo parcial del receptor 5HT1a, 5HT2c y 5HT2, agonismo de los receptores D2 y la liberación del glutamato en la corteza frontal (5).

Se ha estudiado el uso del LSD para el manejo de los trastornos del ánimo, trastorno por consumo de sustancias y síndrome doloroso al final de la vida. Adicionalmente se han realizado estudios con microdosis, la cual se considera cuando se administra un diez por ciento de la dosis alucinógena. En estos estudios se ha encontrado que se produce una mejoría en el estado emocional, con efectos procognitivos y estimulantes y que bajo los efectos de esta sustancia se genera una mejoría durante el proceso psicoterapéutico (4) (6).

En un estudio realizado en Suiza se administró 100 microgramos de LSD a sujetos sanos para estudiar la actividad de la amígdala en el procesamiento de estímulos de miedo y se comparó con placebo. A las 2.5 horas se realizó una resonancia magnética funcional cerebral y se les mostró a los participantes imágenes de caras con diferentes grados de felicidad, miedo, rabia o expresiones neutras y se encontró que las personas bajo efectos del LSD tenían una disminución en la actividad amigdalal izquierda a estímulos de miedo y una disminución en la actividad de la corteza prefrontal me-

dial derecha. Por lo que se concluyó que el LSD modificaba el procesamiento de estímulos negativos, ayudante a reducir las percepciones emocionales negativas, lo que sería crucial para mejorar la alianza terapéutica (7) (8).

Otro de los campos importantes en el estudio de los psicodélicos es la terapia psicodélica en la cual se administra un psicodélico previo la realización de una intervención psicoterapéutica con el objetivo de mejorar la alianza terapéutica y sus desenlaces. Se considera se logra este objetivo ya que por medio del psicodélico se produce un acceso más fácil al inconsciente al liberar la tensión psíquica y emocional durante el proceso, permitiendo una regresión a estados más tempranos del desarrollo, una reexperimentación de los traumas, disminuyendo los mecanismos de defensa y facilitando la catarsis emocional (9) (10).

La terapia psicodélica tiene tres fases, la primera es la preparación en la cual el terapeuta realiza una exploración de la vida del paciente, ayudándolo a entender sus síntomas y emocional, realizando un énfasis en el potencial que tiene para crecer emocional y psicológicamente, con el objetivo de poder mejorar la alianza terapéutica. Posteriormente, sigue la fase de medicación durante la cual se administra la sustancia psicoactiva y debe hacerse en un ambiente familiar y cómodo, por un terapeuta calificado y durante las 6 a 8 horas que dura el efecto de la sustancia se debe escuchar de forma empática y guiar al paciente durante la experiencia. Finalmente, se realiza una fase de integración, en la que se interpreta el contenido de la

fase anterior, buscando una mejor introspección para generar cambios en la vida del paciente a largo plazo (9).

Sin embargo, es importante resaltar que estos estudios tienen dificultades para su elaboración lo que muchas veces limita la calidad y aplicabilidad de estos. Dentro de estas dificultades se encuentra la dificultad para realizar estudios ciegos ya que no se puede enmascarar el efecto psicoactivo al compararlo con el placebo. Adicionalmente existe el sesgo de expectativa del paciente, lo que puede generar un efecto placebo y alterar los resultados del estudio. Finalmente, es importante hacer énfasis que hacen falta estudios que evalúen el potencial de abuso (4).

Referencias

1. Calvey T, Howells FM. An introduction to psychedelic neuroscience. *Prog Brain Res.* 2018;242:1-23. doi: 10.1016/bs.pbr.2018.09.013. Epub 2018 Nov 15. PMID: 30471677.
2. Carod-Artal FJ. Hallucinogenic drugs in pre-Columbian Mesoamerican cultures. *Neurologia.* 2015 Jan-Feb;30(1):42-9. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2011.07.003. Epub 2011 Sep 3. PMID: 21893367
3. De Gregorio, D., Aguilar-Valles, A., Preller, K. H., Heifets, B. D., Hibicke, M., Mitchell, J., & Gobbi, G. (2021). Hallucinogens in Mental Health: Preclinical and Clinical Studies on LSD, Psilocybin, MDMA, and Ketamine. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 41(5), 891–900. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1659-20.2020>
4. Reiff CM, Richman EE, Nemeroff CB, Carpenter LL, Widge AS, Rodriguez CI, Kalin NH, McDonald WM; the Work Group on Biomarkers and Novel Treatments, a Division of the American Psychiatric Association Council of Research. Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psycho-

- therapy. *Am J Psychiatry*. 2020 May 1;177(5):391-410. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010035. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32098487.
5. Lowe, H., Toyang, N., Steele, B., Valentine, H., Grant, J., Ali, A., Ngwa, W., & Gordon, L. (2021). The Therapeutic Potential of Psilocybin. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 26(10), 2948. <https://doi.org/10.3390/molecules26102948>
6. Kuypers K. (2020). The therapeutic potential of microdosing psychedelics in depression. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 10, 2045125320950567. <https://doi.org/10.1177/2045125320950567>
7. Mueller, F., Lenz, C., Dolder, P. et al. Acute effects of LSD on amygdala activity during processing of fearful stimuli in healthy subjects. *Transl Psychiatry* 7, e1084 (2017). <https://doi.org/10.1038/tp.2017.54>
8. Schmid Y, Liechti ME. Long-lasting subjective effects of LSD in normal subjects. *Psychopharmacology (Berl)*. 2018 Feb;235(2):535-545. doi: 10.1007/s00213-017-4733-3. Epub 2017 Sep 16. PMID: 28918441; PMCID: PMC5813062.
9. Albert & William A. Richards (2018) Current perspectives on psychedelic therapy: use of serotonergic hallucinogens in clinical interventions, *International Review of Psychiatry*, 30:4, 291-316, DOI: 10.1080/09540261.2018.1486289
10. Reiff CM, Richman EE, Nemeroff CB, Carpenter LL, Widge AS, Rodriguez CI, Kalin NH, McDonald WM; the Work Group on Biomarkers and Novel Treatments, a Division of the American Psychiatric Association Council of Research. Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2020 May 1;177(5):391-410. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19010035. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32098487.

Aplicaciones del lenguaje en psiquiatría desde una perspectiva psicodinámica

María Lucía Salamanca Ternera¹

1. Residente de Psiquiatría (2022). Posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque (Bogotá, Colombia).

Correspondencia: msalamancat@unbosque.edu.co

El lenguaje es una característica fundamental de nuestras interacciones y por tal es uno de los aspectos más cruciales de la práctica psiquiátrica. Desde que se empezó a definir el concepto de “ser humano”, se consideró que el lenguaje y su relación directa con el pensamiento es un atributo fundamental del hombre en la evolución humana. (1). Junto con esto sobresale la capacidad de éste para adaptarse, quién para desarrollar esas facultades lo hizo dentro de un contexto social, a través de la imitación y motivado por la necesidad (1).

El lenguaje surge en las diferentes agrupaciones de personas o comunidades. Los humanos hablamos alrededor de 7.000 lenguas distintas, y se dice que un niño tiene el potencial de aprender cualquier lengua, permitiendo identificar que la maquinaria que hay tras el lenguaje es universal (2).

Con el desarrollo del lenguaje fue posible llevar a lo externos las ideas. Hegel en “Fenomenología del espíritu” en 1807 nos hablaba ya de la función del lenguaje en relación con cómo se expresa al exterior el pensamiento gestado internamente, dijo en su momento “el lenguaje y el trabajo son expresiones exteriores en las que el individuo ya no es dueño de

sí mismo, sino que deja que lo interior salga de él, y lo entrega a otra cosa (3).

A través del lenguaje es posible reconocer otros procesos complejos de la mente y el pensamiento, como por ejemplo la capacidad de organizar la conducta en experiencias propias y en experiencias de otros, y permite la identificación de las representaciones mentales como diferentes al objeto como tal, se logra separar la imagen del objeto que representa, la palabra de la cosa, la referencia del objeto referido. Todo lo anterior favorece que el ser humano sea capaz de identificarse como una entidad diferenciada de lo externo y de esta manera llegar a una nueva dimensión de la consciencia (4).

Es indispensable reconocer que el lenguaje juega un rol comunicativo en el ser humano, y que esta comunicación se puede dar entre diferentes emisores y receptores, de manera que existe la comunicación **interpersonal** y la comunicación **intrapersonal**. La primera se presenta en el contexto de una situación interpersonal como su nombre lo indica, y se caracteriza por la presencia de “actos expresivos por parte de una o más personas”, con consciencia de que estos actos provienen de otras personas y que serán percibidas por otros. La percepción de

ser percibido por otro es un hecho que influye significativamente en la conducta humana. Por su lado, la comunicación intrapersonal es aquella entidad formada a raíz de las diferentes experiencias vividas, que dejan en el individuo una representación mental de las personas ausentes (1).

Una de las diferencias más significativas que se presentan entre la comunicación interpersonal e intrapersonal es en el registro de errores. Donde en la situación interpersonal las acciones propuestas o realizadas pueden ser evaluadas y, en caso necesario, corregidos gracias a la observación de otro. En cambio, en la comunicación intrapersonal es muy difícil percibir que hemos interpretado mal nuestros propios mensajes, manifestado en distorsiones cognitivas, será aún más difícil corregirlos (5).

De alguna manera lo anterior lo vemos en las funciones terapéuticas de la psicoterapia. La terapia psiquiátrica tiene el objetivo de mejorar el sistema de comunicación del paciente. De manera que al mejorar la comunicación con los otros y consigo mismo, se permite la corrección y autocorrección de la información y con esto el cambio en su conducta (5).

¿Estaríamos diciendo entonces que la habilidad de comunicarse de manera exitosa podría pasar a ser sinónimo de salud mental? Relativamente, el individuo que está sano mentalmente cuenta con medios de comunicación que le permiten manejarse exitosamente en el ambiente que lo rodea. Lo opuesto lo podemos ver ejemplificado cuando nos enfrentamos

a un cambio locativo donde se habla en otra lengua, la comunicación se dificulta y esto genera una situación de desajuste temporal y a veces permanente (5).

Poniendo un poco esta teoría en términos psicodinámicos, es necesario enfatizar que el psicoanálisis se da en un contexto lingüístico, que se define más claramente a través del encuadre. Es un proceso que se da dentro de un sentido temporal y que abarca la organización de diálogos uno tras otro, en los que podrían estar comprometidos los aspectos pragmáticos, semánticos y sintácticos tanto de la “lengua” como del “habla”. Tanto la situación analítica como el encuadre van a tomar sentido si los observamos en términos de la lógica de la comunicación humana (6).

El contexto lingüístico es una herramienta importante en terapia, dado que es a través de este que podemos registrar con mayor precisión los avances y retrocesos en el proceso terapéutico. Es altamente sensible a detectar las transformaciones en el diálogo analítico. Es tal la importancia del mismo que es inevitable. Aún si hay silencio hay comunicación, por lo cual se habla de la “imposibilidad de no comunicación”, que establece que cualquier forma de negación (el mutismo, el retraimiento, la inmovilidad como silencio postural) sigue siendo comunicación y material analizable. (6) Es importante reconocer así mismo que la comunicación se da en diferentes niveles dentro de la sesión psicoterapéutica, donde cobra importancia el lenguaje verbal como los elementos paraverbales y los no verbales (6).

Siendo este el caso, el significado simbólico de la situación analítica va a variar según la perspectiva del analizado de manera tal que, por ejemplo, para el histérico el analista es un espectador que se deleita con los relatos mientras que para el fóbico, es una persona deseada y temida a la vez, ante quien hay que poner distancia para evitar la angustia (7).

Así mismo, el paciente esquizofrénico tiende a ignorar que las relaciones humanas son fenómenos multipolares. Esto se conocía como el pensamiento autista, y es una distorsión que hace que el esquizofrénico no se de cuenta del impacto que produce sobre los otros y magnifica los mensajes que los otros puedan tener para él. (7) En el caso del esquizofrénico su distorsión de la comunicación le impide que reciba mensajes de manera correcta o que corrija la información que ya posee. El individuo es incapaz de corregir su información errónea sino que va construyendo progresivamente una imagen distorsionada de sí mismo y del mundo. Esta manera de relacionamiento con el mundo le lleva a un aislamiento progresivo ya que la información distorsionada hace imposible la interacción con los otros (7).

Por su parte, en el caso del paciente neurótico, su disfunción de la comunicación le lleva a intentar inundar a los otros de mensajes y forzarlos a aceptar roles que les ha impuesto, llevando fácilmente a que estos intentos compulsivos de moldear las situaciones y forzar a la gente deriven en interacciones insatisfactorias. Se caracterizan por repetir una y otra vez sin cambiar los mensajes que los han lle-

vado al fracaso, con la esperanza de ser comprendidos en algún momento (7).

Esto nos permite identificar una diferencia clara en lo que a comunicación respecta entre psicosis y neurosis, donde en la primera la dificultad se da principalmente a nivel de la percepción, mientras que en la segunda se encuentra en la transmisión del mensaje (7).

Se dice entonces que la persona madura es quien tiene la capacidad de reconocer los efectos recíprocos de las conductas comunicativas y de la importancia de las buenas relaciones humanas. Mientras que las personas inmaduras suelen sufrir manifestaciones psicósomáticas, dado que necesitan utilizar los medios de comunicación más primitivos (5).

En terapia, cuando el paciente transmite, el analista recibe un conjunto de indicios; sin embargo, al ser el terapeuta un receptor distinto de cualquier otro, logra no solo recibir el mensaje con su significado, sino también identifica dentro de los significantes manifiestos, un segundo significante, de manera que cuando pasa a ser emisor le permite mostrar al paciente los significados que pueden tener los mensajes que inadvertidamente ha emitido. Dicho proceso se da usualmente en la atención flotante y abarca gran parte de la terapia (6).

Vemos entonces como el lenguaje, siendo un elemento básico y cotidiano que juega un papel clave en la evolución de la humanidad, que es el puente que permite llevar el pensamiento y las ideas a un plano externo donde se dan las interacciones interpersonales y con el

mundo, lo cual hace de este una herramienta clave en el ejercicio analítico en psicoterapia, identificando patrones de comunicación alterados según el tipo de estructura del individuo, diferenciando psicosis de neurosis y sugiriendo como signo de salud mental y madurez la habilidad de tener una comunicación efectiva. Es por esto que este texto se presenta como una invitación a volver a buscar un entendimiento desde las funciones más básicas humanas.

Referencias

1. Williams, R. (1992). *HISTORIA DE LA COMUNICACIÓN* (Vol. 1). BOSCH.
2. Corballis, M. (2020, August 24). *Evolution's great mystery: Language* [TEDtalks]. TED. https://www.ted.com/talks/michael_corballis_evolution_s_great_mystery_language
3. Hegel, G. W. F. (1967). *The Phenomenology of Mind* (J. B. Baillie, Ed.; J. B. Baillie, Trans.). Harper & Row.
4. Luria, A. R. (1979). *Conciencia y lenguaje*. Pablo del Rio.
5. Bateson, G., & Ruesch, J. (1984). COMUNICACIÓN. *La matriz social de la psiquiatría*. ediciones PAIDOS.
6. Liberman, D. (1976). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Ediciones Nueva Visión.
7. Liberman, D. (1962). *La comunicación en terapéutica psicoanalítica. Aplicaciones de la teoría de la comunicación al proceso transferencial*. EDITORIAL UNIVERSITARIA DE BUENOS AIRES.

Sobre el sistema único de acreditación y el reconocimiento como Hospital Universitario

Omar Cuéllar Alvarado¹

1. Director General del ICSN- ICSN - Clínica Montserrat

Correspondencia: direccion@icsn.co

La acreditación es una metodología de mejoramiento destinada a demostrar, evaluar y certificar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, y corresponden a un conjunto de requisitos, actividades y procedimientos para la autoevaluación, el mejoramiento y la evaluación externa. El sistema único de acreditación corresponde a uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en salud (SOGCS) establecido en el Decreto 1011 de 2006, y se estableció como un componente voluntario para las Instituciones y demás agentes del sector de la salud a quienes aplica, mientras que los otros componentes son de obligatorio cumplimiento (Habilitación, PAMEC y Sistemas de información de la Calidad). En su versión más reciente (Versión 3.1 – Resolución 5095 de 2018) se estableció el Manual de Acreditación en Salud, el cual contiene 160 estándares a evaluar para las Instituciones prestadoras que se postulan a este sistema voluntario que apuntan a alcanzar niveles superiores de calidad. Estos estándares están divididos por grupos de la siguiente manera: Del estándar 1 al 75 corresponden a los estándares asistenciales; del 76 al 153 corresponden a los estándares de apoyo; y del 154 al 160 a los estándares de mejoramiento.

Durante el proceso de evaluación, estos estándares son sometidos a formas establecidas de evaluación tanto cualitativa como cuantitativa, en donde las dimensiones de calificación evalúan los métodos planeados – enfoque, la implementación de estos y los resultados obtenidos a partir de allí; no obstante, la acreditación tiene un enfoque resultadista, es decir, no se mira tanto la gestión sino los resultados de dicha gestión. Esta evaluación, tiene establecida un escalafón de puntuación distribuido de la siguiente manera en un rango de 100 a 500 puntos:

Calificación en Acreditación	Puntaje
Acreditado con excelencia	> 400 puntos
Acreditado	280 a 399 puntos
Acreditado con condicionamiento	200 – 279 puntos
No Acreditado	< 200 puntos

Adicionalmente, el Sistema único de Acreditación, a través de sus decretos y resoluciones reglamentarias (Resolución 2082 de 2014), que han dejado las disposiciones generales y específicas para su implementación y desarrollo, han establecido los denominados “Ejes de la Acreditación” que son ejes “trazadores”, que se corresponden con elementos que

deben estar de manera holística y sistémica en la expresión del proceso general de la prestación en salud. Es decir, todos los estándares deben estar enfocados hacia estos ejes trazadores. Estos son:

1. Atención centrada en el paciente.
2. Humanización.
3. Gestión del Riesgo.
4. Gestión clínica excelente y segura.
5. Gestión de la tecnología.
6. Transformación cultural.
7. Responsabilidad social.

Estos ejes trazadores buscan que la experiencia de la gestión se vivencie como un todo, en donde las funciones de los colaboradores de la institución son parte de ese todo, en donde el paciente y su familia están en el centro de todo. El mejoramiento continuo de la calidad es una filosofía gerencial y un sistema que involucra a la gerencia, los profesionales y el staff en el mejoramiento continuo de los procesos de trabajo para alcanzar mejores resultados para los usuarios.

La atención centrada en el paciente busca exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, tanto en los procesos administrativos como asistenciales. La gestión clínica es basada en evidencia científica suficiente y llevada a cabo por personal idóneo, y busca minimizar el riesgo de eventos adversos con la mejor atención posible. Adicionalmente, la humanización hace referencia a la necesidad de dar una atención humana a los usuarios del sistema, en donde prevalezca la dignidad en el trato. Con la gestión del riesgo, siempre estamos buscando un balance entre beneficios, riesgos y cos-

tos, y se busca la gestión proactiva de los riesgos en todos los procesos de manera sistemática. La gestión de la tecnología busca lograr una planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización de esta, que beneficie a los usuarios y a las instituciones. La responsabilidad social hace referencia a la corresponsabilidad institucional que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y el mejoramiento integral de las condiciones de vida de comunidades y de la sociedad. Y la transformación cultural busca lograr un compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y el personal que allí labora, que promuevan un comportamiento siempre ético y transparente.

La normatividad vigente revela un sistema de gestión de la calidad en salud maduro, que permite su aplicabilidad sistémica y holística a todos los actores del sistema, promoviendo una transformación de la cultura favorable para la prestación de los servicios, y que al final, logren mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos, como un todo. No obstante, existe un proceso formal de revisión y evaluación periódica de los estándares de calidad superior, el cual apunta a que, en las actualizaciones de estos, se puedan incluir requisitos adicionales que promuevan que el modelo tenga cada vez mayores niveles de exigencia acorde con los cambios a nivel mundial, con y con los avances en materia clínica o administrativa.

Al final, el proceso de calidad y mejoramiento continuo de las instituciones propenden porque la calidad del servicio se encuentre antes de que el cliente so-

licite el servicio, pues este no tiene por qué exigirle, se le debe dar en la forma que el usuario la espera y, para eso hay que saber, de manera proactiva y no reactiva, cómo la quiere. Es por eso por lo que los procesos de calidad, y más aún los procesos de calidad superior, llevan a cambiar un paradigma y migrar hacia un enfoque de atención centrada en el cliente, el cual es uno de los puntos clave del Sistema obligatorio de garantía de calidad colombiano.

Nuestra Institución, luego de cerca de 14 años de estar proyectándose a la Acreditación en salud, y con los ciclos de acreditación formales de los últimos 6 años, logró el pasado 11 de agosto de 2022 la Acreditación en salud, que nos pone en un nivel superior de calidad, con el reconocimiento del sistema y de los entes regulatorios, siendo además la primera institución en salud mental de Bogotá Acreditada, y la primera institución privada en salud mental acreditada en el país. Este es un logro de todos y para todos, que redundará en el bienestar de los pacientes y de sus familias.

Sobre los hospitales universitarios

La necesidad de seguir ampliando el abordaje del mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud se hace aún más relevante en aquellas instituciones en donde sus instalaciones y servicios se usan como centros de práctica formativa del personal que se encuentra capacitándose en diferentes áreas de la salud, pues es allí en donde se gesta el modelo de atención individual de cada profesional para su posterior práctica asistencial

derivada, es decir, allí se determina el comportamiento posterior del egresado.

Con mayor razón, en estos centros de formación, la necesidad de que el modelo de atención y los diferentes procesos cuenten con un cumplimiento de requisitos y estándares de calidad superior se vuelve imperativo, pues no solo se trabaja sobre la prestación y atención al paciente, sino sobre el aprendizaje de buenas prácticas clínicas y de aproximaciones basadas en la evidencia científica, en el marco de una estructuración pedagógica que promueva la adquisición gradual y progresiva de herramientas de decisión clínica en el personal en formación, para que utilice esos elementos aprendidos posteriormente en los diversos escenarios de su aplicabilidad profesional y técnica.

Es por eso que desde el establecimiento normativo y la legislación (Ley 1164 de 2007 - Ley 1438 de 2011 - la Ley 1797 de 2016 - Ley 1188 de 2008 - Decreto 2376 de 2010 - Resolución 3409 de 2012), se han ido ajustando y depurando los requisitos y necesidades de cumplimiento obligatorio para que los hospitales que cumplen una labor docente, y que se denominen hospitales universitarios, verdaderamente se encuentren dentro del marco evaluativo de cumplimiento de requisitos exigidos, y que con esto se promuevan los intereses generales del sector de la salud, con la formación de un personal en los centros idóneos para el aprendizaje de las mejores prácticas; y, por otro lado, también reducir la proliferación de escuelas de medicina de baja calidad o que no cuentan con los centros

de práctica necesarios para la formación óptima del personal de salud.

De manera general, los Hospitales Universitarios deben cumplir con los siguientes requisitos generales:

1. Estar habilitados y acreditados.
2. Tener convenios docencia servicio con instituciones universitarias acreditadas.
3. Diseñar procesos que integren prácticas formativas, la docencia y la investigación a la prestación de los servicios asistenciales.
4. Contar con servicios que permitan desarrollar programas docentes preferentemente de postgrado.
5. Contar con la vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.
6. Obtener y mantener el reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Minciencias (antes Colciencias).
7. Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios.

De manera concomitante e incluyente, como centro de referencia y de gestación y generación de conocimiento, aquellos centros hospitalarios que reciben el reconocimiento como hospitales universitarios, contribuyen de múltiples formas a la sociedad, a través del desarrollo de conocimiento para la ciencia, con una base de investigación en el proceso for-

mativo y en el proceso productivo pedagógico, que fomenten el crecimiento de la ciencia y su aplicación posterior en los usuarios, con lo que, al final, se genera un beneficio a la comunidad a través de la generación de conocimiento.

Es así como la importancia de estos centros se hace cada vez más relevante en un sistema de salud como el nuestro, en donde las dificultades de la prestación, los procesos administrativos y las formas como se mueve dinámicamente el proceso entre aseguradoras y prestadores, limita en cierta medida la optimización de los procesos de calidad. De allí se desprende que el sistema único de acreditación y su modelo se vuelve un prerrequisito indiscutible para estas instituciones formadoras, pues a través de él, se promueven las mejores prácticas de formación a nuestro personal de salud.

En el ICSN – Clínica Montserrat venimos trabajando desde la planeación quinquenal de 2017 – 2022 en cumplir los requisitos para aspirar al reconocimiento como Hospital Universitario por parte del Ministerio de Salud, proceso para el que hemos enfilado todos nuestros esfuerzos y hemos adelantado avances que nos acercan a la posibilidad de que para el año 2023 podamos estarnos presentando, ante el Ministerio, con esta aspiración. Estar acreditados y reconocidos como Hospital Universitario, no solo es una labor y un reconocimiento de todos, sino que debe seguir siendo un imperativo categórico de nuestro sello de prestación de servicios en salud mental y en la formación de profesionales en áreas de la salud afines.

Normas para los autores

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

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

Secciones de la revista

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

Artículos:

1. Artículo original: Documento que presenta resultados de trabajos originales e inéditos de investigación en las diversas áreas de la psiquiatría, la salud mental o ciencias afines. Debe tener una

extensión máxima de 7.000 palabras. La estructura de estos consta de las siguientes partes:

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

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

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

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

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

- **Conclusiones:** Comprende la síntesis del trabajo, enunciando el resultado fi-

nal de la prueba de hipótesis del investigador.

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

2. Artículo de revisión: Documento que trata a fondo un tema relevante en psiquiatría y salud mental, integrando el estado del arte y los últimos avances. Incluyen una amplia bibliografía, análisis y comentarios acerca de trabajos de otros autores. Son menos rigurosos que las revisiones sistemáticas, por cuanto su método es narrativo y depende del autor. Generalmente son solicitados por el editor a idóneos del área de conocimiento. Sin embargo, también se reciben aquellos artículos no solicitados. Debe tener una extensión máxima de 6.000 palabras.

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

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

Se toman en cuenta los siguientes puntos:

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

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

Estos incluyen:

- **Ensayos:** Es un escrito que brevemente analiza, interpreta o evalúa un tema de atención.
- **Disertaciones escritas:** Transcripciones de una presentación oral sobre un tema específico.

6. Cartas al editor: Escritos de posiciones u opiniones de los lectores sobre documentos publicados en la revista, que a juicio del comité editorial aporten de manera significativa a la comunidad científica.

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

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

Instrucciones para envío de material

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

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

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 declarar la autorización de publicación de los coautores.

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

Los documentos se deben enviar al correo electrónico:
revista@icsn.co

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

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

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

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



INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

i Felicidades Investigadores!

El grupo de investigación del ICSN
"Psimonart" ha sido RECONOCIDO
y clasificado en la categoría B
(Convocatoria MinCiencias 894 de 2021)

Código del Grupo: COL0139022
Programa nacional de CyT: Ciencia, Tecnología
e Innovación en Salud



El conocimiento
es de todos

Minciencias

CONVOCATORIA
RECONOCIMIENTO
Investigadores y Grupos
de Investigación **2021**

CERTIFICADO EN BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN INVESTIGACIÓN

Bajo la Resolución N° 2019020433 del 24 de mayo de 2019 del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA y el Ministerio de la Salud y Protección Social otorgó a la INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO CLÍNICA MONTSERRAT la certificación en Buenas Prácticas Clínicas por un término de cinco años, para desarrollar protocolos de investigación con medicamentos en seres humanos de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

ICSN Clínica Montserrat - Servicios ambulatorios

Inauguramos una Nueva sede

Pensando en tu comodidad

Transversal 60 # 115-27

ICSN - MONTSERRAT SERVICIOS AMBULATORIOS

CONSULTA EXTERNA- TERAPIA OCUPACIONAL- PSIQUIATRÍA- PSICOLOGÍA-
CLÍNICA DÍA INFANTO JUVENIL- PSICOGERIATRÍA

