

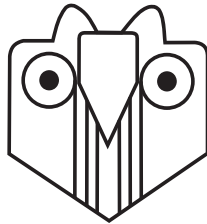


PSI

REVISTA CIENTÍFICA

MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO



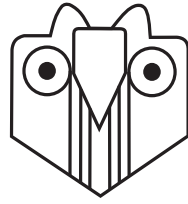
INSTITUTO COLOMBIANO
DEL SISTEMA NERVIOSO

ATENCIÓN Y SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO
Clínica Montserrat

Volumen 8, número 1-2, enero - diciembre de 2020
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

Edgard Yamhure Kattah

Vicepresidente

Henry García Moncaleano

Secretario

Iván Alberto Jiménez Rojas

Vocales

Pedro Vargas Navarro

Juan Ángel Isaac Llanos

Suplentes

Álvaro Franco Zuluaga

Olga Restrepo de Acevedo

Juliana García Castro

Tatiana Carvajalino Murcia

Director General

Omar Antonio Cuellar Alvarado



REVISTA CIENTÍFICA
PSI MONART

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO

Editor

Eugenio Ferro Rodríguez

Comité editorial

Juan Pablo Ortiz Londoño
Guillermo José Dager Pérez
María Teresa López Camargo
Omaira Tovar Ruiz

Comité científico

Adriana Márquez Cepeda
Diana Isabel Robles Pacheco
Fabio Eslava Cerón
Germán Ramírez Suárez
Juan Pablo Rosas Varela
Juliana García Castro
Laura Saavedra Ramírez
Lilian Morales Puerto
Olga Lucía Camacho Gómez
Omar Antonio Cuellar Alvarado
Pedro Oróstegui Hernández
Roberto Chaskel Heilbornner
Yesenia Lindeman Vergara

Psimonart
revista@icsn.co
Teléfono (571) 2596000 ext 6010/6009
Calle 134 # 17-71, Bogotá D.C., Colombia
Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Contenido

Editorial

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

Artículos originales

Evaluación de utilidad de la escala SAD PERSONS en la conducta médica en una unidad de salud mental María Fernanda Caicedo Pérez	10
Comorbilidades psiquiátricas en consumidores de sustancias psicoactivas bajo tratamiento intramural: un estudio retrospectivo Sonia Milena Caro Barbosa, María Isabel Castro Gómez.....	29
Percepción del estigma como violencia social en pacientes con enfermedad mental y sus familiares Daniel Arias Rojas, Diego Felipe Fonseca Perdomo.....	43
Cambios cognitivos postoperatorios en revascularización coronaria María Camila Saldaña-Gonzalez, Diana Carolina Hernández-Rodríguez, Luisa F. Jiménez Zapata, Daniel Páez Jaramillo, Antonio Schlesinger Piedrahita.....	53

Artículos de revisión

Autoinmolación, el clamor de un pueblo hecho cenizas o tan solo la vivencia de enólicos delirios: una revisión narrativa Sebastián Ghiso Jiménez, Ana María Corredor Ojeda.....	62
Comprendiendo la relación Microbioma intestinal – cerebro, en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer Heider Bautista Mier	75

Reportes de caso

Lesiones bitalámicas como diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos: a propósito de un caso Sebastián Ghiso Jiménez, Natalia Arango Arboleda, Sonia Tróchez Meneses	80
Evolución nosológica del delirio compartido: a propósito de un caso Daniela Bedoya Zapata, María Camila Rivera García	91
Dependencia a los relajantes musculares (tizanidina): un reporte de un caso Juan Esteban Arcila Duque, María José Suelte Cock.....	95

Escritos y reflexiones

Existencialismo en el psiquismo del amor Felipe Agudelo Hernández, Marcela Guapacha Montoya, Adriana del Pilar Arcila Rivera	99
Breve revisión de las neurociencias cognitivas Héctor Fabio Cardona V.	112
La reconciliación con la bata blanca Mariana Castro-Laschivska.....	115

Editorial

El Sistema de Indexación y Homologación de Revistas Especializadas Seriadas de Ciencia, Tecnología e Innovación (Publindex) reconoce la existencia de las publicaciones seriadas nacionales como revistas científicas. En el año 2016 la convocatoria 768 de 2016 de Colciencias modificó los criterios de indexación y homologación de las revistas científicas, aplicando estándares internacionales (como H index y los cuartiles de Scimago) con el objetivo de mejorar el impacto de las publicaciones científicas nacionales. Como lo señaló el comité editorial de Biomédica (revista del Instituto Nacional de Salud) en 2017, esto tuvo gran impacto para todas las revistas nacionales y secundariamente para los grupos de investigación (1). Varias revistas colombianas bajaron su nivel en la clasificación y muchas otras, previamente reconocidas por Publindex, ya no lo estuvieron más, dejando artículos publicados por grupos de investigación, por fuera del reconocimiento de, en ese entonces, Colciencias. A pesar de la afectación general de revistas y grupos de investigación nacionales, este cambio también fue reconocido por otros como “un cambio doloroso, pero necesario” como lo calificó el editor en jefe de la Revista Infectio (revista de la Asociación Colombiana de Infectología) (2).

Las revistas científicas indexadas deben tener unos procesos de gestión editorial

estrictos que, dependiendo de la infraestructura y recursos, requieren de tiempos prolongados para la decisión final de publicación de un artículo. De igual forma, las tasas de aceptación de artículos son bajas en el primer sometimiento. En una revista de alto impacto, clasificada en el primer cuartil (Q1), las tasas de aceptación de un artículo pueden variar entre 10% a 30% (3).

Esto implica que la mayoría de artículos serán rechazados en el primer filtro editorial. Si un artículo logra ser evaluado como elegible en primera instancia para publicarse, porque está alineado con los temas de interés de la revista, la calidad mínima del texto, los métodos utilizados y el impacto esperado (entre otros criterios), será sometido a revisión por pares (que en realidad no son pares, sino expertos en el tema de investigación). Estos solicitarán, casi invariablemente, la realización de cambios y ajustes en el artículo, que pueden ser menores, sobre detalles del texto, o mayores, incluso solicitando realizar análisis, mediciones o pruebas de investigación adicionales.

Los tiempos medios de gestión editorial varían mucho de una revista a otra. Aquellas con tiempos menores generalmente son revistas con mayor impacto (Q1, Q2) debido a la mayor disponibilidad de recursos invertidos en el proceso editorial. Por ejemplo, en una revista

indexada en cuartil uno (Q1) el tiempo medio para la primera decisión varía de un día a once semanas entre el sometimiento del manuscrito y su publicación, con una tasa de aceptación de 9% para los artículos originales (3). Otros autores reportan tiempos de demora en las respuestas editoriales, dependiendo del área temática de la revista, entre 9 a 18 meses (4).

De acuerdo con mi experiencia de envío de artículos a revistas indexadas, el tiempo entre el primer sometimiento del manuscrito y la primera respuesta puede variar entre 3 a 6 meses (en revistas Q3, Q4). Sumando luego entre uno y tres meses de los tiempos de respuesta después del envío de modificaciones del artículo, que deben enviarse y volver a ser revisadas por los pares. Posteriormente pasará otro tiempo desde la decisión final de aceptación, hasta su publicación en papel.

La revista PSIMONART tiene una tasa de aceptación de 70% del total de los artículos que recibimos. Los artículos son rechazados en la primera decisión por pobre calidad en la estructura del texto. Y en la revisión de los pares, por falencias conceptuales, fallas metodológicas en los artículos originales de investigación, inconsistencia en los resultados o conflictos éticos. Varios artículos son devueltos a los autores para realización de las correcciones solicitadas por la revisión de pares y nunca son devueltos por los autores. Sumado a los pocos artículos enviados para publicación en nuestra revista, la baja tasa de respuesta de los pares revisores y la no devolución

por los autores de las correcciones solicitadas, tenemos los artículos enviados y posteriormente retirados por los autores. Todo lo anterior implica un desafío en la publicación de cada volumen de la revista.

A pesar de estas dificultades, seguimos aplicando la misma metodología en los procesos editoriales de evaluación de artículos. El arbitraje por pares es uno de los aspectos fundamentales de nuestra revista, que, aunque complejo, dispendioso y prolongado, garantiza la calidad de nuestra publicación. Sin embargo, esta no fue la razón por la cual la no publicamos el volumen correspondiente al año 2019. Finalizado ese año no teníamos la cantidad suficiente artículos originales, de resultados de investigación, recibidos y de hecho estos se completaron sólo de manera reciente. Así como la revisión por pares es un aspecto fundamental, también lo es el publicar en todos los volúmenes de PSIMONART artículos originales producto de investigación, hecho que ha sido resultado de la maduración de la revista a través de los años.

La baja cantidad de artículos originales recibidos, señala un fenómeno subyacente que, a mi modo de ver, se puede entender como resultado de dos situaciones. La primera, que la dedicación del recurso humano a la producción científica continúa siendo escasa en nuestro medio, siendo la dedicación asistencial la que consumen la mayor cantidad de tiempo de los profesionales y estudiantes. Y la segunda, que los grupos de investigación dirigen sus artículos a revistas indexadas y no a medios de difusión

institucionales, para que los productos de sus grupos de investigación puedan ser reconocidos en la medición de grupos de investigación nacionales. Esta situación no es ajena al grupo de investigación del ICSN, ya que sus artículos de resultado de investigación no son enviados a la revista PSIMONART, primero por conflictos de interés en la evaluación y endogamia, y segundo, y de capital importancia, porque no serían reconocidos como productos de investigación por el ente evaluador (Minciencias).

La indexación de las publicaciones, al final de cuentas, sirve para difundir y compartir el desarrollo del conocimiento científico al servicio de la humanidad; sin embargo, muchas revistas indexadas de alto impacto limitan el acceso libre a los contenidos a través de costosas suscripciones. Desde hace unos años, ha venido surgiendo en el mundo el movimiento de ciencia abierta, el cual busca hacer que la investigación científica y su difusión sean accesibles a todos los niveles de una sociedad. A pesar de que los desarrollos sobre este tema son relativamente incipientes en el país, la intención institucional y de nuestra revista es vincularnos a las redes de información de ciencia abierta, mediante la creación de un repositorio institucional de información, para de esta forma, liberar nuestra producción académica y científica, no solo para consulta de nuestra comunidad inmediata, sino también para otras comunidades académicas y científicas del mundo. Así, le apuntamos a una nueva motivación para los autores con interés científico en la salud mental a enviarnos sus artículos para ser difundidos en

este medio de divulgación para ponerlo a disposición y al servicio de la humanidad.

Referencias

1. Comité Editorial Biomédica. Biomédica in Publindex, from September 15, 2017 to September 2019. Biomedica [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 1];37(2):12–3. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572017000600012#B1
2. Gómez Marín JE. Editorial. Infectio [Internet]. 2017 Nov 8 [cited 2020 May 26];22(1):7–8. Available from: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/697>
3. Rivas Ruiz F. Taller Cómo publicar un artículo original en revistas científicas con factor de impacto. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017;26:101–9.
4. Björk BC, Solomon D. The publishing delay in scholarly peer-reviewed journals. J Informetr. 2013 Oct 1;7(4):914–23.

Evaluación de utilidad de la escala SAD PERSONS en la conducta médica en una unidad de salud mental

María Fernanda Caicedo Pérez¹

1. Médica psiquiatra – Egresada del posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque
Correspondencia: mafecaicedo@gmail.com

Resumen

Introducción: Diversas herramientas se han diseñado para evaluar adecuadamente el riesgo suicida, sin embargo, ninguna abarca la complejidad del problema desde una mirada bio-psico- social. Dentro de dichos instrumentos se encuentra la escala Sad Persons que es utilizada para la evaluación del riesgo de suicidio.

Objetivo: El propósito del presente estudio fue probar la asociación entre el riesgo suicida medido por la escala Sad Persons y la indicación de hospitalización psiquiátrica en pacientes atendidos en una institución prestadora de servicios de salud mental.

Métodos: Estudio de casos y controles, pareado por edad y sexo. Recolección de información a través de revisión de registros médicos, identificando los factores que han sido asociados con el riesgo suicida, el resultado de la escala Sad Persons y la indicación clínica de hospitalización en la consulta de ingreso. Se realizó el análisis bivariado con las pruebas Chi cuadrado, exacta de Fisher, Rho de Spearman y U de Mann-Whitney de acuerdo con el tipo de variable. Análisis multivariado de regresión logística. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS® versión 22.

Resultados: Se recolectó una muestra de 266 registros, 133 casos y 133 controles, con una edad media de 40 años (+/-16). El 50,4% fueron de sexo masculino. El diagnóstico principal más frecuente fue el trastorno depresivo mayor (44,7%), seguido por los trastornos de ansiedad y el trastorno bipolar (22,9% y 22,6% respectivamente). Entre los diagnósticos, sólo la distribución de depresión fue similar entre casos y controles. Factores de riesgo individuales como presentar un plan elaborado de suicidio activo, la alteración en la esfera mental y carecer de una red de apoyo activa, mostraron tener asociación estadística como predictores de la decisión clínica de hospitalización ($p < 0,05$). El puntaje en la escala Sad Persons no mostró una asociación significativa con esta decisión ($p > 0,05$); sin embargo, se evidenció que a mayor puntaje mayor duración de la estancia hospitalaria.

Conclusión: No se encontró evidencia suficiente que soporte el uso de la escala Sad Persons como predictor o como instrumento para establecer la necesidad de hospitalización psiquiátrica. La decisión de la conducta psiquiátrica de hospitalización, se debe basar en el juicio clínico y la evaluación integral, desde un abordaje biopsicosocial.

Palabras clave: suicidio riesgo; evaluación, escala Sad Persons, hospitales psiquiátricos.

Summary

Introduction: Several tools have been designed to adequately assess suicide risk. However, none covers its complexity from a bio-psychosocial point of view. Among these instruments there the Sad Persons scale, which is used to assess suicide risk.

Objective: The purpose of the present study was to test the association between suicide risk, measured by the Sad Persons scale, and the indication for psychiatric hospitalization in patients attended in a mental health care institution.

Methods: Case-control study, matched by age and gender. Data collection was performed by medical records review, identifying the factors that have been associated with suicide risk, the result of the Sad Persons scale and the clinical indication of hospitalization in the admission consultation. Bivariate analysis was performed with Chi square, Fisher's exact, Spearman's Rho and Mann-Whitney U tests, according to the type of variable. Multivariate analysis with multivariable logistic regression. For the statistical analysis, the SPSS® version 22 program was used.

Results: A sample of 266 records was collected, 133 cases and 133 controls. The mean age was 40 years (+/- 16), 50.4% were male. The most frequent diagnosis was major depressive disorder (44.7%), followed by anxiety disorders and bipolar disorder (22.9% and 22.6% respectively). Among diagnoses, only the distribution of depression was similar between cases and controls. Individual risk factors such as a structured plan for active suicide, mental sphere alterations and the lack of an active support network were shown to have a statistical association as predictors of the clinical decision to hospitalize ($p < 0.05$). The score on the Sad Persons scale did not show a significant association with this decision ($p > 0.05$); however, it was evidenced that the higher the score, the longer the length of hospital stay.

Conclusion: There was not enough evidence to support the use of the Sad Persons scale as a predictor or as an instrument to establish the need for psychiatric hospitalization. The decision of the psychiatric hospitalization must be based on clinical judgment and comprehensive evaluation, from a biopsychosocial approach.

Keywords: suicide risk; evaluation, Sad Persons scale, psychiatric hospitals.

Introducción

El suicidio es una causa significativa de mortalidad a nivel mundial, constituyéndose en un problema para la salud pública (1). Además, es la segunda causa de muerte en el mundo entre personas de 15 a 29 años de edad (2). En el informe Atlas de la Organización Mundial de la Salud (2) se determinó que en el año 2012 se presentaron 804.000 muertes re-

lacionadas con esta causa, evidenciando una tasa global estandarizada por edad de 11,4 por cada 100.000 habitantes. Adicionalmente, se estima que por cada muerte por esta causa existen entre 10 a 20 intentos de suicidio (2). Esto representa un impacto directo en la salud mental, el bienestar de una sociedad y la economía, cuantificada en años de vida

perdidos por mortalidad prematura (3). En Colombia, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) se calculó una tasa de suicidio de 2 a 4 por cada 100.000 habitantes (4).

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen los principales factores de riesgo de suicidio, llegando a tener una asociación hasta de 90% (5). Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo también interactúan, aumentando la vulnerabilidad de una persona a un comportamiento suicida (5), por lo que la conducta suicida se podría conceptualizar desde las interacciones entre los factores dependientes, eventos vitales y los rasgos de personalidad (5).

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados y de las distintas estrategias implementadas, la prevención, evaluación y pronóstico del suicidio han sido insuficientes ante este fenómeno complejo (6). Como parte de las políticas de salud en Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2021 promueve la formulación de estrategias que garanticen la detección temprana donde se incluye al suicidio entre los eventos de interés para la salud mental (7).

Dentro de las herramientas o instrumentos de detección y prevención se encuentra la escala Sad Persons la cual es utilizada para la evaluación del riesgo de suicidio en contextos clínicos y educativos (8). Otros diversos instrumentos

se han diseñado para evaluar adecuadamente el riesgo suicida, utilizando diferentes modelos, dirigidos a valorar el riesgo actual y el riesgo potencial. A pesar de esto, algunos clínicos no los usan debido a una sobre-confianza en la entrevista clínica y a la percepción que el instrumento no capturaría los aspectos esenciales de la experiencia suicida del paciente (9). Incluso, estudios como uno realizado en el departamento de psicología de la Universidad Católica de Washington llegaron a demostrar que la evaluación del riesgo de forma empírica por el profesional de salud resulta estar condicionada por la experiencia suicida subjetiva del evaluador (10).

Los múltiples instrumentos para evaluar el riesgo suicida, van desde las entrevistas estructuradas y auto-reportes, hasta las evaluaciones clínicas. Muchos de estos instrumentos permiten predecir el riesgo de muerte por suicidio; sin embargo, la gran mayoría se centran en el riesgo a largo plazo, tiempo que resulta impráctico en los servicios de urgencias o consulta prioritaria. Sólo algunos estudios evalúan la utilidad de estos instrumentos a corto plazo (Bernard P, suicide screening tool).

En la actualidad, los modelos de evaluación del riesgo pueden ofrecer una mejor guía a la comprensión y valoración de este fenómeno (6,11). En contraste, algunos estudios no son concluyentes frente al uso de instrumentos para la evaluación o la predicción de la conducta suicida. Sin embargo, estos estudios fueron realizados por personal de salud sin formación en psiquiatría (8,12).

Predictores de la ideación Suicida

Una gran cantidad de investigaciones se han centrado en la determinación del riesgo significativo y los factores de protección que predicen la ideación suicida. Sin embargo, el proceso de suicidio, especialmente ideación suicida, es complejo. Hay numerosos factores de riesgo y de protección que se cree están asociados a la ideación suicida, intentos y su realización, que de alguna manera permiten identificar las personas que corren un mayor riesgo de ideación suicida. Lo anterior podría permitir intervenir tempranamente para evitar que el proceso de suicidio progrese más allá de la ideación suicida (13,14).

Varios estudios han encontrado múltiples factores de riesgo asociados con el suicidio, como: la depresión, la etnia, el nivel socioeconómico de la familia, el comportamiento suicida previo, la ansiedad, la desesperanza, el consumo de sustancias, los problemas en las relaciones familiares, las conductas agresivas, la impulsividad, el abuso sexual, los acontecimientos estresantes de la vida, las débiles habilidades de afrontamiento, la exposición al suicidio, la baja autoestima, la orientación homosexual o bisexual, la falta de comunicación con los miembros de la familia, los problemas financieros, algunos factores de personalidad, la agresión, el rendimiento académico y las pobres relaciones con los compañeros (15,16,17).

Algunos autores consideran primordial examinar el papel de las actitudes suicidas en la predicción de la ideación suicida. Actitudes suicidas, especialmente el grado en que una persona cree en el suicidio como solución o acción aceptable, se

han relacionado con el comportamiento real de suicidio, incluyendo intentos de suicidio y suicidio consumado (18).

Stack y Wasserman (19) proporcionan evidencia de que las personas que mantienen actitudes relacionadas con la intención clara de suicidio, tienen un riesgo mayor que el promedio de personas con ideas suicidas. Otras investigaciones han encontrado que las personas que aprueban el suicidio como solución, a menudo tienen niveles de ideación suicida más altos y un mayor riesgo de intentos de suicidio (18,20).

Factores demográficos

Actualmente, sabemos que los hombres tienen tres veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, pero las mujeres son mucho más propensas a intentar suicidarse (21). La investigación también ha demostrado que el riesgo de suicidio aumenta con la edad y que las personas de raza blanca tienen el doble de probabilidades de morir por suicidio, frente a otras razas (21).

El estudio realizado por Troister encontró que estar desempleado y viviendo solo se asoció con mayor riesgo de suicidio. Aunque este tipo de información puede verse como información de identificación y demográfica del paciente a la hora de la evaluación, representa una de las variables que los profesionales de la salud deben evaluar en la consulta (22).

Factores Psiquiátricos

La identificación de las variables psicológicas asociadas con tendencias suicidas representa una vía importante para

evaluar el riesgo, ya que estas variables pueden ser dirigidas durante las intervenciones y son más susceptibles de cambio. La presencia de un trastorno mental proporciona el contexto para una gran cantidad de intentos y suicidios. Los hallazgos de los Estados Unidos y Europa muestran que más del 90% de las personas que mueren por suicidio sufren de un trastorno mental o adictivo (21).

Tanto la esquizofrenia y el abuso de alcohol se asocian con mayores tasas de suicidio. El riesgo de vida de suicidio en la población general es de 1,4%, mientras que las tasas para las personas con esquizofrenia y alcoholismo son 10% y 3%, respectivamente. Los trastornos del estado de ánimo también son diagnósticos frecuentes en los pacientes que mueren por suicidio (21,22).

Dos estudios en particular, el de Beck & Lester (23) y el de de Minkoff, Berman & Beck (24), concluyeron que la desesperación era un factor mediador entre la depresión y las tendencias suicidas. Desde entonces, otros estudios han replicado estos resultados y concuerdan en que la desesperanza se correlaciona con altos niveles de ideación suicida, la intención y los suicidios consumados (25,26). Además, la desesperanza se ha relacionado con un aumento de los comportamientos suicidas en varias poblaciones, como los pacientes adolescentes psiquiátricos, los estudiantes universitarios (27), y pacientes geriátricos (28). Los resultados también sugieren que el aumento de riesgo de suicidio se relaciona con ideación suicida, la gravedad de la depresión y la desesperanza, pero que la desesperanza por sí sola, es más predictivo de comportamientos suicidas

que la depresión. De hecho, se ha encontrado que la desesperanza se asocia con la ideación suicida independientemente de la depresión (26).

En particular, los diagnósticos psiquiátricos de depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad se asocian consistentemente con el suicidio consumado (29,30).

También se han identificado factores específicos que están asociados con la ideación y comportamiento suicida. Conner et al. (29) concluyeron que cinco rasgos se han asociado constantemente con el suicidio consumado: impulsividad/agresividad, depresión, ansiedad, desesperanza y autoconciencia. En términos de predecir quién intentará suicidarse, la literatura sugiere consistentemente que el mejor predictor del futuro suicidio es el intento anterior. Adicionalmente, se deben considerar los niveles de depresión, el perfeccionismo, la desesperanza y el grado de letalidad como factores consistentemente asociados con mayores niveles de intención suicida (30).

Factores sociales

Durkheim, sostenía que las influencias sociales, como la religión, el matrimonio, las crisis políticas y nacionales, el grado en que la sociedad se ha desarrollado, la participación militar y las crisis económicas podrían de alguna manera explicar la variabilidad en el suicidio (32). Trout, revisó la literatura entre las teorías de suicidio y el aislamiento social y concluyó que el aislamiento social estaba relacionado con comportamientos

suicidas, al evidenciar que los individuos que completaron el suicidio reportaron mayores niveles de aislamiento social, especialmente antes de su muerte (33). La investigación también sugiere que otras influencias sociales están relacionados con comportamientos suicidas. Por ejemplo, las tasas de prevalencia sugieren que las personas solteras o que viven solas son más propensas al suicidio que las personas casadas y que los sentimientos de conexión pueden proteger a las personas de la conducta suicida (34).

Bagley y Ramsay, concluyeron que los individuos con fuertes valores religiosos tienden a reportar menos ideas suicidas (35). Otros estudios sugieren que una sociedad que aprueba el suicidio influye en el riesgo de intento de suicidio. Adicionalmente, sostienen que el rechazo actitudinal de suicidio puede convertirse en un factor de protección contra el riesgo de suicidio (36).

Evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es un aspecto difícil y estresante para el clínico en la atención psiquiátrica. Los pacientes con riesgo inminente de suicidio por lo general requieren manejo especial en una unidad psiquiátrica. Excepcionalmente, pueden ser tratados ambulatoriamente, siempre y cuando se aseguren condiciones de soporte adecuadas y un lugar con medidas de seguridad para la integridad del paciente. La decisión de hospitalizar un paciente potencialmente suicida es compleja, por lo que se requiere una historia clínica psiquiátrica completa, que incluya la exploración psicopatológica y valoración de los factores de riesgo de suicidio individuales (37).

Evaluación de los factores de riesgo

Según lo declarado por Beck, la evaluación del riesgo de suicidio requiere la utilización de un sistema adecuado de clasificación con distinciones apropiadas particularmente entre ideación suicida e intento de suicidio. El grupo de trabajo del Instituto Nacional de Salud (NIMH) Centro Mental de Estados Unidos para el estudio de la prevención del suicidio, desarrolló un sistema de clasificación tripartita que consiste en la ideación de suicidio, intento de suicidio y suicidio completo, a fin de aclarar la terminología y facilitar la investigación sobre el suicidio. Cada una de estas categorías se clasifica adicionalmente de acuerdo con la intención de suicidio, la letalidad del intento y el método (23).

La Escala de Beck (inventario de depresión de Beck) consta de 21 ítems. Cada uno describe una manifestación depresiva, que es autoevaluada por el paciente, quien debe escoger la respuesta que mejor se adapte a su situación actual, para evaluar la intensidad del síntoma. Se dan 4 opciones de respuesta, clasificadas según su severidad: ausente, leve, moderado y severo (38).

La escala propuesta por Cooper, conocida como MSHR (*The Manchester Self Harm Rule*), utiliza elementos dicotómicos sobre la demografía, factores de riesgo y factores de protección. La MSHR tiene una alta sensibilidad (correcta identificación de las personas con posible riesgo de autolesión), pero bajo especificidad (incorrecta identificación de quienes no están en riesgo) (39).

La Escala de Jobs, conocida como SSF (*Suicide Satatus Form*), es una medida

clínica derivada de los trabajos teóricos de Shneidman (dolor psicológico, agitación), Beck (desesperanza) y Baumeister (odio hacia uno mismo). Incluye la evaluación del comportamiento y los aspectos cognitivos. Desafortunadamente, su longitud y la inclusión de las respuestas cualitativas afectan directamente la cuantificación y evaluación de las respuestas (6).

La escala Sad Persons (SD) propuesta por Patterson et al. se basa en diez factores de riesgo relacionados directamente con intento de suicidio. El nombre de la escala es un acrónimo, donde cada letra representa cada uno de los diez factores de riesgo de suicidio.

Cada factor de riesgo presente se califica con un punto. La escala fomenta un formato de entrevista semiestructurado, vital para la evaluación de riesgo de suicidio (8). S: Sexo; A: Edad (Age); D: Depresión; P: Antecedente (Prior History); E: Abuso de Alcohol (Ethanol abuse); R: Psicosis (Rational thinking loss), S: Apoyo social inadecuado (Support system loss); O: Plan elaborado de suicidio (Organized plan); N: No pareja (No spouse); S: Comorbilidad médica (Sickness).

Diferentes estudios han evaluado la utilidad de esta escala para la admisión de pacientes en los servicios de urgencias. En un estudio del departamento de psiquiatría de la Universidad de Oxford identificaron una especificidad del 90% pero una sensibilidad menor al 10%, con una baja tasa de falsos positivos para la prevención, fallando en la identificación de la mayoría de los casos que requieren hospitalización por psiquiatría o prede-

cir que el evento se repita, por lo que no recomiendan su uso como prueba de tamización o clasificación (41).

A partir del mes de octubre del año 2014, el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat, como parte de sus procesos de calidad instauró el uso de la escala Sad Persons como una herramienta de apoyo para que los psiquiatras complementaran su evaluación y objetivizaran las impresiones clínicas que llevan a una hospitalización.

Por lo expuesto anteriormente, se hace necesario evaluar la utilidad de este instrumento frente a la identificación de los factores de riesgo que se deberían valorar y poner a consideración al momento de atender a un paciente en el servicio de urgencias para tomar una conducta médica, como lo es la admisión en una unidad de salud mental.

El propósito del presente estudio fue evaluar la utilidad de la escala Sad Persons para la estratificación del riesgo suicida y la necesidad de hospitalización psiquiátrica en pacientes que asistieron a la consulta no programada (prioritaria o de urgencias) de un centro de remisión de hospitalización psiquiátrica de la ciudad de Bogotá.

Métodos

Tipo de estudio

Estudio observacional analítico retrospectivo, tipo casos y controles, pareado por edad, sexo y diagnóstico principal; con una razón caso-control de 1:1, mediante revisión documental de registros clínicos.

Se identificaron las características sociodemográficas de los individuos y se registraron los factores que han sido asociados con el riesgo suicida. Se incluyó la evaluación multiaxial, contemplada en el DSM-IV, para la adecuada distinción por ejes de los problemas psicológicos y ambientales, así como el nivel de funcionalidad, favoreciendo la comprensión en términos bio-psico-sociales de cada sujeto.

Además se registró la conducta médica tomada en términos de hospitalización, unidad de ingreso (en caso de admisión hospitalaria) y tipo de tratamiento indicado, con el propósito de evaluar aspectos de la decisión médica.

Población y muestra

La población se definió como todos los pacientes, mayores de 18 años, que consultan por síntomas agudos al servicio ambulatorio especializado de psiquiatría de la Clínica Montserrat (Bogotá, Colombia) durante el periodo comprendido entre el primero de octubre de 2014 hasta el 30 de octubre de 2015.

El tamaño de la muestra se calculó con para una población objeto N de 1.993 pacientes que consultaron en el periodo definido. Calculando un porcentaje de exposición (prevalencia) del 5% de riesgo de suicidio para cualquier enfermedad mental en el caso de los controles; una razón de caso – control de 1:1; un Intervalo de Confianza (IC) del 95% a dos colas; un error tipo α 0,05%, así como una precisión (poder) del 80%.

Se obtuvo una muestra (n) total de 266 individuos, distribuidos entre 133 casos y

133 controles. Esto permitió alcanzar una diferencia de 11% entre las proporciones de cada grupo, lo que equivale a comprobar la significancia de un OR de 3.

El cálculo de tamaño de muestra se llevó a cabo a través del programa Epi-info, versión 7, software de libre uso.

Los criterios de inclusión de los casos fueron: pacientes mayores de edad, que asistieron a la consulta especializada de psiquiatría de la Clínica Montserrat entre octubre de 2014 y octubre de 2015, que requirió hospitalización en unidad de salud mental.

Los criterios de inclusión de los controles fueron: pacientes mayores de edad, que asistieron a la consulta especializada de psiquiatría de la Clínica Montserrat durante el mismo periodo, pero que no requirieron hospitalización en unidad de salud mental.

Los controles fueron apareados por edad, considerando un rango de \pm 5 años, sexo y diagnóstico principal.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con procedencia de otra institución de salud, traslado primario o con remisión de psiquiatra con indicación de hospitalización, pacientes con procedencia de la consulta externa de la Clínica Montserrat con indicación de hospitalización y paciente quienes no aceptaron la conducta médica propuesta en la consulta.

Procedimiento

La información se recolectó a través de la revisión de los registros de las historias

clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Se diseñó un formato de recolección de información en físico y una base de datos en el programa EXCEL®, donde se digitó la información capturada. Se mantuvo la confidencialidad de cada paciente eliminando datos de identificación y asignando un código de sujeto.

Según los objetivos del presente estudio, la variable dependiente es la conducta médica de hospitalización, que se entiende como la indicación de un psiquiatra durante la consulta no programada (prioritaria o de urgencias), de internar a un paciente en un hospital de salud mental.

Las variables independientes fueron: Variables sociodemográficas y clínicas; conducta médica indicada (hospitalización, unidad de ingreso e inicio de psicofármacos); y evaluación del riesgo suicida (medido mediante escala Sad Persons).

Para la calificación de la escala Sad persons se realizaron dos puntuaciones: la primera, registrada en la historia clínica del día de ingreso, ofrecida por el psiquiatra al momento de la evaluación y la segunda, calculada posteriormente a través de la suma de los elementos que conforman la escala.

Análisis estadístico

Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS® versión 22, en el que se calcularon medias, medianas junto con sus respectivas medidas de dispersión en las

variables continuas; frecuencias y porcentajes, para las variables categóricas.

Se realizó análisis de normalidad a través de la prueba estadística de Kolmogorov - Smirnof para muestras mayores a 200 registros.

Se realizó un análisis bivariado para describir la relación entre la variable dependiente (hospitalización) y las variables de exposición (independientes), utilizando las pruebas estadísticas Ji cuadrado o test exacto de Fisher, según el comportamiento de cada variable.

Además se utilizó la prueba T de Student para el análisis de comparación de medias para variables con comportamiento normal, o la prueba U de Mann Whitney en caso de comportamiento no normal. Finalmente, se realizó un análisis multivariado a través de un modelo de regresión logística, con el método paso a paso hacia adelante, con aquellas variables que mostraron significancia en el análisis bivariado.

La medida de asociación a utilizar fue la razón de momios u Odds Ratio (OR). Se estableció un poder del 80%, un error tipo $\alpha < 0,05$, y unos intervalos de confianza al 95%.

Aspectos Éticos

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos establecidos para la investigación en humanos que se encuentran consignados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mun-

dial, así como la normatividad colombiana vigente en la resolución 8430 de 1993, que establece que por tratarse de un estudio documental retrospectivo, la considere una “investigación sin riesgo” (42).

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat.

Resultados

Se revisaron un total de 266 registros de pacientes (133 casos y 133 controles). El promedio de edad fue de 40 años (D.E. \pm 16 años) (Tabla 1).

Factores de riesgo para suicidio

Antecedentes

El 60% (n=160) de los sujetos evaluados tenían algún antecedente patológico, 56% (n= 151) antecedentes quirúrgicos, siendo similar la distribución entre casos y controles. Por el contrario, 195 individuos (73%) negaron antecedentes traumáticos.

Los antecedentes psiquiátricos estuvieron presentes en 77,4% (n= 206), dentro de los cuales se observaron: 41% (n=85) depresión mayor, 31% (n=63) trastorno

Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas.

		Indicación de hospitalizar				Total	
		Si (casos)		No (controles)			
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sexo	Masculino	67	(50,4)	67	(50,4)	134	(50,4)
	Femenino	66	(49,6)	66	(49,6)	132	(49,6)
Estado civil	Casado	26	(19,5)	44	(33,1)	70	(26,3)
	Separado	21	(15,8)	17	(12,8)	38	(14,3)
	Soltero	68	(51,1)	62	(46,6)	130	(48,9)
	Unión libre	12	(9,0)	7	(5,3)	19	(7,1)
	Viudo	6	(4,5)	3	(2,3)	9	(3,4)
Ocupación	Empleado	39	(29,3)	39	(29,3)	78	(29,3)
	Estudiante	25	(18,8)	34	(25,6)	59	(22,2)
	Independiente	13	(9,8)	15	(11,3)	28	(10,5)
	Ninguno	46	(34,6)	37	(27,8)	83	(31,2)
	Otro	10	(7,5)	8	(6,0)	18	(6,8)
Escolaridad	Bachillerato	58	(43,6)	58	(43,6)	116	(43,6)
	Especialización	16	(12,0)	16	(12,0)	32	(12,0)
	Primaria	10	(7,5)	5	(3,8)	15	(5,6)
	Profesional	43	(32,3)	46	(34,6)	89	(33,5)
	Técnico	6	(4,5)	8	(6,0)	14	(5,3)
Religión	Si	97	(72,9)	113	(85,0)	210	(78,9)
	No	36	(27,1)	20	(15,0)	56	(21,1)

bipolar, 14% (n=29) trastorno de ansiedad, 6% (n=13) esquizofrenia, entre otros trastornos mentales.

En cuanto al antecedente de hospitalización previa en unidad de salud mental, pese a que la mayoría reportaron negativo este antecedente (55%), la diferencia entre los casos y controles fue significativa ($p < 0,05$), observando que 74 casos (55%) refirieron haber estado hospitalizado previamente, en comparación con 44 controles (33,1%).

Por otra parte, frente al antecedente de intentos previos de suicidio, la mayoría de individuos (84%) negaron haber realizado cualquier tipo de intento autolítico, siendo mayor el porcentaje de pacientes con intentos previos en el grupo de los casos (21%) que en los controles (10%). El número total de intentos suicidas en los sujetos de toda la muestra varió entre uno y seis intentos.

Frente al consumo de psicofármacos, cerca al 70% (n= 186) de los individuos se encontraban recibiendo algún tratamiento médico de este tipo, siendo mayor 12 puntos porcentuales en los casos (75% vs 63%). De lo anterior, 105 sujetos se encontraban consumiendo antidepresivos en proporción similar entre casos y controles.

Como parte de estas condiciones previas relacionadas con la salud mental de los individuos, se exploró por antecedentes de violencia intrafamiliar, observando una proporción de 7,9% (n= 21) para la muestra general, siendo similar entre ambos grupos. Además, se indagó por antecedente personal de abuso sexual encontrándose 8 casos, distribui-

dos de manera homogénea entre ambos grupos.

En cuanto al consumo de sustancias, 22% (n=59) de los individuos presentó antecedente de consumo de alcohol, siendo mayor la proporción en los casos, en comparación con el 15,8% (n=42) que presentaron antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, donde nuevamente es mayor la proporción para el grupo de los casos ($p < 0,05$).

Del mismo modo se analizaron los antecedentes psiquiátricos familiares, observando una alta proporción de familiares con intentos previos de suicidio (7,9%), siendo su distribución similar entre casos y controles. Esto dentro del marco de un 53% (n= 143) de antecedentes de enfermedad mental en la familia, siendo mayor la proporción en los casos (57% frente a 49,6%) ($p < 0,05$).

Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico más frecuente fue el de trastorno depresivo mayor en un 44,7% (n=119), seguido por el trastorno de ansiedad y el trastorno bipolar con un 22,9% y 22,6% respectivamente. No obstante, a pesar que la distribución fue similar para el diagnóstico de depresión, en el caso del trastorno de ansiedad la diferencia fue significativa entre los controles (39%) en comparación de los casos (6,8%) y por el contrario, en el caso del trastorno bipolar fue a favor de los casos con un 27% frente el 18% de los controles ($p < 0,05$).

En cuanto al riesgo psicosocial (eje IV en DSM-IV), se observó que 15% (n=40) de

los participantes presentó ausencia de red de apoyo, 6% factores estresantes de pareja y 2,6% de tipo económico.

En la funcionalidad global del paciente (eje V en DSM-IV), el promedio global fue de 58 (D.E. \pm 14), con un mínimo de 30 y máximo de 90. Se observó que el promedio en los pacientes que quedaron hospitalizados fue 47,8 (D.E. \pm 9) en comparación con 68 (DE \pm 10) entre los pacientes que fueron dados de alta ($p < 0,05$).

De igual manera, se evaluó el compromiso del pensamiento y la presencia de un plan activo de suicidio, evidenciando que el 18,4% ($n = 49$) presentaban compromiso del juicio o la esfera mental y 10% ($n = 27$) presentaron un plan suicida, observando, como era de esperarse, mayor proporción grupo de los casos (Tabla 2).

Frente al tratamiento, a 216 participantes se les indicó en la historia clínica manejo

exclusivo farmacológico, dos casos psicoterapia exclusiva y 40 terapia combinada (farmacológica y psicoterapéutica). Entre los pacientes hospitalizados los días de estancia promedio fue de 12,5 días (D.E. \pm 11 días).

Evaluación del riesgo suicida (Sad Persons)

Por un lado, el puntaje de Sad Persons registrado en la historia clínica, el promedio fue de 3,63 (D.E. \pm 1,4; mín:1, máx:8) para los pacientes hospitalizados, en comparación con 2,34 (D.E. \pm 0,9; min:1, max:5) para los no hospitalizados.

Por otro lado, el puntaje promedio de Sad Persons calculado electrónicamente fue de 4,19 (D.E. \pm 1,4; mín:1, máx:8) para los hospitalizados y de 3,14 (D.E. \pm 1,2; min:0, max:5) para los no hospitalizados.

Tabla 2. Resultados de evaluación psiquiátrica (factores de riesgo)

		Indicación de hospitalizar				Total	
		Si (casos)		No (controles)			
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Depresión mayor	Si	74	(55,6)	69	(51,9)	143	(53,8)
	No	59	(44,4)	64	(48,1)	123	(46,2)
Compromiso del pensamiento	Si	48	(36,1)	1	(0,8)	49	(18,4)
	No	85	(63,9)	132	(99,2)	217	(81,6)
Plan suicida	Si	27	(20,3)	0	(0,0)	27	(10,2)
	No	106	(79,7)	133	(100,0)	239	(89,8)
Eje III	Si	82	(61,7)	81	(60,9)	163	(61,3)
	No	51	(38,3)	52	(39,1)	103	(38,7)
Eje IV	Factores de pareja	8	(6,0)	8	(6,0)	16	(6,0)
	Económicos	3	(2,3)	4	(3,0)	7	(2,6)
	Red de apoyo activa	89	(66,9)	114	(85,7)	203	(76,3)
	Sin red de apoyo	33		7	(5,3)	40	(15,0)

Análisis bivariado

Para el análisis bivariado se utilizaron pruebas no paramétricas debido al comportamiento no normal de las variables tanto desenlace como independientes.

Se encontró una correlación negativa entre el puntaje de funcionalidad del individuo (eje V) y con los días de estancia

hospitalaria ($p < 0,0001$) y con el puntaje de Sad Persons ($p < 0,0001$). También se encontró una correlación, pero directamente proporcional, entre el valor de la escala Sad Persons y los días de estancia hospitalaria ($p < 0,005$); sin embargo, esta correlación fue débil (Rho de Spearman $< 0,6$). No se encontró ningún tipo de correlación entre la edad y el resto de variables numéricas (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de correlación entre escala Sad Persons y variables numéricas independientes

		Edad	Eje V	Días de estancia	Sad Persons registrado	Sad Persons calculado
Edad	Coefficiente de correlación	1,000	0,021	0,028	0,043	-0,54
	Significancia bilateral (valor p)		0,731	0,652	0,488	0,382
	n	266	266	266	266	266
Eje V	Coefficiente de correlación	0,021	1,000	-0,684	-0,4	-0,358
	Significancia bilateral (valor p)	0,731		0,0001	0,0001	0,0001
	n	266	266	266	266	266
Días de estancia	Coefficiente de correlación	0,028	-0,684	1,000	0,384	0,306
	Significancia bilateral (valor p)	0,652	0,0001		0,0001	0,0001
	n	266	266	266	266	266
Sad Persons registrado	Coefficiente de correlación	0,043	-0,430	0,384	1,000	0,590
	Significancia bilateral (valor p)	0,488	0,0001	0,0001		0,0001
	n	266	266	266	266	266
Sad Persons calculado	Coefficiente de correlación	-0,54	-0,358	0,306	0,590	1,000
	Significancia bilateral (valor p)	0,382	0,0001	0,0001	0,0001	
	n	266	266	266	266	266

Se encontraron diferencias significativas entre casos y controles ($p=0,0001$) de las medianas de la escala de funcionalidad global y puntaje Sad Persons observado y calculado (prueba U-Mann Whitney) (Tabla 4).

El análisis finalizó con el análisis bivariado de cada una de las diferentes variables que componen la escala Sad Person y la necesidad de hospitalización. Se evidenció

que los antecedentes de suicidio, presentar compromiso del pensamiento, carecer de apoyo social y tener un plan activo de suicidio fueron las únicas que presentaron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,005$) con intervalos de confianza que no sobrepasan la unidad, pudiendo inferir que estas son las más sensibles y a la vez se comportan como predictores de hospitalización (Tabla 5).

Tabla 4. Comparación de medias entre casos y controles

	t	g.l.	Significancia bilateral (valor p)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza 95%	
					Inferior	Superior
Edad	0,139	264	0,89	0,278	-3,664	4,221
Eje V	-16,865	264	0,000	-20,632	-23,04	-18,223
Sad Persons registrado	8,647	264	0,000	1,293	0,999	1,588
Sad Persons calculado	6,438	264	0,000	1,045	0,725	1,365
Días de estancia	12,874	264	0,000	12,436	10,534	14,338

Tabla 5. Asociación de variables Escala SAD PERSONS con indicación de hospitalización

SAD PERSONS		Indicación de hospitalizar				Valor p	Odds Ratio I.C. 95%	
		Si (casos)		No (controles)			Inferior	Superior
		n	(%)	n	(%)			
Sexo (Sex)	Masculino	67	50,4	67	50,4	0,549	0,618	1,670
	Femenino	66	49,6	66	49,6			
Edad (Age)	20 - 45 años	77	57,9	81	60,9	0,708	0,738	1,199
	Resto	56	42,1	52	39,1			
Depresión (Depression)	Si	74	55,6	69	51,9	0,311	0,846	1,375
	No	59	44,4	64	48,1			
Antecedente intento suicida (Prior history)	Si	28	21,1	14	10,5	0,028	1,102	1,836
	No	105	78,9	119	89,5			
Abuso de alcohol (Ethanol)	Si	33	24,8	26	19,5	0,376	0,887	1,512
	No	100	75,2	107	80,5			
Pensamiento (Rational thinking loss)	Comprometido	48	36,1	1	0,8	0,0001	2,108	2,996
	Normal	85	63,9	132	99,2			
Apoyo social (Support systme loss)	Inadecuado	33	24,8	7	5,3	0,0001	1,52	2,287
	Adecuado	100	75,2	126	94,7			
Plan suicida (Organized plan)	Si	27	20,3	0	0,0	0,0001	1,956	2,599
	No	106	79,7	133	100,0			
Pareja (No spouse)	Sin pareja	95	71,4	82	61,7	0,119	0,953	1,658
	Con pareja	38	28,6	51	38,3			
Comorbilidad médica (Sickness)	Si	82	61,7	80	60,2	0,9	0,805	1,323
	No	51	38,3	53	39,8			

Discusión

El presente estudio evaluó, con un diseño analítico retrospectivo de casos y controles, la asociación entre el riesgo suicida medido por la escala Sad Persons y la

necesidad de hospitalización psiquiátrica en pacientes que asistieron al servicio de consulta no programada de la Clínica Montserrat. Adicionalmente, exploró re-

laciones con características demográficas, factores que han sido reportados con el riesgo suicida y además la evaluación multiaxial propuesta por el DSM-IV, para favorecer la comprensión en términos biopsicosociales de cada sujeto, además de la conducta médica realizada en términos de hospitalización, unidad de ingreso e inicio y tipo de tratamiento.

Los resultados muestran que la edad promedio fue de 40 años en ambos sexos, que contrasta con las edades más vulnerables para suicidio reportadas para hombres, edad mayor de 60 años y para mujeres, entre 15 y 24 años (21). Algunas descripciones demográficas asociadas a mayor riesgo de suicidio son similares a las reportadas a nivel mundial, como en el grupo de casos donde la mayor prevalencia del estado civil fue soltero, se encontraban cesantes, mayor proporción de individuos sin afiliación religiosa y mayor proporción de consumo de sustancias psicoactivas (22).

Teniendo en cuenta que los trastornos mentales son un factor psiquiátrico asociado a más del 90% de muerte por suicidio (21-30), se observa que una tasa alta de los consultantes tenía antecedente de enfermedad mental, siendo del 77.4%, y en su mayoría correspondían a trastornos depresivos, que contrastan con los reportes sobre riesgo de suicidio, que se relacionan en mayor proporción con Esquizofrenia y consumo de sustancias psicoactivas, patología que en este estudio mostraron menor porcentaje (21,22).

No se encontraron diferencias significativas entre el resultado de la escala Sad

Person obtenido por el psiquiatra y el calculado con la recolección de datos, pero si una diferencia significativa en la relación del resultado de la escala Sad Person con la estancia hospitalaria, lo que podría indicar un factor predictor de largas estancias y podrá explorarse en estudios futuros.

La escala Sad Person desarrollada por Patterson en el año de 1983 para evaluación del riesgo suicida es un instrumento ampliamente utilizado en los servicios de urgencias y en diferentes escenarios académicos, especialmente por profesionales no psiquiatras (8).

Existen en la literatura diferentes publicaciones sobre su uso, observando en algunos casos evidencia contradictoria sobre su implementación, por lo que se hace necesario estudios integrativos que evalúen esta herramienta.

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que no se encontró evidencia suficiente que soporte el uso de la escala como predictor o como instrumento para establecer la necesidad de hospitalización psiquiátrica. Esto es consistente con lo reportado en los estudios más actuales sobre su rendimiento predictivo (47). No obstante, se evidenció que a mayor puntaje mayor duración de la estancia hospitalaria, lo cual podría ser de utilidad para otros desenlaces. Esto deberá explorarse en estudios adicionales.

La implementación de la escala requiere de estandarización entre los médicos psiquiatras, pues a pesar de la alta concordancia entre valores, persisten exis-

tiendo diferencias entre el valor calculado electrónicamente y el realizado por el médico, con lo que se podría inferir que en algunos casos existe una subestimación del riesgo.

Factores de riesgo individuales como presentar un plan elaborado de suicidio activo, la alteración en la esfera mental y carecer de una red de apoyo activa, mostraron tener asociación estadística y fueron trazadores al momento de la decisión clínica de hospitalizar a un paciente en una unidad de salud mental.

La decisión de la conducta psiquiátrica de hospitalización, se basa en el juicio médico, la experiencia del especialista y la evaluación integral, desde un abordaje biopsicosocial de cada caso que asiste al servicio de urgencias; por lo que el uso de escalas en el caso particular de psiquiatría ofrece más un apoyo que un elemento diagnóstico o decisorio.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que no se encontró evidencia suficiente que soporte el uso de la escala como predictor o como instrumento para establecer la necesidad de hospitalización psiquiátrica. No obstante, se evidenció que a mayor puntaje mayor duración de la estancia hospitalaria.

Referencias

1. Global Burden of Disease Mortality Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013;

a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385(9963):117–71.

2. WHO | Mental Health Atlas 2014. WHO [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 19]; Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/

3. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Bogotá, Abril 2013.

4. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015.

5. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE). 2012.

6. Harris KM, Syu J, Lello OD, Chew YLE, Willcox CH, Ho RHM. The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations. *PloS one*. 2015;10(6):e0127442.

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2011–2021.

8. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983 April;24(4):343–349.

9. Jobes DA, Nelson KN, Peterson EM, Pentiu D, Downing V, Francini K, et al. Describing suicidality: an investigation of qualitative SSF responses. *Suicide &*

life-threatening behavior. 2004;34(2):99-112.

10. Michel K, Maltzberger JT, Jobes DA, Leenaars AA, Orbach I, Stadler K, et al. Discovering the truth in attempted suicide. *American journal of psychotherapy*. 2002;56(3):424

11. Kral MJ, Sakinofsky I. Clinical model for suicide risk assessment. *Death Studies*. 1994;18(4):311.

12. Juhnke GA. SAD PERSONS scale review. *Measurement and Evaluation. Counseling and Development*. 1994;27(1):325-327.

13. Wu, W. C., & Bond, M. H.. National differences in predictors of suicide among young and elderly citizens: Linking societal predictors to psychological factors. *Archives of Suicide Research*. 2006;10:45-60.

14. García Valencia, J. Características asociadas al riesgo de suicidio evaluado clínicamente en personas con intento reciente. *Iatreia*. 2008;21:1-S.

15. Cukrowicz, K. C., Wingate, L. R., Driscoll, K. A., & Joiner, T. E. A standard of care for the assessment of suicide risk and associated treatment: The Florida State University Psychology Clinic as an example. *Journal of Contemporary Psychology*. 2004;34, 87-99.

16. Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic re-

view of population-based studies. *Clinical Psychology Review*. 2004;24:957-979.

17. Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K., & Viinama, H. Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44, 29-33.

18. Gutierrez, P., King, C. A., & Ghaziuddin, N. Adolescent attitudes about death in relation to suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996;26:8-18.

19. Stack, S., & Wasserman, I. Marital status, alcohol abuse, and attempted suicide: A legit model. *Journal of Addictive Disorders*. 1995;14:43-51.

20. Eshun, S. Sociocultural determinants of suicide ideation: A comparison between American and Ghanaian college samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33:165-171.

21. Moscicki, E. K. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. 2001;5:310-323.

22. Troister T, Links PS, Cutcliffe J. Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(1):60-5.

23. Beck, A.T., & Lester, D. Components of depression in attempted suicide. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 1973;85(2):257-260.

24. Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, J. Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*. 1973;130:455-459.
25. Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1985;142(5):559-63.
26. Brown, G.K., Beck, A.T., & Steer, R.A. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(3):371-377.
27. Cole, D. A.. Hopelessness, social desirability, depression, and parasuicide in two college samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):131-136.
28. Ron, P. Depression and suicide among community elderly. *Journal of Gerontological Social Work*. 2002;38(3):53-71.
29. Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E.D. Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;31(4):367-385.
30. Van Orden, K.A., Merrill, K.A., & Joiner, T.E. Interpersonal-psychological precursors to suicidal behavior: A theory of attempted and completed suicide. *Current Psychiatry Reviews*. 2005;1(2):187-196.
31. Conner, K.R. A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(2):89-98.
32. Durkheim, E. *Suicide: A study in sociology*. (J.A. Spaulding & G. Simpson, Trans). (Original work published in 1897). Glencoe, IL: Free Press. 1951.
33. Trout, D.L. The role of social isolation in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 1980;10:10-23.
34. McIntosh, J.L. *U.S.A. Suicide Statistics for the Year 1999: Overheads and a Presentation Guide*. Washington, DC: American Association of Suicidology. 2002.
35. Bagley, C., & Ramsay, R. Attitudes toward suicide, religion values, and suicidal behaviors: Evidence from a community survey. 1989.
36. Neeleman, J. Beyond risk theory: Suicidal behavior in its social and epidemiological context. *Crisis*. 2002;23(3):114-120.
37. Cochrane-Brink KA1, Lofchy JS, Sackinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2000;22(6):445-51.
38. Goicochea Jiménez, T. & Lozano Ortiz. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*. 2004;3(1):17-26.
39. Chesin, Megan, and Barbara Stanley. Risk assessment and psychosocial interventions for suicidal patients. *Bipolar disorders* 15.5 (2013): 584-593.

40. Uhnke, Gerald A. SAD PERSONS Scale review. Measurement and Evaluation. Counseling and Development. 1994;27(1): 325-327.

41. Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. Emergency medicine journal. 2014;31(10):796-8.

42. Ministerio de la Protección Social. Resolución No 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Comorbilidades psiquiátricas en consumidores de sustancias psicoactivas bajo tratamiento intramural: un estudio retrospectivo

Sonia Milena Caro Barbosa¹, María Isabel Castro Gómez^{1,2}

1. Médica psiquiatra – Egresada del posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque

2. Psiquiatra de servicios ambulatorios ICSN – Clínica Montserrat

Correspondencia: mariaisabelcastrogomez@gmail.com

Resumen

Introducción: El consumo de sustancias psicoactivas constituye un fenómeno creciente a nivel mundial que impacta la sociedad y la salud pública. Tanto el abuso como la dependencia de sustancias psicoactivas son trastornos mentales complejos y debilitantes que afectan a millones de vidas a nivel individual, familiar y social. Frecuentemente estos trastornos se presentan con otros trastornos psiquiátricos concomitantes, empeorando la salud individual y convirtiéndose en un problema de mayor medida.

Objetivo: El siguiente estudio se realizó con el fin de determinar la prevalencia y las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en los pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en tratamiento intrahospitalario.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Recolección de información mediante revisión documental de historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, hospitalizados en el programa de desintoxicación de la Clínica Montserrat y en el programa de deshabitación de Campoalegre, entre enero 2013 y enero 2015. Se registraron y analizaron los síntomas reportados en las historias clínicas, sugestivos de comorbilidades psiquiátricas de acuerdo con los criterios DSM-5, así como las variables sociodemográficas. Se digitó la base de datos en el programa Excel® versión 2010 y se utilizó SPSS versión 22.0 para el análisis estadístico.

Resultados: Se recolectó una muestra de 143 historias clínicas de pacientes hospitalizados en el período de estudio. Se encontró principalmente historia de consumo de múltiples sustancias. En 44% pacientes se encontró al menos una comorbilidad psiquiátrica, siendo las más frecuentes el trastorno depresivo mayor (24%), seguido de esquizofrenia (6,3%), trastorno de ansiedad (5,6%) y trastorno bipolar (4,9%). Ningún trastorno psiquiátrico comórbido en particular se asoció con una frecuencia de mayor uso de alguna sustancia específica. Se evidenció un subregistro diagnóstico de las comorbilidades psiquiátricas.

Conclusiones: El presente estudio confirma la prevalencia significativa de la psicopatología dual en los pacientes del programa de desintoxicación y deshabitación

del ICSN, concordante con lo reportado en la literatura internacional. Se debe reforzar la visualización y el reporte del diagnóstico dual ya que constituye una entidad sindrómica que suele representar un reto para el clínico.

Palabras clave: sustancias psicoactivas, patología dual, trastorno por consumo de sustancias.

Summary

Background: The use of psychotropic drugs is a growing phenomenon worldwide that impacts society and public health. Both abuse and dependence on psychotropic drugs are complex and debilitating mental disorders that affect millions of lives individually, familiarly and socially. These disorders often co-occur with other psychiatric disorders, worsening individual health and becoming a more serious problem.

Objective: The following study was conducted to determine the prevalence and the most frequent psychiatric comorbidities for inpatient treatment with psychoactive substance use disorder.

Methods: Retrospective descriptive, observational study. Data collection was performed by medical records review of patients with psychoactive substance use disorder clinical diagnosis, hospitalized in detoxication program of the Clínica Montserrat and the Campoalegre rehabilitation program, between January 2013 and January 2015. Symptoms reported in medical records, suggestive of psychiatric comorbidities according to the DSM-5 criteria, as well as sociodemographic variables of age, sex, education, marital status and occupation, were collected. The database was entered in Excel® version 2010 and statistical analysis with SPSS version 22.0 was performed.

Results: A sample of 143 medical records of hospitalized patients was collected. History of multiple substance use was mainly found and 44% of patients had at least one psychiatric comorbidity. The most frequent was major depressive disorder (24%), followed by schizophrenia (6.3%), anxiety disorder (5.6%) and bipolar disorder (4.9%). No particular psychiatric disorder was associated with increased frequency of use of any particular substance. A diagnostic underreporting of psychiatric comorbidities was evidenced.

Conclusions: The present study confirms the significant prevalence of dual psychopathology in the patients of the ICSN detoxication and cessation program, consistent with international literature reports. Detection and registration of dual diagnosis should be reinforced since it constitutes a syndromic entity that usually represents a challenge for the clinician.

Keywords: psychotropic drugs, dual pathology, substance related disorder.

Introducción

El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, conducido por los Ministerios de Salud y Justicia con el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), reportó que el porcentaje de personas que recurrieron por lo menos una vez en la vida en el uso de sustancias ilícitas; como marihuana, basuco, éxtasis o heroína; pasó de 8,6% en el año 2008 a 12,17% en el 2013 (1). De acuerdo con el Reporte de Drogas de Colombia 2015, las acciones de prevención del consumo tienen coberturas insuficientes y se ve la necesidad de ampliarlas (2).

El abuso y dependencia de sustancias, son trastornos complejos y debilitantes que continúan afectando a millones de vidas a nivel individual, familiar y sistemas sociales. La patología dual se define como la ocurrencia en un mismo individuo de un trastorno por consumo de sustancias en concomitancia con otro trastorno psiquiátrico (3). Esta psicopatología conlleva a altos costos para el sistema de salud por la refractariedad al tratamiento, el alto número de hospitalizaciones y reingresos y la cronicidad de su curso (4-7).

Este término habla más sobre un modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos, a la existencia de distintos trastornos mentales donde los síntomas psiquiátricos no son sólo producto de la neurotoxicidad ocasionada por las drogas sobre el sistema nervioso central (4). No obstante, el efecto de las sustancias psicoactivas produce cam-

bios neurobiológicos que incrementan la vulnerabilidad para desencadenar posiblemente trastornos mentales, conformando así una diátesis de ambas manifestaciones psicopatológicas.

El diagnóstico de coexistencia de enfermedad mental y abuso de sustancias ha sido una preocupación para los servicios de salud en todo el mundo (24). En las últimas décadas el número de personas que consumen sustancias combinado con problemas de salud mental ha crecido a nivel mundial convirtiéndose en un problema de salud pública y de especial interés para la Salud Mental (25). Algunos estudios muestran que entre el 30 al 50% de los individuos que tiene trastornos por uso de sustancias también tienen trastornos psiquiátricos coexistentes (8,9).

En cuanto a la comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos tanto de eje I como de eje II, estudios como el NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) financiado por el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos, ha evidenciado una alta prevalencia, especialmente con los trastornos de personalidad y trastornos de ánimo entre los que se incluyen el trastorno afectivo bipolar, el trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad (10). Se ha encontrado que hasta el 37% de los pacientes diagnosticados con alcoholismo presentarán un trastorno mental en algún momento de sus vidas, y hasta 53% de las personas con trastorno por consumo de otras sustancias (diferentes al al-

cohol) presentarán un trastorno mental, lo cual constituye cuatro veces más que las personas que no tienen trastornos por consumo de sustancias (4,7).

Trastornos psicóticos

Estudios como el ECA han mostrado la asociación entre la esquizofrenia y los trastornos por consumo de sustancias, estableciendo un riesgo cuatro veces mayor que el de la población general. Las razones, aún no bien conocidas, se relacionan probablemente con múltiples causas, como una vulnerabilidad genética, diversos factores ambientales y los efectos subjetivos de las drogas en el contexto de una función cerebral alterada en la esquizofrenia (11). Las sustancias más comunes utilizadas fueron en orden de frecuencia la nicotina, el alcohol, la cocaína y la marihuana (12).

El consumo produce un impacto negativo en el curso de la enfermedad, que se traduce en un mayor número de episodios psicóticos, una mayor gravedad de los síntomas, mayor probabilidad de hospitalizaciones frecuentes y mayor morbilidad con enfermedades médicas (11).

La alta prevalencia se ha intentado explicar desde varios puntos de vista. Las vías del sistema dopaminérgico mesocorticolímbico son compartidas tanto por la psicosis como por las conductas adictivas (13). Sobre estas bases neurobiológicas comunes para la patología dual, se ha planteado también la hipótesis de una vulnerabilidad compartida. Sin embargo, no todos los episodios psicóticos concomitantes al consumo de drogas son indicativos de esquizofrenia (11).

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar y el abuso de sustancias representan una comorbilidad frecuente, que empeora el pronóstico, la duración de los episodios agudos, los costos, eleva las tasas de suicidio y disminuye la respuesta terapéutica, en comparación con cada una de estas dos entidades de manera individual (14).

Se han propuesto diversas hipótesis para explicar las elevadas tasas de comorbilidad entre el trastorno bipolar y el abuso de sustancias. Diversos mecanismos neurobiológicos, como la implicación común de las vías dopaminérgicas, el kindling o las teorías de la automedicación, la mayor impulsividad de los pacientes bipolares o las conductas de búsqueda del placer propias de las fases maníacas, podrían explicar esta elevada comorbilidad (15).

Depresión

Los estudios epidemiológicos muestran una alta prevalencia y concurrencia entre los trastornos afectivos y el consumo de sustancias. La presencia de consumo incrementa el riesgo para depresión en 4,7 veces. De igual manera los individuos con trastorno depresivo mayor tienen 2,7 veces el riesgo de presentar trastornos adictivos (12).

Actualmente, hay diferentes propuestas que explican la naturaleza de la relación entre la depresión y el trastorno por consumo de sustancias. En los trastornos depresivos mayores (TDM) hay alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario y

en el factor liberador de corticotropina (CRF), así como en sistemas como el de las catecolaminas, la serotonina, el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y el glutamato. La neuroadaptación asociada al uso crónico y continuado de tóxicos está asociada a disfunciones en estos circuitos de neurotransmisión, especialmente en estados de abstinencia aguda (16).

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos de pánico y los trastornos por estrés pos traumático se han asociado con uso de sustancias (17). Los trastornos de ansiedad pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos por uso de sustancias y la presencia de estos modifica la presentación y el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Es posible que el uso de sustancias pueda enmascarar una vulnerabilidad o llevar a cambios neurobiológicos que se manifiesten como un trastorno de ansiedad (17).

Las hipótesis explicativas entre estas dos comorbilidades obedecen a alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario y en el factor liberador de corticotropina (CRF), así como en sistemas como el de las catecolaminas, la serotonina, el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y el glutamato, tal como se mencionó en el caso del trastorno depresivo (16,18).

Se ha evidenciado una alta co-ocurrencia de los trastornos por uso de sustancias con el trastorno por estrés posttraumático, con un aumento del riesgo de 2 a 4 veces (17).

Respecto a las sustancias usadas, la asociación de los trastornos de ansiedad es mayor con sustancias ilícitas que con alcohol; y la probabilidad es mayor para abuso que para dependencia. Los trastornos por uso de cannabis son los más comunes, seguidos por trastornos por uso de cocaína, anfetaminas, alucinógenos y sedantes en los individuos con trastornos de ansiedad (17). Sin embargo, esta asociación con el tipo de sustancia ha variado en diferentes estudios y con el tipo de trastorno de ansiedad (19).

Personalidad

En relación con rasgos de personalidad se ha encontrado asociación entre la impulsividad, el antagonismo y la búsqueda de sensaciones diferentes entre los adolescentes con el uso de sustancias. Los dos primeros rasgos se han relacionado más con uso de sustancias ilegales y el posterior desarrollo de abuso o dependencia a ellas. Otro rasgo asociado a uso de sustancias es el bajo nivel de capacidad hedónica (20).

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Existe una sólida interrelación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los trastornos por uso de sustancias. La presencia de esta patología dual empeora la presentación clínica, la evolución y el pronóstico de ambos trastornos comórbidos. Existe evidencia que el TDAH es un factor de riesgo independiente para desarrollar abuso o dependencia de nicotina, alcohol u otras sustancias. La mayoría de

datos sugieren que no hay diferencias de género en la comorbilidad (21).

Estudios de neuroimagen han permitido identificar anormalidades funcionales y estructurales en diferentes áreas cerebrales, como los sistemas fronto-subcorticales o el circuito cíngulo-frontal-parietal, que también están involucrados en la neurobiología de los trastornos por consumo de sustancias. El déficit de recompensa característico del TDAH se manifiesta por la aversión al retraso de la gratificación y por la preferencia por pequeñas recompensas inmediatas. Esto podría estar mediado por la menor disponibilidad de los receptores dopaminérgicos D2/D3 y del transportador de dopamina en sujetos con TDAH en dos regiones cerebrales claves para los sistemas de recompensa y motivación, el núcleo accumbens y el cerebro medio (21).

El interés científico de la siguiente investigación radica en la importancia de recopilar y analizar la información de los individuos con trastorno de consumo de sustancias asociado a comorbilidades psiquiátricas. Pudiendo identificar y tratar las comorbilidades, beneficiaría el pronóstico de las personas que presentan un diagnóstico dual disminuyendo los riesgos de hospitalización prolongada y de recaídas.

El presente estudio se realiza con el fin de determinar la prevalencia de la patología dual y las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes en una cohorte de pacientes que recibieron tratamiento hospitalario por su trastorno por consu-

mo de sustancias en un centro de remisión psiquiátrica de la ciudad de Bogotá.

Métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, mediante revisión documental de historias clínicas. Adicionalmente se realizó un análisis exploratorio de variables asociadas.

Población y muestra

Se realizó la recolección de datos de las historias clínicas en los archivos del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (Bogotá, Colombia), de pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (CIE-10: F10 a F19), en el periodo comprendido entre enero de 2013 y enero de 2015.

Se incluyeron pacientes de ambos géneros, con edades comprendidas desde los 13 y los 80 años que ingresaron al programa de desintoxicación intrahospitalaria en la Clínica Montserrat (Bogotá D.C.) y al programa de deshabitación en el Centro Campoalegre en modalidad interna y ambulatoria (Cota, Cundinamarca).

Procedimiento

La información se recolectó a través de la revisión documental de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Se regis-

traron los diagnósticos reportados en las historias clínicas y adicionalmente se realizó una búsqueda activa de síntomas en los relatos de las historias clínicas, que cumplieran con los criterios diagnósticos de patologías mentales de acuerdo con el manual diagnóstico DSM-5 (22). De igual manera se incluyeron variables sociodemográficas como: edad, estado civil, género, escolaridad y ocupación. Se digitó la información a una base de datos en el programa Excel®.

Análisis estadístico

Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, así como frecuencias y proporciones para las variables cualitativas. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para el análisis bivariado exploratorio. Se realizó el análisis estadístico con el software SPSS versión 21®.

Resultados

Se recolectó una muestra de 143 historias clínicas de pacientes hospitalizados en el período definido. Del total de pacientes evaluados, 83,9% (n= 120) fueron de género masculino. El promedio de edad fue de 35 años con una desviación estándar de ± 17 años (mín: 3 años; máx: 88 años). En cuanto al estado civil se encontró mayor presencia de pacientes solteros (58%) seguidos por los pacientes casados (21%), separados (11%) y en unión libre (7%). Hubo una mayor proporción de pacientes con escolaridad definida como bachillerato completo (24%) seguidos por pacientes profesionales (16%) (Tabla 1).

En cuanto a la distribución de la ocupación, se encontró que los hombres eran más frecuentemente empleados, estudiantes y pensionados; mientras que las mujeres eran cesantes o dedicadas al hogar con mayor frecuencia. Con respecto a la distribución de sexo en los diferentes trastornos por consumo, se observó una mayor proporción en el grupo de las mujeres del trastorno por consumo de múltiples sustancias, seguido de estimulantes y opioides. En contraste, el trastorno por consumo de alcohol y cannabis fue más frecuente en los hombres. En cuanto a las comorbilidades se encontró en mayor proporción de trastorno depresivo mayor, sin diferencias entre hombres y mujeres.

Frente a los diagnósticos relacionados con el motivo de ingreso al programa de desintoxicación y deshabitación, se encontró que el trastorno por consumo de múltiples sustancias fue el más frecuente, presentándose en 39,9% de los pacientes (n=57). El trastorno por consumo de alcohol fue el segundo más frecuente, en 36,4% (n=52), seguido del trastorno por consumo de cannabis con 15,4% (n=22).

En relación con la evaluación de posible patología dual, en 44% (n=63) de los pacientes se encontró al menos una comorbilidad psiquiátrica. Las comorbilidades más frecuentes fueron el trastorno depresivo mayor en un 24% (n=35) de los casos, seguido por la esquizofrenia (6,3%, n=9), el trastorno de ansiedad (5,6%, n=8), trastorno bipolar (4,9%, n=7), trastornos de la conducta (1,4%, n=2) y trastorno por déficit de atención

Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas

		n	(%)
Sexo	Femenino	23	(16,1)
	Masculino	120	(83,9)
Estado civil	Casado	30	(21)
	Separado	17	(11,9)
	Soltero	84	(58,7)
	Unión libre	10	(7)
	Viudo	2	(1,4)
Escolaridad	Primaria completa	8	(5,6)
	Bachillerato incompleto	13	(9,1)
	Bachillerato completo	46	(32,2)
	Técnico	8	(5,6)
	Universitario incompleto	23	(16,1)
	Profesional	35	(24,5)
	Especialización	9	(6,3)
Ocupación	Maestría	1	(0,7)
	Cesante	32	(22,4)
	Empleado	42	(29,4)
	Estudiante	34	(23,8)
	Hogar	4	(2,8)
	Independiente	19	(13,3)
	Pensionado	12	(8,4)

con hiperactividad (TDAH) (0,7%, n=1). Cabe resaltar que en más de la mitad de los casos (55,9%, n=80) no se encontraron criterios para ningún diagnóstico psiquiátrico asociado.

La comorbilidad más frecuente encontrada en el trastorno por consumo por alcohol, fue el trastorno depresivo, así como el trastorno por consumo de hipnóticos. Se observó en el trastorno por consumo de cannabis una comorbilidad frecuente con trastornos psicóticos y trastornos del afecto. En el

trastorno por consumo de estimulantes la patología psiquiátrica más frecuente fue el trastorno bipolar (Tabla 2). Adicionalmente, se encontró una mayor proporción de consumo de sustancias en pacientes de género masculino y en solteros o en unión libre; mientras que en pacientes de género femenino hubo mayor consumo en personas separadas y viudas ($p=0,019$).

En el análisis bivariado exploratorio se encontró que la edad de los pacientes que consumen múltiples sustancias es

Tabla 2. Comorbilidades según tipo de sustancia

	Alcohol	Alucinógeno	Cannabis	Estimulantes	Hipnóticos	Múltiples sustancias	Opioides	Total
Comorbilidad	n	n	n	n	n	n	n	n (%)
Trastorno depresivo	21	0	5	0	2	6	1	35 (24,5)
Esquizofrenia	0	0	2	0	0	7	0	9 (6,3)
Ansiedad	3	0	0	0	2	3	0	8 (5,6)
Trastorno bipolar	5	0	0	1	0	1	0	7 (4,9)
Trastorno conducta	0	0	1	0	0	1	0	2 (1,4)
Déficit de atención	0	0	0	0	0	1	0	1 (0,7)
Disforia de género	0	0	1	0	0	0	0	1 (0,7)
Sin comorbilidad	23	1	12	2	1	38	3	80 (55,9)
Total n (%)	52 (36,4)	1 (0,7)	21 (14,7)	3 (2,1)	5 (3,5)	57 (39,9)	4 (2,8)	143 (100)

significativamente menor que aquellos con diagnóstico de consumo de única sustancia ($p=0,0001$). No hubo diferencias en la edad de aquellos con o sin comorbilidades. Ningún trastorno psiquiátrico comórbido en particular se asoció con una frecuencia de mayor uso de alguna sustancia específica.

Adicionalmente, se observó una asociación entre el consumo de una única sustancia y la presencia de comorbilidad, casi triplicando el riesgo ($OR=2,7$; $IC95\%=1,33-5,49$) ($p=0,006$), de tal manera que el tener consumo de múltiples sustancias tuvo menor riesgo de presentar comorbilidad psiquiátrica ($OR=0,36$; $IC95\%=0,18-0,75$) (Tabla 3).

Tabla 3. Relación de riesgo entre consumo de sustancias y comorbilidad

	Comorbilidad		Valor P	Odds Ratio	Intervalo de confianza 95%
	Si	No			
Única sustancia	46 (73,0)	40 (50,0)	0,006	2,7	1,33 - 5,49
Múltiples sustancias	17 (27,0)	40 (50,0)			

Discusión

Según la APA (*American Psychiatric Association*) y la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-5), los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases distintas de sustancias adictivas incluyendo el alcohol, el cannabis, la ca-

feína, alucinógenos, inhalantes, analgésicos, sedantes, hipnóticos, estimulantes, cocaína, tabaco y otras sustancias desconocidas (3). De acuerdo con lo encontrado en el presente estudio, las principales sustancias psicoactivas identificadas asociadas al trastorno por consumo fueron el alcohol y la marihuana. Sin embargo, la presencia de policonsumo es

frecuente en esta muestra. En contraste, la perspectiva de ver la patología adictiva como relacionada a una sustancia específica, incluyendo en el diagnóstico la sustancia relacionada como parte del diagnóstico, o como causa del trastorno es controversial.

En cuanto a las características sociodemográficas identificadas, se podría realizar un perfil del consumidor que asiste al programa de desintoxicación de la clínica Montserrat y deshabitación del Centro Campoalegre, donde se identifica con típicamente a hombres, entre los 17 y 51 años, solteros, con estudios completos de bachillerato, quienes se encontraban empleados al momento del ingreso.

Los trastornos por uso de sustancias frecuentemente ocurren con otros trastornos psiquiátricos, combinación a la que suele denominarse patología dual. Este término habla más sobre un modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos, a la existencia de distintos trastornos mentales donde los síntomas psiquiátricos no son sólo producto de la neurotoxicidad ocasionada por las drogas sobre el sistema nervioso central (4).

La investigación ha demostrado que alrededor del 30% de las personas que son diagnosticadas con una enfermedad mental también tendrá que luchar con un problema adicción a lo largo de su vida, mientras que el 37% de las personas que abusan del alcohol y 53% de las personas que abusan de las drogas serán diagnosticadas con una enfermedad mental durante su vida (7). Nos-

otros encontramos que hasta el 44% de los pacientes con un trastorno por consumo, también cumplían criterios para otro trastorno mental, dato concordante con estudios previos (4,7). Cabe anotar que este valor podría estar subestimado, dado el método de diagnóstico utilizado, retrospectivo y mediante registros clínicos, claramente no tiene la misma sensibilidad que una entrevista clínica, lo cual constituye una limitación del presente estudio.

Respecto a las patologías psiquiátricas, se encuentran estudios que han mostrado la asociación entre la esquizofrenia y los trastornos por consumo de sustancias, estableciendo un riesgo cuatro veces mayor que el de la población general. Las razones, aún no bien conocidas, se relacionan probablemente con múltiples causas, como una vulnerabilidad genética, diversos factores ambientales y los efectos subjetivos de las drogas en el contexto de una función cerebral alterada en la esquizofrenia (23). De igual manera, el trastorno bipolar y el abuso de sustancias representan una comorbilidad frecuente, lo cual empeora el curso clínico, la duración de los episodios agudos, los costos, eleva las tasas de suicidio y disminuye la respuesta terapéutica, en comparación con cada una de estas dos entidades de manera individual (14). Respecto a los trastornos afectivos, los estudios epidemiológicos muestran alta prevalencia del trastorno depresivo mayor y la presencia de consumo de sustancias. La presencia de consumo incrementa el riesgo para depresión en 4,7 veces. De igual manera los individuos con trastorno depresivo mayor tienen

2,7 veces el riesgo de presentar trastornos adictivos (12). Aunque este no es un estudio poblacional, estos datos son concordantes con la alta frecuencia de trastorno depresivo encontrado en este estudio.

Los datos encontrados en el presente estudio evidenciaron una elevada prevalencia de diagnóstico dual entre los participantes del programa de desintoxicación – deshabitación, predominando los trastornos del afecto y los trastornos psicóticos como principales comorbilidades. Sin embargo, ningún trastorno psiquiátrico en particular se asoció con una frecuencia de uso mayor para alguna sustancia específica.

Fue llamativo que en este estudio la presencia de un mínimo porcentaje de TDAH, ya que existe una sólida interrelación entre este trastorno y los trastornos por uso de sustancias. Sin embargo, este hallazgo puede ser un error de medición, dado que este estudio es retrospectivo y pudo haber ausencia de reporte del diagnóstico o de los síntomas propios del TDAH en la historia clínica. La presencia de esta patología dual empeora la presentación clínica, la evolución y el pronóstico de ambos trastornos comórbidos. Existe evidencia que el TDAH es un factor de riesgo independiente para desarrollar abuso o dependencia de nicotina, alcohol u otras sustancias. La mayoría de datos sugieren que no hay diferencias de género en la comorbilidad (24).

En este estudio encontramos una asociación entre el trastorno por consumo

de múltiples sustancias y el menor riesgo de patología dual, que sugiere explorar como un posible factor de riesgo. Sin embargo también hay que mencionar que este pudo ser un efecto confusor de la edad, ya que el grupo de múltiples sustancias era de menor edad. Adicionalmente, dado el diseño del estudio descriptivo y no analítico, este es un dato exploratorio, del que no es posible establecer una relación causal entre el policonsumo y el diagnóstico dual. Esto tampoco, hasta nuestro conocimiento, ha sido encontrado por otros estudios, por lo cual puede ser una pregunta para nuevas investigaciones futuras.

Desde la perspectiva de salud pública se entiende la dependencia a las drogas como una enfermedad crónica, que debe ser tratada como cualquier otra condición crónica. Combinaciones creativas de psicoterapias centradas en la palabra, terapia de comportamiento e intervenciones farmacológicas pueden ofrecer un tratamiento más eficaz para la patología dual (25). A diferencia de la farmacoterapia, los tratamientos psicoterapéuticos para los trastornos por consumo de sustancias no son específicos de una sustancia particular, así como lo es la psicopatología adictiva. El tratamiento debe ser integrado con un énfasis en la participación activa de los pacientes y la consejería motivacional (8,26). El diagnóstico dual o de las comorbilidades psiquiátricas, se constituye en una entidad sindrómica, que suele representar un reto para el clínico, el cual, cuando no es identificada oportunamente, puede comprometer el ingreso a un tratamiento, así como el pronóstico.

Referencias

1. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INFORME FINAL [Internet]. 2014 [cited 2020 Dec 7]. Available from: www.odc.gov.co
2. Reporte de Drogas de Colombia 2016 [Internet]. Bogotá D.C.; 2016 [cited 2018 May 5]. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/ODC0100322016_reporte_drogas_colombia_2016.pdf
3. American Psychiatric Association. Cautionary Statement for Forensic Use of DSM-5. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
4. Rowles BM, Ellington A, Tarr AR, Hertzler JL, Findling RL. Comorbidity and treatment in substance use disorders. *Int Public Heal J*. 2015;7(2):179–90.
5. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia. Reporte de Drogas de Colombia 2015 [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 7]. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD0100311215_reporte_de_drogas_de_colombia.pdf
6. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas. 2013.
7. Skinner WJW, O'grady CP, Bartha C, Parker C. Concurrent substance use and mental health disorders An information guide [Internet]. 2004 [cited 2020 Dec 7]. Available from: <http://store.camh.net>
8. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions [Internet]. Vol. 61, Archives of General Psychiatry. Arch Gen Psychiatry; 2004 [cited 2021 Mar 19]. p. 807–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15289279/>
9. Jané-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: A review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2021 Mar 19];25(6):515–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132571/>
10. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III) | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) [Internet]. [cited 2020 Dec 7]. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/research/nesarc-iii>
11. Szerman N, Álvarez Vara C, Casas M, editors. Patología dual en Esquizofrenia - Opciones terapéuticas. Barcelona: Editorial Glosa; 2007.

12. Seelye EE. Textbook of Substance Abuse Treatment. Am J Psychother [Internet]. 1995 Apr 30 [cited 2020 Dec 7];49(2):300–1. Available from: <http://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.psychotherapy.1995.49.2.300>
13. Green TA, Brown RW, Phillips SB, Dwoskin LP, Bardo MT. Locomotor stimulant effects of nornicotine: Role of dopamine. Pharmacol Biochem Behav. 2002 Dec 1;74(1):87–94.
14. Farren CK, Hill KP, Weiss RD. Bipolar disorder and alcohol use disorder: A review [Internet]. Vol. 14, Current Psychiatry Reports. Curr Psychiatry Rep; 2012 [cited 2020 Dec 7]. p. 659–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22983943/>
15. Patología Dual Protocolo de Intervención Trastorno bipolar [Internet]. Barcelona; 2016 [cited 2021 Mar 19]. Available from: <https://www.patologiadual.es/docs/protocolos/6-PDUAL-trans-bipolar.pdf>
16. Patología Dual Protocolo de Intervención Depresión [Internet]. Barcelona; 2016 [cited 2021 Mar 19]. Available from: <https://www.patologiadual.es/docs/protocolos/3-PDUAL-ansiedad.pdf>
17. Brady KT, Haynes LF, Hartwell KJ, Killeen TK. Substance use disorders and anxiety: A treatment challenge for social workers. Soc Work Public Health [Internet]. 2013 May 1 [cited 2021 Mar 19];28(3–4):407–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23731428/>
18. Patología Dual Protocolo de Intervención Ansiedad [Internet]. Barcelona; 2016 [cited 2021 Mar 19]. Available from: <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/1-pdual-depression.pdf>
19. Langås AM, Malt UF, Opjordsmoen S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area - a clinical study. BMC Psychiatry [Internet]. 2011 Feb 12 [cited 2021 Mar 19];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21314980/>
20. Gunnarsson M, Petter Gustavsson J, Tengström A, Franck J, Fahlke C. Personality traits and their associations with substance use among adolescents. Pers Individ Dif. 2008 Oct 1;45(5):356–60.
21. Elejalde JG, Hurtado RD, Arango C. Patología Dual Protocolo de Intervención TDAH [Internet]. Barcelona; 2014 [cited 2021 Mar 19]. Available from: www.conlicencia.com;
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
23. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Bos-Cucuruli E, Casas M. Patología dual en esquizofrenia. Protocolos de intervención en Patología dual. Barcelona: Editorial Glosa; 2016.

24. Martínez-Raga J, Knecht C. Patología Dual. Protocolos de Intervención en TDAH. 2012.
25. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders [Internet]. Vol. 37, Addictive Behaviors. Addict Behav; 2012 [cited 2020 Dec 7]. p. 11–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21981788/>
26. Wu LT, Gersing K, Burchett B, Woody GE, Blazer DG. Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: Findings from a large electronic health records database. J Psychiatr Res [Internet]. 2011 [cited 2021 Mar 19];45(11):1453–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21742345/>.

Percepción del estigma como violencia social en pacientes con enfermedad mental y sus familiares

Daniel Arias Rojas¹, Diego Felipe Fonseca Perdomo¹

1. Médico psiquiatra – Docente del posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque
Correspondencia: diegofelipe.fonseca@gmail.com

Resumen

Introducción: El escaso conocimiento sobre los temas de salud mental en relación al estigma y auto estigma afecta al paciente y sus familiares. Se establece un estereotipo de personas con unas características en particular, la cual si se hace de manera desfavorable se emiten juicios y situaciones de desprestigio, que se consideran negativas y representa un prejuicio; todo esto generando la negación de los derechos de las personas, que se evidencia en comportamientos y/o prácticas de exclusión, lo que se entiende como discriminación. En Colombia no hay suficientes estudios sobre el tema, y los que existen se centran en la discriminación a las personas con trastornos mentales.

Objetivo: Medir la percepción del estigma como violencia social en los pacientes con enfermedad mental y sus familias.

Métodos: Es un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar y a sus familiares. Cada entrevista se realizó con base en un cuestionario en donde se indaga acerca de la percepción del estigma y los dominios asociados. El análisis se hizo mediante comparación sistemática, y el análisis final por codificación selectiva integrando los conocimientos en una categoría principal: conocimientos y actitudes frente al estigma; subcategoría: violencia social.

Resultados: En la categoría principal se observó que todos los pacientes han sido estigmatizados en más de un campo del funcionamiento. Los pacientes desconocen la existencia del estigma y la justifican como características de la enfermedad. En los familiares hay mayor percepción de la condición, considerando que es tanto víctima como responsable e igualmente se sienten estigmatizados. En la subcategoría, no se encontró la percepción del estigma como una forma de violencia social.

Conclusión: Aunque se tiene bajo conocimiento del tema, el estigma sí es percibido de manera frecuente entre los pacientes y familiares. Sin el reconocimiento del estigma es difícil percibirlo como una forma de violencia social.

Palabras clave: estigma, violencia social, enfermedad mental

Summary

Introduction: The poor knowledge about mental health problems in relation to stigma and self-stigma affects the patient and their family members. A stereotype of

people with particular characteristics is established, which if it is done unfavorably, judgments and situations of discredit are issued, which are considered negative and represents a prejudice; all this generating the denial of the rights of people, which is evident in behaviors and / or practices of exclusion, which is understood as discrimination. In Colombia there are not enough studies on the subject, and those that exist focus on discrimination against people with mental disorders.

Objective: To measure the perception of stigma as social violence in patients with mental illness and their families.

Methods: This is a qualitative study using semi-structured interviews with patients diagnosed with schizophrenia or bipolar affective disorder and their relatives. Each interview was carried out based on a questionnaire where the perception of stigma and associated domains is investigated. The analysis was made by systematic comparison, and the final analysis by selective coding integrating knowledge into one main category: knowledge and attitudes towards stigma; subcategory: social violence.

Results: In the main category it was observed that all the patients have been stigmatized in more than one field of functioning. Patients are unaware of the existence of stigma and justify it as characteristics of the disease. In the relatives there is a greater perception of the condition, considering that it is both victim and responsible and they also feel stigmatized. In the subcategory, the perception of stigma as a form of social violence was not found.

Conclusion: Although the subject is poorly understood, stigma is frequently perceived among patients and family members. Without the recognition of stigma, it is difficult to perceive it as a form of social violence.

Keywords: stigma, social violence, mental disease

Introducción

Las personas que tienen como diagnóstico clínico un trastorno mental enfrentan situaciones y limitaciones en diferentes aspectos que se verán reflejados en su actuar y en sus interacciones diarias. Los trastornos mentales pueden tratarse y controlarse con un tratamiento adecuado. Los medicamentos y las intervenciones son cada vez más específicas, en las que además de la intervención farmacológica, se realizan tratamientos psicoterapéuticos, apoyo familiar y socio-laboral. Actualmente, con una detección temprana y atención oportuna la

mayoría de las personas se pueden recuperar con tratamiento ambulatorio, otras necesitan estancias hospitalarias cortas y una muy pequeña proporción necesitan de cuidado hospitalario prolongado (1).

El desconocimiento sobre la salud mental y la prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales hace que muchas personas y sus familias no accedan a los servicios de atención debido al estigma y al autoestigma. A través de la historia se ha demostrado que las personas con trastornos mentales han sido

marcadas o etiquetadas como “indeseadas”, marca conocida como estigma (2). De esta forma se consolida un estereotipo de un grupo de personas con una característica en particular, que condensa juicios, posiciones y situaciones de desprestigio y negativas hacia las personas que portan este rasgo particular. De esto derivan formas de violencia social activa y pasiva. Frecuentemente se produce la negación de los derechos de las personas estigmatizadas, que se evidencia en comportamientos y/o prácticas de exclusión o marginación, lo que se entiende como discriminación (3,4).

El estigma y sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales deben entenderse tanto desde la perspectiva de la persona que lo impone (perpetrador), como desde la persona blanco de la estigmatización (víctima). A la experiencia vivida por las personas, que portan la característica estigmatizada, en las interacciones con otras personas se le denomina estigma percibido. A la opinión negativa sobre sí misma de la persona que padece el trastorno mental se le llama autoestigma (5).

Se han realizado varios estudios en la población en general sobre la percepción acerca de las personas con trastornos mentales. La perspectiva de las personas con trastornos mentales en relación a las experiencias de discriminación es frecuente. Por lo menos el 50% de las personas informaron de un evento negativo relacionado con el trastorno mental, y hasta 64% reportó un estigma anticipado ante la solicitud de trabajo o ingreso a instituciones de educación (6). En el Rei-

no Unido, un grupo de 74 pacientes con criterios de esquizofrenia informaron que frecuentemente se habían sentido estigmatizados (94%) y discriminados (59%) (7). En Ghana se observó que un 34-55% de los participantes respondieron de forma prejuiciosa al cuestionario relacionado con las personas que tenían algún trastorno mental, y alrededor del 66% de un grupo se sintieron estigmatizados o discriminados (8). En relación con las razones para la estigmatización, según algunos estudios, la actitud negativa frente a las personas con trastornos mentales se relaciona con el desconocimiento al respecto o que los observadores no acepten estos trastornos como enfermedades (50%), la acusación de incompetencia (47%) y la percepción de peligrosidad (7). Una encuesta realizada en un grupo de 23 personas con trastorno depresivo mayor, se encontró que el estigma percibido se relacionaba con que los demás consideraban que su condición era resultado de la autoinducción y la falta de control sobre los síntomas, expresando además que era indeseable y amenazante estar cerca de ellos (9).

El estigma y la discriminación son más evidentes y frecuentes en los trastornos que producen síntomas más perturbadores e incapacitantes, como los trastornos del espectro de la esquizofrenia: los relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos del estado del ánimo como la depresión o el trastorno afectivo bipolar (5).

Las fuentes de estigma y discriminaciones pueden ser diversas, algunos pacientes informan que personas de la

comunidad son la principal fuente de discriminación (61 %), los medios de comunicación (43%), los supervisores o empleadores (36%) (7) familiares (43%), compañeros de trabajo (43%), profesionales de la salud e incluso la pareja (27%) (6). En un estudio colombiano se encontraron las fuentes de discriminación anteriores y algunos familiares manifestaron sentirse estigmatizados por el trastorno de su pariente (11).

El desconocimiento de las causas de los trastornos mentales se observa tanto en la población general como en las personas que los sufren y quienes los cuidan. En un estudio realizado entre pacientes y acompañantes, se les preguntó por la causa que atribuían a los trastornos mentales, encontrando que se relacionan al consumo de alcohol y otras sustancias (96%), enfermedades cerebrales (93%), posesiones de espíritus malignos (83%), eventos psicológico estresantes (76%), factores familiares o genéticos (48%), pobreza (43%), castigo de Dios (22%) y factores biológicos (33%) (12). Un alto porcentaje de la comunidad general y de algunos especialistas no psiquiatras no consideran los trastornos condiciones biomédicas sino respuestas desadaptadas ante eventos vitales (13,14).

El estigma, el prejuicio y la discriminación son cargas adicionales que deben llevar las personas que sufren un trastorno mental, las familias y las personas e instituciones que les brindan cuidados en salud (16). El estigma y el autoestigma guarda relación directa con la gravedad de los síntomas, pero es independiente del diagnóstico formal (17). Esto genera

en las personas que oculten con frecuencia sus síntomas (8, 18), no busquen ayuda profesional, rechacen el diagnóstico clínico y no sigan el tratamiento (11, 17), provocando demoras en el diagnóstico y el tratamiento, lo que no solo prolonga el sufrimiento de las personas que lo padecen, sino también el de sus familias y las comunidades (18,19). El impacto negativo del estigma de los trastornos mentales puede ser más devastador que el trastorno mismo (20).

Las consecuencias negativas del estigma no solo afectan a las personas con trastornos mentales, sino también a las que los rodean (familia) por las tensiones que experimentan, por su tendencia a alejarse de su vida social por convertirse en cuidadores. La rehabilitación integral de las personas con trastornos mentales y sus familias no solo depende del sector salud, sino también que los diferentes sectores transformen sus estereotipos, prejuicios y conductas discriminativas en relación a la salud mental (1).

De esta forma, este estudio pretende conocer la percepción que tienen los pacientes con enfermedad mental y sus familias sobre el estigma como acto de violencia social.

Métodos

Tipo de estudio

Se trata de una investigación cualitativa, orientada en diseño de teoría fundamentada y fenomenología, que usa como herramienta para obtención de datos una entrevista semi estructurada.

Tabla 1. Diferencias entre estigma y autoestigma.

	Estigma	Autoestigma
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia).
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, rabia).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades, rechazo a buscar ayuda).

Tomado de: La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia completa basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol 38, 2008.

El abordaje por medio de una entrevista semi estructurada permite realizar una investigación más abierta y flexible en comparación con las entrevistas estructuradas.

Población y muestra

Se realizó un muestreo no aleatorio por conveniencia, intencional y no probabilístico de pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de la Clínica Montserrat y sus familiares. No se calculó tamaño de muestra, dado el diseño del estudio.

Los criterios de inclusión para los pacientes fueron: mayores de edad, diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar realizado por un psiquiatra cumpliendo con los criterios del DSM-5. Y para los familiares: mayores de edad, familiares de pacientes con los diagnósticos previamente mencionados. Los cri-

terios de exclusión fueron: estar en fase aguda de la enfermedad, de acuerdo con diagnóstico del médico tratante.

Procedimiento

Previa revisión de la historia clínica para verificar criterios de elegibilidad para el estudio, se procedió realizar el procedimiento de consentimiento informado, explicando a cada sujeto la naturaleza de la investigación, la metodología a usar, los beneficios esperados de la misma, así como los riesgos y las medidas que se tomaron para minimizarlos y finalmente la resolución de todas las dudas y preguntas que tuvieron. Posteriormente se firmó el documento de consentimiento informado.

Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores. Para cada sujeto se asignó un número serial de uno a diez, de acuerdo al orden en el que fueron rea-

lizadas las entrevistas. Estas se llevaron a cabo en los consultorios del servicio de consulta externa de la Clínica Montserrat y tuvieron una duración de alrededor de 30 minutos. Las entrevistas fueron registradas en el instrumento de recolección de información y en grabación de audio en formato digital para su posterior transcripción y análisis.

Cada una de las entrevistas se desarrolló con base en un cuestionario base que invitaba a los participantes a hablar acerca de la percepción del estigma. Los dominios evaluados incluyeron la exposición de conocimientos mediante ejemplos, experiencias previas; las actitudes mediante conocimientos o experiencias y las prácticas encaminadas a disminuir o atenuar el problema.

Plan de análisis

Análisis cuantitativo

El análisis estadístico de las variables contempladas en el presente estudio se llevó a cabo descriptivamente utilizando medias, medianas junto con sus respectivas medidas de dispersión en las variables continuas y porcentajes para las variables categóricas.

Análisis cualitativo

El material utilizado para el análisis cualitativo corresponde a las transcripciones de las entrevistas realizadas. Para efectos de la protección de la confidencialidad, se omitieron palabras que permitieran la identificación del paciente o sus familiares.

El análisis se hizo mediante comparación sistemática y el análisis final por codificación selectiva integrando los conocimientos en una categoría principal: “Conocimientos y actitudes frente al estigma”, y una subcategoría: “Violencia social”.

Para facilitar la gestión del material de trabajo, la manipulación de los códigos dentro de las transcripciones y para evaluar aspectos como las frecuencias de citación y la relación entre las diferentes categorías, se utilizó el software de análisis de datos cualitativos Atlas.ti.

Aspectos Éticos

La realización del presente trabajo se adecúa a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su última actualización en Fortaleza, Brasil, de octubre de 2013.

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación C.E.I. Campo Abierto.

Resultados

Se realizaron un total de 10 entrevistas a 10 sujetos, seis de ellos pacientes y cuatro familiares. Todos los sujetos vivían en la ciudad de Bogotá y pertenecían a los estratos 3, 4, 5 y 6. Solo uno de los pacientes del grupo de trastorno afectivo bipolar era estudiante, cuatro eran cesantes y uno trabajaba desde su casa en empleo informal.

La distribución por género fue siete hombres, de los cuales cinco eran pa-

cientes. Las restantes tres mujeres sólo una era paciente. En cuanto al diagnóstico de los pacientes, tres tenían trastorno bipolar en eutimia y tres esquizofrenia.

Análisis por categoría principal: Conocimientos y actitudes frente al estigma

En todos los casos se observó que el 100% de los entrevistados habían experimentado algún tipo de discriminación, siendo esta estigmatización en al menos un campo de su funcionamiento. Sin embargo, la constante fue que se presentó en más de uno de estos campos de funcionamiento, siendo en orden de frecuencia el siguiente: social, laboral, familiar y, ocasionalmente, por el personal de salud.

Los pacientes desconocían la existencia del estigma y en su mayoría la justifican como características asociadas a la enfermedad, o como parte de sus preferencias.

Los pacientes relacionaban el tiempo de evolución de la enfermedad en tiempo total de años, con una resignación frente a la presentación del estigma y consideraban por medio de esta resignación que era algo “normal” de la enfermedad.

En cuanto a las entrevistas realizadas al grupo de los familiares, hubo mayor percepción de la condición estigmatizante. Consideraban que su familiar era tanto víctima, como responsable de la situación y que este estigma era extensivo al grupo familiar, que también ya que se sentían estigmatizados, por lo que experimentaban rabia y cansancio. Sin em-

bargo, los familiares refirieron no sentirse responsables de la generación del estigma.

Análisis por subcategoría: Violencia social

En los pacientes se percibió la presencia de estigma; sin embargo, estas señales de estigmatización no fueron percibidas por los pacientes como una forma de violencia social. Explicaban que los actos que para ellos definían la violencia social eran solamente los que están ligados a conductas físicas y comportamientos agresivos.

Lo descrito por los familiares de los pacientes con enfermedad mental mostraban similitudes con los hallazgos de los pacientes. Ellos identificaban la violencia social como los hechos que tienen que ver con el conflicto armado del país y no relacionan la violencia social con la estigmatización que sufren sus familiares.

A pesar de esta percepción, en el discurso tanto de los pacientes y los familiares se encontraron claros ejemplos de actos de violencia social a juicio de los investigadores.

Discusión

Con los resultados obtenidos se pretende realizar una aproximación a las representaciones culturales del estigma y frente a este, la percepción de ser víctima del mismo como una manera de ser víctima de violencia social. En relación con ello se abordan como eje las creencias en

cuanto a la definición de estigma, la definición de violencia social y su relación entre sí cuando se presenta una condición de enfermedad mental.

Para cumplir esta meta, se dividió el análisis en categorías específicas. La comparación con estudios previos es un paso clave en el propósito de mantener el proceso de triangulación, aspecto crítico en estudios cualitativos.

Se procedió al análisis de las narrativas, lo que constituye la dimensión interpretativa y fenomenológica del presente estudio y con lo cual se pretende darles sentido y vida a las experiencias de los entrevistados. Dicho análisis se hiló teniendo en cuenta el desarrollo cronológico del cuadro, la evolución natural de la enfermedad, la percepción de estigma por cada una de las áreas del funcionamiento personal y posteriormente la relación de la presencia de este estigma como manera de violencia social contextualizando siempre al entorno cultural, intentando encontrar significados a los relatos y buscando entender a partir de ellos, la nociones en torno a la salud y la enfermedad, las expectativas y las opiniones frente a la atención médico psiquiátrica y además permite realizar una aproximación al sufrimiento que hay implícito.

Según estos resultados se debe tener en cuenta que este tema del estigma y de violencia social es un tema con una alta sensibilidad al entorno cultural. Es también llamativo el hecho de que no se encontró ninguna correlación entre la

presencia del estigma y que no se considere como violencia social, lo que incluye variables como género o edad del paciente y familiares, y aspectos como la caracterización de los síntomas, los tratamientos buscados y las consecuencias del cuadro.

El hecho de no encontrar un camino que conecte las concepciones acerca del estigma y su relación con hechos que lo expliquen como una manera de violencia social, sugiere que buena parte del proceso de la enfermedad está mediado más por la incertidumbre y la impotencia que por claras convicciones.

Los hallazgos de esta investigación en cuanto al desconocimiento del estigma son semejantes a los reportados en la literatura; sin embargo, aunque se tenga bajo conocimiento del tema, este sí es percibido de manera frecuente entre los pacientes y familiares. Los escenarios del estigma pueden estar sesgados por el estrato socioeconómico.

La manera de afrontar estas situaciones varía en función de la enfermedad y del tiempo de existencia de los síntomas, concluyendo que existe un proceso de adaptación o resignación con el paso del tiempo.

Sin el reconocimiento del estigma es difícil entender esta como una forma de violencia social, la que, si pudiera tener implicación desde la legislación colombiana o de las políticas de salud, así como sucede con otras formas de violencia social.

Se necesitan programas específicos dirigidos a mitigar el impacto del estigma tanto en los pacientes como en sus familiares, pero estos deben tener en cuenta consideraciones tanto técnico como legales y sobretodo éticas.

Se requieren investigaciones centradas en la planeación de estos programas encaminados a la población colombiana y sus características culturales.

Conclusiones

Los principales hallazgos del presente estudio se resumen en los siguientes:

1. Todos los pacientes perciben que son estigmatizados debido a su condición de enfermedad mental.
2. El estigma se ve representado en varias áreas del funcionamiento de las personas, siendo la más común el área social.
3. Se percibe este estigma como parte de la enfermedad misma lo cual con el tiempo termina aceptándose.
4. Los familiares también perciben la presencia del estigma a los pacientes; sin embargo, consideran que los pacientes también son culpables de esta condición.
5. Se considera tanto por los pacientes como por sus familiares que la presencia del estigma no es una manera de violencia social ya que esta se entiende solamente como actos y comportamientos agresivos de manera física hacia otras personas o está relacionada la violencia solamente con hechos que representan el conflicto armado.

Referencias

1. ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigmas. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social. Octubre 2014.
2. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev. Socio.* 2001;27:363-85.
3. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice one animal or two? *Soc Sci Med.* 2008;67:358-67.
4. Haghghat R. A unitary theory of stigmatization, Pursuit of self-interest and routes to stigmatization. *Br J Psychiatry.* 2001;178:207-15.
5. Campo-Arias A, Oviedo Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Rev Colomb Psiquiat.* 2014;43(3): 162-167.
6. Thornicroft J, Brohan Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2009;373:408-15.
7. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NIB, Parente F. Experiences or stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2002;28(1):143-55.
8. Barke A, Nyarko S, Klecha D. The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:191-202.

9. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Exploring the nature of stigmatizing beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health*. 2009;9:61.
10. Adhikari S, Pradhan SN, Sharma SC. Experiencing stigma: Nepalese perspectives. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2008;6(24):458-65.
11. Uribe M, Mora OL, Cortés AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*. 2007;48(3):207-220.
12. Crabb J, Stewart RC, Kokota D, Masson N, Chabunya S, Krishnadas R. Attitudes towards mental illness in Malawi: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012;2:541.
13. Bristow K, Edwards S, Funnel E, Fisher L, Gask L, Dowrick C, et al. Help seeking and access to primary care for people from “hard-to-reach” groups with common mental health problems. *J Fam Med*. 2011;49:624.
14. López M, Saavedra FJ, Laviana M, López A. Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla. *Psychol Soci Educa* 2012;4(2).
15. Brohan E, Elgie Sartorius Thornicroft G. Stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN Europe study. *Schizophr Res*. 2010;122(1-3):232-8.
16. Meyer 114. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health*. 2003;93(2):262-5.
17. Livingston JD, Boyd JE- Correlates and consequences of internalized stigma {Or people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis- *Soc Sci Med*. 2010;71.
18. Shrivastava A, Johnston ME, Thakar M, Shrivastava S, Sarkhej G, Sunita I, et al. Impact and origin of stigma and in schizophrenia: Patient perceptions. *Stigma Res Action*. 2011.
19. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, Kaczynski R, Gonzalez J, et al. Perceived stigma and depression among of patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190:535-6.
20. Campo-Arias A, Herazo E. Estigma, prejuicio y discriminación salud mental. *Rev Cienc Biomed*. 2013;4:9-10.

Cambios cognitivos postoperatorios en revascularización coronaria

María Camila Saldaña-Gonzalez^{1,2}, Diana Carolina Hernández-Rodríguez¹,
Luisa F. Jiménez Zapata¹, Daniel Páez Jaramillo¹, Antonio Schlesinger Piedrahita³

1. Médico egresado de la Universidad El Bosque

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

3. Médico Neurólogo – Fundación Clínica Shaio

Correspondencia: msaldana@unbosque.edu.co

Resumen

Introducción: La cardiopatía isquémica representa una de las patologías más prevalentes en el mundo, siendo su tratamiento campo de acción de múltiples especialidades médicas. Uno de los abordajes terapéuticos de esta patología es la revascularización coronaria. Este procedimiento quirúrgico mayor está asociado a múltiples complicaciones entre las cuales se encuentran los cambios neurológicos y cognoscitivos.

Objetivo: El propósito de este estudio fue describir la posible aparición de alteraciones neurológicas y cognoscitivas posterior a revascularización coronaria, junto a la exploración de factores que pueden estar asociados y el tiempo postoperatorio en el que se presentan.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo, en el que se hizo seguimiento a seis pacientes que presentaron infarto agudo del miocardio, quienes posteriormente requirieron manejo quirúrgico de revascularización coronaria. Para determinar la aparición de alteraciones neurológicas y cognoscitivas se realizó examen físico neurológico y se aplicó la escala MoCA dos días antes de la cirugía y a los ocho días postquirúrgicos. Se corroboró que ningún sujeto tuviera alteraciones neurológicas previamente diagnosticadas. Se realizó un análisis descriptivo de correspondencias múltiples y la prueba de Mann-Whitney U para diferencia de medianas, mediante el software estadístico R-Studio.

Resultados: Se encontraron alteraciones en los puntajes pre quirúrgicos del dominio de recuerdo diferido de MoCA ($p=0,0455$). No hubo diferencias en los puntajes totales del MoCA. El análisis de correspondencias múltiples evidenció que las variables de mayor frecuencia fueron sexo masculino, edad de 42 a 75 años y antecedente de Diabetes Mellitus. En la mayoría de los casos el puntaje de desempeño cognitivo aumentó en la valoración postquirúrgica. Se evidenció alteración en el puntaje de MoCA postquirúrgico en solo una paciente, quien ya tenía compromiso previo. No se observó ninguna alteración física neurológica postoperatoria.

Conclusión: No se encontraron cambios patológicos neurológicos ni cognoscitivos al menos una semana después la cirugía de revascularización coronaria en los casos observados. Se deben realizar estudios adicionales con mayor tamaño de muestra y grupos comparativos.

Palabras Clave: Isquemia Miocárdica, Revascularización miocárdica, Manifestaciones Neurológicas, Disfunción cognitiva, Escala MoCA, Examen Neurológico.

Summary

Introduction: Ischemic heart disease represents one of the most prevalent pathologies in the world. Its treatment is the field of action of multiple medical specialties. One of the therapeutic approaches to this pathology is coronary revascularization. This major surgical procedure is associated with multiple complications, including neurological and cognitive changes.

Objective: The purpose of this study was to describe the possible appearance of neurological and cognitive alterations after coronary revascularization, together with the exploration of factors that may be associated and the postoperative time in which they occur.

Methods: A prospective observational study was carried out, in which six patients with acute myocardial infarction were followed, who later required surgical management of coronary revascularization. To determine the appearance of neurological and cognitive alterations, a neurological physical examination was performed and the MoCA scale was applied two days before and eight days after surgery. It was confirmed that no subject had previously diagnosed neurological disorders. A descriptive analysis of multiple correspondences was carried out and the Mann-Whitney U Test for median differences, with the statistical software R-Studio.

Results: Alterations were found in the pre-surgical scores of the delayed recall domain of MoCA ($p = 0.0455$). There were no differences in the total scores of the MoCA test. The multiple correspondence analysis showed that the variables with the highest frequency were male sex, age 42 to 75 years and a history of Diabetes Mellitus. In most cases, the cognitive performance score increased in the postsurgical assessment. Alteration in the post-surgical MoCA score was evidenced in only one patient, who had it previously. No postoperative neurological physical alteration was observed.

Conclusion: No neurological or cognitive pathological changes were found at least one week after coronary artery bypass grafting in the observed cases. Additional studies with larger sample sizes and comparative groups should be carried out.

Keywords: Myocardial Ischemia, Myocardial Revascularization, Neurological Manifestations, Cognitive Dysfunction, MoCA Scale, Neurological Examination.

Introducción

La cardiopatía isquémica representa la mayor causa de mortalidad en los países desarrollados (1). En Colombia la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar de causa de muerte en todos los departamentos según DANE 2014 (2). Dicha patología viene presentando alta

incidencia a nivel mundial, por lo cual es importante prevenir todos aquellos factores que pueden aumentar su morbilidad (3), dentro de las cuales consideramos las complicaciones de procedimientos como la revascularización coronaria.

La cirugía de revascularización coronaria, es un procedimiento quirúrgico mayor, que como cualquier procedimiento puede derivar en diversas complicaciones. Se ha reportado una incidencia de complicaciones de tipo neurológico de 1,3% a 5% y podrían ser las que probablemente causen mayor grado de discapacidad y compromiso en la funcionalidad a largo plazo y la calidad de vida del paciente (4). Adicionalmente, se ha descrito que, al presentarse intrahospitalariamente, como es de esperarse, aumentan significativamente la estancia hospitalaria y los costos de su tratamiento médico (5,6).

La enfermedad cerebrovascular (ECV), es la más frecuente de las complicaciones, y se propone, según estudios prospectivos y retrospectivos, que la patogenia es secundaria a hipoperfusión sistémica o los embolismos que pueden presentarse en el postoperatorio.

En el año 2001, Asociación Americana del Corazón realizó un estudio cuyo objetivo fue investigar los factores de riesgo, la prevalencia e implicaciones pronósticas del ECV postoperatorio en pacientes que se sometieron a cirugía de revascularización coronaria. En este estudio encontraron que especialmente los pacientes de mayor edad y las mujeres fueron los que presentaron más este tipo de complicaciones (7). Por esta razón, algunos estudios sugieren realizar la revascularización coronaria posterior a la realización de un tratamiento fibrinolítico exitoso (8).

En el 2013, se realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Emory (Atlanta, EEUU), un estudio cuyo objetivo fue determinar el impacto de las diferentes estrategias de clampeo durante la cirugía de revascularización coronaria en la incidencia de ECV postoperatorio (9). Se evaluaron pacientes en los que se utilizó la bomba de circulación extracorpórea comparativamente con quienes no fue utilizada. Además del uso de la técnica de clampeo aórtico con una o dos pinzas. Se evidenció que en aquellos pacientes en los que no se utilizaba la bomba de circulación extracorpórea y si era usada la técnica de una sola pinza, el riesgo de ECV post-operatorio disminuía.

En un estudio realizado en España en el año 2003, se analizó la mortalidad intrahospitalaria de la cirugía de revascularización coronaria, utilizando una base de datos administrativa, para analizar la capacidad predictiva de dos sistemas de ajuste de riesgo, los índices de Charlson y Ghali. (10) “[...] Se encontró que la mortalidad intrahospitalaria es un 7,3% mayor en las mujeres, y aumenta con la edad. [...]” (10).

Por lo anterior, se planteó un estudio prospectivo en pacientes candidatos a cirugía de revascularización coronaria y sin antecedentes conocidos de enfermedad neurológica; para con el fin de identificar la incidencia de cambios neurológicos y cognoscitivos y explorar posibles factores de riesgo asociados con el déficit neurológico para así poder desarrollar estrategias de prevención.

Métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional prospectivo tipo con medición de línea de base y de seguimiento postoperatorio por dos semanas presencial y un mes telefónico.

Procedimiento

Se incluyeron en total seis pacientes que presentaron infarto agudo de miocardio que requerían ser sometidos a cirugía de revascularización coronaria en la Fundación Clínica Shaio de la ciudad de Bogotá, durante el periodo de marzo a noviembre del 2016. Se corroboró que los casos no tuvieran antecedente de enfermedad neurológica previamente diagnosticada.

Inicialmente se realizó lectura de la historia clínica, se dio relevancia a los antecedentes entre los que se registraban: diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipotiroidismo. El equipo de investigación conformado por un especialista en neurología como cabeza de grupo y estudiantes de Medicina de último año. El examen físico neurológico completo fue realizado por un investigador estudiante de medicina, supervisado por el neurólogo, para establecer la presencia de déficit neurológico. Posteriormente, se aplicaba la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), para evaluar la función cognoscitiva: viso-espacial/ ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación. Considerando una puntua-

ción total de la evaluación de 30 puntos y tomando un puntaje inferior o igual a 26 como alteración cognitiva. La primera medición se realizó alrededor de dos días antes de la realización del procedimiento quirúrgico (12).

Antes de los procedimientos de evaluación de la investigación, se realizó el procedimiento de consentimiento informado, explicando a cada paciente se explicó el objetivo del estudio, los riesgos y beneficios potenciales de participar en el estudio.

La segunda etapa consistió en vigilancia durante el postoperatorio donde se aplicó nuevamente el MoCA en un periodo que comprendía un rango de hasta 2 semanas desde la realización del procedimiento y durante el siguiente mes se realizó un seguimiento vía telefónica si el paciente aceptaba.

Con la evaluación completa se creó una base de datos, en el programa Excel. Se registraron variables demográficas y clínicas como: sexo, edad, evolución de la enfermedad, antecedentes, tiempo de clampeo y bomba.

Para el análisis estadístico se utilizó el método de análisis de correspondencias múltiples (ACM). El ACM es una técnica multidimensional que muestra la relación entre varias variables, en este caso clínicas y demográficas. Las variables más cercanas al centro del plano cartesiano serán las que se relacionan con mayor frecuencia y aquellas que se encuentre más próximas entre si tendrán mayor asociación.

Adicionalmente se realizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney U para diferencia de medianas de los puntajes del MoCA test.

Para el análisis de datos recibimos la asesoría de la un profesional en estadística de la Facultad de Matemáticas de la Universidad El Bosque.

Consideraciones éticas

Se protegió la identidad de cada uno de los pacientes que hicieron parte de este estudio y se obtuvo firma del consentimiento informado.

La investigación fue aprobada por el comité de ética e investigación de la Clínica Shaio (Bogotá, D.C. Colombia).

Resultados

Se incluyeron seis casos entre los 42 y 75 años de edad, siendo a mayoría sujetos de sexo masculinos. La tabla 1 describe las características de los sujetos incluidos en la presente serie de casos (Tabla 1).

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes pre vs postquirúrgicos de MoCA en el dominio de recuerdo diferido, en el que se evidenció una mediana prequirúrgica de 2 que aumentó a 4 en la medición postquirúrgica ($p=0,0455$; Mann-Whitney U Test; $z\text{-score} = -2.0016$) (Tabla 2).

No se observaron diferencias significativas en el puntaje total del MoCA, a pesar de un aumento total de 2,5 puntos posquirúrgicos (26 vs 28,5) presentado en cinco pacientes en quienes se observó esta diferencia (Tabla 2).

Uno de los pacientes obtuvo un valor anormal en el resultado del MoCA (17 puntos), indicativo de deterioro cognitivo. Este mismo paciente obtuvo una disminución de un punto en la evaluación posoperatoria. Este paciente presentó alteración postquirúrgica en dominios visuoespacial, identificación y atención. En el caso particular de este paciente, él mismo y su acompañante referían quejas cognitivas, especialmente de la

Tabla 1. Distribución de variables sociodemográficas

		n	(%)
Sexo	Femenino	1	(16,6)
	Masculino	5	(83,3)
Escolaridad	Bachillerato	3	(50)
	Técnico	1	(16,6)
	Profesional	2	(33,3)
Enfermedad coronaria	Multiv-vaso	5	(83,3)
	Trombosis coronaria	1	(16,6)
Antecedentes	Diabetes Mellitus	3	(50)
	Hipertensión arterial	2	(33,3)
	Hipotiroidismo	2	(33,3)

memoria, en la valoración postquirúrgica. Sin embargo, el resultado total del MoCA sólo difirió en un punto.

En el ACM, se observó una asociación de variables sociodemográficas y clínicas de pacientes de sexo masculino, con un

rango de edad de 42 a 75 años, con antecedente de diabetes mellitus, enfermedad coronaria multivazo, con tiempo de clampeo entre 54 min, tiempo de bomba en 88 minutos y un puntaje total de MoCA de 28 a 30 puntos (Figura 1).

Tabla 2. Puntuación pre y postquirúrgicos en MoCA

Sujeto	Visoespacial / ejecutiva		Identificación		Atención		Lenguaje		Abstracción		Recuerdo diferido		Orientación		Total	
	Preqx	Posqx	Preqx	Posqx	Preqx	Posqx	Preqx	Posqx	Preqx	Posqx	Preqx	Posqx	Preqx	Posqx	Preqx	Posqx
Uno	5	5	3	3	6	5	3	3	2	2	1	3	6	6	25	27
Dos	3	2	2	1	4	2	1	2	2	2	0	2	6	6	18	17
Tres	0	5	0	3	6	6	3	3	2	2	2	3	6	6	19	27
Cuatro	5	5	3	3	2	6	3	3	2	2	3	5	6	6	28	30
Cinco	5	5	3	3	6	6	3	3	2	2	3	5	6	6	28	30
Seis	5	5	3	3	6	6	3	3	2	2	2	5	6	6	27	30
Mediana	5	5	3	3	6	6	3	3	2	2	2*	4*	6	6	26	28,5

*p=0,0455 (Mann-Whitney U Test)

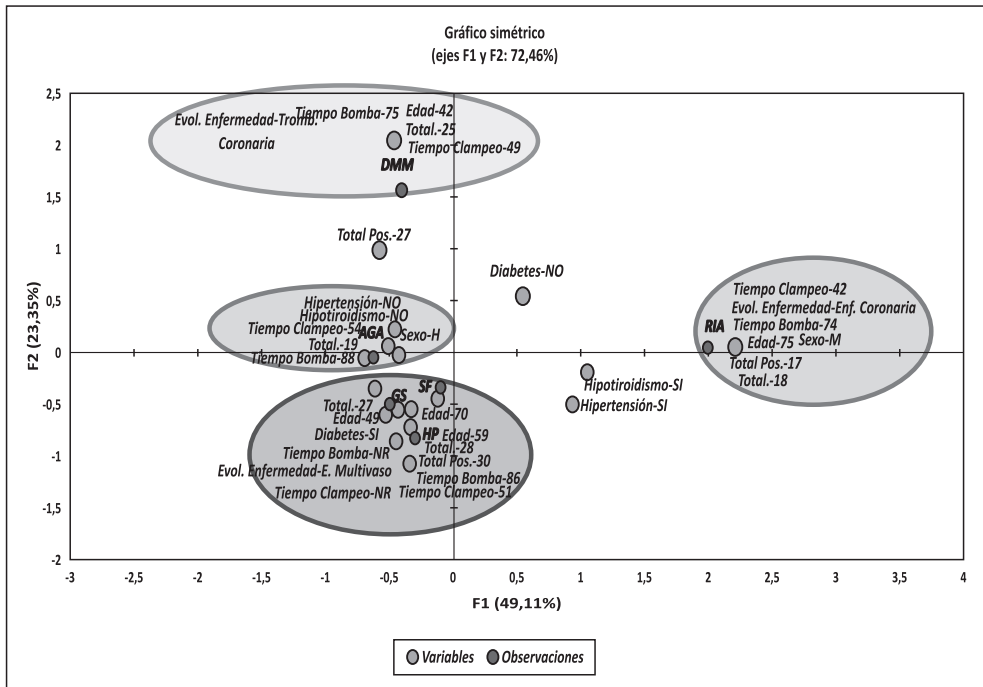
En el ACM se agruparon variables en relación al plano cartesiano y la cercanía entre si. En el interior del ovalo azul se encuentran las variables con mayor frecuencia y relacion, las cuales estan determinadas por su cercania al punto 0 del plano. En el ovalo verde se observan las variables distantes del punto 0 del plano, es decir las menos frecuente y el óvalo rojo de la derecha corresponde a un caso aislado como comportamiento atípico ya que es el más alejado al punto 0 (Figura 1).

Discusión

El presente estudio tuvo el propósito de describir las alteraciones neurológicas

posteriores a cirugía de revascularización coronaria, los factores que intervienen en su aparición y el tiempo postoperatorio en el que se presentan, mediante examen neurológico y aplicación de la escala MoCA de manera pre y post-quirúrgica en una serie de seis casos. No se encontraron alteraciones neurológicas postquirúrgicas en ninguno de los casos, pero sí se evidenciaron alteraciones cognitivas prequirúrgicas de memoria que se mejoraron después de la cirugía, lo que podría indicar influencia de variables relacionadas con la fijación como la ansiedad, el dolor, la sensación de pérdida de la salud, entre otras, que pudieron alterar el desempeño de la evaluación prequirúrgica.

Figura 1. Análisis de correspondencias múltiples (ACM)



Se ha reportado la frecuencia de eventos cerebrovasculares post-revascularización miocárdica en alrededor de 1,3% al 5% (4), lo cual no fue evidenciado en nuestra observación. Sin embargo, nuestro estudio es muy pequeño, sin suficiente poder de muestra para poder evaluar frecuencia de presentación de estos eventos, por lo que se requieren estudios adicionales, idealmente con el diseño prospectivo que utilizó este estudio, para evaluar tasas de incidencia y relaciones causales, de, por ejemplo, de la hipótesis de la alteración prequirúrgica de la memoria, formulada previamente.

Las alteraciones neurológicas, tanto cognitivas como focales que se pueden presentar en pacientes posterior a una cirugía de revascularización miocárdica

se deben tener en cuenta para prevenir y manejar aquellos factores que pueden aumentar morbimortalidad y generar impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.

En reportes previos de la literatura, se ha identificado la relación entre tiempo de clampeo y desarrollo de ECV en pacientes con postoperatorio de revascularización coronaria (9). En nuestra serie de casos el tiempo de clampeo no fue significativamente prolongado, por lo cual podría ser esperable la no presentación de alteraciones postquirúrgicas.

La presencia de resultados neurológicos categorizados como tipo II (deterioro en la función cognoscitiva, déficit de la memoria o convulsiones), han sido des-

critos y comparados en estudios previos, mostrando que este deterioro es una de las complicaciones más comunes (13). En nuestras observaciones no encontramos deterioro, por el contrario se evidenciaron mejorías en el desempeño cognoscitivo post-quirúrgico. Esto puede estar relacionado con síntomas emocionales prequirúrgicos que se mejoran después de la cirugía. Sin embargo, no se realizó medición de estos síntomas, quedando como una hipótesis para otros estudios posteriores.

En Colombia, existe un único estudio relacionado con el actual, que concuerda con que la incidencia en Colombia es menor para el desarrollo de ECV y complicaciones derivadas (6).

En contraste con lo anterior, no hay en Colombia, ni en la región estudios que relacionen la aparición de déficit cognoscitivo con factores de riesgo medibles en postoperatorios inmediatos y mediatos, medibles retrospectivamente por medio de la Escala de MoCA.

Conclusión

En nuestro estudio no se observaron cambios en relación al MoCA prequirúrgico con la evaluación posterior. Los factores de riesgo, el postoperatorio inmediato y mediano no tienen relación con la aparición de déficit cognoscitivo. Aunque la población evaluada es pequeña, es una aproximación inicial al problema de investigación. Es recomendable la realización de estudios adicionales para que sea extrapolable a la población en general y tenga mayor validez.

Referencias

1. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Estado actual de la revascularización coronaria. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58(2):194-7.
2. Departamento Nacional de Estadística (DANE) DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN, SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA año 2014 [informe en Internet]. Colombia: Departamento Nacional de Estadística (DANE); 2014.
3. Roach GW, Kanchuger M, Mangano CM, Newman M, Nussmeier N, Wolman R, Aggarwal A, Marschall K, Graham SH. Adverse cerebral outcomes after coronary bypass surgery, *The New England Journal of Medicine, Massachusetts.* 1996;335(25):1857-1863.
4. Tarakji KG, Sabik JF, Bhudia SK, Batizy LH, Blackstone EH, Temporal Onset, Risk Factors, and Outcomes Associated with Stroke After Coronary Artery Bypass Grafting. *JAMA;*2011;305(4):381-390.
5. Brown P, Kugelmass A, Cohen D, Reynolds M. The Frequency and Cost of Complications Associated With Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: Results from the United States Medicare Program. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2008;85(6):1980-1986.
6. Niebles R., Saldarriaga C., Oliveros M., Predictores preoperatorios de evento cerebrovascular postoperatorio en cirugía de revascularización miocárdica.

dica, Rev. Colomb. Cardiol, Colombia, 2015;22(2):102-107.

7. Stamous S, Jablonski K, Pfister A, Hill P, Dullum M. Stroke after Coronary Bypass: Incidence, Predictors, and Clinical Outcome. American Heart Association. 2001;32:1508-1513.

8. Sánchez P, Fernández F. Angioplastia facilitada: ni blanco ni negro. Rev. Esp Cardiol. 2005;58(2):111-8.

9. Daniel W, Kilgo P, Halkos M. Trends in Aortic Clamp use during Coronary Artery Bypass Surgery: The effect of Aortic Clamping Strategies on Neurologic Outcomes, J Thorax Cardiovascular Surg. 2014;147(2):652-657.

10. Palma-Ruiz M, Garcia L, Rodriguez A, Sarría-Santamera A. Análisis de la

mortalidad intrahospitalaria de la cirugía de revascularización coronaria, Rev. Esp Cardiol. 2003;56(7):687-94.

11. Glaysher AM, Cresswell AB. Management of common surgical complications. Surgery (Oxford). 2014;32(3):121-125.

12. Pedraza, O.L, Salazar, A.M, Sierra, F.A, Soler, C, Castro, J. Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. Acta Med Colomb. 2016;4(4):221-228.

13. R. Gary, M.D., K. Marc, M. Christina. Adverse cerebral outcomes after coronary bypass surgery. The New England Journal of Medicine. 1996;335(25):1857-1863.

Autoinmolación, el clamor de un pueblo hecho cenizas o tan solo la vivencia de enólicos delirios: una revisión narrativa

Sebastián Ghiso Jiménez¹, Ana María Corredor Ojeda²

1. Médico y Cirujano Universidad de Antioquia. Egresado del posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque.

2. Estudiante de medicina Universidad de La Sabana

Correspondencia: sghisoj@hotmail.com

Resumen

Introducción: la autoinmolación es un método de suicidio poco conocido en nuestro medio, sin embargo, se ha convertido en un problema de salud pública en otras latitudes. Ha tenido una relevancia histórica, pues tiene implicaciones religiosas, sociales y culturales, dotándose de un simbolismo particular, que la convierte en un método de protesta y reivindicación en algunos lugares del mundo.

Objetivo: definir el suicidio por quemaduras autoinflingidas, la motivación de su realización a lo largo de la historia, su representación epidemiológica contemporánea y los dilemas éticos que conlleva.

Métodos: se realiza una revisión narrativa de la literatura científica en las principales bases de datos (PUBMED, EMBASE, LILACS, PSYCHINFO, SCIENCE DIRECT, SID.ir), una vez tomados los datos, se construye una revisión narrativa que resuelve los interrogantes planteados y abre paso a nuevas investigaciones sobre el tema.

Resultados: se describen los tipos de autoinmolación y su implicación histórico cultural. Actualmente la tiene una letalidad entre 56 y 90%. En países de altos ingresos per capita es un método de suicidio bastante raro, que se asocia a un 39.6% de diagnósticos previos de patologías mentales, dándose en individuos con edad promedio de 35 años, mayor prevalencia sexo masculino, solteros y sujetos con consumo de sustancias psicoactivas. Por su parte en los países de bajos ingresos per cápita, especialmente en regiones de Asia, puede llegar a ser el 27-70% de los suicidios, rara vez asociado a diagnóstico previo de trastorno mental, siendo muy prevalente en mujeres, casadas o divorciadas. En nuestro medio no se ha cuantificado su prevalencia, aunque se han reportado algunos casos en la literatura científica.

Conclusiones: la muerte por quemaduras autoinflingidas o autoinmolación suele ser más prevalente y letal en las mujeres, principalmente en casadas o divorciadas. Genera importantes secuelas físicas, funcionales, psicológicas y económicas, siendo además usualmente traumático para quienes que la presencian. Tiene como factores de riesgo la enfermedad mental, los problemas conyugales, el desempleo, el abuso de sustancias psicoactivas, la disminución de la independencia, los matrimonios arreglados o adolescentes, y la cohabitación la familia del conyuge. Faltan estudios en nuestro medio que establezcan su prevalencia y epidemiología.

Summary

Introduction: self-immolation is a little-known suicide method in our environment; however, it has become a public health problem in other latitudes. It has had a historical relevance, since it has religious, social and cultural implications, endowing itself with a particular symbolism, that the conversion into a method of protest and threats in some parts of the world.

Objective: to define suicide by self-inflicted burns, the motivation for its realization throughout history, its contemporary epidemiological representation and the ethical dilemmas that it entails.

Methods: a narrative search of the scientific literature is carried out in the main databases (PUBMED, EMBASE, LILACS, PSYCHINFO, SCIENCE DIRECT), once the data is taken, a narrative review is constructed that resolves the questions raised and opens I move on to new research on the subject.

Results: the types of self-immolation and their cultural historical implication are described. Currently it has lethality between 56 and 90%. In high-income countries per capita it is a fairly rare method of suicide, which is associated with 39.6% of previous diagnoses of mental pathologies, given in individuals with an average age of 35 years, higher male sex prevalence, single men and subjects with consumption of psychoactive substances. On the other hand, in low-income countries per capita, especially in regions of Asia, it can be 27-70% of suicides, rarely associated with a previous diagnosis of mental disorder, being very prevalent in women, married or divorced. In our environment its prevalence has not been quantified, although some cases have been reported in the scientific literature.

Conclusions: death from self-inflicted burns or auto-immolation is usually more prevalent and lethal in women, mainly in married or divorced women. It generates important physical, functional, psychological and economic sequel, being also usually traumatic for those who witness it. Its risk factors include mental illness, marital problems, unemployment, and abuse of psychoactive livelihoods, decreased independence, arranged or adolescent marriages, and cohabitation of the spouse's family. There is a lack of studies in our environment that establish its prevalence and epidemiology.

Introducción

Se define la autoinmolación como el acto autolesivo realizado a través del fuego, sea o no con intención suicida. En otras fuentes, es denominado de este modo el suicidio con fines altruistas, ya que el latín *inmolare* traduce literalmente *espolvorear con comida de sacrificio*.

Es considerado un método de suicidio de alta letalidad, con una relación particular con la enfermedad mental, ya que puede ser a su vez causa y consecuencia de la misma. Tomando gran importancia las graves y duraderas secuelas que genera en los campos físico, psicológico

y económico, siendo además altamente mediático dada su excentricidad y lo cruento del sufrimiento de quien lo padece (1).

La muerte por quemaduras autoinflingidas está descrita desde la antigüedad, en el año 100 antes de Cristo, el Sutra del Loto describe como el rey Bodhisattva realiza autoinmolación como ofrenda de su cuerpo al Buda, previa preparación con perfumes oleosos, alcanzando así la iluminación. Posteriormente en el año 13 antes de Cristo se conoce del caso del monje Zarmanochegas, quien se autoinmoló en su encuentro con Nicolás de Damasco en Antioquía, quedando registrado en textos de Dio Cassius. Ya para el año 396 de nuestra era, está el registro del monje Fayu en China, quien realizó un ritual de autocremación (2).

Se tienen registros de textos islámicos que datan del siglo X D.C, y describen el ritual del Sati y el Jauhar en la India antigua, que finalmente fueron prohibidos en 1829. Existen otros casos descritos durante las cruzadas, perpetrados por la secta de los nizaríes con fines homicidas. En el año 1780 Kuyili comete un suicidio por autoinmolación con fines heterolesivos mientras luchaba en contra del imperio británico, por la liberación de la India (1).

Ya dentro de la tradición cristiana son famosas las inmolaciones de pueblos enteros en el ritual del soshigateli, realizado por los viejos creyentes de la iglesia ortodoxa rusa, tras el gran cisma del siglo XVII, siglo en el que también se documentaron autoinmolaciones sin fines

autolíticos en comunidades de jesuitas, quienes lo realizaban en forma de purificación de sus pecados (2).

Ya en el siglo XX, la autoinmolación tomó un tinte de protesta política, pues fue llevada a la fama tras el suicidio del monje budista de Thich Quang, en el año 1963 en Vietnam del Sur, quien protestaba ante la persecución al budismo tibetano por el régimen de Ngo Dinh Diem. Este acto fue captado en una fotografía de David Halberstam, ganador del premio Pulitzer con la misma. Dicho acto fue emulado por muchos otros monjes budistas en ese país, logrando visibilizar internacionalmente la persecución religiosa que padecían. También fue famosa la inmolación de Jan Palach en Praga para el año 1969, buscando la retirada de las tropas soviéticas de la entonces Checoslovaquia (2, 3).

Otros actos de protesta donde se practicaron autoinmolaciones en la década de los 60 fueron dados en la India por la imposición del hindi a los nativos tamiles y en los Estados Unidos de América durante las manifestaciones en contra de la guerra de Vietnam. Ya en los 70 en Lituania, Rumania y Ucrania, hubo una nueva oleada de autoinmolaciones en contra del régimen soviético; las cuales fueron replicadas en Taiwán durante el año 1989, buscando su independencia de la República Popular de China. En 1980 renace el propio cuerpo como arma de guerra, pues durante la guerra iraní-iraquí, jóvenes iraníes marcharon frente a los soldados iraquíes para inmolarse ante estos y causar importantes ba-

jas en el ejército rival. Otro hito histórico que surgió a partir de la autoinmolación, fue la penalización de la violencia contra la mujer y la prohibición de una dote en la India, como resultado de la gran cantidad de suicidios por autoinmolación que se presentaba en dicho país, como consecuencia de conflictos conyugales (2, 3).

Sin embargo, llama la atención el aumento radical en las tasas de uicidio por quemaduras autoinflingidas a partir del siglo XXI, documentándose más de 100 autoinmolaciones como medio de protesta en los 19 años que hemos cursado del mismo. Particularmente es significativo el gran pico acontecido entre los años 2011 y 2012, ocurrido en comunidades de monjes budistas tibetanos, quienes reclamaban su libertad religiosa al gobierno chino; siendo tan cruenta la protesta, que llevó a una respuesta por parte del Parlamento de las Naciones Unidas y Amnistía Internacional, exhortando al gobierno chino a racionalizar su postura para evitar la pérdida de tradiciones culturales y religiosas en los tibetanos. Otros eventos políticos en los cuales se vieron envueltas las autoinmolaciones fueron la primavera árabe, las protestas búlgaras en contra del gobierno de Boyko Borisov, la separación de la provincia de Telengana en la India y las detenciones de refugiados por autoridades australianas en dicho país y en la nación insular de Naurú (2, 3).

La autoinmolación puede dividirse en seis tipos, según las características de quienes la realizan, sus motivaciones y su contexto:

1. Ritual

En algunas culturas asiáticas se ha usado la autoinmolación con fines rituales, dentro de un contexto religioso. Es el caso del Sati, ritual en el que la viuda de un matrimonio hindú, ingresaba a la pira funeraria junto con su difunto esposo o el Jauhar, ritual en el cual los civiles que han sido derrotados en una guerra, deciden inmolarsse a sí mismos, para evitar la vergüenza de la esclavitud o la aculturación. Por su parte, en la cultura budista es conocido el acto de la autocreación, en la que el realizador entrega su propio cuerpo como modo de dejar atrás lo material y terrenal. Su significado depende además del modo en que es concebido culturalmente el fuego, en la tradición budista se asocia a trascendencia, mientras en la judeocristiana se relaciona a la purificación del alma, por el contrario, en el islam asemeja un cruento castigo (1).

2. Autoinmolación altruista

Hace su aparición el concepto de mártir, como un ser humano extraordinario que decide entregar su vida a una verdad ontológica. Buscando con esto la esperanza de lograr un beneficio para su comunidad, hallar la salvación de su alma o en contra de toda lógica defender un fragmento de idea. Éste transmuta al héroe nacional, donde el individuo entrega su vida por el surgimiento de una nación, enardeciendo a las huestes a la lucha. Finalmente, en la actualidad, la autoinmolación se convierte en un símbolo de protesta, donde aquel ser humano soberano de su propia vida, decide hacer uso de su muerte y los límites de su cuerpo, como

medio de rechazo a la pérdida de libertad e individualidad perpetrada por el grupo que detenta el poder. Tomando mayor significancia, cuando se asocia a un valor trascendental, como las convicciones metafísicas, religiosas o heroicas; visibilizando su causa a través del dolor que padece su cuerpo, invirtiendo así la relación dominante-dominado (1, 2, 4, 5, 6).

3. Autoinmolación típica

Es el suicidio realizado a través del fuego, planeado y organizado, con fines netamente autolíticos, secundario a un estado patológico donde prima el afecto y no los síntomas psicóticos (1).

4. Autoinmolación reactiva

Es la conducta autolesiva realizada con fuego, de manera impulsiva ante una conflictiva específica, sin ser necesario que su finalidad sea el suicidio. Suele asociarse a problemas interpersonales en esfera conyugal o familiar, es más frecuente en mujeres (1, 6).

5. Autoinmolación psicótica

Se da como forma de actuación de un delirio o por el seguimiento de alucinaciones de comando. Es la más frecuente en los países del primer mundo y está asociada en su mayoría a diagnóstico previo de enfermedad mental (1).

6. Autoinmolación por errorismo nihilista

Asociada al uso del propio cuerpo como un arma. Ha preponderado en grupos

yihadistas, donde el martirio en una guerra santa, será según sus convicciones religiosas, recompensado con la salvación a futuro. Esto es un tanto contradictorio, ya que el islam prohíbe abiertamente el suicidio. Ha sido usada también por grupos armados no islámicos; tanto laicos como comunistas o nacionalistas, justificándose con la premisa de enfrentarse a un enemigo mejor armado; dando así poder a quienes no tienen poder, aumentando la eficacia en la guerra, pues se pierden menos hombres, a la vez que consiguen un gran número de bajas; siendo difícil de combatir, puesto que es más complicado vencer a un enemigo cuyo fin es morir y por ende no presenta temores existenciales, familiares o económicos (1, 4, 5, 7).

El objetivo de este artículo es describir la autoinmolación como método de suicidio de alta letalidad, enmarcándola en un contexto histórico, delimitando sus tipos, para finalmente realizar un análisis epidemiológico de la misma a nivel global, regional y local.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa de la literatura, incluyendo estudios descriptivos, disertaciones, de corte transversal, casos y controles, cohortes, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas de la literatura científica o metanálisis; para esta se buscaron los términos *self inflicted burns*, *self immolation*, *self burning*, *quemaduras autoinflingidas*, *autoinmolación*, *suicide*.

Se realizó la búsqueda en las principales bases de datos de literatura médica,

como lo son PubMed, PsychInfo, Embase, ScienceDirect y LILACS; incluyendo además dos bibliotecas digitales iraníes IranPSych y IranMedex, puesto que es el país donde más se ha estudiado el fenómeno. No se restringieron artículos según su fecha de publicación, sin embargo, se limitó la búsqueda a los idiomas inglés y español.

Los artículos hallados fueron seleccionados inicialmente según sus abstracts, obteniendo los textos completos de aquellos que ayudaban a resolver la pregunta planteada. Los artículos fueron leídos por ambos investigadores, descartando aquellos que fueran inconsistentes o no aportaran datos significativos a la revisión. Se incluyeron finalmente 25 papers, además de los boletines epidemiológicos nacionales y tres artículos locales que si bien no estaban dedicados a la problemática de la autoinmolación, eran los únicos que mencionaban tangencialmente el problema en estas latitudes.

Resultados

Se describe el fenómeno de la autoinmolación en diferentes regiones del mundo que han presentado el fenómeno, con una adecuada descripción de los casos, que permita diferenciar las particulares características epidemiológicas en el globo.

1. *Finlandia:*

En una muestra de más de ochocientos pacientes con quemaduras en el Hospital de Helsinki se encontró 4,6% de quemaduras autoinflingidas. Entre estos la edad

promedio fue de 35.2 años, 69.6% fueron hombres, 87% tenían un diagnóstico psiquiátrico previo. Llamando la atención que se encontró una alta incidencia de autoinmolación en individuos que presentaban pensión por invalidez y desempleo (8, 9).

2. *Francia:*

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se revisaron post mortem 29 casos de autoinmolación en la localidad de Garches. Los suicidios por quemaduras autoinflingidas equivalieron al 2.2% de autopsias realizadas en dicha ciudad. La edad media fue de 42.8 años, 75.8% fueron hombres, 38% tenían diagnóstico psiquiátrico previo y en promedio tuvieron 79.3% de superficie corporal quemada. Se presentó principalmente asociado a problemática conyugal y financiera. La mayoría de los pacientes presentó al mismo tiempo alcoholemia en muestras recolectadas y alrededor de una cuarta parte de los mismos resultó positivo en panel toxicológico para sustancias ilegales. Seis pacientes presentaron suicidios complejos, involucrando el fuego y algún otro elemento lesivo (10, 11).

3. *Inglaterra:*

Se realizó estudio retrospectivo de pacientes con quemaduras autoinflingidas, que equivalieron al 1.16% de las quemaduras, la edad promedio fue de 34 años, 54% fueron hombres y el 46% tenían diagnósticos previos por psiquiatría (principalmente abuso de sustancias y trastornos afectivos). Llamó la atención

que 10% de los casos se dieron en asiáticos y el 36% estaban desempleados. Se asoció a estancias prolongadas en hospitalización con mortalidad del 14%, teniendo en cuenta que se analizó la totalidad de quemaduras autoinflingidas y no sólo las que presentaban intencionalidad suicida (11, 12).

4. Corea del Sur:

La autoinmolación equivale sólo al 0.67% de los suicidios. Suele darse en hombres, con edad por encima de los cuarenta años y vivienda rural. Llama la atención que se presente más en casados y niveles educativos altos, sugiriéndose que esto se debiese a que gran parte de los casos se presentaron dentro de protestas sociales (13).

5. Túnez:

La incidencia es desconocida, sin embargo, desde 2011 se han disparado los casos. Se realizó estudio retrospectivo de 41 casos en la ciudad de Sousse, equivaliendo al 28.1% de necropsias por quemados y 0.5% del total de las mismas. Llama la atención que antes de 2011 se presentaba más en mujeres y tras este año predominó en hombres. En general no hubo gran diferencia entre proveniencia de área rural o nivel socioeconómico. Alrededor de una tercera parte de los casos se relacionó con disputas conyugales o familiares y cerca de una quinta parte se presentaron en el contexto de manifestaciones políticas. Sólo 10% tenían un diagnóstico psiquiátrico previo (14).

6. Afganistán:

La autoinmolación ha sido asociada a factores culturales. Como en la mayoría de países de la región ocurre principalmente en mujeres, se han identificado otros factores de riesgo como el ser víctima del conflicto armado o los desastres naturales, el ritual del baad (donde una mujer es entregada en matrimonio para saldar diferencias entre clanes rivales), bajo nivel de independencia en la mujer, malas relaciones interpersonales, matrimonio concertado, matrimonio en la adolescencia y analfabetismo. Se realizó un estudio en los pacientes quemados del Hospital Eteqlal en Kabul, de estos 3.9% fueron autoinmolaciones, la edad media fue 22 años y el 90% fueron mujeres, evidenciando una mortalidad del 76% y un 62% con superficie corporal quemada >80% (11, 15, 16, 17).

7. Tíbet:

No se tienen datos epidemiológicos claros, puesto que el Tíbet es una región autónoma de China y se ha mantenido cierto hermetismo al respecto. Entre 2011 y 2012 hubo al menos 36 casos de suicidios por autoinmolación, con fines de protesta política. La mayoría de estos fueron hombres, quienes principalmente se desempeñaban como monjes budistas, quienes reclamaban por la situación política ante el gobierno central (18, 19).

8. Sri Lanka:

Se realizó un estudio que evidenció una tasa de suicidio de 22.9 casos por 100.000 habitantes. De estos 34% fueron por au-

toinmolación. Entre los casos de autoinmolación el 73% fueron mujeres, con una edad promedio de 39 años. Tan sólo el 6% tenían diagnóstico psiquiátrico previo. Fueron factores de riesgo el uso de kerosene como fuente de energía en el hogar y las disputas conyugales (20).

9. Kurdistán:

Es una región autónoma que comprende áreas de las repúblicas de Turquía, Irán, Siria e Irak. Aquí, la autoinmolación equivale al 27% de los suicidios, llegando a una tasa de 8.4 casos por cada 100.000 habitantes. El 94% de los casos se dan en mujeres jóvenes, con pobre educación, dificultades económicas y sobre todo la presencia de matrimonio forzado o conflictos conyugales. La mortalidad llegó al 80.6%. Al entrevistar a las mujeres que sobrevivieron de intentos de suicidio a través del fuego, se describió como motivación esencial el no tener control de sus propias vidas, los conflictos maritales, el machismo y la soledad. Se diseñó un plan de acción a largo plazo, para disminuir las tasas de autoinmolación, buscando empoderar a las mujeres en sus derechos, fomentando la educación e independencia en las mismas y realizando psicoterapia enfocada en técnicas de resolución de problemas (11, 21, 22, 23).

10. Irán:

Es quizás el país del mundo donde mejor se ha estudiado el fenómeno de la autoinmolación. Varía significativamente entre las provincias del país. La tasa general de suicidio de 5.8 casos por 100.000 habitantes, mientras en algunas provincias

como Kermanshah llega hasta los 102 casos por cada 100.000 habitantes. De estos casos, del 27 al 50% de los casos se presentan a través de quemaduras autoinflingidas, con tasas de las mismas que varían entre las regiones desde 2.0 hasta 27.2 casos por cada 100.000 habitantes. Se han realizado diversos estudios para determinar factores sociodemográficos asociados, factores de riesgo, factores protectores, etiología, mortalidad y experiencias particulares de los supervivientes con la intención de encontrar una solución a este problema de salud pública (1, 11, 21, 22, 24).

En general se encontró que alrededor del 80% de los casos eran mujeres, siendo más frecuente en casadas, de estrato socioeconómico bajo, con edad entre los 20 y los 30 años, quienes se desempeñaban como amas de casa. No hubo una diferencia estadísticamente significativa entre procedencia urbana y rural. Casi todos los casos ocurrieron de manera impulsiva, en horas del día. El diagnóstico previo de enfermedad mental fue poco frecuente, salvo un estudio donde llegó hasta el 39%, incluyendo abuso de sustancias. La letalidad fue entre 60 y 81%, equivaliendo al 27% de vidas perdidas por suicidio. Entre los supervivientes cerca del 80% de estos se arrepentían del intento de suicidio previo, debido a las grandes secuelas presentadas en plano físico (dolor y limitación funcional), psicológico (culpa y depresión), estético y económico (1, 11, 21, 22, 24, 25, 26).

Entre los factores causales fueron determinantes las disputas intrafamiliares, principalmente con el cónyuge, encon-

trándose alta prevalencia de trastornos adaptativos de manera retrospectiva. Otros factores de riesgo relacionados fueron la presencia de padres o cónyuge con adicción al opio, el uso de kerosene en el hogar, los padres desempleados, los padres con enfermedad mental, los rasgos de personalidad límite y antisocial, el tabú con respecto al divorcio, la cohabitación con familia extensa del cónyuge, el matrimonio en la adolescencia o el matrimonio forzado y la poca independencia de la mujer en su vida diaria. En algunas regiones particulares se asoció a olas de autoinmolación presentándose conductas imitativas; afición por conflicto armado y pobre espiritualidad (1, 21, 11, 22, 24, 25, 26, 27).

Sobre la escogencia del método se halló una elección determinada por bajo costo, fácil acceso, inspiración en personas que lo han realizado, mayor simpatía cultural hacia este y como forma de venganza. Por otro lado, los factores protectores encontrados fueron principalmente el presentar ansiedad por actividades académicas y las consultas previas en servicios de salud mental (1, 11, 21, 22, 24, 25, 27).

A partir de estos hallazgos se propuso la creación de una guía nacional para prevención de la autoinmolación, basada en la prevención primaria. Buscando a corto plazo un mejor acceso de la población a programas de salud mental, con énfasis en psicoterapia con énfasis en resolución de conflictos de pareja, solución de problemas; encontrar y reducir factores de riesgo prevenibles, tratando el trastorno de ajuste precozmente con psicofármacos,

terapia cognitivo conductual o interpersonal e intervención en la comunidad basada en testimonios reales. A largo plazo se busca una modificación cultural fomentando independencia y empoderamiento de la mujer, mejoría en servicios de salud mental y educación y creación de planes de implementación de energía eléctrica para disminuir el uso de inflamables como combustibles (1, 11, 24, 27).

11. Colombia:

Al tratar el tema de la autoinmolación es obtuso relacionarla con Colombia e incluso con latinoamérica. Su baja prevalencia ha generado que se estudie poco al respecto y tan solo sea mencionada tangencialmente, salvo contadas excepciones. Pero existe, incluso se encuentra incrustada en la memoria colectiva, al ser narrado un caso en el himno nacional, escrito por el poeta Rafael Nuñez “Ricaurte en San Mateo, en átomos volando, deber antes que vida, con llamas escribió”, haciendo referencia a la muerte de Ricaurte en la batalla de San Mateo, quien al ver que perdía su posición con gran cantidad de armamento y pólvora, se inmoló para destruir el arsenal y a su vez causar la mayor cantidad de bajas posibles al enemigo.

En la actualidad, se han realizado algunos estudios retrospectivos que caracterizan la población con muerte por suicidio, informando que los pacientes que presentan autoinmolación son cerca del 1% de los casos consumados, pero no se especifica más al respecto. Por otro lado remitiéndose a las revistas especializa-

das en trauma, se encuentran datos reveladores. Cerca del 1.5% de las muertes por quemaduras obedecen a suicidios, equivaliendo al 1.9% de las muertes por quemaduras en mayores de 15 años y hasta el 2.5% de las muertes por quemaduras en adultos mayores. En dichos estudios, la mayor parte de los casos se dieron en instituciones de salud, el hogar o puestos de trabajo (28, 29, 30).

Según el Instituto Colombiano de Medicina Legal, la autoinmolación corresponde al 0.62% de las causas de suicidio en mujeres para los años 2009 a 2014, pero no se estratifica esa población para determinar factores asociados a la misma. Ningún caso de suicidio por autoinmolación fue reportado en la población indígena, para ese mismo periodo de tiempo o en boletín epidemiológico de Bogotá del año 2007. En el año 2016, 0.65% de las muertes por suicidio se debieron a mecanismos térmicos, cáusticos y explosivos, de estas 73.3% se presentó en hombres, pero no se discriminaron otros factores asociados en esta población (31, 32, 33).

Tal vez el único estudio que se ha realizado específicamente sobre el tema en Colombia se desarrolló en la ciudad de Medellín, donde se caracterizaron cuatro casos de quemaduras autoinflingidas no fatales asociadas a psicosis, con hospitalización en el Hospital Universitario San Vicente Fundación. En estas, la totalidad de los casos se debían a quemaduras con fuego, todas fueron mujeres, solteras y desempleadas. La mitad de estas provenía del oriente antioqueño. La edad media fue 39.6 años, con un promedio

de área de superficie corporal quemada de 27.2%. Los diagnósticos relacionados fueron trastorno bipolar episodio mixto en tres casos y depresión psicótica en el restante. La estancia hospitalaria fue de 50 días en promedio, con un 25% de mortalidad y 100% de requerimiento de manejo quirúrgico y antipsicótico. Psicopatológicamente se evidenció 50% afecto triste, 25% irritable y 25% eufórico; todas presentaron alucinaciones auditivas. Dándose las quemaduras en 50% de los casos por seguir órdenes de alucinaciones de comando y 50% por la actuación de un delirio, que en un caso fue de contenido grandioso y en el otro de contenido nihilista (34).

Conclusiones

La muerte por suicidio equivale al 1,4% de las muertes en el mundo, con una tasa promedio de 5.1 casos en hombres y 3.1 casos en mujeres por cada 100.000 habitantes, lo cual varía significativamente entre países. En Colombia se presentan 4.9 suicidios por cada 100.000 habitantes; llegando a ubicarse en el puesto 15 de las causas de mortalidad en todas las edades y puesto cuatro entre los 15 y 45 años de edad; a su vez es la primera causa de muerte violenta entre los 10 y 80 años. El intento suicidio es quizás la principal emergencia psiquiátrica en el mundo, el método usado es bastante variable según la procedencia étnica, cultural o religiosa del individuo. El género masculino suele asociarse a métodos más cruentos y letales (22, 28, 31).

La autoinmolación es un método de suicidio con alta letalidad, que según el lugar del mundo varía entre 0.5 y 90%

de los casos, pero globalmente equivale a menos 1% de los suicidios. A diferencia de los demás métodos de alta letalidad, suele ser más prevalente y letal en las mujeres, principalmente casadas; generando importantes secuelas físicas, funcionales, psicológicas y económicas. Siendo además usualmente traumático para las personas que lo presencian, por lo que tiende a tener gran cubrimiento mediático (1, 11, 21, 24, 35).

La epidemiología varía sustancialmente entre países de altos ingresos per cápita versus países de bajos ingresos per cápita. En los primeros es un método de suicidio bastante raro, que se asocia en un 39.6% de diagnósticos previos de patología psiquiátrica en esferas afectivas, psicóticas o de farmacodependencia, con edad promedio de 35 años, mayor incidencia en raza blanca y sexo masculino. Por su parte en los países de bajos ingresos, especialmente en regiones de Asia, puede llegar a ser el 27-70% de los suicidios, rara vez asociado a diagnóstico previo de trastorno mental, entre los que predomina el trastorno de ajuste. Se encontró como factor predisponente a autoinmolación, los conflictos interpersonales, principalmente las malas relaciones con el conyugue (1, 6, 9, 10, 11, 14, 21, 24, 35).

Generalmente se realizó vertiendo sobre sí líquidos inflamables, durante las horas del día. En países islámicos se dio más en lugares abiertos, mientras que, en países de otras religiones, independientemente del nivel de ingresos, se dio mayormente en espacios cerrados. Fueron predictores de mortalidad: área de superficie corpo-

ral quemada, quemaduras de la vía aérea (1, 11, 24, 35).

Al haberse transformado en un problema de salud pública en algunos estados se han planteado propuestas para reducir las tasas de autoinmolación, enfocándose en la intervención en violencia doméstica, la identificación temprana de trastornos adaptativos, su respectivo tratamiento basado en la psicoterapia y el empoderamiento de la mujer en pro de una mayor autonomía y un nivel educativo más alto, que le brinde independencia financiera (1, 9, 11, 24, 26, 35).

Finalmente es importante resaltar el vacío en el conocimiento que se presenta en Colombia con respecto al fenómeno; haciéndose necesario el estudio epidemiológico donde se caractericen los factores predisponentes y se determine a ciencia cierta la gravedad del mismo, con el objetivo de tomar acciones pertinentes de forma oportuna (34).

Referencias

1. Ahmadi A. Suicide by self-immolation: comprehensive overview, experiences and suggestions. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association* 2007 Jan; 28(1):30.
2. Moraga I. Uso del cuerpo en la protesta política. Significación e implicancias subjetivas de la Autoinmolación en el plano de lo político. *Academia y Crítica* 2017 Jul 26, (1):56.
3. Biggs M. Dying Without Killing: Self-Immolations, 1963–2002. *Making Sense of*

- Suicide Missions: Oxford University Press; 2005. p. 173-209.
4. Naji Z, Salamati P, Salamati P. Some ethical challenges regarding self-immolation. *Burns* 2016;42(5):1152-1153.
 5. Beriain Razquin J. Chivo expiatorio-mártir, héroe nacional y suicida-bomba: las metamorfosis sin fin de la violencia colectiva. *Papers: revista de sociología* 2007(84):99-128.
 6. Kanchan T. Self-immolation - A protest against unfair practices in family/society? *Burns* 2014; 40 (3): 354-363,
 7. Reinares F. Terrorismo y política ¿Qué hay detrás del terrorismo Suicida? *Las Ideas: su política y su historia. Universidad Rey Juan Carlos. Araucaria* 11: 4-11.
 8. Palmu R, Isometsä E, Suominen K, Vuola J, Leppävuori A, Lönnqvist J. Self-inflicted burns: an eight-year retrospective study in Finland. *Burns* 2004; 30(5):443-447.
 9. Palmu R. Mental Disorders among Burn Patients. National Institute for Health and Welfare. Helsinki (FIN) 2011.
 10. Makhlof F, Alvarez J-, de la Grandmaison, G Lorin. Suicidal and criminal immolations: An 18-year study and review of the literature. *Legal Medicine* 2010; 13(2):98-102.
 11. Poeschla B, Combs H, Livingstone S, Romm S, Klein MB. Self-immolation: Socioeconomic, cultural and psychiatric patterns. *Burns* 2011; 37(6):1049-1057.
 12. Caine PL, Tan A, Barnes D, Dziewulski P. Self-inflicted Burns: 10-year review and comparison to national guidelines. *Burns* 2015; 42(1):215-221.
 13. Park BCB, Lester D. Suicides by fire in South Korea. *Burns* 2012; 39(4):826-827.
 14. Jedidi M, El Khal MC, Mlayeh S, Mas-moudi T, Mahjoub M, Brahem MY, et al. Suicide and Fire: A 20-Year Study of Self-Immolation Death in Sousse, Tunisia. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association* 2017 Jul; 38(4):e734-e738.
 15. Rezaeian M. Self-immolation in Afghan females. *Burns* 2015; 41(3):642-643.
 16. Rezaeian M. Self-immolation: A cultural view. *Burns* 2016;42(8):1877.
 17. Padovese V, De Martino R, Eshan MA, Racalbutto V, Oryakhail MA. Epidemiology and outcome of burns in Esteqlal Hospital of Kabul, Afghanistan. *Burns* 2010;36(7):1101-1106.
 18. Amnistía Internacional. El Tíbet, en particular la inmolación de monjes y religiosas. Amnistía Internacional, Londres (RU). Oct 2011.
 19. Parlamento Europeo. El Tíbet, en particular la inmolación de monjes y religiosas. Parlamento Europeo Oficina De Prensa, Bruselas (BEL), 2011.
 20. Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Range S, Karunaratne S. Study of suicides reported to the Coroner in Colombo, Sri Lanka. *Medicine, Science and the Law* 2010 Jan; 50(1):25-28.
 21. Rezaie L, Hosseini SA, Rassafiani M, Najafi F, Shakeri J, Khankeh HR. Why

- self-immolation? A qualitative exploration of the motives for attempting suicide by self-immolation. *Burns* 2013; 40(2):319-327.
22. Abarashi Z, Yousefi-Nooraie R, Movaghar AR, Shoushtari MH, Malakouti SK, Panagh Li. Prevalence of self-inflicted burn and the related factors in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry* 2007 Dec; 2(4):174-180.
23. Amin PM; Mirlashari J; Nasrabadi AN. A Cry for Help and Protest: Self-Immolation in Young Kurdish Iraqi Women -A Qualitative Study. *IJBNM* 2018; 6(1):56-64.
24. Parvareh M, Hajizadeh M, Rezaei S, Nouri B, Moradi G, Nasab NE. Epidemiology and socio-demographic risk factors of self-immolation: A systematic review and meta-analysis. *Burns* 2018; 44 (4): 767-775.
25. Khankeh HR, Hosseini SA, Rezaie L, Shakeri J, Schwebel DC. A model to explain suicide by self-immolation among Iranian women: A grounded theory study. *Burns* 2015; 41(7):1562-1571.
26. Rezaeian M. Why it is so important to prevent self-immolation around the globe? *Burns* 2013; 39(6):1322-1323.
27. Ahmadi A, Mohammadi R, Almasi A, Amini-Saman J, Sadeghi-Bazargani H, Bazargan-Hejazi S, et al. A case-control study of psychosocial risk and protective factors of self-immolation in Iran. *Burns* 2014; 41(2):386-393.
28. Navarrete N, Rodriguez N. Epidemiologic characteristics of death by burn injury from 2000 to 2009 in Colombia, South America: a population-based study. *Burns & trauma* 2016;4(1):8.
29. Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, Lopez G, Ortiz J, et al. Identification of Suicide Risk Factors in Medellín, Colombia: A Case-Control Study of Psychological Autopsy in a Developing Country. *Archives of Suicide Research* 2007 Jun 14;11(3):297-308.
30. Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, Lopez G, Ortiz J, et al. Identification of Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. *Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)* 2005 Sep 1; 7(3):243-253.
31. Moreno Lozano SL. Forensis, datos para la vida. Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Bogotá (COL), 2016.
32. Velasco Bernal VL. Suicidio de mujeres en Colombia 2009-2014. Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Bogotá (COL), 2015.
33. De La Hoz-Bohorquez GA. Suicidio de indígenas en Colombia. 2010-2014. *Boletín Epidemiológico*. Instituto Nacional De Medicina Legal Y Ciencias Forenses. Bogotá (COL), 2015.
34. Restrepo D, Cardeno C, Páramo L, Escobar L, Cortés V, Duque M. Psicosis y quemaduras autoinfligidas. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2011 Dec;40(4):798-806.
35. Rezaeian M. Personal report. Epidemiology of self-immolation. *Burns* 2013; 39 (1): 184-186.

Comprendiendo la relación Microbioma intestinal - cerebro, en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer

Heider Bautista Mier¹

1. Médico internista geriatra – Universidad Nacional de Colombia
Correspondencia: hbautistam@unal.edu.co

Resumen

El ser humano mantiene una relación estrecha con millones de bacterias principalmente en el tracto gastrointestinal, influida por factores fisiológicos, emocionales, nutricionales, patológicos y ambientales y cumpliendo funciones metabólicas, inmunológicas, entre otras. Esta relación varía de manera dinámica durante el curso de la vida. En los últimos años ha habido un aumento en el número de publicaciones científicas sobre el tema, que señalan el sustrato patológico que se origina cuando se pierde el balance entre el humano y las bacterias.

Se ha establecido la existencia fundamental del eje microbiota/intestino/cerebro que crea una relación neuronal, inmunológica y metabólica. Un desbalance a este nivel puede ser un factor predisponente en el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas.

El objetivo de este artículo es describir mediante una revisión de la literatura la relación existente entre el microbioma – disbiosis y la contribución en el desarrollo de demencia.

Summary

The human being maintains a close relationship with millions of bacteria mainly in the gastrointestinal tract, influenced by physiological, emotional, nutritional, pathological and environmental factors and fulfilling metabolic and immunological functions, among others. This relationship varies dynamically during the course of life. In recent years there has been an increase in the number of scientific publications on the subject, which indicate the pathological substrate that originates when the balance between humans and bacteria is lost.

The fundamental existence of the microbiota / gut / brain axis that creates a neuronal, immune and metabolic relationship has been established. An imbalance at this level can be a predisposing factor in the development of neurodegenerative diseases.

The objective of this article is to describe through a literature review the relationship between the microbiome - dysbiosis and the contribution to the development of dementia.

Introducción

Existe una estrecha interacción entre las bacterias y el ser humano, ocurre desde el momento del nacimiento hasta el final de la vida, siendo un proceso dinámico en el tiempo. Se han descrito múltiples cambios de la flora bacteriana comensal de una persona joven comparada con la de una persona anciana. (1)

Se calcula que millones de bacterias residen en el tracto intestinal, cuyo número se ha estimado en 1×10^{14} . Principalmente pertenecen a las familias Firmicutes, Proteobacterias y Bacteroidetes (2). Los cambios en su proporción son influenciados por factores ambientales, como la exposición a temprana edad a microorganismos, la lactancia materna, la higiene, el tipo de dieta, condiciones patológicas e incluso el abuso de antibióticos (3, 4).

Las bacterias comensales de nuestro intestino cumplen funciones metabólicas, participando en la síntesis de vitaminas como folatos, vitamina K, riboflavina, cobalamina y aminoácidos. También influyen en la biotransformación de ácidos biliares, producción de ácidos grasos de cadena corta (butirato, acetato) e incrementando la disponibilidad de ciertos minerales (5).

Las bacterias comensales se encuentran en equilibrio en una relación simbiótica íntima con el sistema inmune. Favorecen el “entrenamiento” de mecanismos de defensa tanto innato como adaptativo, propiciando la gran exposición a lipopolisacáridos presentes en estas bacte-

rias. Además, producen ácidos grasos de cadena corta (el butirato conocido por ser un potente inmunomodulador) que regulan la actividad inflamatoria y de esta manera mantienen la homeostasis inmunológica (6, 7).

Con el envejecimiento se genera un estado inflamatorio crónico de bajo grado (estado proinflamatorio) evidenciado por la elevación de interleucinas IL 6, IL8, factor de necrosis tumoral TNF alfa (8). Con la alteración de este delicado equilibrio se favorece la disbiosis fomentando la producción de citocinas proinflamatorias y con ello el desarrollo de enfermedades crónicas, metabólicas, autoinmunes y degenerativas (9).

En los últimos años se ha reconocido un sistema de comunicación mediante el eje microbiota/intestino/cerebro, que interviene vías neuronales, inmunológicas y metabólicas. Los cambios en la proporción de microbiota intestinal guardan relación con la alteración de dicha comunicación, impactando en la salud neuronal (10, 11).

Disbiosis

El término disbiosis, según definición de la Biblioteca Virtual en Salud (OPS-OMS-BIREME) se refiere a: “Cambios en la composición cuantitativa y cualitativa de la MICROBIOTA. Los cambios pueden conducir a la alteración de la interacción microbiana- huésped o desequilibrio homeostático que puede contribuir a un estado de enfermedad a menudo con inflamación”.

Disbiosis y demencia

Actualmente se ha invertido la pirámide poblacional con una tendencia al envejecimiento de la humanidad a nivel mundial. En varios países desarrollados la población anciana supera la tasa de nacimiento y con frecuencia está cerca de la proporción de la población laboralmente activa. Dicha longevidad ha sido favorecida por la presencia de mejoras en políticas de salud públicas y avances tecnológicos.

Con el envejecimiento poblacional, al ser la edad el principal factor de riesgo, se ha aumentado la prevalencia de la demencia. Para el año 2015 se estimó que cerca de 47 millones de personas vivían con demencia a nivel mundial (10).

La demencia o trastorno neurocognitivo mayor se caracteriza por el deterioro de alguna de las funciones mentales superiores, que interfiere con la realización de las actividades cotidianas, excluyendo condiciones como delirium u otras condiciones neuropsiquiátricas (11).

Existe comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal, participando en la homeostasis neural, hormonal y la señalización inmune. La microbiota libera moléculas de señalización, como ácidos grasos de cadena corta, catecolaminas, serotonina, ácido gama-aminobutírico (GABA) y dopamina (12,13).

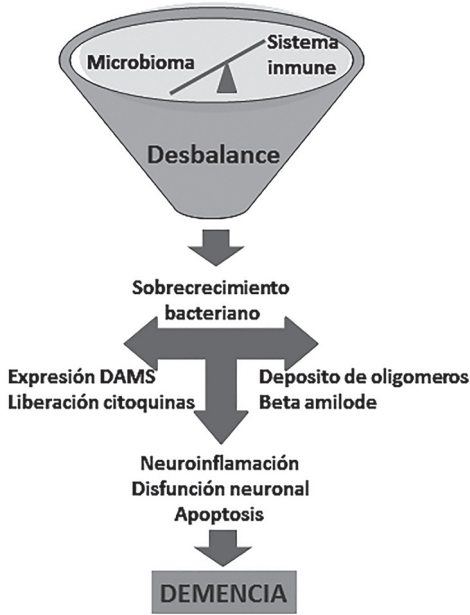
En presencia de disbiosis se ha identificado un descenso en los niveles GABA y con ello alteración en la neuromodu-

lación y neurotransmisión, favoreciendo el desarrollo de demencia. En estudios postmortem se han identificado niveles bajos de GABA en la corteza parietal, temporal y frontal en pacientes con enfermedad de Alzheimer (14). Adicionalmente, se ha observado que la serotonina, cuya producción también es intestinal, puede evitar la formación de placas de beta amiloide, reduciendo el riesgo de presentar demencia, demostrando la posible relación de la microbiota en la señalización neuronal.

La pérdida de la relación entre la microbiota intestinal, favorecida por la inmunosenescencia, finalmente se traduce en la traslocación bacteriana y aumento en los lipopolisacáridos (LPS) – patrones moleculares asociados a daño (por sus siglas en inglés DAMPS). De esta forma, se genera un estado neuroinflamatorio mediado por el incremento de la producción de citoquinas, las cuales promueven la disfunción neuronal e inducen apoptosis. Adicionalmente, se incrementa la liberación especies reactivas de oxígeno, radicales libres, enzimas proteolíticas y depósito de beta amiloide y fosforilación de la proteína Tau, que finalmente va a producir deterioro cognitivo y demencia (17, 18).

Acompañando a los procesos inflamatorios, la disbiosis favorece el sobrecrecimiento de gérmenes como *Escherichia coli* y *Bacillus subtilis*, los cuales tienen la capacidad de producir amiloide que alcanza la circulación sistémica para acumularse en el sistema nervioso central, resultando también en cambios neurodegenerativos (19).

Figura 1. Esquema que representa la influencia de la disbiosis en el desarrollo de demencia.
(Diseño propio del autor)



Conclusión

Los hallazgos actuales reflejan la estrecha e importante relación que existe entre el microbioma intestinal con los diferentes sistemas corporales, de allí que la alteración de este frágil equilibrio se vincula con múltiples procesos patológicos degenerativos como la demencia.

La enfermedad de Alzheimer puede ser un ejemplo de ello, dada su característica degenerativa, siendo identificadas diferentes vías complejas fisiopatológicas que favorecen daño neuronal gracias al depósito de beta amiloide, disfunción mitocondrial, alteración de neurotransmisores y neuro inflamación. Comprender el rol de la relación microbioma/

intestino/cerebro es importante ya que abre posibilidades terapéuticas preventivas y de tratamiento para una enfermedad prevalente con alto impacto social.

Referencias

- Odamaki T et al (2016) Age-related changes in gut microbiota composition from newborn to centenarian: a cross-sectional study. *BMC Microbiol.* May 25;16:90.
- Thursby E, Juge N (2017) Introduction to the human gut microbiota. *Biochem J* 474:1823–1836
- Mueller S et al (2006) Differences in fecal microbiota in different European study populations in relation to age, gender, and country: a cross-sectional study. *Appl Environ Microbiol* 72(2):1027–1033
- Claesson MJ et al (2012) Gut microbiota composition correlates with diet and health in the elderly. *Nature* 488:178–185
- Wang B, Yao M, Lv L, Ling Z, Li L (2017) The human microbiota in health and disease. *Engineering* 3, 71-82.
- Noah W. Palm et al (2015) Immune-microbiota interactions in health and disease. *Clin Immunol.* 2015 August ; 159(2): 122–127
- Elson, C. O., & Alexander, K. L. (2015). Host-Microbiota Interactions in the Intestine. *Digestive Diseases*, 33(2), 131–136.

8. Franceschi C, Bonafe M, Valensin S, et al. Inflamm-aging. An evolutionary perspective on immunosenescence. *Ann N Y Acad Sci.* 2000; 908:244–254
9. Franceschi, C. & Campisi, J. Chronic inflammation (inflammaging) and its potential contribution to age-associated diseases. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 69, S4–S9 (2014).
10. Collins SM, Surette M, Bercik P. The interplay between the intestinal microbiota and the brain. *Nat Rev & Microbiol.* 2012; 10: 735-742.
11. Jiang, C., Li, G., Huang, P., Liu, Z., & Zhao, B. (2017). The Gut Microbiota and Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2017; 58: 1–15. doi:10.3233/jad-161141
12. Alzheimer's Disease International. The global impact of dementia 2013–2050: policy brief for heads of Government. London: Alzheimer's Disease International, 2013.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
14. Barrett E, Ross R, O'Toole P, Fitzgerald G, Stanton C (2012) gamma-Aminobutyric acid production by culturable bacteria from the human intestine. *J Appl Microbiol* 113, 411-417.
15. Reigstad CS, Salmonson CE, Rainey JF, Szurszewski JH, Linden DR, Sonnenberg JL, Farrugia G, Kashyao PC (2015) Gut microbes promote colonic serotonin production through an effect of short-chain fatty acids on enterochromaffin cells. *FASEB J* 29, 1395-1403.
16. Lanctot KL, Herrmann N, Mazzotta P, Khan LR, Ingber N (2004) GABAergic function in Alzheimer's disease: Evidence for dysfunction and potential as a therapeutic target for the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Can J Psychiat* 49, 439-453.
17. Daulatzai, M. A. (2014). Chronic Functional Bowel Syndrome Enhances Gut-Brain Axis Dysfunction, Neuroinflammation, Cognitive Impairment, and Vulnerability to Dementia. *Neurochemical Research*, 39(4), 624–644.
18. Lin, L., Zheng, L. J., & Zhang, L. J. Neuroinflammation, Gut Microbiome, and Alzheimer's Disease. *Mol Neurobiol.* 2018; 55: 8243-8250.
19. Cesare Mancuso, Rosaria Santangelo (2018). Alzheimer's disease and gut microbiota modifications: The long way between preclinical studies and clinical evidence. *Pharmacological Research* 129, 329–336.

Reporte de caso

Lesiones bitalámicas como diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos: a propósito de un caso

Sebastián Ghiso Jiménez¹, Natalia Arango Arboleda¹, Sonia Tróchez Meneses²

1. Médico psiquiatra - Egresado del posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque.

2. Estudiante de Medicina, Fundación Universitaria San Martín

Correspondencia: sghisoj@hotmail.com

Resumen

Introducción: El tálamo es una estructura diencefálica que tiene una función integradora de circuitos relacionados con el estado de alerta, el afecto, el comportamiento, los procesos cognitivos, las funciones sensoriomotoras, la memoria de trabajo, la atención, la conación, la percepción, el reconocimiento de sí mismo y los procesos de sueño vigilia. Lo complejo de su función y perfusión sanguínea favorece la variabilidad clínica evidenciada en lesiones bitalámicas.

Objetivo: Describir las lesiones bitalámicas como una entidad infrecuente que cursa con síntomas neuropsiquiátricos de complejo diagnóstico, que pueden confundir al clínico y retrasar el diagnóstico, afectando por ende el pronóstico del paciente.

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultado: Se presenta el caso de un paciente de 40 años de edad, con sintomatología de desorientación temporoespacial, disartria, cefalea, amnesia retrógrada global, disartria, aprosopagnosia, falsos reconocimientos, confabulaciones, hipersomnia, hiperfagia, heteroagresividad y conductas desorganizadas. Adicionalmente ideas delirantes de contenido paranoide, alucinaciones visuales y auditivas complejas. Tras la hospitalización, se encuentra en imagen cerebral alteraciones sugestivas de trombosis de venas cerebrales profundas.

Conclusiones: Se resalta el valor del psiquiatra en el manejo de los pacientes con lesiones talámicas agudas, que no sólo se limita al tratamiento de síntomas asociados, sino que puede guiar el proceso de diagnóstico y rehabilitación cognitiva en estos pacientes.

Palabras clave: Tálamo, trastornos paranoides, trombosis intracraneal

Summary

Introduction: The thalamus is a diencephalic structure that has an integrating function of circuits related to alertness, affect, behavior, cognitive processes, sensorimotor functions, working memory, attention, conation, perception, self-recognition and sleep-wake processes. The complexity of its function and blood perfusion, favors the clinical variability in bitalamic lesions.

Objective: Describe thalamic lesions as an infrequent entity that presents with neuropsychiatric symptoms of complex diagnosis, which can confuse the clinician and delay the diagnosis, thus affecting the prognosis of the patient.

Method: Case report and literature review.

Results: The case of a 40-year-old patient is presented, with symptoms of temporospatial disorientation, dysarthria, headache, global retrograde amnesia, dysarthria, aprosopagnosia, false recognitions, confabulations, hypersomnia, hyperphagia, aggressiveness and disorganized behaviors. Additionally, delusions of paranoid content, complex visual and auditory hallucinations. After hospitalization, changes suggestive of deep cerebral vein thrombosis were found in brain images.

Conclusions: The value of the psychiatrist in the management of patients with acute thalamic injuries is highlighted, which is not only limited to the treatment of associated symptoms, but can also guide the process of diagnosis and cognitive rehabilitation in these patients.

Keywords: Thalamus, Paranoid Disorders, Intracranial Thrombosis

Introducción

El tálamo es una estructura diencefálica de sustancia gris, localizada a ambos lados del tercer ventrículo. Tiene una función integradora de circuitos relacionados con el estado de alerta, el afecto, el comportamiento, los procesos cognitivos, las funciones sensoriomotoras, la memoria de trabajo, la atención, la conciencia, la percepción, el reconocimiento de sí mismo y los procesos de sueño vigilia (1, 2).

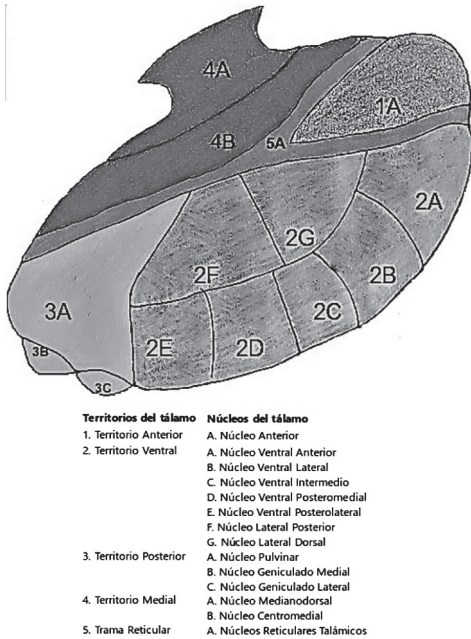
Está dividido en cinco territorios y catorce núcleos. El territorio anterior, contiene el núcleo anterior, que se encarga de integrar la información procedente de los cuerpos mamilares y la dirige al giro cingulado, está relacionado directamente con el sistema límbico, por lo que regula el tono afectivo y la memoria reciente (1). El territorio ventral, contiene los núcleos ventral anterior y ventral lateral, encargados de integrar la información procedente de cerebelo y globus

pálido; adicionalmente está el núcleo ventral posteromedial, que recibe señales sensoriales de hemicara contralateral y el núcleo ventral posterolateral, que recibe señales sensoriales de hemicuerpo contralateral. Por otro lado, los núcleos lateral dorsal y lateral posterior, se relacionan con conexiones intratálamicas y con corteza parietal (2, 3).

El territorio talámico posterior, incluye los núcleos pulvinar, geniculado medial y geniculado lateral; relacionados con la integración somatosensorial, la vía auditiva y la vía óptica respectivamente (2, 3). El territorio medial contiene el núcleo medianodorsal, encargado de la integración de estímulos somáticos y viscerales con el tono afectivo, tiene conexión con el hipocampo, corteza temporal y parietal; en el mismo se encuentra también el núcleo centromedial implicado en impulsos motores y relacionado con sistema activador ascendente. Finalmente el

último territorio es denominado trama reticular, el cual contiene los núcleos reticulares talámicos, con funciones integradoras de las aferencias corticales y de la formación reticular, dirigidas a regular otros núcleos talámicos (1, 3).

Gráfica 1: Territorios y núcleos del tálamo



Tal como sus funciones, la perfusión sanguínea talámica es bastante compleja. Es usualmente irrigado por ramas de la arteria cerebral posterior, que surge de la bifurcación de la arteria basilar en su porción posterior y medial; de la coroidea anterior, derivada de la carótida interna en porción lateral y de la comunicante posterior en porción anterior (1, 4). Suele tener múltiples variantes anatómicas, una de éstas es la arteria de Percherón 2B, la cual implica un tronco arterial común que se ramifica desde la comunicante basilar e irriga el tálamo

paramediano y el mesencéfalo rostral bilateral (4, 5).

El objetivo de este artículo es describir las lesiones bitalámicas como una entidad infrecuente que cursa con síntomas neuropsiquiátricos de compleja caracterización, que pueden confundir al clínico y retrasar el diagnóstico, afectando por ende el pronóstico del paciente.

Caso clínico

Se presenta un paciente de 40 años de edad, natural del área rural de un municipio del centro de Colombia, quien tiene secundaria como máximo nivel educativo y cohabita en unión libre con su pareja y su hija. En el momento se encuentra pensionado por invalidez, dada la amputación traumática de una de sus extremidades inferiores a raíz de accidente mientras desempeñaba actividades laborales. Salvo dicho antecedente traumático, no presenta antecedentes patológicos o psiquiátricos de importancia. Niegan rotundamente consumo de alcohol u otros psicoactivos.

Se trata de un individuo, quien el día del inicio de la sintomatología presentó episodio de desorientación temporoespacial, disartria y cefalea; por lo que su pareja interpretó que se debía a una intoxicación alcohólica. Sin embargo, al día siguiente presenta aprosopagnosia, amnesia retrógrada, falsos reconocimientos, evidenciándose también robo de sus pertenencias el día anterior.

Fue llevado a una institución de salud, en la cual fue valorado en el servicio de urgencias, donde lo encontraron hemodinámicamente estable, bradipsíquico y desorientado. Sintomatología por la cual

se sospecha intoxicación exógena con fines delictivos, la cual no se puede comprobar, ya que tanto el panel toxicológico como la bioquímica sanguínea y el TAC de cráneo son completamente normales. Se da egreso al paciente con signos de alarma, recomendaciones y control por médico de familia.

Quince días después, ante la persistencia de la sintomatología, el paciente es llevado nuevamente a un servicio de urgencias, esta vez en una institución de cuarto nivel de complejidad; describiéndose un cuadro de inicio súbito y dos semanas de evolución, consistente en amnesia retrógrada global, disartria, apraxia, falsos reconocimientos, confabulaciones, hipersomnia, hiperfagia, heteroagresividad y conductas desorganizadas. Adicionalmente, manifiesta la esposa que el consultante presenta ideas delirantes de contenido paranoide, alucinaciones visuales y auditivas complejas.

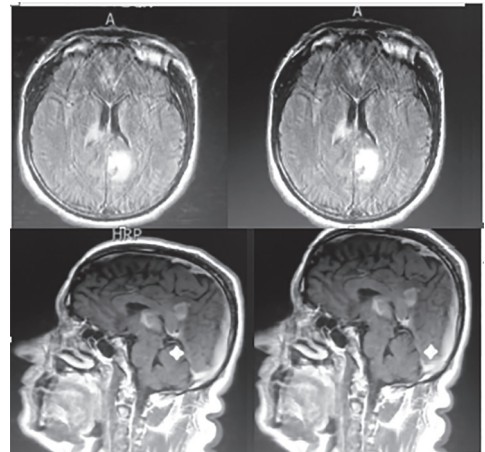
Dados los hallazgos en la anamnesis, se realiza interconsulta a los servicios de psiquiatría y neurología; resaltando como hallazgos positivos persistencia de la desorientación temporoespacial, discurso ilógico e incoherente, disgrafía, incapacidad de realizar dibujo del reloj, discalculia, fallas en memoria inmediata y reciente, no reconoce lateralidad, hipoprosexia, afecto aplanado, pensamiento de curso lento, tangencial, con confabulaciones. El paciente es hospitalizado para realización de punción lumbar, perfil carencial y resonancia magnética cerebral simple, con diagnóstico de demencia rápidamente progresiva.

En los paraclínicos iniciales, salvo una leve e inespecífica hiperproteinorraquia,

no se encontraron hallazgos patológicos. Se realiza test de MoCA con resultado 14 puntos el día de ingreso y 9 puntos cuatro días más tarde. Por otro lado, en resonancia magnética se encuentran lesiones inflamatorias bitalámicas, con extensión a giro del cíngulo izquierdo y parietal izquierdo; en la que no se puede aclarar origen neoplásico, autoinmune, infeccioso, neoplásico o vascular. Se solicitan por ende marcadores tumorales y autoinmunes, acompañados de imágenes contrastadas. Durante los días de hospitalización, llama la atención la fluctuación en la intensidad de los síntomas cognitivos, con mejoría de síntomas psicóticos tras el inicio de antipsicótico.

Tras 10 días de hospitalización, se se confirma en la resonancia magnética cerebral contrastada más espectroscopía, hallazgos sugestivos de trombosis de venas cerebrales profundas en fase subaguda, con componente hemorrágico compresivo sobre las estructuras de la línea media interhemisférica. Se inicia manejo anticoagulante y se ordena completar estudios de trombofilia de manera ambulatoria.

Gráfica 2: Hallazgos imagenológicos



Revisión de tema y discusión

Precisamente por esta diversidad en las funciones talámicas y sus particularidades neuroanatómicas, algunas lesiones talámicas pueden generar síntomas neuropsiquiátricos complejos, los cuales se constituyen en un importante reto diagnóstico (6). Son más acentuados si se da un compromiso talámico bilateral, llegando incluso a causar demencia rápidamente progresiva, denominada demencia talámica. Los síntomas serán más o menos reversibles según la etiología y la extensión de la lesión (2, 3, 6) .

El diagnóstico de lesiones bitalámicas se realiza a través de la resonancia magnética cerebral contrastada, la cual permite tanto localizar el territorio arterial afectado en caso de isquemia o hemorragia o caracterizar la lesión en caso de lesiones tumorales o infiltrativas. El TAC de cráneo contrastado sólo permite vislumbrar el 10% de las lesiones, por lo que no es una imagen de elección. La caracterización histopatológica suele ser también compleja, puesto que la toma de la biopsia es anatómicamente complicada y riesgosa (5, 6).

Una vez realizado el diagnóstico, deben descartarse alteraciones de la arteria vértebro basilar, el origen embólico y la angiopatía de pequeños vasos; por lo que se sugieren estudios de extensión como angi resonancia de las arterias cerebral posterior, basilar y vertebrales; electroencefalograma, ecocardiografía y holter 24 horas. Los estudios electroencefalográficos suelen no evidenciar alteraciones importantes, pero puede verse

un fondo discontinuo disminuido en la región temporal, sin descargas epileptiformes (6, 7).

La etiología de las lesiones bitalámicas está dada por:

1. Causas tóxicas y metabólicas

A. Encefalopatía de Wernicke: dada por déficit de tiamina, con síntomas característicos de alteración de la consciencia, ataxia y paresia ocular. En la RMN cerebral se observan hiperintensidades en T2 y FLAIR, en área periventricular, afectando el tálamo medial, los cuerpos mamilares, el hipotálamo y la sustancia gris periacueductal (6).

B. Síndrome de mielinolisis osmótica: asociada a corrección rápida de la hiponatremia, generando alteración del estado mental, convulsiones, parálisis pseudobulbar y coma. En su forma extrapontina compromete tálamo, ganglios basales y sustancia blanca; evidenciándose en RMN cerebral hiperintensidades en T2 y FLAIR (6).

C. Enfermedad de Fahr: enfermedad neurodegenerativa por ferocalciosis cerebrovascular, que genera usualmente síntomas neuropsiquiátricos, distonía progresiva y parkinsonismo (6). Se evidencian calcificaciones progresivas en sustancia gris, globus pálido, putamen, núcleo caudado, tálamo y núcleo dentado; suelen ser simétricas y se visualizan mejor en el TAC. Asociado a esto se presentan anomalías en niveles séricos de calcio y fósforo (8).

D. Enfermedad de Wilson: enfermedad autosómica recesiva, en la que se acumula el cobre en hepatocitos, córnea y ganglios basales; causando consecuentemente cirrosis, anillo de Kayser Fleischer y síntomas neurológicos. En sistema nervioso central tiene predilección por putamen, globus pálido, caudado, tálamo, mesencéfalo, puente y cerebelo. En RMN cerebral se evidencian hiperintensidades en T2 y FLAIR, hipointensidades en T1 asociadas a hiperintensidad talámica y gangliobasal; la secuencia de DIFUSIÓN está restringida en fases iniciales de la enfermedad (6).

E. Enfermedad de Fabry: enfermedad ligada al cromosoma X que se asocia a acumulación de glicoesfingolípidos, causa alteraciones renales, cerebrovasculares y cardíacas. En resonancia magnética cerebral se observa en T2 múltiples hiperintensidades en materia gris profunda similares a microangopatía, mientras que en T1 hay hiperintensidad del núcleo pulvinar en tálamo posterior (6).

F. Enfermedad de Leigh: es una encefalopatía subaguda necrosante, dada por un desorden mitocondrial que lleva a retardo psicomotor, dificultad respiratoria, convulsiones, neurodegeneración y muerte. En la RMN se puede observar en T2 imágenes simétricas hiperintensas en ganglios basales, núcleo dorsomedial del tálamo, tallo cerebral y núcleo dentado; en espectroscopía cerebral se evidencia elevación del lactato (6).

G. Gangliosidosis GM2: enfermedad lisosomal por deficiencia de hexosaminidasa, que en su forma infantil afecta el

tálamo, el cuerpo estriado y la sustancia blanca. En TAC de cráneo se ven hiperdensidades talámicas, en resonancia magnética cerebral se evidencian en T1 hiperintensidades y en T2 hipointensidades difusas; en enfermedad de Tay Sachs están confinadas al tálamo ventral y dorsal (6).

H. Enfermedad de Krabbe: leucodistrofia hereditaria degenerativa en la que se sintetiza galactosilceramida disfuncional, puede tener inicio infantil o juvenil e involucra usualmente tálamo, caudado, corona radiata y núcleo dentado cerebelar. En la RMN cerebral se evidencian hiperintensidades en T1 e hipointensidades en T2 (6).

2. Enfermedades desmielinizantes

A. Encefalomielitis aguda diseminada: es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del cerebro y la médula espinal, usualmente se presenta en niños posterior a infecciones virales o vacunación; afecta la sustancia blanca, pero en el 40% de los casos puede llegar a afectar la sustancia gris profunda (6).

3. Enfermedades infecciosas

A. Enfermedad de Creutzfeldt Jacob: enfermedad neurodegenerativa por priones, que causa demencia rápidamente progresiva (9). En RMN cerebral, secuencias DIFUSIÓN y FLAIR se ven hiperintensidades talámicas, gangliobasales y corticales; en T2 puede hallarse hiperintensidad pulvinar e hiperintensidad con forma de palo de hockey localizada en tálamo posteromedial (6, 9).

B. Encefalitis viral: los virus de la familia flaviviridae, como el virus de la encefalitis japonesa o el virus del nilo occidental, tienen predilección por la sustancia gris profunda; pudiendo afectar el tálamo, en el que se observarían hiperintensidades talámicas en T2 en la resonancia magnética cerebral (6, 9).

4. Lesiones neoplásicas

A. Glioma talámico bilateral: es más prevalente en niños y ancianos (10). A pesar de ser una neoplasia benigna, tiene pobre pronóstico por su localización. Suele ser homogéneo con expansión bilateral, que se evidencia en la resonancia magnética cerebral como hiperintensidades en T2 que no captan el contraste, ni restringen la difusión (6, 10). Puede causar efectos de masa.

5. Lesiones vasculares

La etiología de los infartos bitalámicos suele ser embólica en el 58.3% de los casos, el 33% se deben a enfermedad cerebral de pequeño vaso y el 8.3% de los casos a trombosis venosa de vasos cerebrales profundos (11, 12). Son factores de riesgo éste: enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, fibrilación atrial; el consumo de cigarrillo; antecedente de patologías como vasculitis, síndrome coronario agudo o isquemia cerebral transitoria y hallazgos imagenológicos sugestivos de microangiopatía de pequeños vasos o estenosis en arterias carótida y/o basilar (6). En la RMN cerebral se evidencia restricción en la DIFUSIÓN, en las lesiones isquémicas subagudas,

hiperintensidades en T2 en lesiones agudas (13, 14). Las principales causas son:

A. Infarto de la arteria de Percherón 2B: es una variante anatómica, presente en el 4 a 12% de la población, donde hay un tronco arterial solitario que irriga tálamo medial bilateral y mesencéfalo, cuya oclusión causa infartos asimétricos en tálamo paramediano y posible compromiso mesencefálico rostral (6). Equivale al 0.1-0.2% de los eventos cerebrovasculares isquémicos y entre el 4-18% de los eventos cerebrovasculares talámicos (11, 13, 14).

B. Síndrome del tope de la basilar: hay oclusión tromboembólica de la parte alta de la arteria basilar, que genera lesiones bitalámicas isquémicas, asociados a infartos en territorios de arteria cerebral superior y cerebral posterior, distinguiéndolo del infarto de la arteria de Percherón (6, 11).

C. Infarto Cerebral hipotensivo: es consecuencia de reducción súbita y grave del flujo sanguíneo, que causa alteración del estado mental y coma. Suele afectar sustancia gris, corteza y parte intermedia entre territorios de arterias mayores (6, 11).

D. Trombosis de venas cerebrales profundas: hay oclusión de venas cerebrales profundas que genera edema bitalámico. Suelen afectarse la vena de galeno o el seno recto; evidenciándose vena hiperdensa en TAC o vena hiperintensa en T1, cuyos defectos de llenado se pueden evidenciar en venografía. En T2, ambos tálamos muestran hiperintensidades, con alteraciones variables en DIFUSIÓN (6, 15).

La clínica de las lesiones bitalámicas agudas es sumamente variable, dependerá del área afectada y pueden describirse los siguientes síndromes: lesión bitalámica aguda, en los primeros días tras darse el compromiso bitalámico ocurrirán episodios de pérdida súbita y recurrente de la conciencia (11, 15). Lesión bitalámica con extensión a mesencéfalo rostral, suelen darse síntomas de deterioro cognitivo, asociados a alteración de movimientos oculares verticales, ptosis palpebral, pérdida de reflejo pupilar; en casos graves habrá también ataxia, disartria e incluso parálisis flácida (6, 16). Coma que asemeja el sueño profundo, en el que hay alteración de la conciencia, con respuesta únicamente a estímulos dolorosos y ausencia de signos de focalización. Lesiones ocupantes de espacio, se manifestarán con hipertensión endocraneana y cefalea. Lesión bitalámica con extensión a corteza, se presenta hemiparesia, ataxia, dismetría, hemianopsia, afasia, alteración visuoespacial y disartria (16, 17).

Otros síndromes que se han asociado a lesión bitalámica, aunque mucho más infrecuentes son la apraxia agráfica, donde hay incapacidad para la escritura sin otros síntomas asociados, siendo más usual si el idioma nativo usa alfabetos no fonéticos o si se presentan comorbilidades del sistema nervioso central (6, 11). El síndrome de la arteria geniculada, donde se evidencia pérdida sensorial bilateral, palilalia, disartria, sin producirse compromiso cognitivo ni del estado de conciencia y el síndrome de la arteria polar, en el que habrá disfunción ejecutiva, hipoprosexia y amnesia visual o verbal (18).

Finalmente, podría darse también el deterioro cognitivo rápidamente progresivo, conocido como demencia talámica. En este predominan la amnesia global, que puede llevar a que se presenten confabulaciones y prosopagnosia (6, 11). Es frecuente encontrar también desorientación temporal grave, junto a desorientación espacial leve a moderada; bradipsiquia, rigidez cognitiva, hipoprosexia (6, 14). Asociado a estos, aparecen a su vez síntomas comportamentales como apatía, hipobulia, actitud indiferente, anosognosia, lenguaje pobre, lacónico con perseveraciones y dificultad para la nominación; síndrome disejecutivo, donde predominan dificultades en la conación, la incapacidad de resolución de problemas y el pobre control de impulsos, en el que hay desinhibición, agitación psicomotora e hiperfagia. Todo esto, llevando a incapacidad para seguir órdenes complejas y realización independiente de las tareas de la vida diaria (10, 12, 18, 19).

Haciendo entonces una correlación clínico-neuroanatómica, podemos entender que la disfunción ejecutiva se relaciona con desconexión de circuitos fronto subcorticales, que cuando se asocian a compromiso del cíngulo posterior causan cambios afectivos dados por insuficiencia afectiva e indiferencia (2, 3, 6). El compromiso diencefálico bilateral, se va a caracterizar por una amnesia global persistente, debido al compromiso del núcleo medial dorsal, que facilita la comunicación sináptica con áreas corticales temporales e hipocampo. La afección de la función integradora de vías visuales, con el tálamo y la corteza prefrontal, generará incapacidad para la copia de figuras (2, 3, 16).

Por otro lado, el mecanismo de la afasia y demás alteraciones del lenguaje, se da por el rol del tálamo izquierdo en la organización del mismo (2, 3). Asociándose el compromiso cognitivo y del lenguaje a la alteración del núcleo dorsomedial, el núcleo anterior principal, el núcleo ventral y el núcleo pulvinar (6). Cumple el tálamo también una importante función en el proceso de escritura, a través de la planeación y ejecución del grafema, con su posterior secuenciación (11, 18).

El pronóstico de las lesiones bitalámicas es bastante desalentador; específicamente en las lesiones vasculares trombóticas o isquémicas, el 83% de los pacientes en ausencia de manejo trombolítico, desarrollarán una demencia talámica o un cuadro de dolor somático crónico bilateral (11, 12, 13) Mientras que si se logra realizar un manejo endovascular trombolítico temprano, se esperará mejoría importante y progresiva de los síntomas neuropsiquiátricos, de manera temprana (3, 15). Son hallazgos de mal pronóstico, el compromiso mesencefálico y el infarto en territorio de la arteria paramediana, donde el déficit cognitivo suele ser prolongado, sin importar el tratamiento realizado (6, 19).

El manejo de las lesiones bitalámicas dependerá siempre de la causa, teniendo la mayoría de las causas tóxicas un manejo específico, mientras que las lesiones bitalámicas de origen infeccioso, suelen ser usualmente fatales (3, 6). En el caso de las lesiones isquémicas se sugiere la terapia endovascular temprana, tipo trombolisis, la cual mejora el pronóstico por

disminución de la extensión de la lesión (11, 12, 13, 15). Siendo efectiva sólo en fases agudas, tras ésta sólo queda desde el punto de vista farmacológico, la elección de antiagregación plaquetaria versus anticoagulación, según la causa detectada, el pronóstico y la calidad de vida del paciente (2, 19).

Por otro lado, se recomienda siempre la rehabilitación cognitiva, proceso en el cual los pacientes que presentaron una lesión cerebral, trabajan con los profesionales de la salud, para aliviar con medidas no farmacológicas los déficits resultantes (15, 19). Se da mediante tres mecanismos, la restauración de funciones, la compensación de las mismas o la sustitución por nuevas habilidades. En el caso de las lesiones bitalámicas, se realiza inicialmente un diagnóstico de las funciones alteradas que determinará el área de intervención, luego se trazará una línea de base para determinar progresos y finalmente se realizará el plan de intervención individualizado (15, 19). Las áreas a evaluar y trabajar son usualmente atención, memoria, memoria visual, velocidad de procesamiento, flexibilidad del pensamiento, lenguaje y funciones ejecutivas. Las sesiones deben durar en promedio 90 minutos, sugiriéndose también trabajo en casa y puesta en común del mismo. Completando así, alrededor de 28 sesiones, con lo que puede encontrarse importante mejoría en las áreas trabajadas. Son factores de buena respuesta la inteligencia promedio a superior previa, el alto nivel cultural y la menor gravedad o extensión del daño cerebral (6, 13, 15, 19).

Conclusiones

Las lesiones bitalámicas son una causa infrecuente, pero grave de sintomatología neuropsiquiátrica; cobrando relevancia porque su diagnóstico y tratamiento temprano, permiten que en algunos de los casos, sean potencialmente reversibles. Por ende se requiere un alto nivel de sospecha al encontrar pacientes con fallas cognitivas, visuoespaciales o síntomas psicóticos de inicio abrupto, en pacientes con factores de riesgo conocido o en individuos con presencia de hallazgos patológicos en el examen neurológico. En este punto, se resalta también en valor de la resonancia magnética nuclear contrastada, pues es la imagen que mejor permite detectar este tipo de lesiones, ayudando también a la clasificación etiológica de la misma, dando entonces pautas esenciales para la instauración del manejo farmacológico.

Finalmente, vale la pena resaltar el valor del psiquiatra en el manejo de los pacientes con lesionetalámicas agudas, que no sólo se limita al tratamiento de síntomas asociados, sino que puede guiar el proceso de diagnóstico y rehabilitación cognitiva en estos pacientes. Siendo este último, el tratamiento más probado, costoefectivo y eficaz, tanto en los pacientes con síntomas reversibles, en quienes se busca recuperar la funcionalidad; como en los pacientes con lesiones de curso crónico, en quienes podemos brindar herramientas que les permitan mantener o recuperar su autonomía en el ABC básico, garantizando una mejor calidad de vida.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Derecho a la privacidad y consentimiento informado Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Referencias

1. Snell RS. Management of the problem. En: Snell RS, editor. Neuroanatomía Clínica, 7th Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 401-412.
2. Serra C, Guida L, Staartjes VE, Krausenbühl N, Türe U. Historical controversies about the thalamus: from etymology to function. Neurosurgical focus 2019 Sep 1; 47(3): E13.
3. Hu F, Kamigaki T, Zhang Z, Zhang S, Dan U, Dan Y. Prefrontal Corticotectal Neurons Enhance Visual Processing through the Superior Colliculus and Pulvinar Thalamus. Neuron 2019 104: 1-12.
4. Chuncher S, Somana R. Microvascularization of thalamus and metathalamus in common tree shrew. Anat Embryol 2006 Jun;211(3): 173-181.
5. Gogia B, Kumar VA, Chavali LS, Ketonen L, Hunter J, Prabhu SS, et al. MRI venous architecture of the thalamus. Journal of the Neurological Sciences 2016 Nov 15; 370: 88-93.

6. Özgür A, Esen K, Kaleağası H, Yılmaz A, Kara E, Yıldız A. Bilateral thalamic lesions: A pictorial review. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology* 2017 Jun; 61(3): 353-360.
7. RácZ A, Paus S, Hattingen E, Elger CE, Surges R. Video-EEG findings in acute bithalamic-midbrain ischemia. *Journal of the Neurological Sciences* 2017 Sep 15; 380: 16-18.
8. Zhang W, Zhou Y, Li Q, Xu J, Yan S, Cai J, et al. Brain Iron Deposits in Thalamus Is an Independent Factor for Depressive Symptoms Based on Quantitative Susceptibility Mapping in an Older Adults Community Population. *Frontiers in Psychiatry* 2019 Oct 15; 10: 734.
9. Fu T, Ong K, Tan S, Wong K. Japanese Encephalitis Virus Infects the Thalamus Early Followed by Sensory-Associated Cortex and Other Parts of the Central and Peripheral Nervous Systems. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology* 2019 Nov 1; 0: (0) 1-11.
10. De la Cruz-Cosme C, Salinas-Íñigo ME, García-Casares N, Pérez-Errazquin F, Hamad-Cueto O. Deterioro cognitivo rápidamente progresivo como inicio de un tumor bitalámico. *Revista de Neurología* 2007; 45(45): 442-443.
11. Geukens P, Duprez T, Hantson P. Bilateral Thalamic Infarction. *The western journal of emergency medicine* 2012 Dec; 13(6): 491.
12. Noetzel H. Symmetrical hemorrhagic infarction of the thalamus and disturbance of microcirculation. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1973 Mar 19; 217(1): 71.
13. Carrie C, Garnier S, Filloux B, Mé-rignargues F, Gauche B. Bithalamic infarction secondary to Percheron's artery occlusion: Difficulties in diagnosis and management in intensive care medicine. *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation* 2012 Nov; 31(11): 926.
14. Geukens P, Duprez T, Hantson P. Bilateral Thalamic Infarction. *The western journal of emergency medicine* 2012 Dec; 13(6): 491.
15. Shimizu Y, Tsuchiya K, Fujisawa H. Deep Venous Thrombosis with Decreased Cerebral Blood Flow to the Thalamus was Completely Restored by Factor Xa Inhibitor. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2019 May; 28(5): e39-e43.
16. Kuljic-Obradovic D, Labudovic G, Basurovic N, Savic M. Neuropsychological deficits after bithalamic hemorrhages. *Journal of the Neurological Sciences* 2007; 257(1): 174-176.
17. Honig A, Eliahou R, Eichel R, She-mesh AA, Ben-Hur T, Auriel E. Acute bithalamic infarct manifesting as sleep-like coma: A diagnostic challenge. *Journal of Clinical Neuroscience* 2016; 34: 81-85.
18. Vandenborre D, van Dun K, Mariën P. Apraxic agraphia following bithalamic damage. *Brain and Cognition* 2015 Apr; 95: 35-43.
19. Forn C, Mallol R. The cognitive rehabilitation process in a case of bithalamic infarction. *Revista de neurología* 2005 Aug 16; 41(4): 209

Reporte de caso

Evolución nosológica del delirio compartido: a propósito de un caso

Daniela Bedoya Zapata¹, María Camila Rivera García¹

1. Médica psiquiatra – Egresada del posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque
Correspondencia: danybedo26@hotmail.com

Resumen

Introducción: El delirio compartido o folie a deux es una patología poco frecuente, sin embargo, a lo largo de la historia podemos observar como este diagnóstico ha sido documentado y ha ido evolucionando.

Objetivo: Presentar un caso clínico en cuya evolución del tratamiento intrahospitalario se descubren elementos sintomáticos que indican el diagnóstico de delirio compartido.

Método: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Resultado: Se presenta el caso de un adulto joven con síntomas psicóticos, los cuales fueron compartidos con su madre. Se expone el abordaje integral el cual fue requerido en ambos pacientes.

Conclusiones: El trastorno psicótico compartido es una patología de la cual se dispone poca información en la literatura médica. En la actualidad esta condición posiblemente es subdiagnosticada.

Palabras clave: delirio compartido, folie a deux, trastorno psicótico compartido.

Summary

Introduction: Shared delirium or folie a deux is a rare condition, however, throughout history we can observe how this diagnosis has been documented and has evolved.

Objective: To present a clinical case of a patient in whom symptoms of a shared delirium were discovered during his in-hospital management.

Method: Case report and review of the literature.

Result: The case of a young adult with psychotic symptoms is presented. Psychoses was shared with his mother. The comprehensive approach which was required in both patients is exposed.

Conclusions: The shared psychotic disorder is a condition on which only scarce information is available. At present, this condition is possibly underdiagnosed.

Keywords: shared delirium, folie a deux, shared psychotic disorder.

Introducción

El delirio compartido o folie a deux, es una patología poco frecuente, con menos de 500 casos reportados en la literatura científica. Las publicaciones disponibles corresponden casi exclusivamente a reportes de casos, lo que pone en evidencia la escasez de estudios y por consiguiente de conocimiento sistematizado, respecto a esta patología. A lo largo de la historia podemos observar como este diagnóstico ha sido documentado y ha evolucionado hasta la actualidad en el DSM-5.

Método

Se reporta un caso clínico de un paciente evaluado en la Clínica Montserrat, en la ciudad de Bogotá, Colombia, en 2018. Adicionalmente, se realiza una revisión narrativa de la literatura mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed y Scielo. Con los términos MESH “folie a deux” y “disorder, shared psychotic”. Se seleccionaron los artículos más relevantes a criterios de las autoras.

Reporte del caso

Se trata de un paciente masculino de 40 años de edad, natural y residente de Bogotá, soltero, sin hijos, profesional de la salud, quien se encuentra cesante desde hace 6 meses, quien vive con la madre.

El paciente presenta desde hace 10 meses ideas delirantes de contenido paranoide, persecutorio y de perjuicio, con percepción delirante de la realidad, alucinaciones cenestésicas, asociación laxa de ideas y ansiedad desbordante lo cual ha originado un deterioro en el funcionamiento laboral, familiar y ade-

más aislamiento social. Su principal idea delirante está constituida por la percepción de envenenamiento a través de un gas. Como factor desencadenante refiere una fumigación realizada en su vivienda. Durante la evolución y ampliación de la información se observa con actitud suspicaz, temerosa, referencial con la medicación, circunstancial, taquilálico, con afecto ansioso y con irreductibilidad de su ideación delirante.

Se solicitan paraclínicos de extensión incluyendo una neuroimagen donde se descarta organicidad. Más adelante, se evidencia durante reuniones con su madre, que ésta presenta igual discurso, del mismo contenido, con características de irreductibilidad, ansiedad desbordante, suspicacia y paranoia. Al explorar a mayor profundidad se encuentra que estas ideas son vividas en paralelo con su hijo desde varios años atrás.

Se realiza el diagnóstico de trastorno delirante, tipo persecutorio, primer episodio. Se inicia tratamiento farmacológico (antipsicótico y benzodiacepina) y se considera una impresión diagnóstica de trastorno psicótico compartido o “Folie á deux”. A la madre, dado que no era la paciente, se le dio una recomendación de buscar ayuda médica.

Discusión

El trastorno psicótico compartido es una condición clínica poco frecuente, o quizá poco diagnosticada, caracterizada por transferencia de ideas delirantes de un individuo “primario” o inductor, a uno o más “secundarios” o inducidos, en estrecha relación (1,3).

Históricamente esta entidad se ha denominado de diversas maneras por distintos autores. En 1860: Psicosis comunicada (Baillarger), 1871: Idea de persecución o delirio de dos o tres (Le-grand du Saulle), 1877: Locura de dos (Laségue y Falret), 1880: “Folie á deux”, “Folie simultanée” (Regis) (1,5).

En el caso descrito, se evidenció cómo a raíz de la separación de madre e hijo durante la hospitalización, disminuyó la sintomatología delirante de la madre y por el contrario, al contacto con su hijo, se reactivaba la misma.

No hay datos claros sobre predominio entre hombres y mujeres; sin embargo, se ha sugerido mayor susceptibilidad en mujeres. Generalmente se presenta en el núcleo familiar primario: gemelos monocigóticos, hermanos, madre-hijo, esposos (2,5).

Tabla 1. Características frecuentes en cada caso.

Características	Caso primario	Caso secundario
Trastorno mental grave	+	
Personalidad dominante	+	
Mayor nivel de educación	+	
Sumisión		+
Sugestionabilidad		+
Edad avanzada		+
Inteligencia baja		+

El tratamiento en términos generales inicialmente consiste en separar la diada y tratar enfermedad de base. Si posterior a esta intervención persiste la ideación delirante en el caso secundario se puede considerar el tratamiento farmacológico, además el manejo de ambos casos implica el abordaje psicoterapéutico individual y familiar (6,4).

Figura 1. Evolución nosológica del delirio compartido.

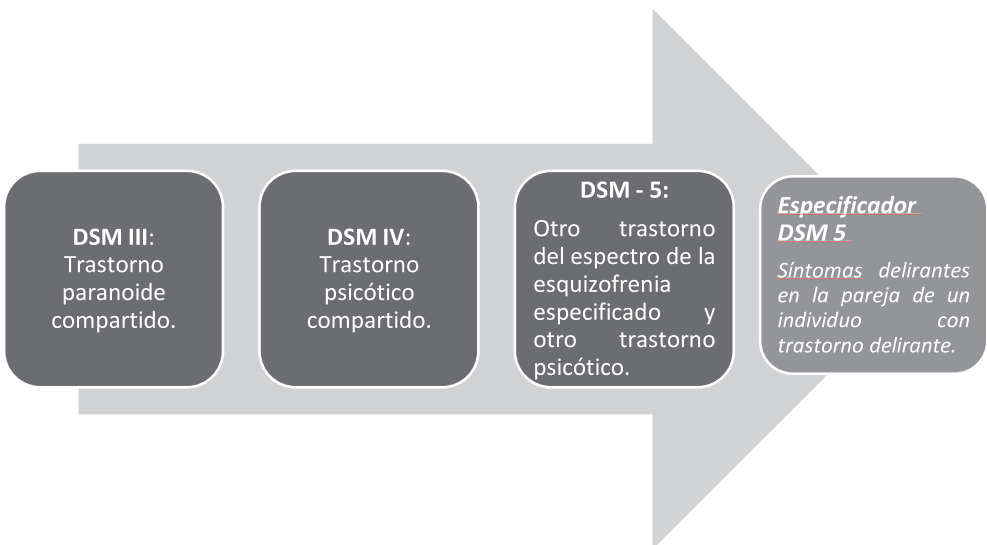


Imagen 1. Hermanas Papin, primeros casos descritos de delirio compartido, lacan.



Fuente: <http://podcastpsicoanalisis.com/2017/08/14/folie-deux-la-locura-compartida/>

Conclusiones

Se dispone de poca información acerca del trastorno psicótico compartido, a pesar de la antigüedad de su descripción.

El delirio compartido o folie à deux, es una patología posiblemente subdiagnóstica, debido a la poca información que se dispone respecto a la misma.

Es una entidad de difícil diagnóstico, ya que la diada no siempre aparece en la atención clínica habitual y para ellos el delirio es vivido como una experiencia real que no requiere un tratamiento.

Referencias

1. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à Deux and Shared Psychotic Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2007;9:200–205.
2. Rodríguez C, Hernández M, Rangel M, Martínez A, Valero Y. Trastorno psicótico compartido: a propósito de un caso entre dos hermanas. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2012;41(2).
3. American Psychiatric Association (APA) 2013, DSM 5. Barcelona. Masson
4. Shah K, Breitinger S, Avari J, Francois D. Late-onset folie à deux in monozygotic twins. *Schizophrenia Research*. 2017;182:142–143.
5. Balducci PM, Gobbicchi C, Moretti P, Tortorella A. Delusional sharing: a history focus-on and case report of folie à deux. *Riv Psichiatri*. 2017;52(4):168-171.
6. Delgado MG, Bogousslavsky J. De Clérambault Syndrome, Othello Syndrome, Folie à Deux and Variants. *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus. Part II – From Psychiatry to Neurology*. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger. 2018;42:44-50.

Reporte de caso

Dependencia a los relajantes musculares (tizanidina): un reporte de un caso

Juan Esteban Arcila Duque¹, María José Suelst Cock¹

1. Médico psiquiatra – Egresado del posgrado de psiquiatría ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque
Correspondencia: juanearcila@hotmail.com

Resumen

Introducción: La Tizanidina es un derivado de la imidazolina y hace parte de la familia de los relajantes musculares. Es un medicamento frecuentemente formulado para afecciones musculares. Hasta la fecha de consulta del paciente no se encontraron reportes de casos de dependencia a la Tizanidina, por lo que se considera de interés clínico.

Objetivo: Presentar un caso clínico de una paciente con dependencia a un medicamento no relacionado previamente con adicción.

Método: Reporte de caso y revisión narrativa de la literatura.

Resultado: Se presenta el caso de una adulta joven que cuatro años antes de consultar inició el consumo de relajantes musculares, específicamente de Tizanidina, principalmente para manejo de la ansiedad, que se fue escalando en el tiempo hasta un patrón de dependencia, alterando su funcionamiento global.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta el potencial de abuso de los relajantes musculares por sus efectos sedativos, estar abiertos a nuevas sustancias de potencial abuso y realizar una prescripción racional de estos medicamentos.

Palabras clave: Tizanidina, dependencia, abuso, abstinencia.

Summary

Introduction: Tizanidine is an imidazoline derivative and is part of the family of muscle relaxants. It is a drug frequently formulated for muscle conditions. Until the date the patient was consulted, no reports of dependence cases to Tizanidine were found. Therefore, it is considered of clinical interest.

Objective: To present a clinical case of a patient dependent on a drug previously not related to addiction.

Method: Case report and narrative review of the literature.

Result: We present the case of a young adult who, four years before consulting, began consuming muscle relaxants, specifically Tizanidine, mainly for anxiety management. It escalated over time to a pattern of dependence, decreasing her global functioning.

Conclusions: It is important to take into account the potential for abuse of muscle relaxants due to their sedative effects. It is also important to be open to new substances of potential abuse and to carry out a rational prescription of these drugs.

Keywords: Tizanidine, dependence, abuse, withdrawal.

Introducción

La Tizanidina es un derivado de la imidazolina y hace parte de la familia de los relajantes musculares. Este medicamento tiene un efecto alfa 2- adrenérgico de acción central, actuando en los receptores presinápticos. Está estructuralmente y farmacológicamente relacionado con la Clonidina, pero sólo tiene 2-10% de la potencia antihipertensiva de esta. La actividad antiespasmódica de la Tizanidina resulta de agonismo en los receptores alfa₂ pre-sinápticos centrales. La respuesta del agonismo en estos receptores es una disminución en la liberación de aminoácidos excitatorios que a su vez conduce a la inhibición de las neuronas motoras espinales.

La Tizanidina es un agente oral que se utiliza para reducir el tono muscular asociado con la espasticidad relacionada con una lesión cerebral o de la médula espinal, esclerosis múltiple u otros trastornos espásticos.

La eficacia de la Tizanidina en el tratamiento de la espasticidad es comparable al baclofeno. La Tizanidina produce más somnolencia y sedación que el Baclofeno, pero no está asociada con la debilidad muscular que puede ocurrir con la terapia de Baclofeno.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos (Medline, Science Direct, Scielo,

Embase) donde no se encontraron casos o series de casos de dependencia a la Tizanidina, por lo que se considera de interés clínico el presente caso.

El propósito de este reporte es exponer el caso de una paciente con dependencia a la Tizanidina.

Método

Se presenta el caso de una paciente quien consulta en febrero del 2016 al Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat. Adicionalmente, se realiza una revisión narrativa de la literatura y se formulan recomendaciones.

Reporte del caso

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 21 años, natural de Santander y residente en Bogotá, quien consulta en febrero del 2016 al Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat, por cuadro clínico de cuatro años de evolución de consumo de relajantes musculares, específicamente de Tizanidina. Dicho consumo era con fines sedativos, para manejo de la ansiedad según lo referido por la paciente, inicialmente de forma ocasional, que fue escalando rápidamente en los últimos tres años hasta 10 a 20 tabletas interdiarias. La paciente refiere durante la consulta inicial deseos persistentes

de consumo de Tizanidina, con inversión de mucho tiempo para recuperarse de los efectos sedativos, con ansias persistentes de consumir e incumplimiento de sus deberes por estado de embotamiento.

Las consecuencias de uso de dicho relajante muscular han sido alteraciones progresivas de la memoria reciente y de la concentración, con intentos infructuosos en varias oportunidades de abandonar el consumo. El mayor tiempo de no consumo fue de una semana, con síntomas de abstinencia dados por ansiedad, diaforesis, temblor de manos e insomnio y último consumo una semana previa al ingreso. La paciente presenta asociado consumo de marihuana, que inició desde hace un año con el fin de reemplazar el efecto sedante de los relajantes musculares. Lo anterior ha generado disfunción global de la paciente, por lo que suspendió sus actividades académicas y desde hace un año se encuentra cesante.

Como antecedentes de importancia presenta diagnóstico de trastorno depresivo recurrente desde hace tres años, con controles irregulares por psiquiatría y mala adherencia al tratamiento farmacológico.

Al examen físico se evidencian signos vitales normales, con diaforesis y temblor distal. En el examen mental con afecto ansioso, mal modulado sin evidencia de otros signos de abstinencia en el momento.

Al ingreso se solicitan paraclínicos con reporte de hemograma, función renal y hepática, glicemia y electrolitos dentro de límites normales. La medición de tóxicos para benzodiazepinas, cocaína y marihuana negativos. Durante su estancia hospitalaria se observó con afecto ansioso durante los primeros cuatro días de hospitalización

asociado a insomnio de reconciliación y en una oportunidad presentó alucinaciones hipnagógicas visuales, con deseos de consumo de Tizanidina; sin embargo, presentó mejoría progresiva de los síntomas de abstinencia y de síntomas depresivos. La paciente fue valorada por el grupo de desintoxicación quienes consideraron el diagnóstico de trastorno relacionado con el consumo de otras sustancias, en este caso Tizanidina. Indicando un proceso de deshabitación, el cual es rechazado por la paciente, por lo que al presentar estabilidad sintomática se da egreso de la institución.

Discusión

El consumo prolongado de Tizanidina favoreció en la paciente un patrón de consumo desadaptativo, cumpliendo criterios para trastorno por consumo relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificada, según el DSM V publicado en el año 2014. Este trastorno abarca una magnitud de sustancias no relacionadas con el alcohol, la caféina, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes, las anfetaminas o el tabaco. Dichas sustancias son esteroides anabólicos, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, el cortisol, los medicamentos antiparkinsonianos, los antihistamínicos, el óxido nitroso, entre otros, que causan graves problemas por su uso repetido, generando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Se puede evidenciar que la paciente cumple con el criterio A, dado por consumo problemático de la Tizanida, con malestar clínicamente significativo durante al menos doce meses y adicionalmente presenta

tolerancia dada su necesidad de consumir cantidades mayores para conseguir el efecto sedativo deseado.

Adicionalmente la paciente presenta síntomas de abstinencia ya que el cese de la Tizanidina, provocó la aparición de ansiedad, alteración del patrón del sueño y deseos de consumo de las sustancias, los cuales no son atribuibles como efectos secundarios a otras sustancias y no es clasificable en ninguna otra categoría como el alcohol, caféina, cannabis, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes o tabaco.

A pesar que no hay reportes en la literatura científica sobre consumo abusivo y dependencia a la Tizanidina, se debe considerar que hay un factor de riesgo al tener efectos sedativos y se debe tener en cuenta en los trastornos por abuso de otras sustancias.

Conclusiones

Hay un abuso creciente de diferentes sustancias en nuestro medio, incluidos medicamentos de uso diario, que pueden generar dependencia, por lo cual es importante conocer las sustancias de potencial abuso y dependencia y estar abierto a nuevas sustancias, con el fin de identificar oportunamente casos, con una evaluación psiquiátrica adecuada, para poder brindar el mejor tratamiento.

Es importante tener en cuenta el potencial de abuso de los relajantes musculares por sus efectos sedativos, en particular de la Tizanidina, como en el caso reportado, y sus impactos en la vida de los pacientes, por lo que se debe realizar una prescripción racional de estos medicamentos.

Referencias

1. Reeves R, Ladner M, Perry C, et al. Abuse of Medications That Theoretically Are Without Abuse Potential. *Southern Medical Journal*. 2015;108(3):151-157.
2. Zullino D, Eskenasy A, Beeson J. High-dose tizanidine abuse. *Psychopharmacol Bull*. 2003;37:5-6.
3. Karol D.E., Muzky A.J., Preud'homme X.A. A case of delirium, motor disturbances, and autonomic dysfunction due to baclofen and tizanidine withdrawal: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 2011;33(1):84.e1-84.e2
4. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM
5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
6. Spiller HA, Bosse GM, Adamson LA. Retrospective review of Tizanidine (Zanaflex) overdose. *Journal of toxicology. Clinical toxicology*. 2004;42(5):593-6.
7. Jones S, Sandhu H, Preston C. Tizanidine interactions. *The Pharmaceutical Journal*. 2015.
8. Roberts RC, Part NJ, Pokorny R. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of tizanidine. *Neurology*. 1994 Nov; 44 (11 Suppl 9):S29-31.

Escritos y reflexiones

Existencialismo en el psiquismo del amor

Felipe Agudelo Hernández,¹ Marcela Guapacha Montoya,² Adriana del Pilar Arcila Rivera³

1. Médico psiquiatra – Universidad de Caldas

2. Médica Cirujana – Universidad de Caldas

3. Médica Cirujana, Magíster en Terapia sexual, Magíster en Artes y Humanidades –Docente Universidad de Caldas

Correspondencia: meminher@hotmail.com

Resumen

Como finalidad de la libertad que nos ha otorgado el conocimiento científico, se ha establecido alcanzar un mayor bienestar, lo que implica una mejor definición del ser humano, de sus potencialidades y de sus relaciones con el otro. Sin embargo, en la medida que ocurren estos avances, se encuentra que la salud mental es cada vez más deficiente, y que esto se ha visto reflejado, además de los indicadores de enfermedad mental, en el tipo de vínculo que se viene construyendo, sea entre las parejas, los familiares o los prójimos. Se propone entonces, una vez dotados con la fortaleza de la razón y del método científico, regresar a la filosofía, y revisar algunos aspectos del compromiso propuesto por el existencialismo para fortalecer nuestro psiquismo y mejorar nuestro papel en el mundo.

Palabras clave: Existencialismo, Sexualidad, Amor, Compromiso, Libertad, Psiquismo.

Abstract

To reach a greater wellbeing seems to be the purpose of the freedom that has been granted to us by the scientific knowledge, which implies a better definition of human beings, our potential and our relationships with others. Nevertheless, to the extent that these advances occur, it has been observed that mental health becomes increasingly deficient, for this has been reflected in indicators of mental illness and in the type of link constructed between couples, families, or peers as well. This paper proposes, once we are endowed with the strength of the reason and the scientific method, to return to the philosophy, and to consider some aspects of the commitment proposed by the existentialism, in order to strengthen our psychism and improve our role in the world.

Keywords: Existentialism; Sexuality; Love; Commitment; Freedom; Psychism.

Entre tantas batallas que ha librado la humanidad, el existencialismo ha sido tal vez de las pocas que ha ganado. Ha pretendido curarla de graves enfermedades como del cristianismo, de la necesidad, de la pereza, de la falta de intimidad, de la inacción y, dentro de esta,

de la esperanza sin precedentes y de la fe irracional..., y como todo proyecto enorme se propuso contradecir la muerte. Hasta este punto se había alimentado una doctrina donde un amor imaginado (el amor de Dios), nos sigue y nos persigue para salvarnos (1), negándonos la

propia creación, el desarrollo, la libertad y, con esta, toda la responsabilidad de ser. Surge el existencialismo entonces para hacernos responsables del ser y de ser (2), para tomar las riendas de la vida con orgullo, aceptando al mismo tiempo el destino; algunos con pesimismo: compadeciéndonos y actuando ante el desamparo (Sartre); otros con un amor y respeto profundos, similares sólo a los que se siente por un niño inocente (Nietzsche).

Se niega a Dios, y con esto se da una importancia central a los actos: sucede, en palabras de Hannah Arendt, una filosofía de acción y compromiso (3). Dios no existe, y con la muerte o la negación de este, se deja a cargo de la humanidad el desarrollo de una fe más racional y la estructuración de nuevos valores. Si Dios no existe, si decidimos cambiar la gracia por la justicia, el milagro por el acto, no hay gracia más grande que nacer, y con esto tenemos garantizado nuestro ser (2)... A partir de aquí, en palabras de Nietzsche, el hombre debe decidirse a hacer para ser (4). Hemos ganado el acto a punta del mismo motivo de la revolución: la libertad. En palabras de Breton, se devolvió al hombre todo el poder que había puesto en la palabra de Dios (5).

Se tiene una deuda con esos revolucionarios por el uso de la razón y de las capacidades, y se deben honrar con lo que han dado, ser sus abogados, pues la revolución, como lo dijo Camus, es amar un hombre que no existe todavía (1)... con un amor de otro que existió. La forma de pagar: usar lo otorgado... usarlo y renovarlo. Ser nosotros mis-

mos, pues, según Jaspers, el hombre llega a ser él mismo cuando en su acción ha decidido a dónde quiere ir (6), o en las palabras del mismo Sartre: todos los existencialistas tienen en común que la existencia precede a la esencia (7). Desde el inicio del existencialismo, Kierkegaard plantea como existencia auténtica el ser uno mismo en todos sus actos, el empoderamiento de la propia vida más allá de las circunstancias. Describió también una existencia inauténtica donde el ser humano cae en un nihilismo pasivo, en una observación anónima, en una contemplación netamente objetiva, cuando no participa en el momento, o sea, cuando no existe en realidad (3). De allí se explica el afán que tomó el existencialismo en manos del marxismo de crear una situación histórica. Construirse al existir y existir al construirse. Es así como queda sentado que el existencialismo es una filosofía de elección, de compromiso, de la acción y de la responsabilidad; y que la libertad, en palabras de Nietzsche, es algo que se tiene y no se tiene a la vez, algo que se construye (1).

Como mencionamos, el ser humano se ha quedado sin el amor a los dioses. Siguiendo la idea de Saint-Just (8), unos han hecho de este logro la piedra para construirle un templo a la libertad, otros para construirle una tumba. Si este exilio de Dios no nos sirve para renovar constantemente este renunciamiento, esta perpetua victoria sobre nosotros mismos, tendremos que pagar esta pérdida, pues la necesidad de creer es inherente al humano, animal expectante. La fe filosófica de Jaspers o la fe racional de Fromm, siguen siendo piedra angular del exis-

tente, el alimento de los actos. Es en este punto donde Camus invita a cambiar la pregunta ¿libre de qué?, por ¿libre para qué? El precio de esta rebeldía, de la insurgencia, según Lautremont, es el amor a los hombres (9). Se plantea entonces una pregunta en torno al amor: si es este la respuesta a la responsabilidad de y para existir, a la lucha en contra del no-ser (10), a la muerte filosófica, al agujero negro; si es precisa su etimología (sin muerte); y, si en definitiva, el existencialismo podría ayudar a entender el amor como compromiso vital, como meta de la humanidad, y no como simple sensación, emoción y sentimiento, producto de algo similar a la gracia divina, es decir, ajeno a la labor humana, ajeno al compromiso.

Ante la angustia

Kierkegaard define la angustia como el deseo de aquello de lo que se tiene miedo (11). Nosotros ya podemos desear lo que una vez fue prohibido por el pecado y la culpa. En palabras de Sartre:

“Estamos condenados a ser libres” (7). Deseamos y podemos, como premio por la libertad que conseguimos, sin embargo, a pesar de tanto poder, estamos atados si no sabemos qué hacer con él; podemos elegir las cárceles y no usar esta libertad para vencer la muerte y la fuerza de la fatalidad, sólo reconocerlas, verlas pasar, ocultarnos de ella, con la incertidumbre que esto genera. Acerca de esta angustia y del don de la libertad, Erich Fromm escribe: “El hombre está dotado de razón, es vida consciente de sí misma; tiene consciencia de sí mismo, de sus se-

mejantes, de su pasado y de las posibilidades de su futuro. Esa consciencia de sí mismo como una entidad separada, la consciencia de su breve lapso de vida (...) hace de su existencia separada y desunida una insoportable prisión”. Para este autor, la fuente de toda angustia es lo que denomina separatividad (estado de separación), pues estar separado significa estar aislado, sin posibilidad alguna de usar mis poderes humanos (10). Se refuerza entonces la necesidad de asociación, descrita desde la etología, o de compañía, aportada desde la filosofía y la poesía. En cuanto a la primera encontramos cómo la naturaleza ha producido vida desde la individualidad, sin embargo, en palabras de Vitus Dröscher, aunque esta (la individualidad) pueda parecer un reconfortante producto de la filogenia, es evidente que no fue el motor que la impulsó (12). De igual forma define el afecto como el lenguaje de la filogenia (12). Contamos entonces con un comportamiento social como parte de la historia natural y evolutiva del ser humano, que parte del comportamiento reproductor. El mismo autor menciona además que dicho comportamiento inicia en la multiplicación asexual, pasa por la “invención” del macho y por los difíciles problemas del apareamiento caníbal, la violación como modo “normal” de copular, hasta el despertar de inclinaciones amorosas más delicadas donde intervienen habilidades cognitivas en las relaciones como la empatía y la simpatía... De esta manera, como otros productos de la inteligencia humana, se crea el amplio concepto del amor, del que participan la antropología, la sociología, las neurociencias y la poesía (13).

Como muestra de lo anterior, escribió Fernando Pessoa (14):

“El amor es una compañía.
Ya no sé andar solo por los caminos,
porque ya no puedo andar solo...”

Ahora bien, todo se ha hecho accesible, sea porque se le puso un precio, o porque el humano aumentó sus capacidades y sus funciones... ambas son posibilidades de haber aumentado el deseo, aunque por ser una explicación más factible tendemos a creer más en la primera. En apariencia el resultado debería ser la solución de la angustia, la abolición del sufrimiento, pues aparentemente hemos regresado a la omnipotencia del recién nacido: podemos adquirir todos los objetos, incluso el amor, y podemos vencer todas las barreras entre el presente y el goce, incluso la separatividad, y a un precio no tal alto. Sin embargo, aparte de persistir esta angustia en el ser humano, ha aumentado y este continúa sufriendo; lo que parecía haber resuelto el dolor de forma definitiva, sólo sirvió de solución temporal: remedió la angustia de forma transitoria, distrayendo mientras alimentaba al monstruo del dolor que crece en cada individuo, y que una vez se deja de alimentar, en situaciones en que la adquisición no es solución, se manifiesta quebrando todo el ser que lo contiene, desintegrando su psiquismo (15).

Para caracterizar las relaciones amorosas actuales es necesario conocer los antecedentes de la sexualidad (pegamento universal) en la cultura. Pero antes de describirlo es necesario dejar sentado lo que aportan las ciencias naturales a

la descripción de la sexualidad, específicamente la etología, quien asegura que cuando el individuo es solitario se hace necesario el encuentro, y una clara prueba de esto, menciona Vitus Dröschner, son: 1. Los periodos procreativos para los encuentros sexuales donde el humano es sexualmente activo en todo momento, 2. La diferenciación sexual para evitar confusiones en el fenotipo, y 3. El cortejo como comunicación sexual intraespecífica (12). Descripciones como la anterior sustentan que el animal humano, ser arrojado al mundo, no es solitario por naturaleza, y desde este precepto se da la sexualidad como un constructo social, donde efectivamente ha sido arrojado al mundo, pero en compañía de otros. Es así como el primatólogo Frans de Waal menciona: “Nuestros antepasados empezaron a entender cómo deberían preservar la paz y el orden –por lo tanto, cómo se conseguía que el grupo mantuviera más unido para defenderse de las amenazas exteriores– sin necesidad de sacrificar los intereses individuales legítimos” (16). A esto complementa Adriana Arcila en Comportamiento sexual, “La teoría de Frans de Waal (...) está sustentada desde paradigmas evolutivos: la selección natural apunta al mejoramiento de la especie a expensas de los demás... Entonces cómo explicar la supervivencia de los débiles y de los discapacitados...” (17). En este punto es donde muchos filósofos, entre ellos Hume, Schopenhauer y Smith, anotan con gran razón algo que sería comprobado después por la neurofisiología, que la empatía es un instinto indestructible e innato, tanto como la misma agresividad, como la voluntad de dominio (13,16,18).

En cuanto al establecimiento de lo que hoy conocemos como sexualidad (complejo afectivo, vital, psicológico, económico, político, social, jurídico, elaborado a partir del sexo, según Antonio Marina (15)), encontramos en Roma, incluso antes del cristianismo, que la monogamia, la función reproductiva de la sexualidad y la desvalorización del placer sexual, funcionaron como tres grandes principios, provenientes tal vez del estoicismo y de determinaciones ideológicas imperiales. Con la aparición del cristianismo estos preceptos se vieron convertidos en moral y en fe. Ya no necesitaban de la ley y del ejército para hacerlos cumplir, pues cada quien podría determinarse culpable. De esta forma el estado adquiere un poder más allá del poder: una religión. Surge entonces la figura del pastor para asumir el cuidado de cada individuo del rebaño mediante nuevas técnicas de poder como el examen de conciencia, la confesión, el reconocimiento de la culpa y las meditaciones sobre la carne, esta última como un mal absoluto del que es necesario desembarazarse. Se retoman pensamientos como los de Pablo para describir la lujuria que acecha y la necesaria conversión extrema para cambiar el amor a la madre, al padre, a los hermanos, a la mujer, por el amor a Dios: “Todos deberían ser castos” (19), agrega. Se establece este amor dirigido a Dios (caritas) contra el amor dirigido al mundo (cupiditas) (20). Vendría siglos después otro padre de la iglesia, San Agustín (un converso más), a explicar los problemas que plantea la lujuria con lo que los griegos llamaban akrasia, o debilidad de la voluntad para liberarse de las cadenas de la carne (21). Retoma y describe con

mayor claridad lo que pretendía el clero con el amor, que no era más que acercarse a los humanos, pero con métodos que lo hacía alejarse de su humanidad, de su naturaleza. Se forma un esquema clerical represivo que ha permeado incluso hasta ahora en la concepción de sexualidad, relacionada con culpa, temor, pecado y un infierno merecido, vinculada a la reproducción.

Con el surgimiento del existencialismo y su redefinición del pecado, del psicoanálisis y la descripción del sexo como componente inevitable del psiquismo; con el estudio riguroso y metódico de la sexualidad como parte del comportamiento animal del ser humano por parte de Kinsey; con el avance de la farmacología en la creación de los métodos anticonceptivos, trayendo esto una concepción más que reproductiva del acto sexual; este modelo comenzó a tambalear, y surgió una propuesta -como es de esperarse del ser humano- reaccionaria, tal vez vigente hasta ahora. Esta consiste en el choque dialéctico, planteado por el mismo Antonio Marina de sexo vs sexualidad (sustrato vs superestrato, signifiante vs significado) (15,17). La propuesta reaccionaria pasó de esconder la naturaleza del hombre a ocultar la moral y la inteligencia que le aporta la sexualidad al sexo, cayendo con esto en un determinismo del estímulo y del instinto. El sexo fue aceptado como necesidad, y esta necesidad, dentro de una cultura consumista, fue transformada en un producto; decía Bauman: “Donde hay una necesidad el capitalismo ha producido dos” (22). Necesidad de saciar un apetito liberado y necesidad de no estar solo, apar-

te. Al convertirse en un producto para adquirir, se convierte de forma inmediata en un indicio de poder. Es así como, Michael Foucault, gran representante de esta revolución sexual, asume la sexualidad como dispositivo de poder, y al sexo como significativo único y universal, emprendiendo una lucha contra cualquier tipo de cultura que contenga la sexualidad; menciona: "... Supresión de tabués, de limitaciones y de separaciones sexuales; práctica de la existencia comunitaria; desinhibición respecto a la droga; ruptura de todas las prohibiciones y de todas las cadenas mediante las que se reconstruyen y se reconducen las experiencias que nuestra civilización ha rechazado o no ha admitido más que como elemento literario" (23). Habría de liberar con esto una sexualidad natural, una sexualidad original reprimida, pero tal vez al romper las cadenas que la ligaban a la moral, de paso rompió los lazos que la unían a la humanidad. En este punto de vista, como menciona el filósofo Manuel Cruz, por más bienintencionado que pueda ser (en el sentido de que aspire a terminar con un régimen represivo), da por supuesto lo todavía pendiente de demostrar y, en esa medida, deja sin pensar aquello que realmente importa... (24), refiriéndose al sexo como origen de las relaciones humanas, como materia de estudio de la ética, que es, a su vez, la única forma de poder tener prácticas sexuales justas, dignas y dignificantes, ya que, como escribe Peter Singer, la ética está para resolver conflictos por deseos que no pueden satisfacerse al mismo tiempo (25).

Las revoluciones producen beneficiarios y vencidos. Los vencidos: el cristianismo,

que lejos de Cristo ha sido la enfermedad más grave de la humanidad (26). Pero, aparte de continuar venciendo al clero, ¿otros beneficios? No muchos. El sexo pasó de la represión y de ser causa de vergüenza, a ser fuente de poder para cumplir el deseo de ser aceptados y el sentimiento de la propia eficacia, y con esto el resultado fue establecer nuevas morales sexuales para obtener intereses particulares... sin importar el costo. El sexo para cumplir una necesidad, más social que natural; y no para la potenciación del self, despreciando la capacidad que tiene para construir relaciones humanas con aquella simpatía innata que mencionamos. Ya el producto obligado del sexo no es el hijo, es el orgasmo. La limitante del sexo no es la moral cristiana, es la moral de consumo. Cantidad a cambio de calidad. Simon Bauman lo describe: "Ahora el amor libre lleva la misma máscara que antes llevaba el amor marital". Ahora hay compañeros en la esencial tarea de consumir, compañeros de alegrías consumistas; otros sólo alcanzan a ser simples objetos desechables de consumo... o de daño (quien se interpone entre nuestros deseos y lo que ha de saciarlo). Agrega el mismo autor: "La solidaridad humana es la primera baja de la que puede vanagloriarse el mercado de consumo" (22). Como causa o producto de esto, cada vez sabemos menos de qué estamos hechos. No contamos con el espacio ni entendemos la importancia de la reflexión, y con esta de la identificación de los propios estados, de los sufrimientos, de las frustraciones; y si no tenemos claro qué es lo que compone un alma humana, poco se puede entender lo que ocurra en la existencia

del otro, quien pasa de ser mi aliado en el dolor o en la alegría, a ser una amenaza o un objeto placentero. En esto nos caracteriza el amor líquido (también el nombre de su texto más conocido) que hace referencia a la extrema fragilidad en los vínculos entre los seres humanos; lo que Antonio Marina denomina sexualidad desvinculada. Ambos parecen pedir la resurrección de Proudhon o Bakunin, quienes plantearon que una vez derrocado el estado había que regresar o recurrir a los valores (20). Se reconoce el esfuerzo de esta revolución, contradecir al monstruo de la religión tiene un precio alto, sin embargo, la victoria del sexo ha sido pírrica, pues nos dio libertad y ciencia, pero está causando dolor. Porque comprar amor es muy costoso, y compramos sexo para apagar el incendio de la fisiología, sin solucionar el llamado ontológico que nos diferencia en la escala evolutiva: la intención de existir. Nos sentimos aún abandonados, no ha disminuido la angustia; no tenemos ya la falsa certeza de un dios... pero tampoco tenemos alguna certeza, pues al parecer, de paso, matamos también el amor. Seguimos reprimidos, pero esta vez por nosotros mismos: no supimos, por lo menos en materia del amor, qué hacer con la libertad.

Estemos solos juntos

Hasta acá hemos hablado de represión, revolución y libertad; y anotamos cómo se ha confundido la individualidad con la individuación, tomando esta última como único requisito para la anhelada libertad, pues ahora ser libre significa necesitar nada de nadie; oponiendo los conceptos de autonomía y sociedad,

autoafirmación y compañía. Sin embargo, más allá de un oxímoron, el amor debe ser conformado por dos soledades, es decir, por dos individuos que hayan pasado por la reflexión y el autoconocimiento. Es ahí donde se diferencia la soledad, que caracteriza al humano en su condición de individuo, del nihilismo pasivo. Rousseau decía que ser adulto es estar solo, y vista desde esta perspectiva, se podría definir el abandono que mal llaman la soledad, como la vivencia de que no importamos a aquellos que nos importan (24). En este punto es fundamental encarar el amor desde el aprendizaje de la soledad, desde el esforzado trabajo interior de no confundir soledad con abandono, de aceptar que la compañía de los demás se dice de muchas maneras. En la búsqueda del amor, cabe citar a Dostoievski, quien comparaba la búsqueda del amor como a las de las mariposas: si se persiguen huyen, pero si esperas es posible que se posen sobre ti. Ese esperar es prepararse para el amor, es construir un Yo amante, dispuesto al compromiso frente a la angustia existencial compartiendo sus mejores dones, y esto sólo lo logra la tranquilidad en medio de una soledad elegida, donde, en palabras de Fromm, tengo una sensación de mí mismo como centro de mis poderes, como creador de mi mundo (10). Sólo creyendo en la propia existencia, sólo identificando una meta concordante con la humanidad, se puede aspirar a encontrar apoyo para la vida en otro ser humano y se puede, al mismo tiempo, ser fuente de apoyo. Escribió Derrida: "Somos, en primer lugar, amigos de la soledad, y os llamamos para compartir lo que no se comparte: la soledad" (27).

La intimidad se fortalece y se preserva mientras se comparte.

Alguien dispuesto a amarnos bien, sólo quiere recibir de nosotros integridad, pues el amor sólo se hace posible cuando cada uno se experimenta desde el centro de su existencia. Dice el mismo Dostoiévski: “Si dudase de una mujer amada, del orden universal, y estuviese persuadido, por el contrario, de que todo no es sino un caos infernal y maldito, aun entonces, a pesar de todo, querría vivir” (28). El amor nos exige amar la propia vida, lo que implica no temer a la soledad y no tener restricciones de entregarse, pues quien se ama a sí mismo, tiene en su corazón la fuente infinita de amor al mundo, es decir, necesidad de dar y agradecer. Nadie puede dar lo que no tiene.

Sin embargo, esa soledad, esa individualidad, la autoexpansión y la celebración de sí mismo, no puede confundirse con el narcisismo, forma más degradada de amor propio y explicación plausible de la incapacidad de amar; muerte en el propio reflejo. Para el narciso sólo es real lo que le sucede a él, lo que sucede en el terreno baldío de su mundo interior; el mundo exterior, el otro, sólo existe como utilidad o peligro, es aquel que se interpone entre el deseo y el consumo, como se había dicho. Cuando algo lo satisface, en lugar de sentir gratitud, siente que ha creado por sí mismo el objeto de satisfacción. Esta falta de gratitud es explicable, pues desde su pobre Yo no es capaz de dar cosas buenas, o sea, es incapaz de amar (29). En lugar de esto busca consumir todo lo que más pueda; en términos kleinianos, es voraz, tiene un deseo

impetuoso e insaciable que excede lo que necesita y lo que el objeto puede dar (30). No sabe lo que necesita, pues no sabe identificar las necesidades, pero eso no quiere decir que no las tenga, por el contrario, son más grandes porque nunca las ha saciado y, peor, ignora cómo hacerlo... Para no sentir las se engaña con una mágica omnipotencia, con la negación de la necesidad de dependencia, del compromiso: tiene una vida sin existencia. Su esquema interpersonal diría algo como “no necesito esforzarme por lo bueno que tiene el otro, pues lo merezco”. Erich Fromm, acerca del narcisismo, menciona: “... puesto que el amor depende de la ausencia relativa del narcisismo, requiere el desarrollo de humildad, objetividad y razón (...). La humildad y la objetividad son indivisibles, tal como lo es el amor (10)”. Así le veamos una bella coraza, nadie con tanto riesgo de sufrir como el narciso (29).

En este sentido, sólo hay una forma de entregar la soledad, y es el amor, que necesariamente debe ser mejor que la misma soledad. Este amor nos sirve en la medida que le servimos: nos sirve para hacerle frente de una mejor manera a la angustia de ser, para usar la libertad que otros han ganado para nosotros, para expresarnos a través de una psique equilibrada y coherente en todos sus componentes; y le servimos para congregarnos a la humanidad en torno a su meta, fin supremo del amor.

Tenemos entonces que el primer paso después de la soledad es el reconocimiento del otro. Sólo quien reconoce al otro como un determinado tipo de

persona, con su plena autonomía, y no como un mero ser-para-mí, puede experimentarse a sí mismo en su plena especificidad, de manera consecuente y veraz. Porque un otro vaciado de contenido, o simplemente con su diferencia debilitada, es, al mismo tiempo, alguien a quien le estoy negando su capacidad para reconocerse como el tipo de persona que creo y quiero ser (24). Debe ser recíproco. Spinoza decía que el amor es una alegría acompañada por la idea de una causa exterior (31). Acá se mezcla un poco la felicidad que tanto se tiene en cuenta como búsqueda constante en la vida, y cómo esta aspira a ser independiente..., aunque con otro que en apariencia hace parte de lo exterior. Lo que debemos resolver es cómo reconocer al otro como ser autónomo, con sus irreductibles diferencias, y, más complejo aún, cómo sacar sano provecho de fines que no son los míos y que no están en sintonía con lo que yo me he planeado como felicidad. Desde voces rebeldes y libertarias, surge la pregunta: ¿el amor va en contra de la libertad?

El amor por definición es no morir. Ortega, como muestra de la influencia de Nietzsche, decía que amar una cosa es estar empeñado en que exista; no admitir, en lo que depende de uno, la posibilidad de un universo donde aquel objeto esté ausente (32); es vivificar al otro, crearlo, darle más vida a su vida. Hay que agregar que al ser humano lo embarga un impulso por vivir, por conservarse en el mundo, y el amor, según lo dicho, sería un buen método. Nietzsche escribió:

Un hombre que no tiene un confidente del secreto de su meta en la vida: un

hombre así pierde algo indescriptiblemente grande al perder la esperanza de haber encontrado un ser semejante, que arrastra consigo una tragedia semejante y que espera ansiosamente una solución semejante (33).

El que ama se preocupa por que lo que ama esté más presente de lo que está de por sí, eso lo hace recordando el ser amado, imaginándolo, buscándolo, eligiéndolo. Y aquí está la manifestación máxima de la libertad, en elegir al ser amado, no como ser-para-mí, sino como ser para mi camino. En otras palabras, damos existencia a cambio de que nos ayuden a buscar un solo camino para dos libertades, sin apocar, sin cambiar de sueños. El amor (o el odio): magia en que yo decido creer. En este sentido, me convierto, al ser amado, en una existencia querida por la libertad de otro, del cual también quiero su libertad. Acá es donde aparece la dependencia, pues es apenas lógico que uno quiera estar al lado de alguien que aumente su voluntad y su existencia, sus funciones y sus capacidades. En el momento en que el otro a quien amamos nos pretende como objeto de libertad, aparece la dependencia, pues dejarnos amar de ese otro es entregar esa libertad para que sea su objeto de amor. Sin embargo, no es tan sombrío el panorama. La gran ventaja que tenemos es que esa falta de libertad, que cambiamos por aumentar nuestra existencia, la podemos reclamar cuando queramos, cuando no podamos trabajar en el amor, cuando dañe, cuando en lugar de dar más voluntad nos quite existencia... (10) Es decir, dependemos del ser amado, pero nosotros somos los

que decidimos directa o indirectamente cuándo depender y cuándo dejar de hacerlo. Esto nos devolvería la libertad, que en últimas nunca se fue de nuestras manos. Aunque, claro está, no se puede confundir lo anterior con el amor líquido ya descrito, y volverlo una salida fácil a la frustración fácilmente causada, a la falta de compromiso.

Amor y compromiso

Nos hemos referido, desde la etología hasta la psicología, a la necesidad que tiene el ser humano de asociarse, de acompañarse; se ha comprobado desde estudios de la conducta y se ha argumentado con lucidez filosófica. Por estos experimentos se ha descubierto que en el comportamiento social de los animales hay dos fuerzas fundamentales distintas que ligan a dos individuos entre sí: el instinto de relación sexual y el instinto de relación social basado en un sentimiento de simpatía personal. Conocernos nos invita a ser libres, sin embargo, aunque pareciera tangible, no gozamos de esta libertad. Según Ulrich Beck: "... no hay dios, ni cura, ni clase, ni vecino, entonces queda por lo menos el Tú. Y la magnitud del tú es el vacío invertido que reina en todo lo demás" (34). Se tiende a carecer de intimidad, única forma de identificar, conseguir y conservar el amor. Víctor Frankl menciona: "El sufrimiento por una vida sin sentido se ha convertido en el primordial problema psíquico del presente: hoy en día ya no estamos confrontados, como en los tiempos de Freud, con una frustración sexual, sino con una existen-

cial" (34). O no gozamos de la libertad, o no la tenemos aún... La rechazamos después de los brillantes argumentos. Asumimos que gran responsabilidad de esta limitante la tiene la sociedad consumista con la nueva moral sexual de la cantidad y el resultado; el cambio del individuo por su función. Harville Hendrix escribe: "Lo único que parece preocuparnos es si determinada persona es alguien 1. A quien apoyar, 2. Que nos apoya, 3. Con quien se tienen relaciones sexuales, 4. De quien se debe escapar, 5. A quien hay que someterse, 6. A quien atacar. Sutilezas tales como este es mi vecino, mi primo, mi madre, mi esposa o mi hijo, pasan inadvertidas." Sobre esto también anota Fromm con gran lucidez:

Si el hombre quiere ser capaz de amar, debe colocarse en su lugar supremo. La máquina económica debe servirlo, en lugar de ser él quien esté a su servicio. Debe capacitarse para compartir la experiencia, el trabajo, en vez de compartir, en el mejor de los casos, sus beneficios. La sociedad debe organizarse de tal forma que la naturaleza social y amorosa del hombre no esté separada de su existencia social, sino que se une a ella. Si es verdad que el amor es la única respuesta satisfactoria al problema de la existencia humana, entonces toda sociedad que excluya, relativamente, el desarrollo del amor, a la larga parece a causa de su propia contradicción con las necesidades básicas de la naturaleza del hombre (10).

En conclusión, creer en el amor como una manifestación de un ser social y no

sólo excepcional, es creer en la naturaleza misma del hombre. Este amor, contrario a lo que aún se piensa, más allá de un cuento de hadas, más allá de un instinto humano, es parte del compromiso existencial ante el vacío; es una labor, una función del ser humano que va mucho más allá del enamoramiento. Lejos está el amor comprendido como aquello que me hace feliz, pues ser feliz no es tenerlo todo, ni siquiera pretenderlo; ser feliz es saber lo que uno quiere, conocer sus deseos y aprender a desear, saber desear; tener conciencia de lo que nos falta, de aquello de lo que carecemos, pero no utilizando esa conciencia como motivo de frustración sino como estímulo para actuar, para reaccionar, para luchar o perseguir; para elegir, como muestra de la libertad, con quién deseamos establecer vínculos, con quién aliarnos ante la angustia de existir, con quién usar la libertad y la voluntad de poder... a quién amar.

El enamorado, el de este tipo de amor, representa, como pocas veces en la humanidad, la máxima kantiana de tomar al otro como un fin en sí mismo. En palabras de Jaspers: “Lo que amo, quiero que sea. Y lo que verdaderamente es, no puedo divisarlo sin amarlo” (37). Lo que implica tolerar la ambivalencia: los sentimientos positivos que me reafirman, los negativos que me contradicen, y viceversa; tolerar la ausencia: la persistencia, aun en la distancia, del objeto de mi amor con sus características, que por amarlo también son ahora más (introyección).

Escribió Dulce María Loynaz:

“Si me quieres, quíereme entera,
no por zonas de luz y sombra...
Si me quieres, quíereme negra
y blanca. Y gris, y verde y rubia,
y morena...
Quíereme día,
quíereme noche...
¡Y madrugada en la ventana abierta!...
Si me quieres, no me recortes:
¡Quíereme toda... O no me quieras!”
(38).

Si se quiere el fin hay que querer los medios, sentenció Nietzsche, y los fines en el amor siempre serán los medios... Es por esto que necesitamos una contrarrevolución del amor con las mismas herramientas con que lucharon contra la moral clerical, aunque esta vez el esfuerzo será doble, pues tendremos que luchar contra la negación de cualquier tipo de amor, y contra un pseudoamor mágico y casi religioso, que como aparece de la nada puede desaparecer, dejando hijos vulnerables y seres abandonados y sin soledad. Requerimos el existencialismo, la filosofía del compromiso, de las actitudes y el desarrollo de capacidades, pero esta vez aplicada al amor, mayor reflejo de nuestro bienestar psíquico.

Para finalizar, se proponen algunas recomendaciones precisas de Wilhelm Reich:

La aptitud para una unión sexual estable requiere, pues:

1. Una plena potencia orgástica, sin disociación entre la sexualidad tierna y la sensualidad.

2. La superación de la fijación incestuosa y de la angustia sexual infantil (del narcisismo).
3. La ausencia de represión de todos los impulsos no sublimados, ya sean homosexuales o no genitales.
4. El reconocimiento incondicional de la sexualidad y de la alegría de vivir.
5. La superación de los elementos esenciales del moralismo sexual, la aptitud para la camaradería espiritual (geistig) con la pareja (39).
8. Onfray M. Política del Rebelde: tratado de resistencia y sumisión. 2ª Edición. España. Editorial Anagrama. 2011.
9. Lautreamont I. Los cantos de maldolor. 1ª Edición. España. Editorial Belacqua. 2007.
10. Fromm E. El arte de amar. 11ª Edición. España. Editorial Paidós. 1990.
11. Kierkegaard S. Mi punto de vista. 1ª Edición. España. Editorial Aguilar. 1987.
12. Dröscher V. La vida amorosa de los animales. 1ª Edición. España. Editorial Planeta. 1984.

Referencias

1. Nietzsche F. Humano demasiado humano. 2ª Edición. Colombia. Editorial Bedout. 1975.
2. Camus A. El hombre rebelde. 1ª Edición. México. Grupo editorial Tomo. 2014.
3. Arend H. Existencialismo y compromiso. 1ª Edición. España. Editorial RBA libros. 2012.
4. Nietzsche F. La Gaya ciencia. 3ª Edición. España. Editorial el barquero. 2003
5. Breton A. Los vasos comunicantes. 1ª Edición. España. Editorial Siruela. 2005.
6. Jaspers K. Introducción a la filosofía. 2ª Edición. México. Editorial fondo de cultura económica. 2000.
7. Sartre JP. El ser y la nada. 1ª Edición. España. Editorial Alianza. 1989.
13. Georgiev A, Klimczuk A, Traficonte D, Maestriperi D. When violence pays: a cost-benefit analysis of aggressive behavior in animals and humans. *Evol Psychol.* 2014. 11(3): 678–699.
14. Pessoa F. Antología poética. El poeta es un fingidor. 12ª Edición. España. Editorial Austral Poesía.
15. Marina JA. El rompecabezas de la sexualidad. 1ª Edición. España. Editorial Anagrama. 2002.
16. De Waal F. El bien natural. 1ª Edición. España. Editorial Herder. 1997.
17. Arcila A. Comportamiento sexual: entre la biología, la moral y el derecho. 1ª Edición. Colombia. Editorial Universidad de Caldas. 2014.
18. Rodrigo C, Rajapakse S, Jayananda G. The antisocial person: an insight in to

- biology classification and current evidence on treatment. *Annals of General Psychiatry*. 2010;9:31.
19. Bruckner P, Finkielkraut A. *El nuevo desorden amoroso*. 1ª Edición. España. Editorial Anagrama. 1979.
 20. Onfray M. *Antimanual de filosofía*. 2ª Edición. España. Editorial Edaf. 2013.
 21. Lyotard J. *La confesión de San Agustín*. 1ª Edición. España. Losada. 2002
 22. Bauman Z. *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. 1ª Edición. México. Fondo nacional de cultura económica. 2005.
 23. Foucault M. *Las palabras y las cosas*. 2ª Edición. México. Editorial fondo nacional de cultura económica. 1968.
 24. Cruz M. *Amo, luego existo*. 1ª Edición. España. Editorial Espasa. 2010.
 25. Singer P. *The moral of the story*. 1ª edición. Inglaterra. Editorial Blackwell. 2005.
 26. Nietzsche F. *El anticristo*. 1ª Edición. Colombia. Editorial Círculo de lectores. 1987.
 27. Derrida J. *Políticas de la amistad*. 1ª Edición. España. Editorial Trotta. 1994.
 28. Dostoievski F. *Crimen y castigo*. 3ª Edición. España. Editorial Círculo de lectores. 2000.
 29. Kernberg OF. *Trastornos graves de la personalidad*. 1ª Edición. España. Editorial manual moderno. 1992.
 30. Melany Klein. *Envidia y gratitud*. 1ª Edición. España. Editorial Paidós. 1988.
 31. Spinoza B. *Ética*. Edición de Vidal Peña. España. Editorial nacional. 1975.
 32. Ortega Y Gasset J. *Estudios sobre el amor, obras completas*. 7ª Edición. España. Editorial revista de occidente. 1996
 33. Nietzsche F. *Ecce homo*. 1ª Edición. Argentina. Editorial Losada. 2004.
 34. Beck U. *El normal caos del amor*. 1ª Edición. España. Editorial Paidós. 1998
 35. Frankl V. *Ante el vacío existencial*. 6ª Edición. España. Editorial Herder. 1990.
 36. Hendrix H. *Amigos y amantes*. 1ª edición. Estados Unidos. Editorial Harper and Row. 1998
 37. Jaspers K. *Filosofía de la existencia*. 1ª Edición. España. Editorial Planeta de Agostini. 1984.
 38. Loynaz DM. *Poesía completa*. 1ª Edición. Cuba. Editorial Letras Cubanas. 1993.
 39. Reich W. *Materialismo dialéctico y psicoanálisis*. 1ª Edición. México. Editorial Siglo XXI editores. 1974.

Ensayo

Breve revisión de las neurociencias cognitivas

Héctor Fabio Cardona V.¹

1. Médico psiquiatra – Especialista en filosofía de las ciencias, Universidad El Bosque

“Todo lleva a pensar que la biología de la mente será el objetivo fundamental de la enseñanza moderna durante el siglo XXI”.
Eric Kandel

Las conjeturas epistemológicas acerca del comportamiento humano como producto de las funciones mentales del cerebro y no de fuerzas exteriores sobrenaturales que supeditan el cerebro, se iniciaron en la Grecia clásica (siglo V a.c.) con las palabras de Hipócrates “El hombre deberá saber que las alegrías, los placeres, la risa y el solaz, las penas, el dolor, el desaliento y la lamentación provienen únicamente del cerebro. Y a través de El adquirimos la sabiduría y el conocimiento, vemos y oímos, y sabemos lo que es abyecto y lo que es justo, lo que es malo y lo que es bueno, lo que es dulce y lo que es agradable. Y por medio del mismo órgano enloquecemos y deliramos y nos asaltan los miedos y temores”.

Esta descripción de los hechos acerca del comportamiento humano nos dice que Hipócrates tenía muy claros los principios y reflexionaba como todo un psiquiatra y/o un neurocientífico cognitivo moderno, aunque le faltaran los mecanismos neurofisiológicos explicativos del problema mente-cerebro, o sea la idea de que la mente este corporizada en el cerebro, así como la respiración y la circulación son consecuencias de la actividad cerebral y no una tabula rasa susceptible de modificarse con facilidad como afirman algunos filósofos y cientí-

ficos de la conducta. Pues es cierto que todavía no comprendemos como emerge la mente de una estructura físico-química que se rige por leyes de la materia determinadas como es el cerebro; aunque a nivel atómico cuántico solo exista la probabilidad mediante el principio de indeterminación de Heisenberg por ser un sistema complejo con múltiples variables, pero que todavía no es relevante para saber cómo el cerebro habilita la mente y “cómo el cerebro hace que esa mente sea consciente” detallado por Antonio Damasio en su libro “Y el cerebro creo al hombre”. Es decir, solo hay algunas hipótesis actualmente al respecto como por ejemplo la bidireccional o interfaz de la mente limitando el cerebro y viceversa como una analogía del tráfico que surge de los carros y a la vez lo limita; descrita también por otro neurocientífico Michael S. Gazzaniga en: “¿Qué nos hace humanos?”.

Aún nos falta, una teoría científica válida que nos explique el fenómeno de la consciencia psicológica y por ende la responsabilidad personal como valor axiológico proveniente de la experiencia subjetiva del Yo y su entorno, pues no sabemos tampoco que regiones del cerebro ocultan el pensar y decidir lo que percibimos, en conclusión y con

Eric Kandel (psiquiatra, premio nobel de medicina 2.000) en su libro “Psiquiatría, psicoanálisis, y la Nueva biología de la Mente” nos dice: “La unidad de la consciencia o el sentido de uno mismo constituye el mayor misterio por resolver del cerebro”.

Ahora bien desde la Antigüedad y continuando en la Edad Media y al inicio de la Modernidad el pensamiento metafísico (filosófico, religioso y mítico), con su visión heurística conjetural Neoplatónica, fue el paradigma predominante explicativo de las funciones mentales del hombre de corte dualista, verbigracia el alma Platónica trascendente e inmutable, el primer motor de Aristóteles, el misticismo oriental, el espiritualismo romántico y el racionalismo cartesiano todos situados en un nivel superior sobre el cerebro.

Continuando con las ideas de Hipócrates en la modernidad siglo XVIII en adelante se inició la exploración científica del cerebro con el descubrimiento de la electrofisiología del S.N.C, la localización cortical de funciones motoras, sensoriales y del lenguaje (Paul Broca, 1861 y Carl Wernicke); posteriormente en el siglo XX la teoría química de la transmisión sináptica y el nacimiento de la neurociencia en el MIT en los años 60 por Francis O. Schmitt y su programa de investigación en neurociencias NRP por un grupo interdisciplinario físicos, psicólogos, médicos y biólogos iniciando un paradigma diferente al analizar la complejidad de los sistemas vivos y humanos en sus fenómenos y comportamientos contingentes e impredecibles de complejidad creciente que evolucionan,

aprenden adaptándose selectivamente, luchando por vivir y actuar para continuar la vida siguiendo una entropía negativa opuesta a la flecha del tiempo termodinámica. En este contexto monista del cerebro con emergencia de la mente como epifenómeno de la materia viva, los neurocientíficos iniciaron la búsqueda de modelos neurofisiológicos que intentarían explicar la singularidad de la especie humana por su actividad mental.

Esta pregunta de la singularidad del humano es decisiva desde la filosofía de la ciencia y desde los años 60 como mención, han continuado la búsqueda de la respuesta desde varias dimensiones: evolucionista, genética, neurofisiológica, neuropatológica, informática y cuántica con visiones reduccionista y holística con solo acercamientos conjeturales y heurísticos sin éxito hasta el momento.

La búsqueda de respuestas científicas la han continuado otros físicos y biólogos como Francis Crick diseñador de la estructura del ADN, Gerald Edelman inmunólogo quienes enunciaron supuestos análogos a sus descubrimientos en sus campos (ADN e inmunoglobulinas).

Luego aparecieron otras hipótesis empíricas y filosóficas monistas y dualistas, ejemplo la de John Eccles y Popper formuladas en su libro “El Yo y el Cerebro”. En 1989 Roger Penrose físico de partículas en su libro “El camino a la realidad” lanzó su opinión “cuasi cuántica” de la consciencia no subjetiva para entender la realidad, pero cuestionada por algunos filósofos al dudar que los androides con IA pueden semejar a los huma-

nos menos en su experiencia subjetiva, como lo afirma Thomas Nagel en su libro “Cómo ser un murciélago”.

Finalmente este siglo XXI se ha mencionado como siglo del cerebro, donde en el año 2013 el presidente Obama anunció el Programa BRAIN, Iniciativa cerebral para estudiar el enigma de la mente humana una investigación revolucionaria mediante nuevas neuronanotecnologías avanzadas e innovadoras para entender cómo funciona el aprendizaje, el pensamiento, la conducta, además para prevenir y tratar las enfermedades del cerebro tales como Alzheimer, esquizofrenia, epilepsia, Parkinson, autismo, cáncer, aneurismas entre otras.

Referencias

1. Blanco, Carlos. Historia de la Neurociencia. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 2014.
2. Gazzaniga, Michael S. ¿Que Nos Hace Humanos? Editorial Paidós. Barcelona 2010.
3. Gazzaniga, Michael S. ¿Quién Manda Aquí? Editorial Paidós. España 2012.
4. Horgan, Jhon. El Fin de la Ciencia. Editorial Paidós. Barcelona 1998
5. Kandel R. Eric. Psiquiatría, Psicoanálisis y la Nueva Biología de la Mente. Editorial ARS Medica, Barcelona – España-, 2007.
6. Maldonado, Carlos Eduardo. Complejidad de las Ciencias Sociales Y de otras Ciencias y Disciplinas. Ediciones Desde Abajo. Bogotá –Colombia-. 2016
7. Penrose Roger. El Camino a la Realidad. Editorial Debate, México. 2007.
8. Popper R. Karl. Conjeturas y Refutaciones, El desarrollo del conocimiento científico. Ediciones Paidós, Barcelona. 1994.

Reflexión

La reconciliación con la bata blanca

Mariana Castro-Laschivska¹

1. Médica residente de psiquiatría – ICSN – Clínica Montserrat, Universidad El Bosque
Correspondencia: laschivskamariana@gmail.com

No deja de sorprenderme cómo la misma vida decanta la sal del mar, con una asertividad tan precisa que me deja perpleja. También he de confesar que dudé mucho sobre cómo comenzar este escrito, porque a pesar que siempre vi este sueño como posible, ahora que estoy en él, se desdibuja casi para confundirse entre emoción y objetividad. Decidí también iniciar mi argumento con una emoción, una característica tan humana que no puede estar sino atada a la medicina misma. Aquella profesión a la que juré mi ética, siendo el amor hacia la humanidad mi principal motivación.

A lo largo de mi carrera, viví una verdadera metamorfosis de títulos. Pasé de ser llamada “señorita” a “doctora”. Ahora visto orgullosamente una bata blanca que fue diseñada para disminuir la transmisión de enfermedades (1), pero que, de cierta manera, puede convertirse en un muro divisorio entre lo profesional y lo humano, algo que es absurdo en una profesión cuyo objetivo mismo es ese: el humano.

Vivimos, como occidentales, en un mundo acelerado y estamos adictos a la inmediatez. Queremos ser exitosos a los 25, casados, quizás con familia. Se prioriza la meta y no el camino. Todo está idealizado. Lo que se sale del plan es dig-

no de execración, rechazado y marginado. No resulta difícil entonces saber que con tantas variables hasta ahora incontrolables, la patología mental sea cada vez más prevalente (2), y aun así es censurada y taxativamente invalidada.

Y sí, porque se quiere separar la mente –la misma que pocos pueden definir– de la “otra salud”. De lo que sí se puede definir, medir, tocar. De lo que nos podemos proteger con la bata blanca. Nos excluimos de la realidad del otro con facilidad y nos refugiamos inmortales en nuestro ego. Sin embargo, confieso una vez más que soy una detractora de esta fe atroz, porque la salud mental no puede separarse de la “otra” salud. Reconocer esa otredad es desconocer la salud como un todo. No se puede estar sano si la mente sufre, si las emociones incomodan, nos malogran y evitan vivir a plenitud.

Todos estos cuestionamientos me llevaron a pensar cómo podía ayudar a que esto cambie. Desde pequeña estuve atraída por la medicina, por ayudar al otro. Ahora con una visión médica que sigue madurando, he comprendido que se trata de acompañar al otro y que siempre, pero siempre, hay algo que se puede hacer por él. Y luego de un pregrado absolutamente emocionante y enriquecedor, he concluido que la psiquiatría es la

aproximación de la medicina que más se ajusta a este sentimiento.

Aquí es cuando podría iniciar con un sinfín de verbos metafóricos sobre qué hace el psiquiatra, pero lo encuentro superfluo, dicho muy humildemente. “Navegamos por la mente”, “exploramos oscuros misterios”. Y aunque todo eso puede ser concebido como bello bajo una óptica romántica, creo fervientemente que el psiquiatra realmente trata. Es casi una lógica cartesiana (3): hay enfermedad mental, luego existimos; entendiendo así la fragilidad del ser humano, de aquellos grises donde se hace imposible encajar a todos por igual.

Reconocer la enfermedad como tal, permite diagnosticarla y esto a su vez, tratarla. Iniciar procesos de acompañamiento, establecer una relación médico-paciente y propiciar una alianza terapéutica que permita un confort y motivación. Saber que la enfermedad mental es legítima y nosotros desde la práctica médica empezar a quitarle todo tinte desdeñoso. Tratarla con la rigurosidad académica que exige nuestra época, pero a su vez aproximarnos al paciente con la misma calidez de la naturaleza humana. Reconocer esta especialidad con el orgullo de portar una bata blanca que reconcilia, y que esta no sea más sino el recordatorio del objetivo con el que se estudia y se hacen sacrificios: servir. Por todo esto, quiero ser psiquiatra.

Referencias

1. Miguel J, Fernández T, Santiago FR, Villaverde C, Benavides MRM, Jiménez S, et al. 1 Contenido Simbolico De La Bata Blanca En Los Medicos. *Antropo*. 2007;14:37–45.
2. Minsalud. Observatorio Nacional de Salud Mental, ONSM Colombia Guía metolológica. Minsalud [Internet]. 2017;18. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin_1/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf
3. Cárdenas Álzate P, Mesa F, Fernández S. O. Rene descartes, un nuevo método y una nueva ciencia. *Sci Tech*. 2006;3(32):401–6.

Normas para los autores

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

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

Secciones de la revista

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

Artículos:

1. Artículo original: Documento que presenta resultados de trabajos originales e inéditos de investigación en las diversas áreas de la psiquiatría, la salud mental o ciencias afines. Debe tener una

extensión máxima de 7.000 palabras. La estructura de estos consta de las siguientes partes:

- **Resumen:** En el que se expone en forma precisa la esencia del trabajo y debe incluir los siguientes subtítulos: objetivo, métodos, resultados y conclusiones. Tendrá su respectiva traducción al inglés. Cada uno no deberá exceder de 250 palabras. Al final se citan las palabras clave en número no mayor de cinco.
- **Introducción:** Incluye la exposición de los motivos del trabajo y una breve referencia de la literatura. Debe ser clara, explícita y concisa.
- **Métodos:** Se deben describir las características del material empleado en el trabajo y la metodología usada en el estudio en forma concreta y precisa.
- **Resultados:** Deben ser de carácter objetivo, con el análisis estadístico en los casos pertinentes, sin interpretación personal y ser acompañados de las tablas y/o figuras (gráficos, radiografías, fotografías).
- **Discusión:** Comprende la interpretación de los resultados comparándolos con los trabajos realizados por otros autores y las conclusiones que se derivan de ello cuando sea apropiado.
- **Conclusiones:** Comprende la síntesis del trabajo, enunciando el resultado final

de la prueba de hipótesis del investigador.

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

2. Artículo de revisión: Documento que trata a fondo un tema relevante en psiquiatría y salud mental, integrando el estado del arte y los últimos avances. Incluyen una amplia bibliografía, análisis y comentarios acerca de trabajos de otros autores. Son menos rigurosos que las revisiones sistemáticas, por cuanto su método es narrativo y depende del autor. Generalmente son solicitados por el editor a idóneos del área de conocimiento. Sin embargo, también se reciben aquellos artículos no solicitados. Debe tener una extensión máxima de 6.000 palabras.

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

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

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

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

Estos incluyen:

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

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

6. Cartas al editor: Escritos de posiciones u opiniones de los lectores sobre documentos publicados en la revista, que a juicio del comité editorial aporten de manera significativa a la comunidad científica.

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

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

Instrucciones para envío de material

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**.