

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

Año 54 / Volumen 47

Número 1 / Enero-Marzo 2018



www.elsevier.es/rcp

www.psiquiatria.org.co

ISSN: 0034-7450

PSIQUIATRÍA
ACCP

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA



Publicación trimestral de la Asociación
Colombiana de Psiquiatría

Fundada en 1964

www.psiquiatria.org.co

© Copyright 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría

La Revista Colombiana de Psiquiatría está indexada en:

PsycINFO, SciELO, DOAJ, REDALYC, PSICODOC, Pubindex (categoría A1), EBSCO, Banco Nacional de Datos en Salud y Ciencias Biomédicas, Periódica, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), Latindex, Índice Mexicano de Revistas Biomédicas (Imbiomed) y Catálogo BIBLOS.

Correspondencia:

Cra. 18 No. 84-87, Of. 403
Bogotá, Colombia
Tels.: (571) 2561148, 8016691; fax: 2563549
revista@psiquiatria.org.co



Edición:

Elsevier España, S.L.U.
Av. Josep Tarradellas, 20-30
08029 Barcelona (España)
Zurbano, 76
28010 Madrid (España)

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional. Sección Ciencias de la Salud

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Revista Colombiana de Psiquiatría con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Ni Elsevier ni la Asociación Colombiana de Psiquiatría tendrán responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Tampoco asumirán responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas.

Aunque el material publicitario se ajusta a los estándares éticos (médicos), su inclusión en esta publicación no constituye garantía ni refrendo alguno de la calidad o valor de dicho producto, ni de las afirmaciones realizadas por su fabricante.

Disponible en internet: www.elsevier.es/rcp

Tarifa de suscripción anual online 73,11 € (IVA incluido.)

Atención al cliente

Elsevier España, S.L.U.
Av. Josep Tarradellas, 20-30
08029 Barcelona (España)
Tel. 902 888 740

Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com

Protección de datos: Elsevier España, S.L.U. declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Impresión

Editorial Kimpres Ltda.

Esta revista está hecha con papel sin ácido

ISSN: 0034-7450

Director-Editor

Carlos A. Palacio A. (Universidad de Antioquia)

Comité Editorial

César Augusto Arango Dávila, MD, PhD
Rubén Ardila, PhD
Jaime Eduardo Bernal, MD, PhD
Antonio Bulbena Vilarrasa, MD, MSc España
Gerardo Campo Cabal, MD, MMED
Carlos Gómez-Restrepo, MD, MSc

María Isabel Gutiérrez, MD, MSc, PhD
Carlos López Jaramillo, MD, MSc, PhD
Iván Darío Montoya, MD, MSc Estados Unidos
Carlos Palacio Acosta, MD, Maestría
María Nelcy Rodríguez, Bioestadística, MPH
Maritza Rodríguez Guarín, MD, Maestría

Comité Científico Nacional

Gonzalo Arboleda (Universidad del Rosario)
Ricardo De la Espriella Guerrero (Universidad Juan N. Corpas)
Franklin Escobar Córdoba (Universidad Nacional)
Carlos Filizzola Donado (Universidad Javeriana)
Marco Fierro Urresta (Universidad del Rosario)
Álvaro Franco Zuluaga (Universidad del Bosque)
Jenny García Valencia (Universidad de Antioquia)
José Antonio Garcandía Imaz (Universidad Javeriana)
Luis Eduardo Jaramillo González (Universidad Nacional)
Diana Matallana Eslava (Universidad Javeriana)
Alejander Pinzón Amado (Universidad Industrial de Santander)
Hernán Rincón Hoyos (ICESI)
Juan Carlos Rivas (Universidad del Valle)
Germán Rueda Jaimes (Universidad Autónoma de Bucaramanga)
Ricardo Sánchez Pedraza (Universidad Nacional)
César Sánchez Vergara (Universidad de Cartagena)
Miguel Uribe Restrepo (Universidad Javeriana)

Comité Científico Internacional

Sergio Aguilar-Gaxiola (Estados Unidos)
Renato Alarcón (Estados Unidos)
Victoria Arango (Estados Unidos)
Shrikant Bangdiwala (Estados Unidos)
Germán Berrios (Reino Unido)
Javier I. Escobar (Estados Unidos)
José de León (Estados Unidos)
Paola Leone Campo (España)
Fernando Lolas (Chile)
Manuel Martín (España)
Juan Mezzich (Estados Unidos)
Ricardo Millán-González (Costa Rica)
Robert Schwartz (Estados Unidos)
Mauricio Sierra-Sieged (Reino Unido)
Sergio Strejilevich (Argentina)
Rebecca Syed (Reino Unido)
Marta Torrens (España)
Mark Underwood (Estados Unidos)
Benjamín Vicente (Chile)
Eduard Vieta (España)
Milton Wainberg (Estados Unidos)

Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Psiquiatría 2017-2018

Presidente: Juan Ángel Isaac Llanos

Vicepresidente: Henry García Moncaleano

Tesorero: Carlos López Jaramillo

Tesorero suplente: José Manuel Santacruz Escudero

Secretaría: Natalia Sánchez Díaz

Vocales: Germán Eduardo Rueda Jaimes, Jaider Barros, Carlos Molina,
Hernán Rincón Hoyos, Juan Carlos Rojas

Representante de programas de postgrados de psiquiatría: Rodrigo N. Córdoba Rojas

Representante nacional de residentes: María Angélica Botero

Revisor fiscal: Jaime Calderón

Suplente del revisor fiscal: Alejandro Calderón

Directores anteriores

Ricardo Azuero (1964-1965) Roberto Chaskel (1983-1994)
Humberto Rosselli (1966-1970; 1971-1979) Carlos Arteaga (1994-2002)
Alejandro Pinto (1970-1971) Carlos Gómez-Restrepo (2003-2012)
Rafael Salamanca (1979-1983)

Nuestra portada

Título: Soledad

Artista: Esteban Valencia Patiño Universidad de Antioquia

Descripción:

Este trabajo pretende retratar la noción de la locura, la experiencia mental de lo insólito, acaso desde un enfoque también alterado, desequilibrado, como posible recorrido entre la transición difractada de la insania y la manifestación visual del transcurrir de la vida, que también aquí acontece. Se busca cruzar, de la mano de los habitantes del hospital, la brecha que nos aleja de su realidad, presentando este registro como una bitácora de viaje entre la cotidianidad de sus condiciones, y la orilla endeble de las nuestras. Un viaje en compañía de nosotros mismos, como seres humanos, reflejados en un estanque inquieto, unidos, como seres humanos, por la misma mirada perpleja.

Revista Colombiana de Psiquiatría • Volumen 47 • Número 1 • 2018

CONTENIDO

Editorial

¿CÓMO CONTRIBUIR?

Carlos Alberto Palacio Acosta	1
-------------------------------	---

Carta al Editor

Comentario editorial sobre «Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia»

Miguel Simancas Pallares	2
--------------------------	---

Artículos originales

Evaluación e intervención socioocupacional en pacientes con TAB y esquizofrenia, dentro del programa de intervención multimodal PRISMA

Ana M. Díaz Zuluaga, Kelly Duica, Carlos Ruiz Galeano, Cristian Vargas, Yuli Agudelo Berruecos, Sigifredo Ospina y Carlos López-Jaramillo	4
---	---

Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia

Belvy Mora-Castañeda, María Márquez-González, Alberto Fernández-Liria, Ricardo de la Espriella, Néstor Torres y Álvaro Arenas Borrero	13
---	----

Significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana

Laura Milena Múnera Restrepo, Lucía Uribe Restrepo y Carlos Enrique Yepes Delgado	21
---	----

Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos

Mariela Vargas, Lincolth Talledo-Ulfe, Paula Heredia, Sarita Quispe-Colquepisco y Christian R. Mejia	32
--	----

La persistencia de delirium a los 3 meses del egreso de los pacientes ancianos hospitalizados en una clínica universitaria

Gustavo A. Constaín, María Victoria Ocampo Saldarriaga, Juan David Velásquez Tirado, María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Lina Marcela Betancur Morales, Juan José Rico Escobar, Gustavo Adolfo Castilla Agudelo y Andrés Felipe Maya Osorno	37
---	----

Artículos de revisión

Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común

Cesar A. Arango-Dávila y Hernán G. Rincón-Hoyos	46
---	----

Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos

Adalberto Campo-Arias y Edwin Herazo	56
--------------------------------------	----

Reporte de caso

Trasplante cardiaco en paciente bipolar: reporte de caso

Ana María Ramírez-Giraldo y Diana Restrepo	65
--	----

Revista Colombiana de Psiquiatría • Volume 47 • Issue 1 • 2018

CONTENTS

Editorial

HOW CAN WE CONTRIBUTE?

Carlos Alberto Palacio Acosta 1

Letter to the Editor

Editorial Comment on “Factors Related to Psychoactive Substance use in an Educational Institution in Jamundí Valle, Colombia”

Miguel Simancas Pallares 2

Original Articles

Evaluation and Socio-occupational Intervention in Bipolar and Schizophrenic Patients within a Multimodal Intervention Program- PRISMA

Ana M. Díaz Zuluaga, Kelly Duica, Carlos Ruiz Galeano, Cristian Vargas, Yuli Agudelo Berruecos, Sigifredo Ospina and Carlos López-Jaramillo 4

Clinical and Demographic Variables Associated Coping and the Burden of Caregivers of Schizophrenia Patients

Belvy Mora-Castañeda, María Márquez-González, Alberto Fernández-Liria, Ricardo de la Espriella, Néstor Torres and Álvaro Arenas Borrero 13

Meaning of Depressive Syndrome for General Practice Physicians in a Colombian Region

Laura Milena Múnera Restrepo, Lucia Uribe Restrepo and Carlos Enrique Yepes Delgado 21

Influence of Habits on Depression in the Peruvian Medical Student: Study in Seven Administrative Regions

Mariela Vargas, Lincolth Talledo-Ulfe, Paula Heredia, Sarita Quispe-Colquepisco and Christian R. Mejia 32

Persistent Delirium in Elderly patients Three Months After Hospital Discharge from a University Clinic

Gustavo A. Constaín, María Victoria Ocampo Saldarriaga, Juan David Velásquez Tirado, María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Lina Marcela Betancur Morales, Juan José Rico Escobar, Gustavo Adolfo Castilla Agudelo and Andrés Felipe Maya Osorno 37

Review / Updating Article

Depressive Disorder, Anxiety Disorder and Chronic Pain: Multiple Manifestations of a Common Clinical and Pathophysiological Core

Cesar A. Arango-Dávila and Hernán G. Rincón-Hoyos 46

Innovations, Reviews and Proposals on the DSM-5: the Case of Sexual Dysfunctions, Gender Dysphoria and Paraphilic Disorders

Adalberto Campo-Arias and Edwin Herazo 56

Case report

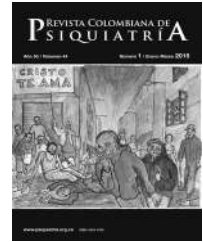
Bipolar Disorder and Heart Transplantation: A Case Report

Ana María Ramírez-Giraldo and Diana Restrepo 65



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Editorial

¿Cómo contribuir?

How can We Contribute?



Hemos repetido hasta el cansancio en los últimos años en el país, que la salud mental se ha convertido en un verdadero problema de salud pública y hasta el momento desde los profesionales de la salud mental y las diferentes asociaciones y organizaciones gubernamentales y las instituciones públicas y privadas no se vislumbran soluciones de fondo que alivien la problemática.

El tema de las alteraciones mentales en la infancia está diagnosticado desde el estudio nacional realizado ya hace más de 10 años, y no hay propuestas ni políticas en tal sentido. Solo 3 posgrados de psiquiatría infantil en Colombia no serán respuesta a esta situación; escasos programas de promoción de salud, y prevención de alteraciones en la niñez se realizan, y las consecuencias han llegado a extremos en las cuales estamos observando escaso desarrollo de estilos de vida sanos, con adquisición de valores que permitan luego en la vida adulta una mejor capacidad adaptativa, una mejor tolerancia a la frustración y un mejor funcionamiento con capacidad de enfrentar conflictos. Es tan dramática la situación que las conductas suicidas han empezado a proliferar en este grupo etéreo.

Problemas de consumo de sustancias psicoactivas desde la infancia y adolescencia han llevado a trastornos mentales y cambios comportamentales, desde los diferentes niveles de atención se observa la deficiente estructura de los programas para enfrentar esta problemática. En educación sexual, capacidad de resiliencia y resolución de conflictos nuestros jóvenes tienen pocas oportunidades de adquirir capacidades.

En la adultez las alteraciones del ánimo, problemas adaptativos, disfunción familiar y de pareja tienen alta prevalencia y la oportunidad y acceso a los servicios de salud para tratamientos son precarios.

La población de la tercera edad no tiene las oportunidades ni posibilidades para enfrentar esta etapa crucial e importante de la vida, donde las pérdidas significativas son de trascendencia y requieren del acompañamiento emocional para un buen bienestar de la población.

Por último, mucho se ha hablado de la necesidad de afrontar el tema del postconflicto en Colombia y la cantidad de consecuencias que han traído más de 50 años de guerra, hasta el día de hoy no se vislumbra un proyecto nacional sólido a tal necesidad.

Este es un llamado a la construcción colectiva, a la participación de muchos sectores en salud, educación y otros para aportar desde sus capacidades en el afrontamiento que requiere la salud mental en nuestro País.

Carlos Alberto Palacio Acosta

Director de Revista Colombiana de Psiquiatría

Correo electrónico: cpalacio.palacio@gmail.com

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.01.001>



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Carta al Editor

Comentario editorial sobre «Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia»



Editorial Comment on “Factors Related to Psychoactive Substance use in an Educational Institution in Jamundí Valle, Colombia”

Sr. Editor,

En el más reciente número de REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA, se encuentra publicado el artículo «Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en una institución educativa de Jamundí Valle, Colombia». Si bien es cierto que este tipo de estudios son necesarios en Salud Pública, el conocimiento de este tipo de fenómenos demanda la realización de rigurosas investigaciones que permitan hacer conclusiones válidas y confiables sobre la naturaleza del problema.

En este sentido, al realizar una lectura crítica del documento se encuentra una serie de debilidades, a saber:

1. **Tipo de estudio:** en el resumen se menciona que se realizó un estudio transversal con enfoque analítico que simula casos y controles. Es importante resaltar que bajo la clasificación de los estudios epidemiológicos, universalmente conocida y aceptada, este tipo de enfoque no existe^{1,2}; así, la validez de estos resultados puede verse muy comprometida. Por lo tanto es (epidemiológicamente) incorrecto mezclar 2 tipos de estudios para pretender mayor rigor en el diseño. Si bien los instrumentos de medición en estos estudios pueden categorizar a los sujetos como probables «casos» y «no casos», no se debe confundir esto con haber diseñado un estudio de «casos y controles» que parte haciendo esta selección *a priori*.
2. **Tamaño de la muestra:** con los parámetros proporcionados por los autores, y teniendo en cuenta que se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal con variable dependiente cualitativa dicotómica, se simuló el cálculo de forma manual empleando la fórmula para estimación puntual de una proporción con población finita, como sigue:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

donde N = población (900); $Z_{\alpha}^2 = 1,64$, ya que la confianza es del 90% y se trata de una prueba de hipótesis a dos colas; p = proporción esperada del fenómeno, definida por los investigadores como del 42,3%; q = probabilidad de que el fenómeno no se presente (1-p), en este caso del 57,7%, y d = precisión, definida por los investigadores como del 5,5%.

Al reemplazar los elementos de la ecuación, el resultado es 115 sujetos, valores que no coinciden con lo reportado por los autores (n = 146).

3. **Instrumentos de medición:** es importante resaltar que, en gran medida, la validez y la confiabilidad de los resultados de una investigación dependen de las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) y del desempeño operativo de los instrumentos de medición empleados³. Para el caso de esta investigación, no se describe en detalle qué instrumento se empleó para la medición (cribado) de consumo de sustancias psicoactivas (SPA); lo cual presupone la potencial presencia de sesgo de medición. En consonancia con lo anterior, el grupo de investigación ha podido emplear cuestionarios de cribado diseñados para tal fin, como VESPA (Vigilancia Epidemiológica sobre el uso indebido de Sustancias PsicoActivas), que se ha empleado en otras investigaciones en el área^{4,5}.
4. **Abordaje estadístico:** no solo debe tenerse en cuenta como criterio *sine qua non* la realización de un estudio de casos y controles (que los autores no llevaron a cabo) para la elección de los métodos estadísticos para análisis a través de regresión. Al haber obtenido una prevalencia de consumo actual de SPA del 35%, estimador que debe interpretarse como un evento (epidemiológicamente) frecuente, el método estadístico para determinar factores relacionados (con el consumo de SPA) no debe ser una regresión logística, ya que en este caso los estimadores (*odds ratio*) tienden a sobrestimar el verdadero tamaño del efecto

cuando el desenlace es común (> 20%). En este sentido, los estimadores de asociación ideales son las razones de prevalencia (RP) debido al diseño empleado y al resultado de la variable dependiente, y además las RP son rápidamente interpretables comparadas con las OR en estudios de corte transversal⁶. Se debe calcular estas RP a través de la función de modelos lineales generalizados (glm)⁷, de fácil obtención a través de paquetes estadísticos especializados como Stata.

5. **Interpretación de los resultados:** no se puede concluir deliberadamente que se identificaron 51 casos y 95 controles. Como ya se ha mencionado, lo que logran los estudios de corte transversal al aplicar una encuesta es un adecuado cribado de posibles casos, siempre y cuando se emplee un instrumento de medición adecuado y se prueben las propiedades psicométricas de dicho instrumento⁸. Así, solo con una pregunta filtro realizada a los participantes, es metodológicamente incorrecto hacer inferencias sobre la prevalencia del fenómeno o incluso la identificación de «casos» y «controles». En consonancia con lo anterior, debería emplearse el mejor instrumento de medición disponible, conocido como patrón de referencia (*gold-standard*)⁸.

Las anteriores observaciones indican que los hallazgos presentados tienen cuestionable utilidad práctica para la salud pública y, por lo tanto, se necesitan nuevos y mejores estudios que, con correctos abordajes metodológicos, permitan válidas y confiables inferencias sobre el fenómeno en estudio.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research: principles and quantitative methods. 1.a ed. Belmont: Wiley; 1982.
2. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet*. 2002;359:57-61.
3. Aravena PC, Moraga J, Cartes-Velásquez R, Manterola C. Validity and reliability in dental research. *Int J Odontostomatol*. 2014;8:69-75.
4. Torres Y, Muñoz AL, Ramírez H. Vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas VESPA Medellín, Antioquia 1992. *Bol Epidemiol Antioquia*. 1994;19:180-93.
5. Cogollo-Milanes Z, Arrieta-Vergara KM, Blanco-Bayuelo S, Ramos-Martínez L, Zapata K, Rodríguez-Berrio Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Rev Salud Pública*. 2011;13:470-9.
6. Daddens J, Petersen MR, Endahl L. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. *Int J Epidemiol*. 1998;27:91-5.
7. Thompson ML, Myers JE, Kriebel D. Prevalence odds ratio or prevalence ratio in the analysis of cross sectional data: what is to be done? *Occup Environ Med*. 1998;55:272-7.
8. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública*. 2004;6:302-18.

Miguel Simancas Pallares*

Departamento de Investigaciones, Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msimancasp@unicartagena.edu.co
0034-7450/

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.005>



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Evaluación e intervención socioocupacional en pacientes con TAB y esquizofrenia, dentro del programa de intervención multimodal PRISMA



Ana M. Díaz Zuluaga^a, Kelly Duica^a, Carlos Ruiz Galeano^a, Cristian Vargas^a, Yuli Agudelo Berruecos^b, Sigifredo Ospina^b y Carlos López-Jaramillo^{a,*}

^a Grupo de Investigación en Psiquiatría GIPSI, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^b Grupo de Epidemiología Hospitalaria, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de diciembre de 2015

Aceptado el 11 de enero de 2017

On-line el 21 de febrero de 2017

Palabras clave:

Terapia ocupacional

Trastorno bipolar

Esquizofrenia

Intervención multimodal

Funcionalidad

R E S U M E N

Introducción: La mejoría en la funcionalidad de los pacientes con trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia es una de las principales metas en el tratamiento. Sin embargo, no hay evidencia del efecto de la intervención socioocupacional dentro de una intervención multimodal (IM).

Objetivo: Describir el perfil socioocupacional y evaluar el efecto de un programa de IM en sujetos con trastorno afectivo bipolar tipo I y esquizofrenia.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y terapéutico-comparativo con 302 pacientes (104 con esquizofrenia y 198 con trastorno afectivo bipolar), asignados aleatoriamente a un grupo de IM (psiquiatría, psicología, medicina, terapia ocupacional, neuropsicología y terapia de familia) o intervención tradicional (IT) (sólo medicina y psiquiatría). Se aplicaron instrumentos que midieron: asertividad, manejo del tiempo libre, habilidades sociales, ansiedad general, autocuidado y desempeño en tareas del hogar, trabajo y comunidad.

Resultados: Se identificó que la IM fue más efectiva que la IT en las puntuaciones de ansiedad general ($p = 0,026$) y participación en las tareas del hogar ($p = 0,03$) para los pacientes con esquizofrenia. En los pacientes con trastorno afectivo bipolar no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En las otras variables hubo mejoría durante el seguimiento, pero el efecto se observó en ambos grupos de tratamiento.

Conclusiones: El presente estudio identificó mejoría en la funcionalidad dentro del hogar en los pacientes con esquizofrenia después de recibir una IM; también se encontró mejora en otras variables, independientemente del tipo de tratamiento. Se deberá realizar futuros estudios con programas de mayor duración y otras estrategias más ecológicas con el fin de aclarar las dudas sobre la efectividad de las intervenciones.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: calberto.lopez@udea.edu.co, grupopsiquiatria@udea.edu.co (C. López-Jaramillo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.006>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Evaluation and Socio-occupational Intervention in Bipolar and Schizophrenic Patients within a Multimodal Intervention Program-PRISMA

A B S T R A C T

Keywords:

Occupational therapy
Bipolar disorder
Schizophrenia
Multimodal intervention
Functionality

Background: Functional improvement in bipolar and schizophrenic patients is one of the main aims of treatment. Nevertheless, there is no evidence about the effect of socio-occupational intervention within a multimodal intervention (MI) programme.

Objective: To describe the socio-occupational profile and to evaluate the functional effect of a MI in bipolar I and schizophrenic patients.

Methods: A prospective, longitudinal, therapeutic-comparative study was performed including 302 subjects (104 schizophrenic and 198 Bipolar Disorder I [BDI] patients), who were randomised into two groups, multimodal (psychiatry, psychology, medicine, occupational therapy, neuropsychology, and family therapy), or traditional intervention (psychiatry and medicine only). Several scales were applied to assess assertiveness, free time management, social abilities, general anxiety, self-care and performance in home, work and community tasks.

Results: After performing the longitudinal analysis, it was shown that the multimodal intervention was more effective than traditional intervention in general anxiety scores ($P=.026$) and development in home tasks ($P=.03$) in schizophrenic patients. No statistical differences were found in bipolar patients. The other variables showed improvement, however, their effect was similar in both intervention groups.

Conclusions: Our study identified functional improvement in home tasks in schizophrenic patients after receiving multimodal intervention. Other variables also showed improvement for both interventions groups. Future studies, applying longer rehabilitation programs and other ecological strategies should be performed to identify the most effective interventions.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trastorno afectivo bipolar (TAB) y la esquizofrenia se han clasificado tradicionalmente dentro del grupo de los trastornos psiquiátricos mayores; a su vez, son 2 de las entidades más incapacitantes y que generan mayor número de consultas¹. Ambos trastornos afectan a alrededor del 1% de la población mundial y generan un serio impacto en la calidad de vida de los pacientes y la red de apoyo de quienes las sufren^{1,2}.

Actualmente se han estudiado los síntomas subumbrales y persistentes en periodos intercríticos, asociados a la afectación de la funcionalidad de los pacientes, lo que ha señalado la necesidad de nuevos enfoques terapéuticos para impactar en estos complejos aspectos de la enfermedad^{3,4}; por eso en las últimas décadas se ha visto una tendencia a intervenciones multimodales (IM), que hacen referencia a múltiples intervenciones por un equipo interdisciplinario en apoyo de las medidas farmacológicas como piedra angular⁴. Este abordaje propone la intervención en las distintas dimensiones del ser humano, biológica, psicológica, familiar y social, y su objetivo es trabajar de manera coordinada y potenciar el impacto en cada una de estas esferas⁵.

Es conocido que la psicoeducación ayuda a reducir la recaída de numerosos trastornos psiquiátricos y mejorar la adherencia a los tratamientos e impacta positivamente en la calidad de vida de los pacientes⁶. La terapia ocupacional, en palabras de la Federación Mundial de Terapeutas

Ocupacionales (WFOT), se entiende como la profesión que se encarga de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación y cuyo objetivo es trabajar con las personas y las comunidades, para mejorar sus habilidades y emplearse en la ocupación que quieran, necesiten o se espere por sus condiciones, o modificando la ocupación o el ambiente para mejorar su participación⁷. La visión actual de la salud mental ha incluido la intervención de numerosas profesiones relacionadas, entre ellas la terapia ocupacional, lo cual ha implicado un impacto a la economía de la sociedad, evidenciado en la reinserción de los pacientes, disminución en la estadía hospitalaria, aumento en la adherencia a tratamientos y mejores pronósticos^{8,9}.

Por lo anterior, el grupo de investigación GIPSI de la Universidad de Antioquia, ha diseñado, en el marco del proyecto PRISMA, una IM y una intervención tradicional (IT) ofrecida a pacientes con TAB tipo I y esquizofrenia, para comparar los desenlaces primarios de ambas intervenciones. El presente artículo muestra los efectos de la IM, comparados con los de la IT, respecto a variables evaluadas desde la terapia ocupacional.

Material y métodos

Participantes

En el estudio se incluyó a 302 pacientes, de los que 104 tenían diagnóstico de esquizofrenia y 198, diagnóstico de TAB I; con base en este grupo, se realizó un estudio prospectivo,

longitudinal, terapéutico-comparativo y aleatorizado. Se seleccionó a los participantes de la población de consulta del Grupo de Trastornos del Ánimo y Psicosis del Hospital San Vicente Fundación, o de otras instituciones de la ciudad, y tenían que presentar algunos de los 2 diagnósticos anteriormente mencionados. Se asignó aleatoriamente a los pacientes a 2 grupos de intervención de la siguiente manera: el grupo de IM quedó conformado por 50 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 100 pacientes con diagnóstico de TAB I; por otro lado, el grupo de IT contó con 54 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 98 con diagnóstico de TAB I.

El estudio se realizó en el marco del «Programa de salud mental con énfasis en reducción de la carga, el daño y el gasto social de la enfermedad mental-PRISMA», desarrollado por el grupo de investigación GIPSI de la Universidad de Antioquia, en colaboración con otras instituciones nacionales e internacionales. El reclutamiento y la posterior evaluación inicial de los pacientes se llevaron a cabo durante 2 años a partir de 2012 y la evaluación final se llevó a cabo en febrero de 2015.

Los criterios de exclusión incluyeron los antecedentes de terapia electroconvulsiva en los últimos 6 meses, traumatismo craneoencefálico grave en algún momento de la vida, comorbilidades neurológicas o psiquiátricas, discapacidad intelectual, autismo clásico y trastorno de la personalidad. Además, los pacientes debían cumplir con 5 criterios de inclusión para participar en el estudio: a) haber sido diagnosticado según la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS)¹⁰ de esquizofrenia o TAB I, validada previamente en Colombia; b) tener edad entre 18 y 60 años; c) tener un nivel de escolaridad de por lo menos 5 años de duración, pero no más de 16 años; d) firmar el consentimiento informado luego de la pertinente explicación y resolución de dudas por parte del investigador y haber aceptado así participar en el estudio, y e) encontrarse en buena condiciones de salud procurando que el individuo pudiera realizar sin percances la batería de pruebas aplicadas.

Una vez que uno de los profesionales del equipo terapéutico explicaba los objetivos y los procedimientos del estudio, se procedía a la firma del consentimiento informado de cada participante. El presente estudio fue aprobado por los comités de bioética de las instituciones respectivas.

Instrumentos

Las baterías de pruebas respectivas fueron aplicadas por cada componente en dos momentos, antes de la intervención y después de esta, con el fin de realizar una comparación entre ambos momentos según el grupo de intervención.

Características clínicas

El diagnóstico de TAB I y esquizofrenia se realizó a través de la DIGS, traducida al español y validada para Colombia¹⁰, lo cual permite registrar la información exacta para confirmar el diagnóstico principal y descartar comorbilidades psiquiátricas con base en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR)¹¹. Un psiquiatra con experiencia en investigación aplicó el instrumento.

Además, según la enfermedad, se aplicaron diversas escalas para determinar otras variables clínicas. Los pacientes con diagnóstico de TAB I fueron evaluados con la escala de

Depresión de Hamilton de 17 ítems (HDRS)^{12,13} y la escala de Manía de Young (YMRS)^{14,15}, ambas validadas al español. Por su parte, a los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia se les aplicó la escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS) y la escala para la evaluación de síntomas positivos (SAPS)¹⁶. A todos los sujetos se les aplicó la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG)¹⁷ en el último mes y en el peor momento del último episodio.

Terapia ocupacional

Los instrumentos utilizados en el componente de terapia ocupacional se eligieron según la categoría en estudio: asertividad, desempeño en rutinas diarias y habilidades sociales. De esta manera, se incluyeron:

Historia ocupacional. Es un documento que registra datos generales del paciente, su historia académica (incluidos nivel educativo, repitencia escolar, deserción y motivo de esta), historia laboral (trabajos realizados, nivel de calificación, tiempo de permanencia y causal de retiro), actividades de ocio e independencia personal; esta se evaluó elaborando un formato en el que se obtenía la información acerca del desempeño en el autocuidado, actividades de higiene, vestido, alimentación y actividades de la vida cotidianas, instrumentales en el hogar y comunicación, identificando hábitos y rutinas, así como utilización de la comunidad y capacidad de desenvolverse en su entorno inmediato⁹.

Cuestionario de desempeño de las tareas rutinarias. Este cuestionario, realizado por Kielhofner¹⁸, se basa en el modelo de la ocupación humana por el que con la historia ocupacional se logra identificar los patrones ocupacionales del paciente; sus puntos fuertes y sus puntos que mejorar. Este modelo considera 5 áreas relevantes de evaluación: organización de rutinas diarias, verificando si existe equilibrio entre trabajo, juego y actividades de la vida diaria; papeles o roles, identificando los que se mantienen en la vida del paciente (estudiante, hijo, padre, trabajador, entre otros), el equilibrio y las expectativas en relación con estos; intereses y valores identificándolos y observando la profundidad con que se desarrollan ordinariamente; percepción y asunción de habilidades, según la percepción del paciente de sus habilidades y limitaciones, y el área de influencia ambiental, que incluye el agregado de fenómenos que rodean al paciente y cómo influyen en el desarrollo y la existencia de este, teniendo en cuenta factores humanos (individuos y grupos) y no humanos (condiciones físicas, cosas e ideas). En esta escala, la cultura, la religión, la raza y la familia van a influir en cómo se desarrollan las interacciones sociales.

Gran inventario de asertividad. Adaptado al español por Carrobes, Costa y del Ser (1975), este instrumento consta de 40 ítems, que plantean diferentes situaciones sociales en las que se espera que se genere una respuesta de asertividad en el individuo. Incluye 2 escalas: una que evalúa el malestar subjetivo y ansiedad que puede producir cada situación y otra que evalúa de qué manera va a responder a ella. Así, se puede conocer cuáles son los planteamientos de interacción social que suponen mayor dificultad para el paciente y de qué manera este respondería a dichas situaciones.

Entrevista semiestructurada dirigida para habilidades sociales. Esta herramienta ayuda a identificar cuáles son las situaciones sociales específicas que resultan problemáticas al paciente,

seleccionando los factores que pueden haber provocado que su conducta social se torne poco habilidosa. Además, permite acercarse a la percepción del paciente sobre su situación actual, a conocer sus expectativas y sus deseos de modificar dichas actitudes. Igualmente, al ser una entrevista que facilita la observación del paciente al interactuar, se puede apreciar aspectos del lenguaje verbal y no verbal, como la fluidez, el tono, la expresión facial, el contacto ocular y su apariencia personal¹⁹.

Escala multidimensional de expresión social: partes motora y cognitiva (EMES-M, EMES-C). Estas 2 escalas evalúan de manera general la habilidad para la interacción social del paciente y, además, permite conocer la habilidad social específica para cada una de las situaciones que se plantean en los diferentes ítems que comprenden las escalas. La EMES-M se dirige exclusivamente a las conductas consideradas socialmente adecuadas e incluye 64 ítems agrupados en 12 diferentes situaciones sociales planteadas. Por su lado, la EMES-C consta de 44 ítems y evalúa los pensamientos negativos del paciente con respecto a diferentes situaciones sociales planteadas¹⁹.

Escala de estrés y evitación social (SAD). Este instrumento cuenta con 28 ítems y permite evaluar la presencia de conductas de evitación activa de la interacción social o presencia de deseos de evitar dicha interacción, indagando además por el malestar subjetivo que diferentes situaciones de interacción social pueden producir en el paciente²⁰.

Procedimiento de evaluación por terapia ocupacional

Además de la entrevista realizada por psiquiatría y por el resto del equipo multidisciplinario, se evaluó al inicio y al final de la intervención la funcionalidad general de todos los pacientes en los ámbitos social, familiar y laboral, así como su capacidad ocupacional. Esta evaluación inicial se utilizó para diseñar el plan de intervención de cada paciente y se adaptó a las necesidades.

La evaluación ocupacional se diseñó a partir del modelo de la ocupación humana explicado anteriormente. El terapeuta ocupacional, al analizar los resultados obtenidos en las diferentes áreas evaluadas, determinó específicamente cuáles son los componentes implicados en la alteración del desempeño ocupacional de cada paciente, incluidos: a) componentes de desempeño funcional, y b) áreas de desempeño ocupacional.

Intervención

Intervención multimodal frente a intervención tradicional

Llevaron a cabo la IM profesionales de diferentes áreas de la salud, como psiquiatría, psicología, neuropsicología y rehabilitación neuropsicológica, terapia de familia, terapia ocupacional y medicina general. Cada componente aplicaba su batería de pruebas para evaluar y determinar el estado del paciente, y así establecer una estrategia terapéutica basada en las necesidades individuales. De esta manera, se estableció un número determinado de consultas ambulatorias para cada sujeto, el cual varió de 12 a 18 sesiones. Para efectos del presente artículo, se hace énfasis en el componente de terapia ocupacional. Además, cada participante, junto con su familia, recibió psicoeducación durante 10 sesiones con periodicidad semanal.

Por su parte, la IT contaba con la atención por medicina general y psiquiatría, que brindaron 1-2 visitas durante el periodo establecido para el tratamiento de enfermedad mental, enfermedades físicas, detección de comorbilidades médicas y promoción de estilos de vida saludable. El modelo de atención tradicional trató de semejarse al modelo de salud ofrecido actualmente por el sistema de salud colombiano.

Intervención por terapia ocupacional

Al igual que los demás componentes de intervención, se basó en las necesidades específicas identificadas en la evaluación inicial de cada paciente. De esta manera se estableció un plan estratégico de intervención según la clasificación propuesta por el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional²¹: los pacientes con funcionamiento adecuado, que eran autónomos en sus actividades cotidianas y desarrollaban alguna actividad laboral, académica o de rol, recibieron al menos 2 sesiones de intervención; los pacientes que requieren orientación socioocupacional, que eran capaces de vincularse en actividades académicas y laborales pero requerían apoyo y orientación, recibieron 4-8 sesiones; los pacientes que requieren orientación para el adecuado uso del tiempo libre, que requerían asistencia en el desarrollo de habilidades personales y sociales para un adecuado uso de recurso comunitarios, y los pacientes que requieren ubicación familiar, que requerían orientación para mejorar su participación en las tareas del hogar, dirigida a brindar apoyo al cuidador para favorecer la integración familiar, recibieron al menos 4 intervenciones y los pacientes que requieren fomentar la independencia personal, que tenían predominio de síntomas negativos, recibieron un máximo de 6 sesiones de intervención dirigida a la integración familiar y la autonomía en el cuidado personal.

Cada intervención por terapia ocupacional debía estar dirigida a una meta, tener significado en algún nivel para el paciente, involucrar la participación de este y su familia, ser un instrumento para prevenir la disfunción y/o mantener o mejorar la función y la calidad de vida del paciente, reflejar la participación de este en tareas vitales, relacionarse con los intereses del paciente y ser adaptable y graduable. De esta manera, el propósito era producir una respuesta calculada del paciente ante la actividad que se aplicaba según los objetivos del tratamiento. Dependiendo de estos, la actividad puede proporcionar el medio de incrementar la fuerza, fomentar la interacción social, disminuir la ansiedad o estimular la función cognitiva. Estas actividades pueden graduarse, secuenciarse, monitorizarse y ser facilitadoras, protectoras o adaptativas.

Según estos objetivos, el profesional ofrecía una orientación ocupacional teniendo en cuenta las habilidades del paciente y su respaldo social, lo que permite el uso de las herramientas del ambiente que permitieran su reintegración y desarrollo. Además, se generaban estrategias de motivación del paciente, según sus gustos, para la adecuada realización de las actividades rudimentarias.

En cuanto a las habilidades sociales, se realizaban intervenciones grupales, de 8 pacientes como máximo, con un número de sesiones entre 6 y 12. Este proceso se realizó por fases:

Fase I: adquisición de facilitadores. En esta fase se realizó un entrenamiento en respiración y relajación, se trabajaron los componentes verbales, no verbales y paralingüísticos de

las habilidades sociales y se realizó la adquisición de conocimientos y distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas de cada paciente.

Fase II: reestructuración cognitiva. En esta fase se pretendía identificar pensamientos e ideas irracionales y las autoverbalizaciones negativas, y refutar las creencias irracionales.

Fase III: entrenamiento en habilidades sociales. En esta fase se daban las instrucciones a los pacientes, se realizaba un modelado y un ensayo conductual para finalmente dar retroalimentación y refuerzo de los hallazgos positivos y hallazgos que mejorar, y se dejaban tareas para el hogar.

Análisis estadístico

Para la descripción de las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas se utilizaron medidas de tendencia central (media aritmética), medidas de posición (mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar e intervalo intercuartílico). En el reporte de las variables cualitativas, se utilizaron frecuencias absolutas y proporciones. En las variables cualitativas, se evaluó la normalidad en la distribución utilizando la prueba de Shapiro-Wilk y se midió la independencia (con respecto a grupos y subgrupos) mediante la prueba de la χ^2 y la prueba de razón de verosimilitud (*Log likelihood ratio statistic*).

Se describieron las variables sobre las frecuencias observadas absolutas tanto de TAB como de esquizofrenia mediante tablas de contingencia (datos cualitativos), en las que se detallaron perfiles columna para el análisis de muestras independientes dentro de cada tiempo y perfiles fila para muestras dependientes entre cada tiempo y cada afección.

Se realizó el análisis con los datos en 2 etapas; para los datos dependientes o muestras relacionadas (evaluaciones inicial y final) se utilizó el estadístico de McNemar (datos 2 x 2) y McNemar-Browker (para datos P x P) para medir las diferencias entre los 2 tiempos (contrastar hipótesis sobre igualdad de proporciones) en cada variable estudiada (muestras dependientes). Para las variables a las que el estadístico de McNemar no era aplicable (p. ej., b + c = 0), se utilizó la prueba de homogeneidad marginal para muestras dependientes. Para las muestras independientes (cada uno de los tiempos, inicial y final) se utilizó el estadístico χ^2 de Pearson. También se utilizó el estadístico corrección por continuidad cuando aquel no cumplía los requisitos de tamaño mínimo esperado por nivel (máximo, 25% < 5).

Resultados

Durante la ejecución del proyecto se presentaron 43 pérdidas en total, por diferentes motivos como pérdida en el seguimiento o retiro voluntario de la investigación. No se presentaron daños o efectos no intencionados en ninguno de los grupos de intervención.

Características demográficas de los pacientes con TAB y esquizofrenia

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas: el 83,5% de los pacientes con esquizofrenia son varones, y el 67,8% de los pacientes con TAB

son mujeres, con edades promedio de 37 y 43 años respectivamente. Del grupo de pacientes con esquizofrenia, el 96% eran solteros; el 50%, desempleados y solo un 26% reportaba tener estudios superiores (técnicas, tecnologías o profesión). En el grupo de pacientes con TAB se encontró que un 59% eran solteros; el 20%, desempleados, y un 40% tenía estudios superiores terminados.

Diferencias en las variables clínicas de los pacientes con TAB y esquizofrenia

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas enfermedades en el número de hospitalizaciones (p = 0,026), la edad de inicio del abuso de sustancias/psicoactivos (p = 0,004) y en la calificación en la escala de evaluación de actividad global en el último mes (p = 0,001). De esta manera, el grupo de pacientes con esquizofrenia mostró un promedio de 2 hospitalizaciones en la vida, el 15% con antecedente de abuso de alcohol y el 31% con abuso de sustancias psicoactivas; la edad promedio de inicio del consumo de alcohol fue 18 años y la de inicio del abuso de sustancias psicoactivas, 16. Además, el promedio de las escalas de SANS y SAPS fueron 9 y 45, con una puntuación en la escala de funcionalidad global en el mes anterior de 55.

En cuanto al grupo de sujetos con TAB, se encontró un promedio de 2,5 hospitalizaciones, un promedio de 2 episodios de manía/hipomanía, antecedente de intentos suicidas en el 29%, antecedente de abuso de alcohol sustancias/drogas en el 26% y un promedio en la escala de funcionalidad en el último mes de 80 puntos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables abuso de alcohol (p = 0,602), abuso de sustancias psicoactivas (p = 0,455), antecedentes de intentos suicidas (p = 0,204) y edad de inicio de abuso de alcohol (p = 0,86).

Características demográficas y clínicas de los subgrupos de pacientes con TAB y esquizofrenia según tipo de intervención

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de escolaridad del grupo con TAB que recibió IM, en el que el 50% de los pacientes estaban clasificados con algún grado de estudio superior, en comparación con el grupo de TAB que recibió IT, en el que solo un 29% tenía algún grado de estudio superior (p = 0,044).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las escalas de Hamilton y Young en los subgrupos de pacientes con TAB y las de las escalas SAPS y SANS de los pacientes con esquizofrenia. Lo mismo sucedió con la escala de funcionalidad en el último mes entre los pacientes del subgrupo de IM e IT con ambas enfermedades.

Diferencias en el desempeño socioocupacional de los pacientes con TAB y esquizofrenia después del programa de intervención multimodal PRISMA

Inventario de asertividad

No se encontraron diferencias entre los grupos asignados a ambas intervenciones en el tiempo inicial y el tiempo final en

la puntuación de asertividad. Tampoco se encontró diferencia significativa entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ($p = 0,795$) y del grupo de TAB ($p = 0,858$).

Respecto a la variación de categorías en el tiempo, en el grupo de pacientes con esquizofrenia, los ubicados inicialmente en la categoría «No asertivos» permanecieron en su mayoría sin variación (54,8%) y se observó además un cambio importante hacia la categoría «Realizador ansioso» (22,6%); los pacientes ubicados inicialmente en la categoría «Asertivos» presentaron un comportamiento similar, la mayoría permaneció sin variación (54,5%) y el 22,7% pasó a la categoría «Realizador ansioso»; quienes se ubicaron inicialmente en la categoría «Realizador ansioso» presentaron un cambio importante de categoría hacia «No asertivos» (41,7%) y «Asertivos» (33,3%), y entre los ubicados inicialmente en la categoría «Despreocupados» hubo un cambio importante hacia «No asertivos» (50%).

En el grupo de pacientes con TAB, la mayoría de los ubicados en la categoría «No asertivos» permanecieron en ella (47%), con un cambio relevante hacia «Realizador ansioso» (30,8%); la mayoría de quienes se ubicaron inicialmente en «Asertivo» continuaron en la misma categoría (65,9%). Entre los ubicados inicialmente en «Realizador ansioso», hubo un cambio importante hacia «No asertivo» (41,7%) y «Asertivo» (33,3%), y entre los ubicados inicialmente en la categoría «Despreocupados», hubo un cambio importante hacia «No asertivos» (50%).

No se encontraron cambios significativos entre los 2 momentos de evaluación de cada una de las intervenciones. La estabilidad en las clasificaciones, tanto en la variación de estas en el tiempo como en la comparación entre cada intervención en ambos momentos de evaluación, indica que ninguna de las 2 intervenciones propuestas fue relevante para la variable de inventario de asertividad.

Autocuidado

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de autocuidado entre los subgrupos de los pacientes con TAB y entre los pacientes con esquizofrenia, tanto en la evaluación inicial como en la final. Llama la atención que en ninguno de los casos hubo pacientes clasificados en la variable «dependiente», y en el caso de TAB, solo hubo 1 paciente clasificado «con apoyo» al inicio, que en la evaluación final fue clasificado en la variable «independiente». Tampoco se encontró una diferencia significativa que evidenciara cambios importantes de categoría entre ambos tiempos de evaluación entre los pacientes del grupo de esquizofrenia ($p = 0,5$) ni en el grupo de TAB ($p = 1$).

Los resultados indican que los pacientes con TAB pueden alcanzar mejores metas de autocuidado que los pacientes con esquizofrenia, pero la poca variación en los datos apunta a que tanto la IT como la IM tienen poco impacto en la clasificación de autocuidado de los pacientes.

Participación en tareas en el hogar

Al inicio de la evaluación no se encontraron diferencias en la variable de participación en tareas en el hogar entre los grupos de pacientes con esquizofrenia en la variable de participación de tareas en el hogar ($p = 0,149$), pero en la evaluación final se encontró una diferencia significativa ($p = 0,03$). Luego de hacer

el análisis longitudinal entre ambos tiempos de evaluación, esta diferencia fue significativa en el grupo de esquizofrenia que recibió la IM. En el grupo de TAB no hubo variaciones significativas entre las evaluaciones inicial ($p = 0,904$) y final ($p = 0,951$).

Los pacientes del grupo de esquizofrenia y quienes inicialmente fueron asignados a la variable «dependiente», asignados a IM (14,3%), fueron posteriormente clasificados en otras categorías en su totalidad para la evaluación final (0%), patrón que no se repitió en el grupo de IT.

Vale la pena anotar que en este grupo, tras ambos tratamientos, la mayoría de los pacientes clasificados como «independientes» permanecieron en esta categoría y el 18,5% migró a la categoría «Con apoyo»; la mayoría de los pacientes clasificados como «Dependientes» fueron ubicados después en las variables «independiente» (42,9%) y «Con apoyo» (42,9%).

Los pacientes del grupo de TAB que iniciaron en la clasificación como «Independientes» permanecieron en esta en su mayoría (95,2%); los clasificados en la variable «Con apoyo» presentaron una migración importante hacia la categoría «Independiente» (59%), y muchos de quienes iniciaron en la categoría «Dependiente» migraron a las categorías «Independiente» (60%) y «Con apoyo» (40%). Se debe resaltar que en este grupo no hubo pacientes clasificados como «Dependiente» en la evaluación final.

Este patrón indica un resultado favorable para los pacientes con esquizofrenia que recibieron la IM; sin embargo, en la IT también se encontraron resultados positivos.

Utilización en la comunidad

No se encontraron diferencias entre ambas intervenciones en la evaluación inicial de los pacientes con esquizofrenia ($p = 0,327$) y TAB ($p = 0,746$); lo mismo sucedió en la evaluación final. No se encontró una diferencia significativa que mostrara cambios importantes de categoría entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ($p = 0,38$), y tampoco en el grupo de TAB ($p = 0,227$).

Utilización del tiempo libre

No se hallaron diferencias en la utilización del tiempo libre entre los subgrupos de pacientes (IM e IT) en ninguno de los 2 tiempos de evaluación. Se encontraron cambios significativos de categoría entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ($p < 0,001$) y del grupo de TAB ($p < 0,001$). Asimismo la mayoría de los pacientes con esquizofrenia que inicialmente fueron clasificados en «Adecuado» permanecieron sin cambio (81%) y los demás cambiaron a «Limitado» (19%); quienes iniciaron en la clasificación «Limitado» tuvieron un cambio importante hacia adecuado (45,9%).

La mayoría de los pacientes con TAB clasificados en «Adecuado» permanecieron en esta clasificación (92,9%), y la mayoría de quienes iniciaron en «Limitado» cambiaron a «Adecuado» (45,9%). Vale la pena resaltar que en ambos casos los pacientes han podido mejorar en cuanto al parámetro de clasificación de tiempo libre; al no encontrarse diferencias en los resultados de cada tiempo de evaluación entre ambas terapias, se puede decir que ambos tratamientos son efectivos para esta variable.

Habilidades sociales

Las puntuaciones de habilidades sociales fueron similares entre los pacientes asignados a la IM y la IT al inicio y al final del estudio. Luego de hacer el análisis longitudinal, se encontró una diferencia significativa que muestra cambios de categoría entre ambos tiempos de evaluación entre los pacientes del grupo de esquizofrenia ($p = 0,025$) y los del grupo de TAB ($p < 0,001$).

La mayoría de los pacientes del grupo de esquizofrenia inicialmente clasificados en la categoría «Muy inapropiado» continuaron en ella (75,4%) y el 24,6% se reclasificó en «Normal»; de igual manera, el 81,8% de quienes fueron clasificados «Normal» inicialmente persistieron en esa categoría. Entre los pacientes con TAB clasificados en la categoría «Muy inapropiado», hubo variaciones hacia la categoría «Normal» (63,6%); los clasificados inicialmente en la categoría «Normal» persistieron en la misma categoría (80,4%); ninguno fue clasificado en la categoría «Muy apropiado». En la comparación no hubo diferencias en los 2 tiempos de evaluación frente a las categorías para los dos tipos de intervención.

Los pacientes de ambos grupos mejoraron en cuanto al parámetro de clasificación de tiempo libre, y lo hicieron en ambos tipos de terapia. Esto indica que posiblemente ambos tratamientos puedan ser efectivos para mejorar esta variable.

Ansiedad general

Se encontró una variación entre ambas intervenciones en el grupo de esquizofrenia, que en la evaluación inicial no era significativa ($p = 0,462$) y en la final sí ($p = 0,026$); en el grupo de TAB no se registraron diferencias estadísticamente significativas.

Se identificó una diferencia significativa con cambios de categoría entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ($p = 0,014$) y del de TAB ($p = 0,04$). Los pacientes del grupo de esquizofrenia y quienes inicialmente fueron asignados a la variable «Muy inapropiado» y a IM (45,8%) presentaron una disminución en la evaluación final (33,3%); así los pacientes de este grupo de intervención asignados a la variable «Normal» en la evaluación inicial (54,3%) presentaron un aumento en la evaluación final (57,1%).

En el grupo de TAB, los pacientes inicialmente tratados con IM y asignados a la variable «Muy inapropiado» en la evaluación inicial (48,6%), en la evaluación final se redujeron (33,3%), en comparación con quienes fueron tratados con IT tanto en la evaluación inicial (51,4%) como en la evaluación final (66,7%). Los pacientes asignados a la variable «Normal» presentaron inicialmente una distribución similar entre la IM (50,8%) y la IT (49,2%); para la evaluación final no hubo cambios significativos en IM (51%) ni en IT (49%).

Los pacientes del grupo de esquizofrenia muestran diferencias significativas entre ambos tratamientos; los resultados son más favorables para quienes reciben la IM.

Atractivo físico

No se encontró una diferencia significativa entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ($p = 0,366$) y del grupo de TAB ($p = 0,549$) en la variable de atractivo físico. A pesar de que los pacientes del grupo de TAB en su evaluación inicial presentaron una diferencia significativa, en el momento final no se mantuvo esta diferencia. Los

resultados indican que las 2 intervenciones posiblemente sean similares en la variable de atractivo físico.

Discusión

Se compararon las puntuaciones en las escalas de terapia ocupacional en el momento inicial entre los pacientes asignados a IM y los que recibieron IT, y se identificó que los grupos de pacientes eran muy similares al inicio del estudio, lo que está a favor de un buen proceso de aleatorización. No se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones de asertividad, autocuidado, utilización en la comunidad, utilización del tiempo libre, participación en tareas del hogar, habilidades sociales y ansiedad general en la evaluación inicial. En la variable de atractivo físico de los pacientes con TAB, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió IM y los de IT al inicio del estudio ($p = 0,043$). Las puntuaciones de los pacientes con esquizofrenia de ambos grupos eran muy similares en esta variable.

En la etapa final, la IM en comparación con la IT mostró mejoras estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad general ($p = 0,026$) y participación en las tareas del hogar ($p = 0,03$), principalmente de los pacientes con esquizofrenia. Cuando se hizo el análisis de comparación entre las puntuaciones de las escalas entre los momentos inicial y el final, se identificaron cambios en la utilización del tiempo libre y habilidades sociales tanto en los grupos que recibieron la IM como en los que fueron expuestos a la IT. Es decir, ambas intervenciones se mostraron efectivas en esas variables. Este efecto también se observó en la variable de utilización del tiempo libre en los pacientes con TAB.

La mejora en la participación de las tareas del hogar de los pacientes con esquizofrenia parece ser independiente de los síntomas positivos y negativos. En el análisis entre periodos, es decir, entre los momentos inicial y final, se observaron diferencias significativas en la escala de síntomas negativos SANS en ambas intervenciones, y la escala de síntomas positivos SAPS permaneció sin cambios. Es decir, no hubo un efecto de la IM en las puntuaciones de síntomas, pero sí hubo diferencias en la funcionalidad dentro del hogar. Este hallazgo muestra que las metas de funcionalidad no siempre están asociadas a la reducción de síntomas, y que se debe ofrecer estrategias diferentes de las farmacológicas para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

En nuestro estudio se identificó un deterioro importante del perfil socioocupacional de los pacientes con TAB y esquizofrenia, acorde con lo observado en la práctica clínica y los estudios sobre funcionalidad. Un metanálisis publicado en 2014 identificó que la historia familiar de psicosis se asocia con un pobre desempeño funcional y ocupacional²², por lo que toda estrategia terapéutica que se realice en los trastornos psicóticos debe incluir como meta final la mejoría funcional. No solamente en los pacientes con antecedentes de psicosis se ha descrito este deterioro de la funcionalidad; según los reportes, un 30-60% de los pacientes con TAB no logran una recuperación funcional completa en los dominios social y laboral²³.

Es posible que no se hayan identificado cambios significativos en el desempeño ocupacional de los pacientes que

estuvieron expuestos a la IM por varias razones: el deterioro de la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia y TAB generalmente se asocia con la gravedad de la enfermedad, los síntomas cognitivos o negativos y la presencia de síntomas residuales^{2,24}. Los patrones conductuales disfuncionales de los pacientes se han reforzado largo tiempo, y es posible que una intervención ocupacional de pocas sesiones no logre tener un efecto tan fuerte en este tipo de población; además, todas las intervenciones se realizaron en consultorio y muchas de ellas fueron individuales; por el diseño del programa, no se pudo realizar intervenciones grupales, en comunidad o en talleres. La modalidad individual tiene sus limitaciones, pues no facilita la aplicación de las estrategias en vivo ni favorece la observación directa de las habilidades del paciente. Otro factor que posiblemente interfiriera con el resultado final de la intervención fue la duración del programa; algunos autores han planteado que, en población con marcado deterioro funcional, pueden ser necesarias hasta 30 sesiones para lograr cambios clínicamente observables. En el programa PRISMA, los pacientes podían recibir entre 8 y 12 sesiones individuales, en las que también recibían otras intervenciones como las de psiquiatría y psicología, por lo que la intensidad de la intervención quizá fuera menor que la necesaria para el paciente.

En estudios previos en pacientes con esquizofrenia, se ha observado una mejora de la asertividad, de los niveles de ansiedad social y de la satisfacción con la comunicación interpersonal después de recibir un entrenamiento dirigido. Estos resultados se reportaron después de la intervención y a los 3 meses de seguimiento. Es posible que nuestro estudio no haya mostrado cambios significativos en las puntuaciones de asertividad porque, si bien se incluyó un entrenamiento en habilidades sociales dentro del programa de IM, su duración y su intensidad fueron menores que lo observado en otros estudios²⁵.

Teniendo en cuenta los síntomas negativos del paciente con esquizofrenia y las limitaciones observadas en la adherencia al tratamiento y la asistencia a las sesiones, se han propuesto otros modelos de intervención diferentes de los tradicionales, que habrá que evaluar en estudios posteriores, como por ejemplo la *Functional Redemation*²⁶ para el TAB y el tratamiento asertivo comunitario²⁷ para la esquizofrenia. Estrategias como las que plantea el tratamiento asertivo comunitario podrían tener un impacto más fuerte en la funcionalidad; este tipo de abordaje pretender ofrecer asistencia a las personas con enfermedad mental grave y centrar su campo de acción en un entorno social cercano al paciente y basado principalmente en un intervención comunitaria²⁷. Es posible que estudios posteriores, con programas de intervención más largos y con estrategias de rehabilitación más ecológicas, obtengan mayor impacto en la funcionalidad general de los pacientes.

Conclusiones

Los grupos aleatorizados al inicio del estudio eran muy similares según las variables evaluadas en terapia ocupacional. Después de hacer el análisis longitudinal, se identificó que la IM PRISMA fue más efectiva que la IT en los pacientes con esquizofrenia, específicamente en cuanto a ansiedad

general ($p = 0,026$) y participación en las tareas del hogar ($p = 0,03$). Estas diferencias no se observaron en otras variables como, por ejemplo, la utilización del tiempo libre y la asertividad. Este estudio no mostró un efecto estadísticamente significativo de la IM en los pacientes con TAB. Desde el punto de vista cualitativo, los profesionales del programa PRISMA observaron cambios significativos en ambos grupos de pacientes y una mejora en la funcionalidad general; el programa tuvo alta aceptación entre los pacientes y hubo un buen acompañamiento por las familias. Estos hallazgos descriptivos muestran la necesidad de dar seguimiento a esta población para poder evaluar el efecto de la intervención a mediano y largo plazo. Se propone que los estudios posteriores en este campo también incluyan metodología cualitativa y que el programa de intervención ocupacional pueda tener más estrategias en comunidad, las cuales posiblemente sean más efectivas que las intervenciones intramurales.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de 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.

Financiación

Este proyecto fue financiado por COLCIENCIAS, CODI-Universidad de Antioquia y Hospital Universitario de San Vicente Fundación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen a COLCIENCIAS, CODI, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario de San Vicente Fundación y PRISMA U.T.

BIBLIOGRAFÍA

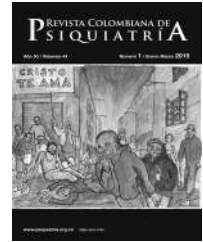
1. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2015;6736:1-12.
2. Vieta E, Reinares M, Rosa A. Staging bipolar disorder. *Neurotox Res*. 2011;19:279-85.

3. Ciceri CG, Franco JG. Terapia cognitivo conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura 165 S. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37:164-74.
4. Scott J, Colom F. Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28:371-84.
5. Kurzban S, Davis L, Brekke JS. Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: a review of recent research and trends. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12:345-55.
6. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry.* 2013;13:170.
7. Statement on occupational therapy. World Federation of Occupational Therapists; August 2011;1. Disponible en: <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT ON OCCUPATIONAL THERAPY 300811.pdf>
8. Eberhard A, Torrico P. Terapia Ocupacional en Salud Mental de corta estadía en clínica de atención primaria. Occupational therapy in short term mental health care in a private clinic. *Rev Chil Ter Ocup.* 2013;13:45-55.
9. Durante P, Noya B. Terapia ocupacional en salud mental principios y practica. Barcelona: Masson; 2002.
10. Palacio CA, García J, Arbeláez MP, Sánchez R, Aguirre B, Ospina J, et al. Validación de la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) en Colombia. *Biomedica.* 2004;56-62.
11. APA. Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders. Text Revision. DSM-IV-TR. 4.^a ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2000.
12. Ramos J, Cordero A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiat.* 1986;14:324-34.
13. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62.
14. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;429-35.
15. Apiquian R, Páez F, Tapia R, Fresán A, Vallejo G, Nicolini H. Validez y confiabilidad de la escala para la evaluación de la mania. *Salud Ment.* 1997;20:23-7.
16. Kay SR, Fiszbein AOL. The positive and negative syndrome scale for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-76.
17. Endicott JS, Spitzer RL, Fleiss J, Cohen J. The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33:766-71.
18. Kielhofner G. A model of human Occupation Theory and Application. 3.^a ed. Baltimore: Lippincot, Williams and Wilkins; 2002.
19. Caballo V, Ortega A. La escala multidimensional de expresión social: algunas propiedades psicometricas. *Psicol Gen Apl.* 1989;215-21.
20. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol.* 1969;33:448-57.
21. García B, Grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia). [Functionality as a goal in the treatment of schizophrenia]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30:312-25.
22. Kakela J, Panula J, Oinas E, Hirvonen N, Jääskeläinen E, Miettunen J. Family history of psychosis and social, occupational and global outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;130:269-78.
23. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:163-70.
24. Martínez-Arán A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord.* 2007;9:103-13.
25. Lee T-Y, Chang S-C, Chu H, Yang CY, Ou KL, Chung MH, et al. The effects of assertiveness training in patients with schizophrenia: a randomized, single-blind, controlled study. *J Adv Nurs.* 2013;69:2549-59.
26. Martínez-Arán A, Torrent C, Solé B, Bonnín CM, Rosa AR, Vieta E, et al. Functional remediation for bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2011;7:112-6.
27. Schöttle D, Schimmelmann BG, Karow A, Ruppelt F, Sauerbier AL, Bussopulos A, et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar i disorders. *J Clin Psychiatry.* 2014;1371-9.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia



Belvy Mora-Castañeda^{a,*}, María Márquez-González^b, Alberto Fernández-Liria^c,
Ricardo de la Espriella^d, Néstor Torres^e y Álvaro Arenas Borrero^{f,g}

^a Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y Familias (ACPEF), Colombia

^b Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, España

^c Área de Gestión Clínica y Salud Mental, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid, España

^d Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

^e Hospital de San Blas, Colombia

^f Clínica La Inmaculada, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

^g Universidad de los Andes, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de agosto de 2016

Aceptado el 31 de octubre de 2016

On-line el 13 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Esquizofrenia

Cuidadores informales

Carga del cuidado

Habilidades de afrontamiento

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la relación de la carga y las estrategias de afrontamiento con las características demográficas de los cuidadores de personas con esquizofrenia, así como las variables demográficas y clínicas de los pacientes.

Métodos: Estudio transversal correlacional multicéntrico en el que se evaluó a 70 personas diagnosticadas de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y 70 cuidadores informales primarios con la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, el cuestionario de estrategias familiares de afrontamiento, la escala para la evaluación de síntomas positivos, la escala para la evaluación de síntomas negativos y la escala breve de evaluación de la discapacidad. **Resultados:** En este estudio, la carga se correlacionó positivamente con el deterioro del funcionamiento ocupacional y social y presentó asociación negativa con la escolaridad de los pacientes. El escape, la coerción y la comunicación positiva presentaron correlaciones positivas con el deterioro del funcionamiento ocupacional y social de los pacientes. Asimismo, el interés social y las amistades mostraron asociación positiva con la escolaridad de los cuidadores. Además, la ayuda espiritual presentó correlaciones negativas con el deterioro del funcionamiento social y la edad de los pacientes, y la resignación se correlacionó negativamente con la duración del trastorno y la escolaridad de los pacientes.

Conclusiones: La carga y la adopción de estrategias de afrontamiento disfuncionales, como el escape y la coerción, se asocian con el deterioro del funcionamiento de los pacientes.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: b.mora.castaneda@gmail.com (B. Mora-Castañeda).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.005>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Estos hallazgos indican la necesidad de brindar a los cuidadores apoyos ajustados al nivel de funcionamiento del paciente que prevengan la carga del cuidado.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clinical and Demographic Variables Associated Coping and the Burden of Caregivers of Schizophrenia Patients

A B S T R A C T

Keywords:

Schizophrenia
Informal caregiver
Burden of care
Coping skills

Objective: To analyse of the relationship between burden of illness and coping strategies and the demographic variables of caregivers, and the demographic and clinical variables of people diagnosed with schizophrenia.

Methods: Multicentre correlational cross-sectional study including 70 people diagnosed with schizophrenia, or a schizoaffective disorder, and 70 primary informal caregivers. They were evaluated using Zarit Caregiver Burden Inventory, Family Coping Strategies Questionnaire, Scale for the Assessment of Positive Symptoms, Scale for the Assessment of Negative Symptoms, and the brief Disability Assessment Scale.

Results: Burden of illness positively associated with patient impairment in occupational and social functioning, and negatively with education level. Avoidance, coercion and positive communication were positively associated with impairment in occupational and social functioning of patients. Social interest and friendships showed a positive association with the education level of caregivers. Spiritual assistance negatively correlated with impairment in social functioning and patient age, and resignation was negatively associated with length of the disorder and patient education level.

Conclusions: Burden and dysfunctional coping strategies, such as avoidance and coercion, are associated with functional impairment of the patient. These findings suggest the need to provide support to caregivers, adjusted to the functional level of the patient, in order to prevent burden of care.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La provisión de cuidados a una persona diagnosticada de esquizofrenia implica hacer frente a demandas físicas, psicológicas, sociales y económicas que surgen en la convivencia con el trastorno del familiar afectado y pueden dar lugar a una experiencia de estrés prolongado. Según el modelo transaccional del estrés y el afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman, la carga y el afrontamiento cumplen un papel mediador en el proceso del estrés¹. La carga hace referencia a la percepción del cuidador acerca de lo gravosa que puede resultar la situación del cuidado para él o ella y el impacto que tiene en su vida^{2,3}. Si bien parece que hay acuerdo acerca de las dimensiones de la carga (subjetiva y objetiva), algunos autores señalan inconsistencias en su definición y en la manera en que el constructo se operacionaliza^{4,5}. En este sentido, se ha llamado la atención acerca de la connotación negativa del concepto de carga, que invisibiliza posibles consecuencias positivas que podrían acompañar a la experiencia del cuidado, así como acerca de la variabilidad existente en la medición de la carga^{4,5}. En consecuencia, cabe señalar que este estudio centra su atención en los efectos adversos del cuidado para la salud mental del cuidador. Además, el afrontamiento se concibe como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales

que lleva a cabo el individuo, en este caso el cuidador, para responder a demandas que ha evaluado como excesivas en relación con sus recursos¹.

Los estudios sobre cuidadores primarios de personas diagnosticadas de esquizofrenia indican que el sexo^{5,6} y el parentesco^{7,8} se asocian a mayor percepción de carga por parte de los cuidadores, y las madres son quienes presentan la mayor carga. Los resultados han sido menos claros acerca de la influencia de otras variables demográficas del cuidador y del familiar diagnosticado en la percepción de la carga del cuidado^{6,7,9}. Además, la evidencia indica asociación entre estresores objetivos (síntomas positivos y bajo nivel de funcionamiento del paciente) y la carga del cuidador^{8,10-14}. Sin embargo, algunos estudios difieren de estos resultados^{5,15}.

Por otra parte, no se ha demostrado concordancia en las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por los cuidadores¹⁶. Un estudio realizado en India reportó que los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia hacen uso frecuente de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción¹⁷; por su parte, otro estudio realizado en Suiza encontró evidencia de que los cuidadores utilizaron con mayor frecuencia un afrontamiento centrado en los problemas y en el apoyo social¹⁸. Además, en Chile se observó que cuidadores de la comunidad indígena Aymara utilizaban las mismas estrategias de afrontamiento que los cuidadores no

aymaras, salvo en lo referente a la ayuda espiritual, estrategia que usaron con mayor frecuencia los cuidadores de la comunidad indígena¹⁹.

En general, el uso de diferentes medidas en los estudios ha obstaculizado la comparación de resultados sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores. Por otra parte, pocos estudios han indagado acerca de la asociación entre las variables clínicas de los pacientes, las características demográficas de pacientes y cuidadores y las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos. Creado et al.²⁰ encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema se correlacionó significativamente con altos niveles de funcionamiento del paciente. Asimismo, algunos estudios han indicado asociación entre el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (coerción y resignación) con un menor nivel de funcionamiento y la presencia de síntomas negativos en el paciente; otros han reportado que la duración del trastorno se asoció al uso de la comunicación positiva y la sobreimplicación del cuidador²¹. Sobre las características demográficas, la evidencia señala que los cuidadores jóvenes, cuidadores de pacientes de menos edad y mujeres cuidadoras informales utilizan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, mientras que los cuidadores casados buscan más a menudo ayuda espiritual²¹.

Atendiendo a las inconsistencias en los resultados de investigación sobre la carga y el afrontamiento de cuidadores informales de personas diagnosticadas de esquizofrenia, el presente estudio tiene por objetivo analizar la relación entre la carga y las estrategias de afrontamiento con las características demográficas de los cuidadores y las variables demográficas y clínicas de personas diagnosticadas de esquizofrenia.

Con base en resultados de investigación previos, se espera encontrar que:

H1: La carga se asociará significativamente con el parentesco (mayor carga para las madres), la presencia de síntomas positivos en el paciente y el deterioro del funcionamiento del paciente.

H2: Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se correlacionarán negativamente con la edad del cuidador y el paciente y positivamente con el nivel de funcionamiento del paciente; mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se correlacionarán positivamente con la presencia de síntomas negativos y negativamente con el nivel de funcionamiento del paciente.

Este artículo presenta los resultados de los análisis descriptivo y correlacional del estudio «Carga, afrontamiento, familismo y depresión en cuidadores informales primarios de personas diagnosticadas de esquizofrenia en Bogotá, Colombia», correspondientes a la carga de los cuidadores y las estrategias de afrontamiento adoptadas por estos.

Método

Participantes

El muestreo se realizó por conveniencia. Los participantes estaban vinculados a servicios de atención ofrecidos por

1 asociación de pacientes y familiares, 2 clínicas privadas y 1 hospital público. En total, se convocó para participar en el estudio a 99 personas con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo) y sus cuidadores informales primarios. La muestra final estuvo conformada por 70 pacientes y sus cuidadores primarios ($n = 70$), quienes aceptaron participar de manera voluntaria.

Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: a) edad entre 18 y 60 años; b) diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo); c) duración del trastorno de al menos 1 año; d) residir en el mismo domicilio que el cuidador; e) recibir atención psiquiátrica ambulatoria, y f) firmar el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión de los cuidadores fueron: a) edad > 18 años; b) ser familiar del paciente; c) convivir con el familiar diagnosticado y tener contacto diario con este; d) autoidentificarse como el cuidador principal, y e) firmar el consentimiento informado. Se desestimó la participación de los cuidadores que reportaron diagnóstico de depresión, trastorno afectivo bipolar u otro trastorno mental grave.

Instrumentos

Variables demográficas de los cuidadores y los pacientes

Los datos demográficos (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación actual, parentesco con el paciente y número de horas de contacto) se recogieron a través de un cuestionario diseñado *ad-hoc* para el estudio.

Variables clínicas y de funcionamiento de los pacientes

En el cuestionario de datos demográficos se incorporó un ítem referido a la duración del trastorno y otro referente al diagnóstico. En este, se sumó una opción acerca de la presencia o ausencia de comorbilidad entre la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo y otros trastornos.

Síntomas positivos y negativos

El grado sintomático del paciente se evaluó mediante la escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS) y la escala para la evaluación de síntomas positivos (SAPS), validadas en Colombia por García-Valencia et al.²². Ambas escalas son instrumentos complementarios para evaluar la gravedad de los síntomas positivos y negativos de los pacientes con esquizofrenia. La SANS evalúa los síntomas negativos en 5 categorías: aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia-falta de sociabilidad y deterioro de la atención. Los síntomas positivos se evalúan con la SAPS en 5 categorías: alucinaciones, delirios, comportamiento extraño, trastornos formales del pensamiento y afecto inapropiado. La SAPS tiene un rango de puntuaciones de 0 a 155, mientras que en la SANS es de 0 a 95. Puntuaciones altas indican mayor gravedad del trastorno. En el estudio de García-Valencia et al.²², el alfa de Cronbach de la SAPS fue 0,81 y de la SANS, $\alpha = 0,94$. Ambas escalas presentaron una buena reproducibilidad entre evaluadores y test-retest. En este estudio, se obtuvieron $\alpha = 0,83$ y $\alpha = 0,79$ respectivamente.

Nivel de funcionamiento del paciente

El nivel de funcionamiento del paciente se evaluó a través de la adaptación española de la escala breve de evaluación

de la discapacidad (WHO DAS-S)²³. Este es un instrumento recomendado por la OMS para la evaluación de dificultades secundarias a problemas físicos o trastornos mentales en las siguientes áreas: cuidado personal, ocupación, familia y funcionamiento social. La WHO DAS-S puntúa el funcionamiento psicosocial del paciente en diferentes áreas entre 0 y 5. Esta escala mostró un coeficiente $\alpha = 0,67$.

Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se evaluaron a través del cuestionario de estrategias familiares de afrontamiento (FCQ)²⁴, cuestionario autoaplicable que consta de 34 ítems, divididos en las siguientes subescalas: a) información: búsqueda de información sobre el trastorno del paciente; b) comunicación positiva; c) interés social: mantenimiento de actividades de ocio e interés social del cuidador; d) coerción; e) escape: evitación del paciente; f) resignación acerca de la condición de salud del paciente; g) sobreimplicación: intentos del cuidador de involucrar al paciente en actividades familiares y sociales; h) alcohol/drogas: uso de alcohol y drogas por el cuidador; i) connivencia: reacciones permisivas a los comportamientos extraños y el incumplimiento del tratamiento prescrito; j) ayuda espiritual: búsqueda de ayuda espiritual, y k) amistades: hablar con amigos sobre la condición del paciente. El uso de las estrategias de afrontamiento se puntúa de 1 a 4. En este estudio se utilizó el cuestionario traducido al español por Higuera y Aragón²⁵, facilitado por el Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental, el cual fue adaptado al contexto colombiano. Para este estudio el FCQ obtuvo $\alpha = 0,77$.

Carga

La carga del cuidador se evaluó mediante la escala de Zarit de sobrecarga del cuidador (ZCBI)²⁶, que valora la vivencia subjetiva de sobrecarga del cuidador primario de una persona con trastorno mental. Los efectos negativos de la experiencia del cuidado se exploran en distintas áreas: salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Se utilizó la adaptación española realizada por Martín et al.²⁶, quienes informaron de $\alpha = 0,91$. La ZCBI da puntuaciones totales de 0 a 88. Esta escala presentó una alta consistencia interna para este estudio ($\alpha = 0,92$).

Procedimiento

Los objetivos y la metodología del estudio se presentaron por escrito a la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias (ACPEF). Una vez aprobado el protocolo de investigación, el proyecto se socializó en la reunión mensual de ACPEF en agosto de 2014. Esta fue la primera convocatoria de la muestra. Una segunda convocatoria tuvo lugar en la reunión mensual de enero de 2015. Paralelamente, los Comités de ética de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, la Clínica La Inmaculada y el Hospital San Blas de la ciudad de Bogotá aprobaron el protocolo de investigación y las pruebas a utilizar. Las entrevistas a los participantes de ACPEF se realizaron en sus domicilios, mientras que las entrevistas de los participantes vinculados a las clínicas y al hospital se realizaron en 3 modalidades: a) inmediatamente después de las citas de seguimiento con psiquiatría; b) en citas concertadas telefónicamente y llevadas a cabo en las instituciones,

o c) en los domicilios de los participantes cuando estos aceptaron o solicitaron esta forma de encuentro. Realizó las entrevistas la investigadora principal del estudio. Eventualmente, un estudiante de psicología de último año previamente entrenado llevó a cabo entrevistas con los cuidadores. La duración promedio de cada entrevista fue 2 h.

Análisis estadístico

El presente estudio utilizó un diseño transversal para evaluar las hipótesis propuestas. Los datos fueron tratados utilizando el programa estadístico IBM SPSS versión 20 para Windows. Se comprobó la normalidad y la homogeneidad de varianzas y se normalizó la variable de carga. Se utilizó estadística descriptiva para dar cuenta de las características demográficas de la muestra y los resultados de cada escala. Se analizaron las diferencias en el nivel de carga y el uso de estrategias de afrontamiento según las variables demográficas del cuidador y el paciente, así como las comorbilidades psiquiátricas, usando la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney (para comparaciones entre dos grupos) y ANOVA de un factor o la prueba de Kruskal-Wallis (para comparaciones entre 2 o más grupos), dependiendo de la distribución de las variables. Las relaciones entre la carga y las estrategias de afrontamiento con la edad, la escolaridad, las horas diarias de contacto y las variables clínicas se investigaron utilizando el coeficiente de correlación de Pearson cuando la variable dependiente cumplía los supuestos paramétricos o el coeficiente de correlación de Spearman en caso contrario. Además se realizó un análisis de regresión múltiple con la variable carga como dependiente, introduciendo las variables independientes que mostraron asociación significativa con esta. Se seleccionó un valor de $p < 0,05$ como umbral de significación.

Resultados

Características demográficas

Con respecto a los pacientes, se apreció un predominio de varones (68,6%), con una media de edad de $35,6 \pm 10,63$ años, solteros (91,4%), con bachillerato finalizado (45,7%) y en situación de desempleo (74,3%). En relación con las variables clínicas, la mayoría de los pacientes tenían un diagnóstico de esquizofrenia (91,4%), sin comorbilidades psiquiátricas (83%), y una duración del trastorno de 5 o más años (73%). Estos últimos refirieron como síntomas más frecuentes alucinaciones (9,8%) y anhedonia (25,5%). En cuanto al nivel de funcionamiento, se hallaron déficit en el funcionamiento ocupacional ($1,26 \pm 1,03$) y el funcionamiento en el contexto social amplio ($1,76 \pm 1,09$).

En cuanto a los cuidadores, se observó un predominio de mujeres, en su mayoría madres (74%), con una media de edad de $60,1 \pm 9,20$ años, casados (60%), con estudios universitarios finalizados (34,3%), empleados (50%), que reportaron 7 h o más de contacto diario con el paciente (58,6%). En este estudio, los cuidadores presentaron una puntuación media en carga de $28,07 \pm 18,18$. La tabla 1 presenta las correlaciones significativas que se hallaron entre las características demográficas de

Tabla 1 – Correlaciones significativas entre las características demográficas de los cuidadores, las características demográficas y las variables clínicas de los pacientes y la carga

Variable	Sujetos, n (%)	Carga, media $\pm$ desviación estándar	Coefficiente de correlación
Pacientes			
Nivel educativo			$\rho = -0,39^a$
Primaria	17 (24,3)	35,53 $\pm$ 17,42	
Bachillerato	32 (45,7)	29,72 $\pm$ 17,68	
Carrera técnica	9 (12,9)	25,78 $\pm$ 20,74	
Estudios universitarios	12 (17,1)	14,83 $\pm$ 12,19	
Funcionamiento			
Deterioro en el funcionamiento ocupacional			$r = 0,51^a$
1	19 (27,1)	29,79 $\pm$ 21,96	
2	21 (30,0)	33,48 $\pm$ 15,32	
3	9 (12,9)	41,67 $\pm$ 12,88	
Deterioro en el funcionamiento social			$r = 0,37^a$
1	20 (28,6)	18,65 $\pm$ 15,78	
2	19 (27,1)	32,58 $\pm$ 18,99	
3	19 (27,1)	34,63 $\pm$ 17,35	
4	2 (2,9)	46,50 $\pm$ 16,26	
Cuidadores			
Estado civil			$F = 3,55^b$
Soltero	10 (14,3)	20,70 $\pm$ 10,53	
Casado	42 (60,0)	25,79 $\pm$ 17,73	
Viudo o divorciado	18 (25,7)	37,50 $\pm$ 19,63	

Los resultados del funcionamiento (WHO DAS-S) no incluyen valores correspondientes a 0, «Ausencia de discapacidad en todo momento».

^a $p < 0,01$.

^b $p < 0,05$.

los cuidadores, las características demográficas y las variables clínicas de los pacientes y la carga.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, los resultados indican que la ayuda espiritual ($3,55 \pm 1,03$) fue la estrategia de afrontamiento más utilizada por los cuidadores en este estudio, seguida por el interés social ($2,25 \pm 0,80$), la resignación ($2,09 \pm 0,82$) y la comunicación positiva ($2,07 \pm 0,86$).

En cuanto a las correlaciones entre las variables clínicas de los pacientes y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores, se encontró correlación negativa entre la duración del trastorno y el uso de la resignación ($\rho = -0,25$; $p < 0,05$). Además, se hallaron correlaciones positivas entre el deterioro del funcionamiento ocupacional y que los cuidadores usen el escape ($\rho = 0,34$; $p < 0,01$) y la comunicación positiva ($\rho = 0,31$; $p < 0,01$), y entre deterioro del funcionamiento social y uso de la coerción ($\rho = 0,29$; $p < 0,05$). También se encontró correlación negativa entre ayuda espiritual ($\rho = -0,27$; $p < 0,05$) y deterioro del funcionamiento social.

Respecto a las variables demográficas, se encontraron diferencias significativas en el uso de la información como estrategia de afrontamiento ($U = 206,5$; $p < 0,05$) de acuerdo con la ocupación del cuidador; se observa que los cuidadores en situación de desempleo adoptaron esta estrategia con más frecuencia ($2,34 \pm 0,98$). La tabla 2 presenta las correlaciones significativas halladas entre otras características demográficas de los cuidadores y los pacientes y las estrategias de afrontamiento. El incremento en la puntuación (1-4) indica mayor frecuencia de uso de la estrategia de afrontamiento.

Se realizó un análisis de regresión múltiple usando las variables que se correlacionaron significativamente con la

carga del cuidado. Los resultados del análisis de regresión se presentan en la tabla 3. El modelo de regresión explicó el 35% de la varianza de la carga. Las puntuaciones t indicaron que las variables deterioro del funcionamiento ocupacional del paciente ($t = 2,87$; $p < 0,01$) y estado civil del cuidador ($t = 2,33$; $p < 0,05$) aportaron significativamente al modelo de predicción.

Discusión

El presente estudio tiene por objetivo analizar la relación de la carga y las estrategias de afrontamiento con las características demográficas de los cuidadores, así como las variables demográficas y clínicas de pacientes con esquizofrenia. Los resultados evidenciaron correlaciones positivas de la carga con el deterioro del funcionamiento ocupacional y social del paciente, así como asociación negativa con su escolaridad. Asimismo se encontraron diferencias significativas en las medias de la carga del cuidado según el estado civil del cuidador. Por otra parte, los hallazgos no evidenciaron correlación de la carga con el parentesco y los síntomas positivos presentados por el paciente. En consecuencia, los resultados respaldan parcialmente la H1.

Además, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (interés social, escape y coerción) se correlacionaron positivamente con la escolaridad del cuidador y el deterioro del funcionamiento ocupacional y social del paciente. Asimismo presentaron correlación negativa (ayuda espiritual, resignación y escape) con la edad y la escolaridad del paciente, el deterioro del funcionamiento social y la duración del trastorno. Por otra parte, las estrategias de afron-

Tabla 2 – Correlaciones significativas entre las características demográficas de los cuidadores y los pacientes y las estrategias de afrontamiento (FCQ) utilizadas por los cuidadores

	Sujetos, n (%)	Estrategia de afrontamiento	Media $\pm$ desviación estándar	ρ
Pacientes				
<i>Edad</i>				
18-25 años	17 (24,3)	Ayuda espiritual	3,94 $\pm$ 0,24	-0,25 ^a
<i>Nivel educativo</i>				
Primaria	17 (24,3)	Resignación	2,39 $\pm$ 0,67	-0,24 ^a
Primaria	17 (24,3)	Escape	1,97 $\pm$ 1,12	-0,34 ^b
Cuidadores				
<i>Nivel educativo</i>				
Estudios universitarios	24 (34,3)	Interés social	2,68 (0,74)	0,41 ^b
Estudios universitarios	24 (34,3)	Amistades	1,87 (0,94)	0,27 ^a

^a $p < 0,05$.^b $p < 0,01$.**Tabla 3 – Regresión múltiple para la carga como variable dependiente**

Variable independiente	Carga (n = 70)			
	R ²	F	β	t
Escolaridad del paciente	0,35	9,09 ^a	-0,20	-1,79
Estado civil del cuidador			0,23 ^b	2,33
Funcionamiento ocupacional			0,38 ^c	2,87
Funcionamiento social			0,03	0,24

^a $p < 0,001$.^b $p < 0,05$.^c $p < 0,01$.

tamiento centradas en el problema (comunicación positiva y amistades) se correlacionaron positivamente con el deterioro del funcionamiento ocupacional del paciente y la escolaridad del cuidador. Además, se hallaron diferencias significativas en el uso de la información como estrategia de afrontamiento según la ocupación del cuidador. Contrariamente a lo esperado, no se hallaron correlaciones significativas entre el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la edad de cuidador y paciente ni entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y los síntomas negativos del paciente. Por lo tanto, los resultados de este estudio respaldan parcialmente la H2.

La mayor parte de las investigaciones muestran que los cuidadores de personas con esquizofrenia sufren altos niveles de carga^{7,8,11,12,27}. Sin embargo, al menos un estudio informó un nivel de carga cercano al hallado en la muestra de cuidadores colombianos²⁸. La variabilidad en la medición de la carga entre estudios posiblemente ha contribuido a las diferencias observadas en los resultados. Además, algunos estudios han señalado que los aspectos sociales y culturales podrían desempeñar un papel importante en la percepción del cuidado informal de la esquizofrenia como gravoso^{5,9,15,29}. Weisman et al.³⁰ reportaron que altos niveles de cohesión familiar podrían tener un efecto protector contra el estrés emocional en cuidadores familiares de ascendencia latinoamericana de personas con esquizofrenia. En tal sentido, resultaría pertinente indagar si, como indican Weisman et al.³⁰, los valores culturales relacionados con la familia

cumplirían un papel modulador en el proceso de estrés del cuidado de cuidadores informales latinoamericanos.

Como ya se ha mencionado, 2 variables demográficas presentaron correlación con la carga del cuidado: el estado civil de los cuidadores y el nivel educativo de los pacientes. El papel del apoyo social como recurso de afrontamiento^{13,31} podría explicar parcialmente la asociación entre el estado civil y la carga hallada en este estudio, puesto que, mientras que los cuidadores viudos/divorciados presentaron los mayores niveles de carga en relación con esta variable, los cuidadores solteros reportaron el menor nivel de carga. Cabría preguntarse si las estrategias de afrontamiento puestas en marcha por los cuidadores cumplirían un papel mediador en este resultado. Según lo observado, la asociación entre un alto nivel educativo de los cuidadores y la adopción de estrategias de afrontamiento, como mantener actividades de ocio e interés social del cuidador y hablar con amigos acerca de la condición del paciente, podría explicar en parte la diferencia de carga entre cuidadores solteros y viudos/divorciados, como quiera que el 60% los cuidadores solteros contaban con estudios universitarios finalizados, a diferencia del 11% de los cuidadores viudos/divorciados. Por otra parte, no nos consta el reporte de otros estudios acerca de la correlación entre la escolaridad de los pacientes y la carga del cuidador. Este resultado posiblemente esté asociado al deterioro del funcionamiento del paciente. De hecho, el deterioro del funcionamiento social y ocupacional de las personas diagnosticadas se correlacionó positivamente con un incremento en

el nivel de carga de los cuidadores, resultado que coincide con estudios previos^{12,13}. Por otra parte, no se encontraron asociaciones significativas entre la duración del trastorno, la presencia de comorbilidad, los síntomas positivos y los síntomas negativos con la carga del cuidado, a diferencia de lo hallado en otros estudios^{10,11,13,14,28}. Lo anterior posiblemente responda al hecho de que la mayoría de los pacientes informaron síntomas leves y poca presencia de comorbilidades.

En lo referente a las estrategias de afrontamiento, los cuidadores emplearon con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (ayuda espiritual, interés social y resignación), lo que coincide con estudios previos^{17,32}. No obstante, las variables clínicas de los pacientes se correlacionaron con el uso de estrategias de afrontamiento tanto centradas en la emoción como centradas en el problema. Así, ante el deterioro del funcionamiento ocupacional y social de los pacientes, los cuidadores reportaron utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (escape y coerción). En este sentido, Nehra et al.¹⁷ hallaron asociación significativa entre deterioro del funcionamiento social de los pacientes y que los cuidadores usen la coerción como estrategia de afrontamiento. Además, contrariamente a lo esperado, los cuidadores colombianos reportaron emplear con menor frecuencia la búsqueda de ayuda espiritual cuando el nivel de discapacidad social del paciente es mayor ($\rho = -0,27$; $p < 0,05$). Una asociación semejante se observó entre que el cuidador adopte la ayuda espiritual y la edad del paciente ($\rho = -0,25$; $p > 0,05$). Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes menores de 25 años (60%) informaron menor duración del trastorno (1-3 años) que el total de la muestra, variable que se correlacionó con que los cuidadores usen más frecuente la resignación como estrategia de afrontamiento. Estos resultados indican que, posiblemente, los cuidadores de los pacientes con menos edad y duración del trastorno se encuentren en proceso de adaptación y requieran apoyos específicos para afrontar eficazmente las exigencias del cuidado del familiar afectado.

Con respecto a las variables demográficas, los cuidadores de los pacientes con menor nivel educativo utilizaron frecuentemente estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (resignación y escape). Por otra parte, los cuidadores que reportaron emplear con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en el problema eran los de mayor nivel educativo (hablar con amigos acerca de la condición del paciente) y los desempleados (búsqueda de información sobre el trastorno del paciente). Contrariamente, otros estudios han encontrado que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema eran más frecuentes en cuidadores jóvenes, cuidadores de pacientes de menos edad y mujeres cuidadoras, mientras que la búsqueda de ayuda espiritual era la opción más frecuente de los cuidadores casados²¹.

El presente estudio pone en evidencia que, en el caso de los cuidadores colombianos, la carga se asocia al deterioro del funcionamiento de los pacientes, más que a los síntomas positivos y negativos que puedan sufrir. Igualmente, muestra que el nivel educativo del cuidador podría ser un factor de protección contra el estrés ya que, por un lado, se asocia negativamente con el empleo de estrategias de afrontamiento que se han demostrado disfuncionales, como la resignación y el escape, y por otro, se asocia con el uso de estrategias

que se han demostrado eficaces y adaptativas: interés social y amistades. Asimismo se ha detectado un perfil de cuidadores potencialmente vulnerables: los viudos o divorciados y los cuidadores con bajo nivel educativo. Además, el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales (escape y coerción) se asoció al deterioro del funcionamiento ocupacional y social del paciente y la menor duración del trastorno. Estos hallazgos señalan la necesidad de proveer a los cuidadores informales primarios de personas diagnosticadas de esquizofrenia apoyos ajustados a la fase del trastorno en la que se encuentra el paciente y a los déficit de funcionamiento que este pueda sufrir.

Limitaciones y futuros estudios

En primera instancia, la muestra del presente estudio no es lo suficientemente amplia y representativa, pues la conforman familias de la capital vinculadas a servicios de atención médica y psicosocial. Se requiere el desarrollo de investigaciones en otras zonas del país, así como en entornos rurales con menos acceso a recursos médicos y asistenciales, que ofrezcan más información acerca del proceso del estrés del cuidado en esquizofrenia. Por otra parte, al tratarse de un estudio transversal con pacientes en fase estable, no se pudo comprobar posibles cambios tanto en los niveles de carga como en las estrategias de afrontamiento adoptadas por los cuidadores según la evolución sintomática del paciente. Debido a ello, es necesario realizar estudios de diseño longitudinal. Finalmente, futuras investigaciones deberán indagar acerca del papel de valores culturales relacionados con la familia, posibles consecuencias del cuidado informal, como que los cuidadores presenten síntomas depresivos, y el papel mediador que cumplen la carga y las estrategias de afrontamiento en relación con las consecuencias del cuidado familiar.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de 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.

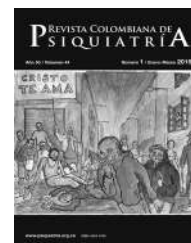
Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.

2. Alvarado R, Oyanedel X, Aliste F, Pereira C, Soto F, De la Fuente M. Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia: Un desafío pendiente para la reforma de la atención en salud mental. *Rev Salud Publica*. 2011;2:6-17.
3. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;2:83-92.
4. Vella S, Pai N. The measurement of burden of care in serious mental illness: a qualitative review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47:222-34.
5. Awad A, Voruganti L. The burden of schizophrenia on caregivers. A review. *Pharmacoeconomics*. 2008;26:149-62.
6. Rafiyah I, Sutharangsee W. Review: Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media J Nurs*. 2011;1:29-41.
7. Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*. 2006;15:719-24.
8. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:899-904.
9. Chan S. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25:339-49.
10. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Res*. 2008;158:335-43.
11. Ochoa S, Vilaplana M, Haro J, Villalta-Gil V, Martínez F, Negredo M, et al. Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:612-8.
12. Hanzawa S, Bae J, Tanaka H, Bae Y, Tanaka G, Inadomi H, et al. Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;64:377-86.
13. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatry*. 2013;6:380-8.
14. Perlick D, Rosenheck R, Kaczynski R, Swartz M, Cañive J, Lieberman J. Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2006;57:1117-25.
15. Möller-Leimkühler A, Wiesheu A. Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262:157-66.
16. Saunders J. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24:175-98.
17. Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia: a re-examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:329-36.
18. Rexhaj S, Python N, Morin D, Bonsack C, Favrod J. Correlational study: illness representations and coping styles in caregivers for individuals with schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry*. 2012;12:27.
19. Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Miranda-Castillo C. Coping strategies in Aymara caregivers of patients with schizophrenia. *J Immigr Minor Health*. 2012;14:497-501.
20. Creado D, Parkar S, Kamath R. A comparison of the level of functioning in chronic schizophrenia with coping and burden in caregivers. *Indian J Psychiatry*. 2006;48:27.
21. Grover S, Pradyumna, Chakrabarti S. Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Ind Psychiatry J*. 2015;24:5-11.
22. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Garcés I, Arbeláez P, Sánchez R, López C, et al. Inferencias fenomenológicas y nosológicas en la esquizofrenia a partir de la validación de las escalas de síntomas positivos (SAPS) y síntomas negativos (SANS) en Colombia. *Rev Neuropsiquiatria*. 2013;66:195-214.
23. Janca A, Kastrup M, Katschnig H, López-Ibor J, Mezzich J, Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Schedule (WHO-DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31:349-54.
24. Magliano L, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Morosini P, Maj M. A new questionnaire assessment coping strategies in relatives of patients with schizophrenia development and factor analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94:224-8.
25. De la Higuera J, Aragón P. Cuestionario de estrategias familiares de afrontamiento. PEPE Proyecto Español Psicoeducativo. Granada: Grupo Andaluz en Salud Mental, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Granada; 1998.
26. Martín M, Salvado I, Nadal S, Miji L, Rico J, Lanz P. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
27. Geriani D, Savithry K, Shivakumar S, Kanchan T. Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping. *J Clin Diagn Res*. 2015;9:1-4.
28. Alexander G, Bebee C, Chen K, Vignes R, Dixon B, Escoffery R, et al. Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population. *Qual Life Res*. 2016;25:393-400.
29. Rosenfarb I, Bellack A, Aziz N. A sociocultural stress, appraisal, and coping model of subjective burden and family attitudes toward patients with schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 2006;115:157-65.
30. Weisman A, Rosales G, Kymalainen J, Armesto J. Ethnicity, family cohesion, religiosity and general emotional distress in patients with schizophrenia and their relatives. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193:359-68.
31. Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:256-63.
32. Chakrabarti S, Gill S. Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord*. 2002;4:50-60.



Artículo original

Significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana



Laura Milena Múnera Restrepo, Lucía Uribe Restrepo y Carlos Enrique Yepes Delgado*

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de septiembre de 2016

Aceptado el 4 de enero de 2017

On-line el 21 de febrero de 2017

Palabras clave:

Síndrome depresivo

Atención médica

Significado

Sufrimiento

Estudio cualitativo

RESUMEN

Objetivo: Comprender los significados que el síndrome depresivo tiene para algunos médicos generales en ejercicio clínico en una región colombiana.

Métodos: Se asumió el enfoque cualitativo como guía para esta investigación utilizando la teoría fundamentada para la descripción, el análisis y la interpretación de 20 entrevistas semiestructuradas dirigidas a médicos generales que hubieran atendido a pacientes con síndrome depresivo.

Resultados: En las entrevistas resaltan algunos elementos indispensables, como: «ver más allá de un cuerpo», donde se refleja el interés del médico por individualizar cada caso de cada paciente porque, aparte de que tengan la misma enfermedad, sabe que no a todos se debe abordar ni tratar por igual. En «De insignificante a terrorífico» se observa que el entramado de vivencias, experiencias, emociones y anhelos que hacen parte del médico se reflejan en la compasión que este tenga del paciente con depresión, situación que hace que como ser humano afronte el sufrimiento del otro; en contraposición, aparece el «Verse atado de manos» respecto al sistema de salud, que dificulta la adecuada atención de estos pacientes y genera un sinsabor en el médico tratante.

Conclusiones: El escenario maleable e inacabado en el que interactúa el médico con el síndrome depresivo le permite saberse humano mientras reflexiona en relación con cada una de las potencialidades, las limitaciones, los significados, las actitudes y los comportamientos que tiene ante esta entidad nosológica, lo que se ve reflejado en la habilidad de los médicos generales para diagnosticar y tratar la depresión, que no necesariamente se asocia con la edad o la experiencia en la práctica. No obstante, se puede reducir los errores en la atención con un conocimiento vasto y un enfoque apropiado de la enfermedad mental.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: caenyede@gmail.com (C.E. Yepes Delgado).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.002>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Meaning of Depressive Syndrome for General Practice Physicians in a Colombian Region

A B S T R A C T

Keywords:

Depressive disorder
Health care
Meaning
Mental suffering
Qualitative research

Objective: To determine the perception that some general clinical practitioners have about depressive syndrome in a region of Colombia.

Methodology: The qualitative approach was established as a basis for this study using grounded theory for the description, analysis, and interpretation of data collected in 20 semi-structured interviews aimed at general medical practitioners who had treated patients with depressive syndrome in their clinical practice.

Results: Throughout the interviews, some essential elements are highlighted such as: "seeing beyond a body," where the interest of the physician is reflected by individualising each patient case because regardless of having the same disease, knowing that not all can be addressed or treated equally. "From insignificant to terrifying" shows that the network of experiences, emotions, and desires that make up part of the physician, are reflected in the compassion that he has for patient with depression, a situation that makes him confront as a human being before the suffering of others. In contrast appears the "my hands are tied" with a health system that prevents proper care of these patients, and generates problems for the treating physician.

Conclusions: The malleable and unfinished scenario where the physicians interact with the depressive syndrome, allows them to understand their humanity while reflecting on the possibilities, limitations, meanings, attitudes and actions that they have about this disorder that is reflected in the ability of general physicians to diagnose and treat depression that is not necessarily associated with age or experience in practice. However, errors in care can be reduced with sufficient knowledge and an appropriate approach to mental illness.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se considera el síndrome depresivo como un cuadro clínico, en el que confluye gran cantidad de signos y síntomas, que presenta una alta prevalencia en la población general. Puede aparecer en cualquier grupo etario, y en él influyen diversos factores que pueden precipitar su aparición. Debido a la complejidad de los síntomas, la discapacidad que genera, los costos que tiene para la sociedad y el empeoramiento de la calidad de vida de las personas, algunos investigadores se han interesado en identificar los factores asociados a este síndrome^{1,2}, sus causas y consecuencias³ y el tratamiento más adecuado.

Entre los factores que impactan en la calidad de la atención de los pacientes con síndrome depresivo en Colombia, se reconocen las barreras que presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud⁴, el cual «pese a señalar los principios de equidad, obligatoriedad, integralidad y calidad—ha mostrado dificultades con el sistema de referencia y contrarreferencia, limitaciones en la prestación de los servicios e insuficiente énfasis en programas de promoción y prevención de los problemas para la salud mental⁵.

Otros factores incluyen los insuficientes conocimientos científicos y técnicos con que cuenta el médico, tanto que se ha discutido el papel de la formación académica de estos profesionales en cuanto a la salud mental⁵, puesto que se ha observado que en los primeros niveles de atención falta

diagnóstico oportuno de los trastornos mentales y el inicio de tratamientos adecuados. La Organización Mundial de la Salud⁶ puso en consideración el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, dirigido a mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias para convertirlas en atenciones prioritarias.

Dadas las altas tasas de depresión en Colombia², es indiscutible que todos los médicos, ya sea en el ámbito personal o en el familiar, social o profesional, han interactuado con personas que padecen esta enfermedad. Tales vivencias, pasadas por la conciencia y la reflexión del médico, han derivado en la construcción de significados e interpretaciones sobre este síndrome, los cuales finalmente determinan la capacidad de entender y resolver los problemas que se plantean en la consulta, al igual que la calidad de la atención que el profesional brinda a las personas que ven afectado su entorno biopsico-social debido a este conjunto de signos y síntomas⁷.

Diversas publicaciones han recomendado mejorar la intervención en los trastornos mentales a partir de la promoción de la salud mental y la prevención⁸⁻¹⁰. Hay estudios que hablan del estigma social que esta enfermedad conlleva y el impacto que tiene en la atención a los pacientes¹¹; otros trabajos han estudiado incluyendo a enfermos mentales la comunicación del médico con los pacientes y su impacto en el tratamiento y la adherencia a este¹²; específicamente en Colombia, se han ejecutado proyectos evaluativos de las cualidades de los médicos y los conocimientos sobre las enfermedades mentales, los

causantes de las falencias en virtudes y la calidad de la formación universitaria¹³⁻¹⁵. Aun así, no se ha estudiado mucho el significado y el impacto de la depresión en los médicos generales con base en las experiencias y las vivencias.

Este estudio pretende comprender los significados que los médicos generales han construido sobre el síndrome depresivo partiendo de las experiencias que hayan tenido. Esto con el fin de acercarse a una explicación relacionada con los comportamientos que asume el médico general cuando se encuentra de cara con el síndrome depresivo y el impacto que generan estos en la atención y la resolución del problema por el cual el paciente consulta.

Métodos

Desde un enfoque cualitativo¹⁶ y utilizando algunas técnicas de la teoría fundamentada¹⁷, acompañada de una revisión bibliográfica continua, se llevó a cabo la descripción, el análisis y la interpretación de los datos¹⁸ obtenidos de 20 entrevistas semiestructuradas¹⁹ a personas que hasta 2014 hubieran ejercido como médicos generales en servicios de primer y/o segundo nivel de atención en salud, con experiencia mínima de 1 año y que hubiesen atendido a personas con síndrome depresivo. Fueron seleccionados mediante muestreo por conveniencia inicialmente y luego por muestreo teórico¹⁷. Este estudio tiene el aval ético de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

El análisis de los datos fue sistemático, interactivo e iterativo entre datos, análisis, recolección, etc., en 3 momentos vinculados entre sí: el descriptivo, el analítico y el interpretativo, teniendo en cuenta los momentos desarrollados por Strauss et al.¹⁷, denominados codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva respectivamente²⁰.

Se usó la codificación abierta al realizar un microanálisis de los datos, es decir, se hizo un análisis «línea por línea» de cada una de las transcripciones de las entrevistas, descomponiéndolas en incidentes, ideas, acontecimientos y actos discretos significativos, a la luz de los objetivos de la investigación; luego se les asignó un código en sustantivo para representar lo expresado en las palabras del entrevistado¹⁷.

Durante el proceso de conceptualización y en busca de similitudes y diferencias, se compararon los códigos emergentes y los que se consideraron conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado, y se agruparon en conceptos más abstractos formando lo que se conoce como «categorías descriptivas»¹⁷.

Al terminar las primeras 10 entrevistas, fue posible identificar que algunas de las categorías contaban con poca descripción de sus atributos internos, lo que llevó a la búsqueda de variabilidad en la información y que finalmente se realizara una segunda tanda de entrevistas con base en el muestreo teórico. Mientras tanto, se relacionaron las categorías descriptivas entre sí, lo que dio paso al momento analítico con el que se buscó construir relaciones a fin de formar unas explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos¹⁷.

Como instrumento esencial en la codificación, se utilizó la «matriz paradigmática»¹⁷, y con ella se logró hacer una relación compleja entre las categorías que surgieron de

la codificación abierta, en la que unas emergían como el fenómeno y otras, como subcategorías que representaban el contexto de ese fenómeno, sus condiciones o causas, las acciones/interacciones o las consecuencias como el resultado de las acciones/interacciones.

Las relaciones que se vislumbraron en la codificación axial apuntaban a que había 3 fenómenos o categorías significativas que gozaban de saturación teórica^{17,21}, lo que dio lugar al momento interpretativo de la investigación o codificación selectiva.

Con el ánimo de explicar la relación entre las categorías analíticas provisionales, se elaboraron diferentes diagramas integradores, que resultaron en un esquema teórico basado en la matriz condicional/consecuencial que proponen los autores¹⁷, lo cual permitió reflejar y conectar elementos del contexto, causas, consecuencias y del proceso de acción/interacción a niveles macro, meso y micro del significado que han construido los médicos generales en relación con el síndrome depresivo. Finalmente, estos hallazgos se pusieron en discusión con un psiquiatra estudioso de las brechas existentes entre el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales en Colombia mediante una entrevista no estructurada y en relación con la literatura científica que se había revisado en el proceso analítico.

Resultados

Este estudio se completó con 20 entrevistas, obtenidas de 19 personas: 13 varones y 6 mujeres. Las edades de los entrevistados estaban entre 24 y 61 (media, 38,4) años. Todos los informantes eran médicos egresados de universidades colombianas: 15 de universidades públicas y 4 de universidades privadas, y contaban con experiencia clínica de una media de 12,8 (intervalo, 1,5-34) años. Quince de los entrevistados indicaron que el servicio donde mayor experiencia tenían era consulta externa y adicional a la formación de pregrado, 5 de ellos con formación en posgrado en Salud Pública, Salud ocupacional, Educación, Ginecología y Psiquiatría, aunque es importante anotar que sus aportes a las entrevistas fueron desde su experiencia como médicos generales (tabla 1).

Del proceso de microanálisis de los datos recogidos en todas las entrevistas emergió un total de 2.632 códigos: 1.833 de la primera tanda y 799 de la segunda. Los códigos que resultaron de la fase descriptiva de los datos fueron agrupados por las similitudes que mostraban al compararlos entre sí. Estos grupos de códigos dieron lugar a las categorías descriptivas (en total, 7), cada una de ellas con unas propiedades al interior, que se agruparon nuevamente y se convirtieron en 21 subcategorías; estas se relacionaron entre sí haciendo uso de matrices paradigmáticas en el momento analítico y de una matriz condicional/consecuencial, que finalmente recogió el proceso interpretativo de este estudio.

Ver más allá de un cuerpo

Desde la experiencia vivida por los entrevistados, se observa que algunos han trascendido en la concepción que tienen de la persona con síndrome depresivo. Han pasado de considerarla como parte de un conjunto de pacientes, con ciertos

Tabla 1 – Características de los informantes

Entrevista	Sexo	Edad (años)	Naturaleza de la Universidad	Experiencia clínica (años)	Servicio de mayor experiencia	Formación de posgrado
E1*	Varón	27	Pública	3	Consulta externa	No
E2	Mujer	57	Pública	31	Consulta externa	S. pública
E3	Varón	56	Pública	31	Hospitalización	Ginecología
E4	Varón	26	Pública	1.5	Consulta externa	No
E5	Mujer	54	Privada	29	Consulta externa	Psiquiatría
E6	Varón	28	Pública	1.5	Consulta externa	No
E7	Varón	28	Privada	2.5	Urgencias	No
E8	Varón	61	Pública	34	Consulta externa	No
E9	Varón	51	Pública	20	Consulta externa	No
E10	Mujer	26	Pública	2	Consulta externa	No
E11	Varón	26	Pública	2	Consulta externa	No
E12	Mujer	28	Pública	2	Urgencias	No
E13	Mujer	26	Pública	3	Hospitalización	No
E14	Varón	52	Pública	22	Consulta externa	Educación
E15	Varón	31	Pública	2.5	Consulta externa	No
E16	Varón	24	Privada	3	Consulta externa	No
E17	Varón	47	Pública	21	Consulta externa	No
E18	Varón	55	Privada	30	Consulta externa	S. ocupacional
E19*	Varón	27	Pública	3	Consulta externa	No
E20	Mujer	28	Pública	3	Hospitalización	No

síntomas que los aquejan y que requieren una sustancia para controlar las molestas manifestaciones, al hecho de que cada uno de ellos es un «mundo» y, por lo tanto, requieren una atención personalizada. Sin embargo, la experiencia laboral que les ha generado estas reflexiones también les ha permitido apreciar que la atención diferenciada que requieren estos pacientes está limitada por las condiciones que detienen el actuar médico en la realidad histórica de Colombia. Y estas condiciones están dadas por la cultura, los problemas socio-políticos, la capacidad resolutoria de la institución donde se desempeñan y el tipo de pacientes que atienden: «Yo tengo un familiar muy cercano con un trastorno del ánimo, y eso me ha llevado a ser más sensible con los pacientes que tienen síntomas depresivos y a pensar más allá de la enfermedad [...] por ejemplo, donde yo hice el rural son pacientes que simplemente tienen que aprender a vivir con la enfermedad» (E4P5). «El servicio de urgencias es una cosita superchiquita. Son 4 camillas, si yo ocupaba las 4 camillas, ¡ya!, a los demás pacientes les tocaba quedarse fuera esperando, y eso era la catástrofe [...]. Eso era como el pan de cada día, [...] llegaban muchos pacientes con depresión y con intentos suicidas y no la remisión, ¡no! [...] Entonces, fluoxetina pa' todos! Para trastorno de estrés postraumático, para el esquizofrénico también, todo eso era fluoxetina» (E12P5).

Para los participantes de la investigación el síndrome depresivo es un compilado de sensaciones y manifestaciones corporales, conductuales y emocionales que dan pie a la aparición o exacerbación de diferentes enfermedades orgánicas, entre las que se destacan afecciones del sistema inmunitario, enfermedades que generan dolor, enfermedades cardiovasculares y farmacodependencia, pero también tiene impacto social, como disminución de la capacidad laboral, alteración del relacionamiento social e incluso suicidio. Además aparece una serie de situaciones que tienden a generar afecciones de índole mental y otras que, si bien no son noxas en sí mismas, por la interpretación que el sujeto hace de ellas, conllevan una

alteración afectiva muchas veces manifiesta en el síndrome depresivo.

«Desde que uno empieza, desde los principios desde la universidad, a mirar pacientes y a escuchar patologías y a escuchar personas hablando de sus enfermedades, uno ya identifica cierta asociación de la enfermedad orgánica con la enfermedad mental, incluido en gran porcentaje el trastorno depresivo mayor» (E6P3).

Este panorama lleva a estos médicos a cuestionarse las capacidades que tienen para ayudar, comprender y ahondar en el sufrimiento del otro y mejorarlo, y a seguir a pesar de todo, por lo que retoman los aprendizajes obtenidos de sus experiencias de vida y los ponen al servicio del paciente, a quien ven más allá de un cuerpo: «Hay veces que uno se mete en los zapatos de paciente, en ese sufrimiento tan inmenso que está viviendo y que es tan difícil de salir de él, pero para eso estamos nosotros, para ayudarlo» (E17P11) (fig. 1).

De insignificante a terrorífico: valoración del síndrome depresivo

Los médicos entrevistados han estudiado teóricamente el síndrome depresivo y lo han podido evidenciar en la práctica profesional. Otros incluso lo han vivido desde otras perspectivas, ya sea como familiar, cuidador, amigo o incluso como paciente.

«Yo sufrí de depresión, y pues esa depresión me llevó a unos estados muy duros, muy difíciles, con toda la sintomatología que tiene la depresión, tomé medicamentos antidepresivos, pero eso era un estado en mi propia búsqueda que me llevó más adelante a entender qué era el origen, cómo hacerlo, y en este momento no, pues ya la depresión en mi vida hace rato que ha desaparecido... Una de las cosas que a mí me parecía riquísimo, después de que yo ya pude salir de ese momento depresivo, era que yo ya no hablaba a través de conocimientos científicos, sino a través de mi propia experiencia, yo ya podía

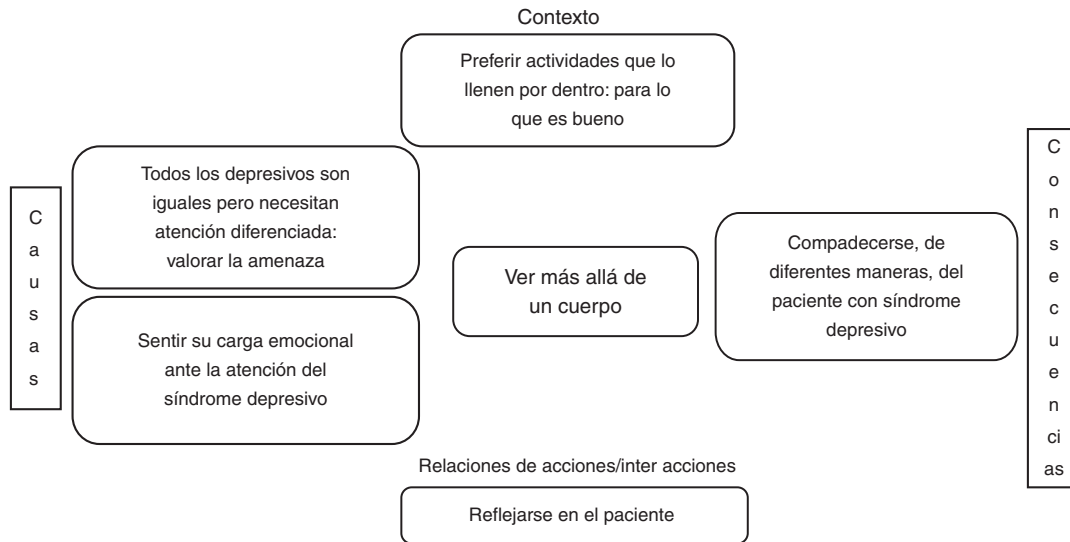


Figura 1 – Ver más allá de un cuerpo.

hablar desde mí y enseñarle a la gente todo lo que yo había podido aprender para que ellos pudieran empezar a mirar cuáles elementos deberían tener para poder salir también de ahí» (E2P3).

Cuando los deseos de ayudar de estos médicos se encuentran de cara con las limitaciones con que deben lidiar en su práctica, se ven atados de manos, y por ello atribuyen diversas estimaciones al síndrome depresivo que van de insignificantes a terroríficas, con base en la valoración que hagan de la experiencia que han tenido y de las capacidades con que cuentan para actuar en ese escenario, buscando cumplir con su ideal de ser médico. «En realidad, uno se ata mucho de manos y uno puede tratar de brindar sus servicios, brindar su conocimiento, brindar la ayuda sin discriminar, pero a la vez toca volverse un poco indiferente y tratar de hacer lo que uno pueda con lo que uno tiene» (E6P2) (fig. 2).

Verse atado de manos

Las limitaciones que los entrevistados han tenido van desde los gustos y habilidades personales hasta las condiciones socioculturales, pasando por la calidad de la capacitación académica y las condiciones impuestas por el sistema de salud. Dichas limitaciones se visibilizan al comparar la realidad que viven con las fantasías y anhelos que los llevaron a ser parte de este gremio, pero al no encontrar eso en su práctica, se generaron diferentes sensaciones que en conjunto conformaron la carga emocional que tenían ante la atención del síndrome depresivo, que se exacerbaba al sentirse constantemente evaluados e incluía tristeza, impotencia, angustia, culpa y sufrimiento: «Es muy difícil porque uno, como ser humano, también se siente tocado y se pregunta cómo es posible que esté pasando esto, o sea, cómo por una enfermedad una persona llega a sentirse así, y no hay mucha solución para ofrecerle» (E13P3).

Y ante las impresiones que resultan en estos médicos al pensar y enfrentarse al síndrome depresivo, sueñan con oportunidades para atender a las personas que lo viven y lo

reconocen como utopía, pero a su vez esperan que se haga realidad mientras hacen lo que más pueden por sus pacientes y utilizan lo que tengan para cuidar a sus seres queridos: «A mí no me desesperan los pacientes psiquiátricos; lo que me desespera es el tiempo. [...] Pero me parece gratificante pensar que le pude diagnosticar una enfermedad que de pronto le va a ayudar el resto de su vida. Porque, yo sé que si yo lo trato de ayudar en su depresión, toda la vida le va a cambiar a él, todo; va a poder mejorar sus relaciones interpersonales, su trabajo, todo. Entonces, eso a mí me hace sentir como... más bien como esperanzada, como “¡Ay, ojalá que le funcione!”, ojalá que sí haya dado con el diagnóstico y ojalá que sí siga el tratamiento. Porque, como no se ven los resultados inmediatamente, siempre es como que ojalá que sí me haya hecho caso» (E12P8) (fig. 3).

Finalmente, es posible relacionar todos los puntos mencionados a través de una matriz condicional/consecuencial, y con ella identificar que el significado que los médicos tenían en relación con el síndrome depresivo estaba determinado por relaciones a nivel macro, meso y micro del fenómeno en estudio (fig. 4).

Discusión

Ver al paciente depresivo más allá de su enfermedad

El médico es un profesional comprometido con la ciencia médica y los enfermos. La sociedad ha depositado su confianza en él porque científicamente se encuentra preparado para atender las diversas enfermedades. En consecuencia, el médico gestiona el conocimiento científico en todos los aspectos: debe aplicarlo (haciendo asistencia), debe profundizarlo (haciendo investigación) y debe transmitirlo (enseñando a aquellos que están en periodo de aprendizaje). Su compromiso alcanza a una formación científica de calidad que le permita contribuir al avance de la ciencia médica y aplicar los mejores medidas y principios de la práctica clínica²².

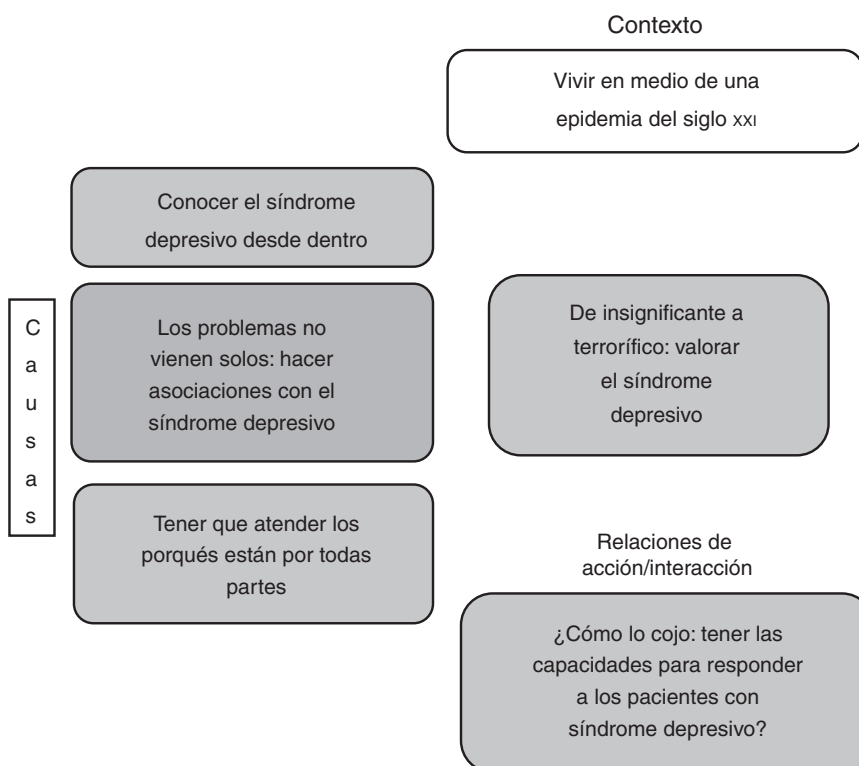


Figura 2 – De insignificante a terrorífico: valorar el síndrome depresivo.

Desde la Fundación Educación Médica se propone que la formación en medicina debe apuntar a que los médicos traten a los enfermos y no las enfermedades, que tengan actitud crítica, que sean comunicadores y empáticos, responsables individual y socialmente, que tomen buenas decisiones para el paciente y para el sistema, que sean líderes del equipo asistencial, competentes, efectivos y seguros, honrados y confiables, comprometidos con el paciente y la organización, y

que vivan los valores del profesionalismo²³. Pero para que los médicos cumplan dichas expectativas, conviene que estén educados en valores²⁴. Sin embargo, es evidente que este tipo de competencias, morales, éticas y personales exige un cambio de paradigma educativo, para el que estamos pobremente preparados²³.

Al respecto, los participantes de esta investigación mencionaron que, para que la consulta clínica sea de calidad, es

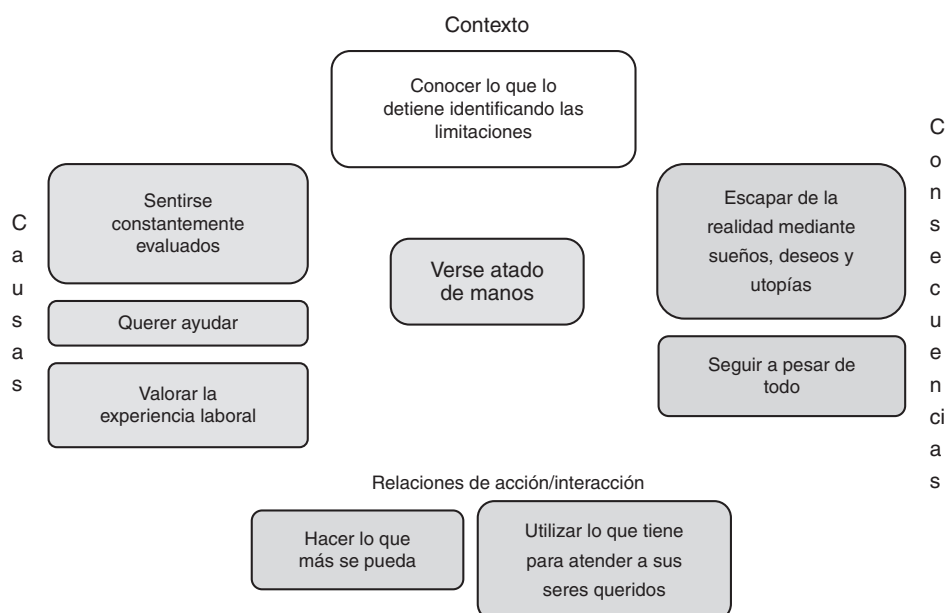


Figura 3 – Verse atado de manos.

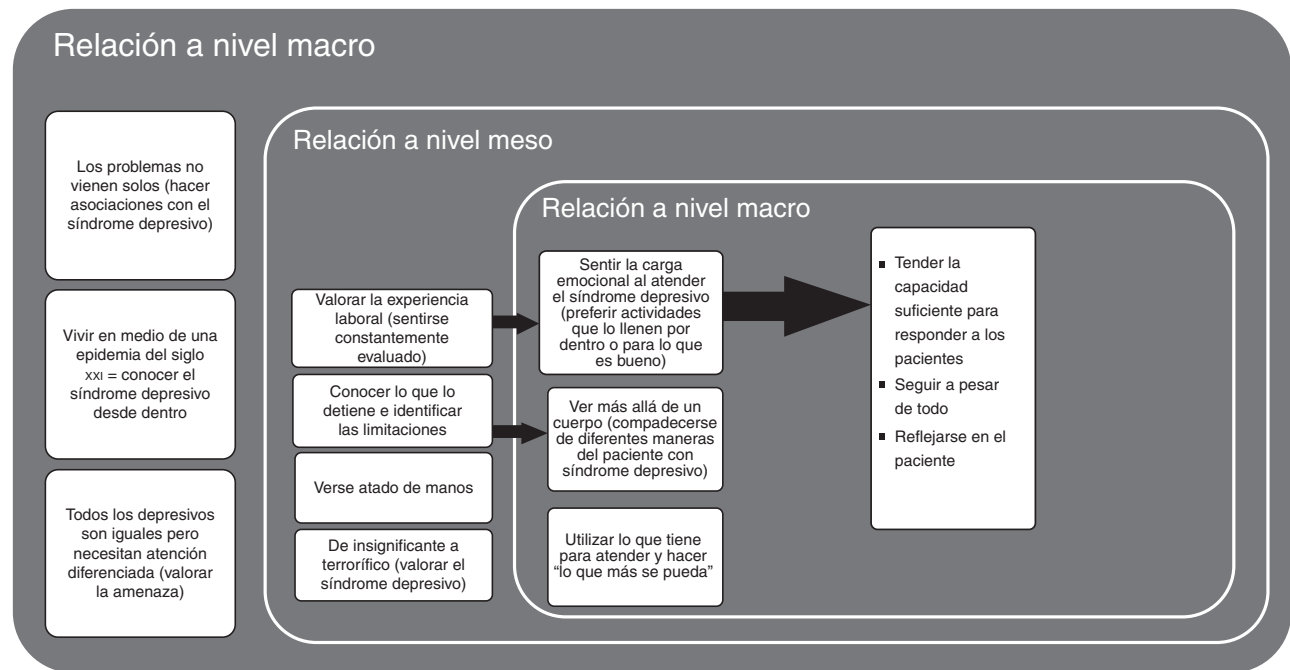


Figura 4 – Matriz condicional/consecuencial.

necesario tener los conocimientos, la sensibilidad y la habilidad suficientes para determinar un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno, lo cual no depende exclusivamente de la academia, el entorno laboral o el tiempo de experiencia clínica.

El médico general ve y atiende la depresión desde diferentes perspectivas basado en la percepción que tiene de la enfermedad. Lo anterior —adquirido de experiencias con personas cercanas, pacientes o incluso propias, y el conocimiento y el reconocimiento de la enfermedad, que tiene un impacto no solo orgánico, sino también afectivo y social— finalmente determina su desempeño en ciertos escenarios y momentos de su vida.

«La teoría cognoscitiva de la personalidad se centra en cómo conocemos el ambiente y a nosotros mismos, en cómo percibimos, evaluamos, aprendemos, pensamos, tomamos decisiones y resolvemos problemas», como menciona Shultz²⁵. En esta investigación cobra sentido cuando los informantes relacionan las características de la personalidad como cruciales en el actuar médico, incluso en escenarios donde se espera que el comportamiento esté mediado casi exclusivamente por los aprendizajes obtenidos con su formación académica²⁶.

Valoración de la enfermedad desde lo empírico y lo académico

Sin embargo, la formación del médico no solo viene de la academia. El entorno familiar y social en que el médico se ha desarrollado como ser humano incentiva la construcción de su personalidad¹³. Ese es el caso de los participantes de esta investigación, que resaltaron que, por ejemplo, la religión que profesaban, lo armónico del lugar donde vivieron en su niñez

y la actitud de sus padres frente a la vida los equiparon de las virtudes con que fueron conformando su carácter^{13,27}.

Uno de los elementos más contundentes que aportan a la formación humana y que en ocasiones se aleja de la voluntad es la experiencia derivada de las vivencias que se han dado en el terreno de lo familiar, lo social y lo laboral, a las que los médicos se han expuesto en el devenir de sus vidas²⁸. Esto se relaciona enormemente con la estigmatización de los pacientes con base en lo conocido previamente, lo observado en aquel pariente, amigo o incluso en ellos mismos, hace que el médico responda ante las enfermedades pensando en dichos antecedentes y lo que estos le generaron¹¹.

Al respecto, se encuentra que la virtud no surge por naturaleza ni contrariamente a ella; más bien los humanos estamos adaptados por naturaleza para recibirla y con la práctica perfeccionarla, como comenta Aristóteles en su obra *Ética para Nicómaco*, por lo que el médico tiene que poseer una serie de cualidades del carácter que son necesarias para el ejercicio de la medicina e intervienen directamente en la relación médico-paciente: la fidelidad a la confianza de los pacientes, la compasión, la humildad, la sabiduría práctica, la integridad, la autocrítica, la justicia, la fortaleza, la templanza, etc.²².

En el caso de esta investigación, las vivencias reflexionadas y transformadas en narraciones condujeron al análisis de la influencia que las experiencias que los médicos han tenido como familiares, amigos, estudiantes, profesionales, observadores, cuidadores y pacientes ejercen en las actitudes y los comportamientos que asumen ante diferentes situaciones²⁴.

Entre las vivencias que integran el equipaje personal del médico general, se encuentran principalmente todos los acercamientos que de una u otra manera le han suscitado diversas emociones, las cuales, según las teorías cognitivistas, están constituidas por creencias, juicios y deseos²⁹. Ahora bien, gracias a la subjetividad³⁰, la experiencia de sufrimiento derivada

del síndrome depresivo permite a cada ser humano otorgarle un significado³¹, que puede estar enmarcado en alguna teoría o no, como en el caso de los participantes en este estudio, quienes revelaron varias cualidades de esta entidad, que oscilaron entre la experiencia más potenciadora de capacidades humanas y la experiencia más abominable jamás percibida.

Si miramos a nuestro alrededor en la historia, divisamos muchos caminos para salir al encuentro del sufrimiento. Percibimos el camino de la evasión hedonista del sufrimiento; el camino del embotamiento frente al sufrimiento, hasta alcanzar la apatía; el camino de la lucha heroica y de superación del sufrimiento; el camino de la represión del sufrimiento y de la negación ilusionista de él; el camino de la justificación, concibiendo todo sufrimiento como castigo; finalmente, el camino de la doctrina cristiana del sufrimiento^{32,33}. Todos estos caminos deben ser entendidos y estudiados por el médico, que tendrá que enfrentarse cotidianamente al sufrimiento del otro y tendrá que guiar su intervención basado en esa elección personal que realizó el paciente, pero también abriéndole las puertas de otras opciones a través del conocimiento científico y la empatía para lograr la mejor solución al problema del paciente.

De acuerdo con ese significado, cada médico identificó diferentes emociones que precedieron a los actos que llevó a cabo ante el síndrome depresivo. Por ejemplo, quienes lo temían evitaron enfrentarse a esta entidad nosológica y, por ende, remitieron al paciente sin hacerle ni una mínima intervención; quienes presentaron curiosidad dedicaron más tiempo a interrogar al paciente; quienes desconfiaron posiblemente ignoraron este tipo de signos y síntomas, y quienes habían aprendido a manejarla con la experiencia sintieron compasión por la situación que vivía el paciente e hicieron lo que más pudieron por ayudarlo a pesar de todo lo que, como médico general, debían enfrentar; porque «se puede vivir con depresión. De hecho, hay personas que gracias a su depresión descubren que pueden desarrollar una profundidad moral particular a partir de la experiencia, y esto, en última instancia, alivia de algún modo el sufrimiento»^{34,35}.

No obstante, sea cual fuere la actitud y el comportamiento que el médico general hubiera asumido ante el síndrome depresivo, estuvieron enmarcados en la búsqueda de su propio bienestar, derivada de la perspectiva hedónica o eudemónica³⁶, lo que finalmente convierte el encuentro médico-persona en un escenario maleable e inacabado que incita a sus protagonistas a reflexionar sobre cada potencialidad, limitación, significado, actitud y comportamiento que han asumido ante el síndrome depresivo, de modo que esta experiencia se aúne a sus aprendizajes significativos³⁷ y sirva de punto de partida para un nuevo proceso de acción-reflexión-acción³⁸ con el que se «transformen» el médico y su concepción del mundo.

Una entidad que genera vivencias de diversa intensidad emocional en los médicos, sin duda, es el síndrome depresivo, ya que podría decirse que todos han tenido contacto con él porque este conjunto de signos y síntomas está relacionado con diversos factores sociohistóricos, económicos, psicológicos, fisiológicos y patológicos que impregnan el entorno del médico, lo que a su vez convierte el síndrome depresivo en una epidemia del siglo XXI. Y debido a la alta prevalencia actual del síndrome depresivo y por las molestias que genera en el

individuo, uno de los lugares que la persona con depresión visita en busca de ayuda es la consulta médica³⁹. Con frecuencia, el paciente que presenta signos y síntomas de depresión espera que el médico alivie las manifestaciones de una alteración fisiológica, psicológica y/o social que está padeciendo y que se revela como síndrome depresivo. Esta entidad es conocida por el médico general desde la formación académica, pero en ocasiones no lo suficiente para cumplir la responsabilidad que se le ha encomendado de sospechar, diagnosticar y tratar de manera adecuada las situaciones y enfermedades asociadas al síndrome depresivo⁴⁰.

Sin embargo, gracias a la experiencia personal y laboral del médico⁴¹, este ha llegado a identificar que la etiología depresiva es mucho más amplia que lo descrito en las guías diagnósticas⁶ y, por ende, el manejo debe ser integral y multisectorial para que sea efectivo. Estas condiciones sobrepasan la capacidad resolutoria del médico⁴¹⁻⁴³ y muchas veces son desestimadas por quienes evalúan su ejercicio, entre ellos el sistema de salud, el empleador, el paciente y sus familiares, la academia y la sociedad en general⁴⁴.

Retos impuestos por el sistema de salud para la atención de los pacientes depresivos

Médicos y pacientes interactúan en un contexto cargado de restricciones de índole social como el estigma, administrativo como las imposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, político como las exigencias en la eficiencia de recursos, geográfico como las que se evidencian en la zona rural del país y económico como las que viven millones de colombianos en la actualidad. Situación que pone en jaque al médico general, quien se ve atado de manos y, por ende, evalúa al síndrome depresivo como un fenómeno terrorífico que acarrea múltiples complicaciones para la calidad de vida del paciente y la calidad del ejercicio médico⁴⁴.

Como indican los participantes en este estudio, la situación descrita pasa a ser causa de sufrimiento para el médico, sobre todo si él mismo se evalúa como incapaz para hacerle frente y si la compara negativamente con las expectativas que tenía al decidirse por estudiar medicina para ayudar a los seres humanos a limitar el sufrimiento⁴⁵. Lo que en consecuencia genera al médico diferentes sensaciones, como impotencia, desesperanza, tristeza e ira^{46,47}, porque no cuenta con la autonomía de ordenar su vida, como «primera necesidad del alma humana», pues en el caos se siente inseguro y vulnerable^{24,48}.

Para el caso de este estudio, el médico, como cuidador, está llamado a ayudar a los demás a restablecer el orden en sus vidas y amortiguar el sufrimiento derivado de su experiencia con el síndrome depresivo, pues «el sufrimiento es la razón de ser de la medicina»⁴⁹, mientras que simultáneamente ordenan su propia vida para mitigar el sufrimiento que se deriva del acto de vivir⁵⁰.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones se encuentra la falta de estudios centrados en la perspectiva del médico general, lo que dificulta realizar comparaciones entre lo encontrado en nuestra investigación y los resultados de otros estudios. Por ello, no se

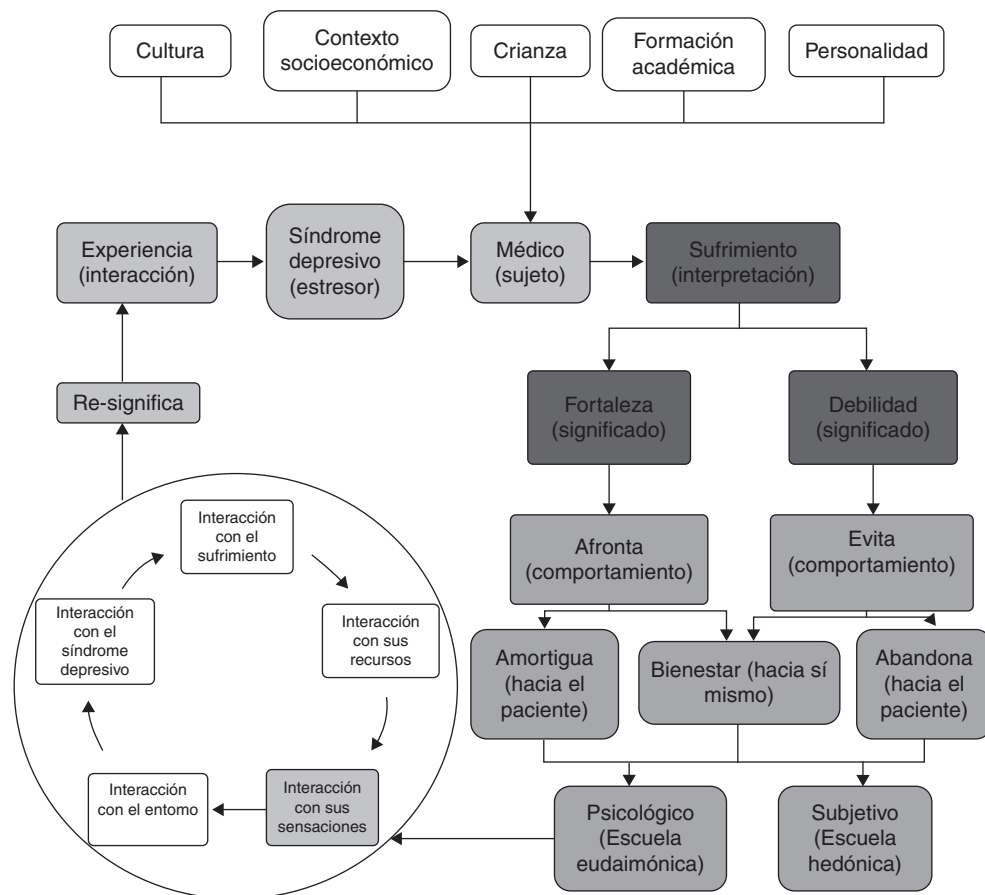


Figura 5 – Escenario inacabado que permite al médico saberse humano.

pudo tocar en profundidad algunos puntos tratados en el estudio.

Conclusiones

La habilidad de los médicos generales para diagnosticar y tratar la depresión es variable. Esto se asocia con la adquisición de conocimiento, destrezas innatas o adquiridas en la práctica y la actitud con que se asuma la atención con base en vivencias propias o experiencias previas con este tipo de enfermedades, y el impacto o la sensibilización que haya generado en el médico general. Se ha encontrado que la edad y la experiencia en la práctica no brindan mayor precisión en el diagnóstico. No obstante, los médicos generales con un conocimiento vasto y un enfoque apropiado de la enfermedad mental tienen mayor posibilidad de evaluar eficazmente a los pacientes que presentan enfermedades psiquiátricas. Por eso se resalta la importancia de la educación en las facultades de medicina del país donde, siendo estas patologías de gran importancia, se haga un enfoque en la correcta comunicación y el abordaje de los pacientes depresivos que se ven directamente afectados por las carencias que durante este estudio se relatan.

Lo que finalmente abre paso a un mundo de interrogantes que abordar mediante estudios cualitativos, en los que se

puede abordar temas tales como la educación y la preparación que se da a los médicos generales, no solo durante el pregrado, sino también durante su vinculación a un centro de salud, acerca de la atención a los pacientes con enfermedad mental. También se abre una invitación a las diferentes instituciones que prestan servicios de urgencias y consulta externa para crear rutas de atención, optimizar la consulta y mejorar el diagnóstico y el tratamiento oportuno de estas afecciones, para crear así un sistema de salud más amigable para estas personas, tan desamparadas por la sociedad por su condición de enfermos mentales (fig. 5).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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 declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las docentes Maria Vilma Restrepo Restrepo y Alejandra Gutiérrez Cárdenas, quienes con su comprensión y entrega hicieron posible el planteamiento de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Aristizábal Gaviria A, González Morales A. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:446.
- Gómez Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública.* 2004;16:378.
- Campo Arias A, Cassiani Miranda CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37:598-613.
- Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 1993.
- Arango Dávila CA, Rojas Fernández JC, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37:538-63.
- Organización Mundial de la Salud. MhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- Heinze G. Enfermedad depresiva y trastorno bipolar. En: De la Fuente JR, Heinze G, editores. *Salud mental y medicina psicológica.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2011. p. 124-36.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social, Universidad CES, Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Análisis especial sobre depresión e indicadores de suicidio. Medellín: Universidad CES; 2010.
- Torres de Galvis Y, editor. Medellín. Secretaría de Salud, Universidad CES. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental. Medellín: Universidad CES; 2012.
- González Monclús E. Prevención de las depresiones. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc.* 2003;30:139-44.
- Clement S, Schauman O, Graham T. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2014;45:11-27.
- Barry C, Stevenson F, Britten N. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med.* 2001;53:487-505.
- Villanueva Marcos L, López Gómez I, Requena JM. Valores del médico y su carácter: proyecto VADEMECA. Evaluación de los valores del futuro médico. *Educación Médica.* 2014;17Supl1:S1-47.
- Alarcón Velandia R, Muñoz R, Molinello H. Depresión y Educación. Reconocimiento y abordaje por el médico general: experiencia colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2001;30.
- Gómez Restrepo C, Bohórquez Peñaranda A, Okuda Benavides M. Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36.
- Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 4.^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- Wolcott HF. Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, and Interpretation. Washington: Sage; 1994.
- Vela Peón F. Un acto metodológico básico de la investigación social. En: Tarrés ML, editor. *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social.* México: FLACSO; 2001.
- Molina Berrio DP, Posada Zapata IC. Perspectiva de algunos actores sobre los modelos de educación para la salud subyacentes en programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, Medellín 2004-2007. *Rev Salud Pública.* 2013;31:19-29.
- Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
- Aristóteles, Gallach Palés F. Aristóteles, obras completas: Ética a Nicómaco. Madrid; 1931.
- Sanz EJ. La formación en ética y valores en las facultades de medicina. *Educación Médica.* 2014;17Supl1:S1-47.
- Torralba F. Cien valores para una vida plena. Lleida: Milenio; 2003.
- Shultz DP, Shultz SE. La teoría cognoscitiva. En: Ortiz Salinas ME, editor. *Teorías de la personalidad.* México: Cengage Learning; 2013. p. 345-481.
- Núñez Cortés JM. Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. *Educación Médica.* 2014;17Supl1:S1-47.
- Peterson C, Seligman M. Character strengths and virtues: a handbook and classification. New York: American Psychological Association; 2004.
- Llinás RR. El cerebro y el mito del yo. Bogotá: Norma; 2002.
- Camps V. El gobierno de las emociones. Barcelona: Herder; 2011.
- González Rey FL. El sujeto y la subjetividad en la psicología social: un enfoque histórico-cultural. Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico; 2011.
- Bruner J. Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza; 2006.
- Andrade B. Algunas reflexiones sobre la «creación» y el sufrimiento. *Proyección teológica y mundo actual.* 2002;40:117-33.
- Scheler M. El sentido del sufrimiento. Buenos Aires: Goncourt; 1979.
- Solomon A. El demonio de la depresión. Barcelona: Penguin Random House; 2015.
- Mèlich JC. Ética de la compasión. Barcelona: Herder; 2010.
- Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *An Psicol Clin Salud.* 2009;5:15-28.
- Ausubel DP. Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva cognitiva. Barcelona: Paidós; 2002.
- Freire P. La esencia del diálogo. En: Romero MI, Hernández CN, editores. *Concepción y metodología de la educación popular.* La Habana: Caminos; 2004. p. 251-64.
- Campo-Cabal G, Álvarez J, Morales AM. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35:547-69.
- Yepes Roldán LE, Palacio Acosta CA. Trastornos depresivos. En: Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, editores. *Psiquiatría.* 5.^a ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.

41. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Barcelona: Gedisa; 2005.
42. Bertoni N, Valdivieso MI, Poupin L. Evaluación de capacidad resolutive, según trazadores, en redes de atención. Rev Chile Salud Pública. 2000;4.
43. Martínez Pérez JA. La capacidad resolutive del médico de Atención Primaria. Med Econ [internet]. 2006;(Nov):1-10 [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n60/tribuna.pdf>
44. Gil Blas J. Por la salud del pueblo: Apuntes a una historia de contexto de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2013.
45. Leal Quevedo FJ. Humanizar la medicina es adecuarla al hombre. En: Rueda P, editor. Hacia una medicina más humana. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1997. p. 15-22.
46. Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. J Palliat Care. 1993;9:5-13.
47. Llorente Guerrero X. La vulnerabilidad en procesos de sufrimiento. Perspectiva Social. 2002;63-72.
48. Dardenne JP, Dardenne L. productores. Dos días, una noche [video]. Francia: Les Films du Fleuve; 2014.
49. Vélez Correa LA. Antropología médica. En: Vélez Correa LA, Sarmiento Díaz J, editores. Ética médica: interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2003. p. 44-149.
50. Cardona Suárez LF. La analítica del sufrimiento humano en Schopenhauer. Pensamiento. 2014;70:475-94.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos



Mariela Vargas^a, Lincolth Talledo-Ulfe^b, Paula Heredia^{a,*},
Sarita Quispe-Colquepisco^c y Christian R. Mejía^{d,e}

^a Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú

^b Facultad de Medicina, Universidad Cesar Vallejo, Filial Piura, Piura, Perú

^c Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú

^d Escuela de Medicina Humana, Universidad Continental, Huancayo, Perú

^e Escuela de Posgrado, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de agosto de 2016

Aceptado el 17 de enero de 2017

On-line el 28 de febrero de 2017

Palabras clave:

Depresión

Estudiantes de medicina

Eventos estresantes

Estrés

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina de 7 departamentos de Perú.

Métodos: Estudio transversal analítico de un análisis secundario de datos. El diagnóstico de depresión se obtuvo según el resultado del test de Zung, considerado positivo ante cualquier grado de esta condición. Además, se comparó esto con otras variables socioeducativas importantes según publicaciones previas.

Resultados: De los 1.922 encuestados, el 54,5% (n = 1.047) eran mujeres; la mediana de edad era de 20 [intervalo intercuartílico, 18-22] años. El 13,5% (n = 259) tenía algún grado de depresión según la escala de Zung. En el análisis multivariable, incrementaron la frecuencia de depresión la mayor cantidad de horas de estudio por día (razón de prevalencias ajustada [RPa] = 1,03; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,01-1,04; p < 0,001) y que el estudiante trabaje (RPa = 1,98; IC95%, 1,21-3,23; p = 0,006); en cambio, disminuyeron la frecuencia de depresión tener horarios similares para comer (RPa = 0,59; IC95%, 0,38-0,93; p = 0,022) y un lugar fijo donde conseguir sus alimentos (RPa = 0,66; IC95%, 0,46-0,96; p = 0,030), ajustado por el año de ingreso a la universidad.

Conclusiones: Se encontró que algunos factores estresantes predisponen a la depresión (trabajar y estudiar más horas por día); en cambio, tener un orden en su rutina diaria disminuye esta condición (tener un lugar y horarios fijos para comer).

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luheredia.t@gmail.com (P. Heredia).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.008>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Influence of Habits on Depression in the Peruvian Medical Student: Study in Seven Administrative Regions

A B S T R A C T

Keywords:
Depression
Medical students
Stressful life events
Stress

Objective: To determine the influence of habits on depression in medical students from 7 Peruvian Regions.

Methods: Analytical cross-sectional study of a secondary data analysis. The diagnosis of depression was obtained according to the Zung test result, with any level of this condition being considered positive. This was also compared with other social and educational variables that were important according to previous literature.

Results: Of the 1922 respondents, 54.5% (1047) were female. The median age was 20 [interquartile range, 18-22] years, and 13.5% (259) had some degree of depression according to the Zung scale. In the multivariate analysis, the frequency of depression increased with the hours of study per day (RPA = 1.03; 95%CI; 1.01-1.04; $P < .001$) and the student work (RPA = 1.98; 95%CI; 1.21-3.23; $P = .006$). On the other hand, decreased the frequency of depression decreased on having similar meal schedules (RPA = 0.59; 95%CI; 0.38-0.93; $P = .022$), and having a fixed place in which to get food (RPA = 0.66; 95%CI; 0.46-0.96; $P = .030$), adjusted for the year of college entrance.

Conclusions: Some stressors predisposed to depression were found (the work and studying more hours a day). On the other hand, to have order in their daily routine decreased this condition (having a set place and times for meals).

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un estado de abatimiento, con sentimiento de tristeza, causante de alteraciones del comportamiento, el grado de actividad y el pensamiento y, en casos extremos, del suicidio^{1,2}.

La escuela de medicina es reconocida como un ambiente estresante³ y con mayor frecuencia de síntomas depresivos (12,9%) en comparación con la población general; en las mujeres son más frecuentes que en los varones^{4,5}.

La presencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina se ha observado en varios estudios llevados a cabo en diferentes países del mundo, y se han encontrado prevalencias relativamente altas: el 35% en Malasia⁵, el 40% en Trinidad y Tobago³, el 52% en Pakistán⁶ y el 67% en Reino Unido⁷. El estrés al que están sometidos los estudiantes de medicina causa reacciones emocionales que a menudo tienen un efecto negativo en el rendimiento académico, la salud física, el bienestar psicosocial y las decisiones terapéuticas⁵.

En Perú, algunos estudios han encontrado prevalencias de depresión de alrededor del 4,6%^{8,9} de los estudiantes de ciencias de la salud; sin embargo, en un estudio sobre estudiantes de medicina de cuarto año, se encontró una prevalencia de síntomas depresivos de hasta el 29,9%¹⁰, cifra alarmante por la repercusiones en la salud física y mental y en la formación de este futuro profesional, que podría acarrear consecuencias en el servicio que brindará a la población¹¹. Por ello el objetivo del estudio es determinar en estudiantes de medicina de 7 departamentos de Perú la influencia de los hábitos en la depresión.

Métodos

Estudio transversal multicéntrico; se realizó un análisis de datos secundarios con base en un estudio sobre estudiantes de medicina de Perú¹².

La población de estudio fueron estudiantes de medicina de 7 ciudades de Perú (Lima: Universidad Ricardo Palma; Ucayali: Universidad Nacional de Ucayali; Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica; Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; Cusco: Universidad San Antonio Abad De Cusco; Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; Piura: Universidad Privada Antenor Orrego y Universidad César Vallejo). El muestreo fue por conveniencia.

Se incluyó a los alumnos matriculados en el ciclo 2015-I, que cursaran de primero a sexto año (antes del internado médico) y que aceptaron participar en el estudio. Para la recolección de datos, se utilizó una encuesta autoaplicada, conformada por datos generales y de consumo.

La variable principal fue depresión, según la escala de auto-evaluación de depresión de Zung, para la que se ha reportado alfa de Cronbach = 0,85; sensibilidad del 94,7% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 90,5-99,7); especificidad del 67,0% (IC95%, 56,3-76,3); valor predictivo positivo del 37,5% (IC95%, 24,3-52,7) y valor predictivo negativo del 98,4% (IC95%, 90,2-99,9)¹³.

Las variables independientes fueron las características de los estudiantes de medicina: sexo, estado civil, edad, semestre académico, promedio de horas de estudio por día, no haber aprobado un curso, dependencia económica (de su familia, si trabaja o ambos) y tener pareja, horarios similares para comer y un lugar fijo donde conseguir los alimentos. La

información recolectada se ordenó en una base de datos del programa Microsoft Excel 2010. El análisis se dividió en 2 fases: una fase descriptiva y una analítica. Para la primera fase se procedió a determinar las frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. Además, se obtuvieron las medianas [intervalo intercuartílico] de las variables cuantitativas, tras evaluación de la normalidad con la prueba estadística de Shapiro-Wilk. Para la segunda fase se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Para el análisis estadístico bivariable y multivariable, se cruzaron las variables categóricas utilizando modelos lineales generalizados, usando la familia Poisson, la función de enlace log, modelos robustos y considerando la universidad como grupo (*cluster*); se obtuvieron las razones de prevalencia (RP) brutas y ajustadas (RPa) y sus (IC95%). Se consideró $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El proyecto base fue aprobado por un comité de ética (OFICIO N.º 262-OADI-HONADOMANI.SB-2015).

Resultados

De los 1.922 encuestados, el 54,5% ($n = 1.047$) eran mujeres y la mediana de edad fue 20 [18,19,20,21,22] años. El 13,5% ($n = 259$) tenía algún grado de depresión según la escala de Zung. Los principales resultados se muestran en la tabla 1.

En el análisis bivariable, las variables que se asociaron con tener algún grado de depresión fueron el año de ingreso ($p = 0,023$), la media de horas de estudio diario ($p < 0,001$), trabajar para mantenerse económicamente ($p < 0,001$) y tener horarios fijos para tomar sus alimentos ($p = 0,007$) (tabla 2).

En el análisis multivariable, incrementaron la frecuencia de depresión la mayor cantidad de horas de estudio por día (RPa = 1,03; IC95%, 1,01-1,04; $p < 0,001$) y que el estudiante trabaje (RPa = 1,98; IC95%, 1,21-3,23; $p = 0,006$). En cambio, disminuyeron la frecuencia de depresión tener horarios similares para comer (RPa = 0,59; IC95%, 0,38-0,93; $p = 0,022$) y un lugar fijo para conseguir los alimentos (RPa = 0,66; IC95%, 0,46-0,96; $p = 0,030$) ajustados por el año de ingreso a la universidad (tabla 3).

Discusión

La depresión se ha estudiado en poblaciones peruanas y se han encontrado frecuencias de hasta el 32%¹⁴. Sin embargo, son escasos los estudios que evalúen este trastorno en estudiantes de medicina, por lo que es importante describir la frecuencia y el grado de depresión que pudiese tener esta población estudiantil¹⁵; además, ello permitirá conocer qué factores se asocian a que un estudiante contraiga esa enfermedad y con ello prevenir factores modificables. Por ser hasta la fecha el trabajo más grande realizado en Perú sobre este tema, nos aproxima a una realidad poco investigada.

En países como Estados Unidos se han identificado frecuencias de depresión del 25% en estudiantes de medicina y, además, asociación con la presencia de otras comorbilidades, como abuso/dependencia de alcohol¹⁶. En Perú se han desarrollado diversas investigaciones sobre el tema, en las que se aplicaron diferentes instrumentos, lo que explicaría la variedad en las prevalencias encontradas en estos estudios; así, en nuestra investigación se encontró que el 13% tenía

Tabla 1 – Características socioeducativas de los estudiantes de medicina de 7 departamentos de Perú, según tuvieran depresión

Variable	Depresión (escala de Zung)		p*
	Sí	No	
Sexo			
Mujeres	145 (13,9)	902 (86,1)	0,600
Varones	114 (13,0)	761 (87,0)	
Edad (años)	20 [18-22]	20 [19-23]	0,005
Departamento			< 0,001
Lima	48 (11,5)	369 (88,5)	
Piura	64 (10,9)	522 (89,1)	
Cajamarca	8 (3,4)	226 (96,6)	
Huancayo	32 (10,7)	268 (89,3)	
Cusco	10 (8,8)	104 (91,2)	
Ica	41 (36,9)	70 (63,1)	
Ucayali	56 (35,0)	104 (65,0)	
Vive solo			
Sí	36 (14,1)	220 (85,9)	0,779
No	223 (13,4)	1.439 (86,6)	
Reprobó curso			
Sí	59 (12,2)	423 (87,8)	0,347
No	199 (13,9)	1.229 (86,1)	
Año de ingreso	2012 (2010-2014)	2012 (2010-2014)	< 0,001
Tiempo de estudio (h/día)	5 [3-7]	4 [3-6]	< 0,001
Trabaja			
Sí	26 (31,0)	58 (69,0)	
No	232 (12,7)	1.592 (87,3)	
Come en horarios			
Similares	100 (9,8)	920 (90,2)	
Distintos	152 (17,2)	733 (82,8)	
Come en lugar fijo (pensión)			
Varios	19 (10,1)	170 (89,9)	0,145
	239 (13,9)	1.484 (86,1)	

* χ^2 (para cruce de 2 variables categóricas) y suma de rangos (para cruce de variables categórica y cuantitativa). Los valores expresan n (%) y mediana [intervalo intercuartílico].

algún grado de depresión; esto es menor que lo encontrado a escala nacional, ya que estudios previos revelan prevalencias de 19, 22 y 30% en estudiantes de medicina de universidades públicas, con hasta un 2% de síntomas graves^{17,18} y prevalencias alrededor del 30% en las privadas^{10,19}. Esta variación puede deberse a que, previo a este estudio, no se contaba con investigaciones que engloben la situación de ambas realidades: universidades públicas y privadas.

También se encontró que tener algunos factores estresantes incrementa la frecuencia de depresión: tener un trabajo y estudiar más horas por día, lo que concuerda con lo encontrado en la literatura, ya que Gutiérrez et al.²⁰ reportaron que las situaciones académicas que mayor estrés generan en los estudiantes son la presentación oral y la carga académica, entendida como el volumen de los temas de estudio y, por lo tanto, más horas al día.

Tabla 2 – Análisis bivariado de la depresión según los factores socioeducativos de los estudiantes de medicina de 7 departamentos de Perú

Variable	Frecuencia	RP (IC95%)	p
Sexo			
Mujeres	145 (56,0)	0,94 (0,66-1,33)	0,732
Varones	114 (44,0)		
Edad (años)	20 [19-23]	1,06 (0,99-1,14)	0,099
Vive solo			
Sí	36 (13,9)	1,05 (0,78-1,41)	0,760
No	223 (86,1)		
Reprobó curso			
Sí	59 (22,9)	0,88 (0,68-1,14)	0,331
No	199 (77,1)		
Año de ingreso	2012 [2010-2014]	0,91 (0,83-0,99)	0,023
Tiempo de estudio (h/día)	5 [3-7]	1,03 (1,02-1,04)	< 0,001
Trabaja			
Sí	26 (10,1)	2,43 (1,52-3,89)	< 0,001
No	232 (89,9)		
Come en horarios			
Similares	100 (39,7)	0,57 (0,38-0,86)	0,007
Distintos	152 (60,3)		
Come en			
Lugar fijo (pensión)	19 (7,4)	0,72 (0,48-1,10)	0,129
Varios lugares	239 (92,6)		

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de prevalencias. Las frecuencias se expresan como n (%) o mediana [intervalo intercuartílico]. Las RP brutas, los IC95% y los valores de p se obtuvieron con modelos lineales generalizados, con familia Poisson, función de enlace log, modelos robustos y ajustando por departamento como cluster.

Tabla 3 – Análisis multivariado de la depresión según los factores socioeducativos de los estudiantes de medicina de 7 departamentos de Perú

Variable	RPa (IC95%)	p
Año de ingreso	0,94 (0,86-1,02)	0,111
Horas de estudio	1,03 (1,01-1,04)	< 0,001
Trabaja	1,98 (1,21-3,23)	0,006
Come en horarios similares	0,59 (0,38-0,93)	0,022
Come en lugar fijo (pensión)	0,66 (0,46-0,96)	0,030

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RPa: razón de prevalencias ajustada.

Las RPa, los IC95% y los valores de p se obtuvieron con modelos lineales generalizados, con familia Poisson, función de enlace log, modelos robustos y ajustando por departamento como cluster.

Por último, tener cierto orden en la rutina diaria se asoció con tener menos frecuencia de depresión; esto se midió mediante variables indirectas (tener similares horarios y lugar para alimentarse). Esto se compara con un estudio realizado por Guzmán que afirma que los desórdenes alimentarios se asocian con padecer trastornos psicológicos como depresión y

ansiedad²¹. Se recomienda que se generen otras investigaciones para indagar acerca de otros hábitos sociales y educativos que podrían estar relacionados con depresión y otros síntomas mentales.

El estudio tiene la limitación del sesgo de selección por ser un análisis de datos secundario, lo que no permite mayor diversidad de variables que medir y hace que se dependa del muestreo no aleatorizado del estudio original, lo que imposibilita usar de manera adecuada los intervalos de confianza. Sin embargo, no se trató de encontrar la prevalencia por sede; de ser así, se habría requerido un muestreo aleatorizado de cada una de las facultades.

Según los resultados encontrados, se concluye que, si bien la depresión no es muy frecuente entre los estudiantes de medicina de Perú, se asocia positivamente a variables que se podría considerar estresantes y negativamente a variables que reflejan cierto orden en la rutina del estudiante.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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 declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

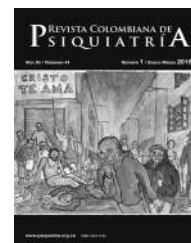
- OMS. La depresión [Internet]. Geneva: WHO [citado 6 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Diulio AR, Dutta NM, Gauthier JM, Witte TK, Correia CJ, Angarano D. Associations among depressive symptoms, drinking motives, and risk for alcohol-related problems in veterinary students. *J Vet Med Educ*. 2015;42:11-7.
- Youssef FF. Medical student stress, burnout and depression in Trinidad and Tobago. *Acad Psychiatry*. 2016;40:69-75.
- Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ*. 2005;39:594-604.
- Saravanan C, Wilks R. Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety. *ScientificWorldJournal*. 2014;2014:737382.
- Imran N, Tariq KF, Pervez MI, Jawaid M, Haider II. Medical students' stress, psychological morbidity, and coping strategies: a cross-sectional study from Pakistan. *Acad Psychiatry*. 2016;40:92-6.
- Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. 2014;48:963-79.

8. Castillo-Vilca MJ, Prado-Mendoza CJ, Vega-Dienstmaier J. Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. *Rev Neuropsiquiatr.* 2013;73:9-14.
9. Perales A, Sánchez E, Parhuana A, Carrera R, Torres H. Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. *Rev Neuropsiquiatr.* 2014;76:231.
10. Osada J, Rojas M, Rosales C, Vega-Dienstmaier J. Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Rev Neuropsiquiatr.* 2013;73:15-9.
11. Liy JO. La salud mental en estudiantes de medicina. *Rev Neuropsiquiatr.* 2011;73:120-1.
12. Vargas M, Talledo-Ulfe L, Samaniego RO, Heredia P, Rodríguez CA, Mogollón CA, et al. Dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2016;46:129-32.
13. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Barros-Bermúdez JA. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34:54-62.
- [14]. Quiñones-Laveriano DM, Espinoza-Chiong C, Scarsi-Mejia O, Rojas-Camayo J, Mejia CR.;1. Altitud geográfica de residencia y dependencia alcohólica en pobladores peruanos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2106;45:175-185.
15. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res.* 2013;47:391-400.
16. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O, Satele DV, Dyrbye LN. Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. medical students. *Acad Med.* 2016;91:1251-6.
17. Perales A, Sogi C, Morales R. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *An Fac Med.* 2013;64:239-46.
18. Legua-Flores M, Arroyo-Hernández H. Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en estudiantes de medicina de la provincia de Ica Perú. *Rev Méd Panacea.* 2011:28-33.
19. Pereyra-Elías R, Ocampo-Mascaró J, Silva-Salazar V, Vélez-Segovia E, Costa-Bullón AD, Toro-Polo LM, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2010;27:520-6.
20. Rodas G, Antonio J, Vélez M, Patricia L, Isaza T, Eugenia B, et al. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Med.* 2010:7-17.
21. Vazquez Guzman MA. Hábitos alimentarios, actividad física y binomio ansiedad/depresión como factores de riesgo asociados con el desarrollo de obesidad en población militar. *Sanid Mil.* 2014;70:25-9.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

La persistencia de delirium a los 3 meses del egreso de los pacientes ancianos hospitalizados en una clínica universitaria[☆]



Gustavo A. Constaín^{a,*}, María Victoria Ocampo Saldarriaga^b,
Juan David Velásquez Tirado^b, María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez^c,
Lina Marcela Betancur Morales^c, Juan José Rico Escobar^c,
Gustavo Adolfo Castilla Agudelo^c y Andrés Felipe Maya Osorno^c

^a Grupo de Investigación de Psiquiatría de Enlace, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^c Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de julio de 2016

Aceptado el 31 de octubre de 2016

On-line el 14 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Delirium

Delirium persistente

Trastorno neurocognitivo

Prevalencia

R E S U M E N

Objetivos: El delirium es muy prevalente entre los pacientes ancianos con enfermedad general. Si no se revierte en el momento del alta hospitalaria, se lo considera «delirium persistente» (DP). El propósito del estudio es describir la prevalencia y las características de los pacientes con DP 3 meses después del egreso hospitalario de la Clínica Universitaria Bolivariana (CUB).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal para evaluar la prevalencia y las características de los pacientes de 65 o más años del servicio de hospitalización de la CUB que cumplieran criterios de delirium del DSM-5 al ingreso, el egreso y 3 meses después. Se determinaron las variables sociodemográficas y se aplicaron las escalas CGI-S y DRS-R98.

Resultados: Se evaluó a 30 pacientes con diagnóstico de delirium con interconsulta por psiquiatría de enlace entre abril y octubre de 2013, y se excluyó a 6 por no cumplir los criterios de inclusión. Se incluyó en el estudio a 24 pacientes, de los que 9 fallecieron durante la hospitalización (37,5%). De los 15 sobrevivientes, 5 (el 20,8% de la muestra) presentaron remisión del delirium al egreso y 10 (41,6%) continuaron con síntomas y conformaron el grupo de DP. Del grupo de DP, 5 (20,8%) presentaron DP completo y los otros 5 (20,8%), DP subsindrómico (DPSS). A los 3 meses del egreso, solo 2 pacientes (8,3%) continuaron con DP completo y otros 2 (8,3%), con DPSS. En el grupo de pacientes con DP, la prevalencia fue del 30% (diagnóstico de delirium al ingreso) y una incidencia del 70% (aparición del delirium durante la hospitalización).

[☆] Artículo basado en la tesis académica «Prevalencia y características de la persistencia de delirium a los 3 meses post-egreso en pacientes hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana» de 2015, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Hallazgos preliminares presentados en el III Simposio de Investigación Escuela Ciencias de la Salud y Clínica Universitaria Bolivariana, UPB, Medellín, Colombia, el 18 de noviembre de 2015.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: gconstain@hotmail.com, gconstaing@gmail.com (G.A. Constaín).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.006>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Un grupo importante de pacientes con delirium continúan sintomáticos 3 meses después del alta. El 40% de los pacientes con síntomas persistentes en el seguimiento a 3 meses indica una trayectoria de mejoría gradual del delirium, lo cual tiene implicaciones en la práctica clínica.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Keywords:

Delirium

Persistent delirium

Neurocognitive disorder

Prevalence

Persistent Delirium in Elderly patients Three Months After Hospital Discharge from a University Clinic

A B S T R A C T

Objective: The purpose of the study was to determine the prevalence and characteristics of patients with persistent delirium (PD) at three months after hospital discharge.

Methodology: Longitudinal descriptive study to assess the prevalence and characteristics of in-patients aged 65 years and older in the *Clinica Universitaria Bolivariana* who met DSM-5 criteria for delirium at admission, at discharge, and at a 3-month follow up assessment. Socio-demographic features were determined, and CGI-S and DRS-R98 scales used.

Results: A total of 30 patients were evaluated between April and October 2013, but 6 did not fulfil the inclusion criteria. The study included 24 patients, with 9 (37.5%) dying during hospitalisation. Of the 15 surviving patients, five (20.8% of the total sample) had their delirium resolved at discharge, and ten (41.6% of the sample) continued with symptoms. These established the PD group, of whom five of them (20.8%) had full PD, and the other five (20.8%) sub-syndromal PD (SSPD). At the final assessment, only two patients (8.3%) continued with full PD, and another two (8.3%) with SSPD. Among the PD group, 30% had a full delirium at admission (prevalence), and 70% developed full delirium during hospitalization (incidence). **Conclusions:** A significant number of patients did not recover from delirium at leaving hospital, and remained symptomatic three months after discharge. The study findings suggest a course of gradual improvement of delirium, with a persistence of symptoms over time in 40% of the patients, which would have implications for the clinical practice.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico agudo que altera la conciencia y afecta a varias funciones corticales superiores. Cuando el cuadro clínico persiste más allá del momento del egreso hospitalario, se conoce como delirium persistente (DP). El interés por estudiar las características de los pacientes con DP se debe a las implicaciones que tiene en el pronóstico cuando se compara con el de quienes muestran remisión total del delirium. Se considera que la población geriátrica es la más vulnerable, y alrededor de la mitad de los pacientes ancianos pueden presentar DP 1 mes después del alta, lo cual se asocia con elevadas tasas de mortalidad y discapacidad.

La prevalencia de delirium en la comunidad es de un 1-2%, pero se incrementa a un 14-24% de las admisiones de un hospital general, y la incidencia durante una estancia hospitalaria fluctúa entre el 6 y el 56%, aunque puede incrementarse en grupos de poblaciones específicas como las de cuidados intensivos, en postoperatorio y en cuidados paliativos; el delirium posquirúrgico en mayores de 65 años ocurre a un 15-53% y en ancianos ingresados en unidad de cuidados intensivos llega a 70-87%¹.

En general, el delirium se asocia con altas tasas de mortalidad y morbilidad, larga estancia hospitalaria, complicaciones y deterioro funcional. El grupo de ancianos es muy vulnerable, un 22-76% fallece durante la hospitalización y un 25% muere en los 6 meses siguientes al egreso². Se ha establecido que los pacientes con Alzheimer que padecen delirium tienen peor pronóstico que aquellos sin demencia y son más propensos al deterioro cognitivo, la institucionalización y la muerte³. Los pacientes con escaso soporte social están en riesgo de delirium después de cirugías ortopédicas⁴.

Las causas del delirium son múltiples², pero es poco lo que se conoce sobre los mecanismos cerebrales involucrados en este trastorno. Estudios de neuroimagen indican afección de la conectividad neuronal en las cortezas dorsolateral prefrontal y posterior del cíngulo, con hipofunción cortical y aumento de integración en las estructuras posteromediales⁵.

La aparición del delirium puede iniciarse con manifestaciones prodrómicas que progresan al cuadro completo en el curso de 1-3 días. Con tratamiento, los síntomas pueden resolverse en cuestión de horas o días o persistir semanas o meses, particularmente en ancianos y pacientes con demencia asociada. En el anciano la recuperación completa del delirium es menos probable, pues lo logran solamente un 4-40% al egreso

hospitalario y pueden mostrar síntomas 3 y 6 meses después del alta².

Se ha considerado que el delirium es reversible en la mayoría de los casos, pero estudios publicados en la última década indican que la persistencia del cuadro puede ser más frecuente de lo que se esperaba; en el primer caso se habla de recuperación completa con un retorno del nivel de funcionamiento mental igual al estado previo al delirium, el cual debe mantenerse más de 48 h⁶. Cuando el episodio no se revierte y se mantienen los criterios de delirium en el momento del alta y más tiempo, se denomina DP⁷.

En servicios comunitarios de apoyo, Kiely et al.⁸ encontraron que el 51% de sus pacientes adultos presentaban DP 1 mes después del alta, y en una segunda publicación reportaron que un tercio de los mayores de 65 años continuaban con DP a los 6 meses del egreso, que la mortalidad acumulada en 1 año era del 39% independientemente de la edad, el sexo, las comorbilidades, el nivel de funcionamiento y la presencia de demencia, y que tienen una probabilidad de morir un 2,9% mayor que aquellos con delirium resuelto⁹.

Cole et al.⁷, en su primera revisión del tema, concluyeron que los pacientes ancianos con DP pueden seguir sintomáticos varios meses y tienen peor pronóstico que quienes presentaron recuperación completa, y reportaron DP en el 44,7% al alta, el 32,8% al mes, el 25,6% a los 3 meses y el 21% a los 6 meses del egreso. Cole, en una revisión más reciente, resalta que el delirium en cualquiera de sus formas (hipoactivo, hiperactivo o mixto) puede ocurrir hasta en el 50% de los pacientes geriátricos hospitalizados y que el DP puede presentarse en pacientes con o sin demencia⁶.

Para Meagher et al.¹⁰, los pacientes con DP presentaron una mayor alteración en dominios de atención, vigilancia y orientación que aquellos con delirium subsindrómico (DSS), hallazgo relacionado con la administración de dosis considerables de benzodiazepinas. Se ha reportado que el uso de opioides y haloperidol en población geriátrica se asocia con DP⁴ y se ha relacionado delirium en ancianos con historia de hipertensión arterial (HTA) y trastorno por uso de alcohol, con puntuación APACHE II alta y analgésicos y sedantes utilizados para inducir coma¹¹.

El DSS es una condición de gravedad intermedia entre un cuadro clínico de delirium completo y ausencia de este¹², tiene un pronóstico desfavorable comparado con los pacientes de control sin delirium y puede darse: sin progresión a delirium completo, en el periodo prodrómico, durante la resolución o incluso persistir largo tiempo¹³. Su detección por el clínico es determinante para la apropiada atención al paciente¹².

En nuestro medio no existen estadísticas sobre DP y no se reporta el diagnóstico. En la búsqueda realizada no se encontraron publicaciones colombianas sobre DP.

El estudio tiene como objetivo describir la prevalencia y las características de los pacientes de 65 o más años con DP a los 3 meses del alta hospitalaria, así como estimar la proporción que terminó con DP, la severidad de los síntomas de delirium al ingreso, al alta y 3 meses después, explorar la relación entre el DP y los resultados del DRS-R98 y la CGI-S en el tiempo, además de identificar factores etiológicos y tratamientos farmacológicos.

Material y métodos

Participantes

Se trata de un estudio descriptivo de tipo longitudinal. La población de estudio fue todos los pacientes ingresados por medicina interna, subespecialidades médico-quirúrgicas y la Unidad de Cuidados Intensivos de la CUB de Medellín con diagnóstico de delirium o que mostraron un cuadro de delirium durante su hospitalización a los que se solicitó interconsulta por Psiquiatría de Enlace. No se seleccionó una muestra porque se hizo lo posible por estudiar a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y tenían interconsultas durante 8 meses consecutivos (abril a noviembre de 2013).

Los criterios de inclusión fueron: varones y mujeres con edad ≥ 65 años que vivieran en el área metropolitana del Valle de Aburrá, tuvieran familiar o cuidador responsable, cumplieran los criterios de delirium del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales-Quinta Edición (DSM-5)¹⁴, sin historia de delirium recurrente ni de uso/abuso de alcohol o sustancias, no se encontraran en estado de coma o estupor o sedación excesiva o tuvieran deterioro auditivo grave que les impidiera la comunicación verbal, no se hallaran en fase terminal o con daño estructural cerebral, demencia grave o retardo mental grave y aceptara (o un familiar, el representante legal o cuidador responsable) la participación mediante firma del consentimiento informado. Se excluyó a los pacientes que no fueran capaces o se negaran a suministrar información por cualquier motivo, los que no completaron las 3 evaluaciones y los que tuvieron formularios con más del 10% de la información solicitada sin consignar.

Instrumentos

En un formulario se consignó información del paciente: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, actividad/estado laboral, seguridad social, tipo de residencia, dirección y teléfono, diagnóstico de enfermedad general de base, antecedentes médicos y psiquiátricos, y un contacto o cuidador: nombre, dirección, teléfono y tipo de relación con el paciente.

Para evaluar la presencia y la severidad de los síntomas de delirium, se utilizó la escala Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R98), traducida y validada para Colombia¹⁵, que consta de 16 ítems: 13 evalúan severidad y los otros 3 (opcionales), aspectos diagnósticos. Se usó también el instrumento DEC-S (Delirium Etiology Checklist), adaptado al español por Franco et al.¹⁵, consistente en una lista de factores etiológicos de delirium agrupados en 13 categorías como causa definitiva, probable, posible, aparentemente no relacionada o definitivamente no relacionada. El criterio para definir remisión del delirium fue una DRS-R-98 < 8 puntos; para el DSS, entre 8 y 13 puntos, y para delirium completo, ≥ 14 puntos¹². Además se usó la escala Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) para evaluar la severidad del delirium y sus cambios durante el estudio¹⁶ y la escala funcional para demencia EDG (Escala de Deterioro Global), validada por Aguirre-Acevedo et al.¹⁷ y ampliamente utilizada por el Grupo de Neurociencias de Antioquia y la Clínica de la Memoria del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, que establece la gravedad como

déficit cognitivo leve o demencia leve, demencia moderada y demencia severa. Para el diagnóstico de delirium, se utilizaron los criterios del DSM-5¹⁴, y la comorbilidad psiquiátrica se confirmó empleando los ítems respectivos del MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview)¹⁸.

Procedimientos

Se evaluó a todos los pacientes solicitados en interconsulta a Psiquiatría de Enlace con diagnóstico de delirium. Se obtuvo el consentimiento informado y posteriormente, con entrevista al paciente, familiar o cuidador y con la historia clínica hospitalaria, se recolectó información sociodemográfica, de antecedentes médicos y de la enfermedad actual con el diagnóstico médico de base. Uno de los psiquiatras investigadores o residentes de psiquiatría realizó la primera evaluación (basal) para confirmar el cumplimiento de los criterios de inclusión, el diagnóstico de delirium y la comorbilidad psiquiátrica con el MINI; se aplicaron las escalas DRS-R98 con sus 16 ítems, la DEC-S y la CGI-S. Al egreso hospitalario, uno de los investigadores realizó la segunda evaluación con aplicación de los ítems de severidad de la DRS-R98 y la CGI-S. Una tercera evaluación con aplicación de ítems de severidad de la DRS-R98 y de la CGI-S se llevó a cabo 3 meses después del alta. En las 3 evaluaciones se registró el tipo de tratamiento farmacológico (médico, psicofármacos, sedantes, anestésicos, etc.). En la tercera evaluación se constató si el paciente era sobreviviente o había fallecido, si había tenido cambios respecto a cuidador o había ingresado a institución geriátrica. La tercera evaluación fue concertada con el familiar o cuidador.

El tipo de delirium (hipoactivo, hiperactivo o mixto) se determinó clínicamente según los criterios del DSM-5¹⁴. La escala EDG se aplicó, por protocolo, cuando el paciente tenía antecedentes de demencia o déficit cognitivo para confirmar el diagnóstico y determinar la gravedad del déficit, con información proveniente de la historia clínica y adicionalmente de un familiar o cuidador.

Antes de iniciar el estudio, los investigadores psiquiatras y los residentes de psiquiatría participantes realizaron la revisión y estandarización de los instrumentos. El estudio y el consentimiento informado contaron con aprobación del Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Se realizó una prueba piloto en 4 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos que cumplían los criterios de elegibilidad para ajustar los procedimientos del protocolo y se los incluyó como participantes del estudio; se seleccionaron al azar el 50% de los registros, y se cotejaron los datos con la encuesta respectiva para verificar errores en la digitación y, como se hizo análisis apareado, solo se tuvo en cuenta a los pacientes con información completa en las 3 evaluaciones y se excluyó a aquellos con evaluaciones incompletas. Así se maximizó el control de sesgos.

Análisis estadístico

Se creó una base de datos en SPSS 19.0 en la que se procesó la información. Se planteó el análisis con medidas no paramétricas porque se esperaba que finalizaran el estudio con las tres evaluaciones a los 3 meses menos de 30 pacientes.

Influyeron en la estimación la alta tasa de mortalidad de este grupo de pacientes y la posible pérdida en el seguimiento por cambios de residencia. Se estimaron proporciones para las variables sociodemográficas, con excepción de la edad, de la cual se estimó la mediana [intervalo intercuartílico]. Se estimó también la proporción de pacientes que terminaron en DP, la proporción de pacientes con cada uno de los factores etiológicos del DEC-S al ingreso en el estudio, al egreso hospitalario y a los 3 meses. Se calcularon promedios de las puntuaciones del DRS-R98 al ingreso en el estudio, al egreso hospitalario y a los 3 meses y se estimaron proporciones para la categoría de severidad del delirium según SGI-S en las 3 evaluaciones realizadas.

Se hizo la prueba de Friedman para explorar la relación entre la variable dependiente DP y las independientes, que fueron las 3 mediciones repetidas del DRS-R98 y el CGI-S (al ingreso en el estudio, al alta hospitalaria y a los 3 meses). Se asumió que había diferencia estadísticamente significativa si el valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se evaluó a 30 pacientes, de los que se excluyó a 6 que no cumplían los criterios de inclusión: 2 con demencia grave, 2 por tener información de escalas incompleta, 1 por residir permanentemente fuera del área metropolitana y 1 por cáncer cerebral. Se incluyó para el análisis a un total de 24 pacientes. La evaluación basal se realizó al momento de responder la interconsulta; la segunda, al egreso hospitalario y la tercera, una media de 92,8 días después del alta. Fallecieron durante la hospitalización 9 pacientes (37,5%) y ninguno durante el seguimiento; sobrevivieron 15 y al egreso hospitalario, 5 de ellos (el 20,8% del total de la muestra) presentaban remisión del delirium y los otros 10 (41,6%) continuaron con síntomas de delirium y conformaron el grupo de DP. Se subdividió a estos en 5 pacientes (el 20,8% del total) con DP completo y otros 5 (20,8%) con DPSS; para la tercera evaluación, solo 2 pacientes (el 8,3% del total) continuaron con DP completo y otros 2 (8,3%), con DPSS (fig. 1).

El 66,7% de la muestra era de sexo femenino; la edad mediana, 82 años; algo más de la mitad (54,2%) estaban casados, el 37,5% era viudo, 1 paciente en unión libre y 1 soltero; la gran mayoría (87,5%) vivía con alguno de sus familiares, que ejercía funciones de cuidador; 2 pacientes no residían con familiares (1 en institución geriátrica y 1 con cuidadora externa) y 1 paciente viuda vivía sola. Los antecedentes de enfermedades médicas más frecuentes fueron: 20 pacientes con HTA, 8 hipotiroideos, 6 con EPOC, 6 con cardiopatía, 5 diabéticos, 4 con nefropatía y otros 4 con osteoporosis, 3 con dislipemia y 3 con accidente cerebrovascular (ACV); 2 eran fumadores crónicos activos. La mayoría padecía más de una enfermedad orgánica. El 37,5% (9 pacientes) tenían comorbilidad psiquiátrica: 4 con depresión mayor como única comorbilidad y 5 (20,8%) con diferentes grados de alteraciones neurocognitivas: 3 demencias leves (una con depresión mayor asociada), 1 demencia moderada y 1 deterioro cognitivo leve. Seis de los pacientes (25%) tuvieron diagnóstico de delirium al ingreso hospitalario (prevalencia) y 17 (75%) desarrollaron el delirium durante la hospitalización (incidencia). Por subtipos

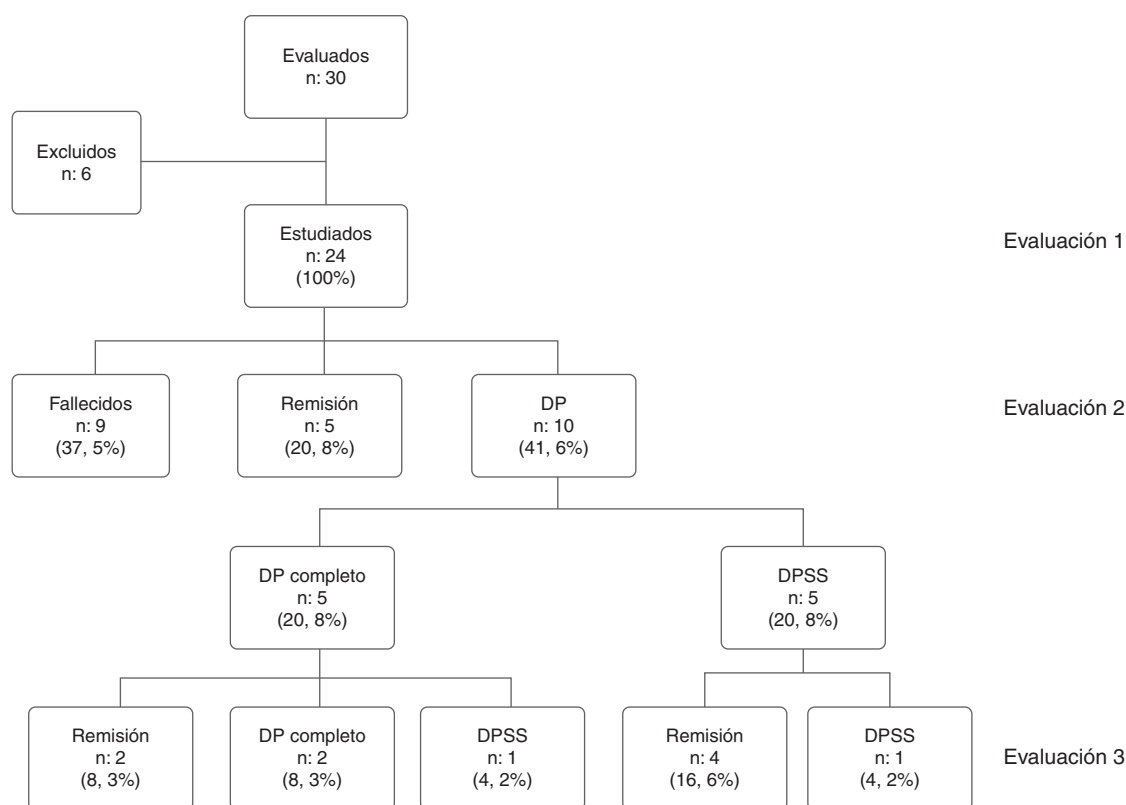


Figura 1 – Diseño del estudio.

de delirium, el mixto fue predominante (54,2%), seguido del hiperactivo (29,2%) y el hipoactivo (16,7%). La mediana de duración de los síntomas de delirium antes de la evaluación basal fue 2 días (tabla 1).

En la tabla 2 se aprecian los factores etiológicos del delirium de los 24 pacientes evaluados. Como causa definitiva, en el 66,7% fueron infecciones sistémicas; en el 54,2%, insuficiencia de un órgano o multiorgánica; en el 50%, alteraciones metabólicas o endocrinas, y en el 75%, otra alteración sistémica, como peritonitis posquirúrgica (2 pacientes) o tras cirugía por fractura de cadera (4 pacientes).

La tabla 3 muestra cómo las puntuaciones de la escala CGI-S disminuyeron con el tiempo y relaciona la severidad del delirium con cada evaluación; se evidencia que en la primera evaluación el 86,7% de los 15 pacientes sobrevivientes se encontraban marcada o severamente enfermos.

La escala DRS-R98 total del grupo de sobrevivientes fue de $26,9 \pm 4,7$ (21-38) puntos, y la subescala de severidad fue de $20,9 \pm 4,7$ puntos. Como se aprecia en la tabla 4, los valores de esta subescala disminuyen con el tiempo de la misma manera que el CGI-S, con resultados estadísticamente significativos.

El curso del delirium de los pacientes que egresaron vivos se muestra en la tabla 5. Al final del estudio, el 73,4% estaba en remisión, el 13,3% con DP completo y el 13,3% con DPSS. Cada subgrupo aportó para un acumulado de 11 pacientes en remisión, 2 con DP completo y 2 con DPSS en la última evaluación.

Con respecto a los cuidadores, 3 pacientes (20%) cambiaron de cuidador y el resto continuó al cuidado de las mismas

personas que antes de la hospitalización; el cambio se dio en 2 pacientes con delirium en remisión y 1 con DP completo. Los cambios fueron a instituciones de cuidado de adultos mayores (2) e intercambio de familiares (1).

De los pacientes con remisión del delirium al alta hospitalaria, 2 ingresaron con el delirium y 3 lo iniciaron durante la hospitalización. En el total del grupo de pacientes con DP, se encontró una prevalencia del 30% y una incidencia del 70%. Del subgrupo de pacientes que presentaron DP completo, 3 tenían los síntomas al ingreso (prevalencia del 60%) y en 2 se iniciaron durante su estancia hospitalaria (incidencia del 40%); del subgrupo de 5 pacientes con DPSS, en todos se inició el delirium en el hospital (incidencia del 100%). Los subtipos de delirium diagnosticados al subgrupo en remisión y el de DP completo fueron: 1 hipoactivo, 1 hiperactivo y 3 mixtos en cada subgrupo, y al de DPSS: 2 hipoactivos, 2 hiperactivos y 1 mixto. Durante el seguimiento, 1 paciente con DPSS y demencia leve asociada al egreso sufrió 2 meses después del alta un nuevo episodio de delirium completo que requirió hospitalización.

El tiempo promedio de hospitalización de los pacientes que egresaron vivos fue $15,3 \pm 14,4$ (4-55) días y el de los que fallecieron, $26,9 \pm 4,7$ (21-38) días. El tiempo promedio de hospitalización de los pacientes en remisión fue 17,2 días, el del grupo de DP completo, 10,8 días y el de DPSS, 18. La mediana de duración de los síntomas de delirium antes de la evaluación basal de los egresados vivos en remisión fue 3 días, el del grupo con DP completo, 6,8 días y el de los de DPSS, 1 día.

Respecto a la comorbilidad psiquiátrica, 2 de los sobrevivientes con remisión total al egreso tenía antecedentes

Tabla 1 – Características generales de los 24 pacientes incluidos en el estudio

Edad (años)	82 [74-88]
Mujeres	16 (66,7)
Estado civil	
Solteros	1 (4,2)
Casados	13 (54,2)
Unión libre	1 (4,2)
Viudos	9 (37,5)
Tipo de cuidador	
Familiar	21 (87,5)
Otro	3 (12,5)
Vive con	
Familiar	21 (87,5)
Otros	2 (8,3)
Solo	1 (4,2)
Antecedentes personales médicos	24 (100)
Hipertensión arterial	20
Hipotiroidismo	8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6
Cardiopatía	6
Diabetes mellitus	5
Nefropatía	4
Osteoporosis	4
Accidente cerebrovascular	3
Dislipemia	3
Fumadores	2
Otros	18
Comorbilidad psiquiátrica	9 (37,5)
Depresión mayor	5
Demencia leve	3
Demencia moderada	1
Deterioro cognitivo leve	1
Duración de los síntomas de delirium (años)	2 [1-4]
Diagnóstico de delirium	
Al ingreso	6 (25,0)
Durante hospitalización	17 (75,0)
Subtipo de delirium	
Hipoactivo	4 (16,7)
Hiperactivo	7 (29,2)
Mixto	13 (54,2)

Los valores expresan n, n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].

de depresión mayor. En el subgrupo de 5 pacientes con DP completo, 1 sufría demencia moderada; 1, demencia leve y 1, deterioro cognitivo leve; en el subgrupo de 5 pacientes con DPSS, 1 presentaba demencia leve; 1, demencia leve con antecedente de depresión mayor y 1, historia de depresión mayor.

Los diagnósticos médicos principales del ingreso de los 4 pacientes con DP completo fueron: infección urinaria, fractura de cadera, neumonía, ACV y EPOC con neumonía asociada

Tabla 3 – Puntuaciones de severidad del delirium según CGI-S en las 3 evaluaciones de los 15 pacientes sobrevivientes

Puntuación CGI-S	Evaluación		
	Primera (basal)	Segunda	Tercera
Normal	0	2 (13,3)	6 (40,0)
Mínimo	0	2 (13,3)	6 (40,0)
Leve	0	6 (40,0)	1 (6,7)
Moderado	2 (13,3)	3 (20,0)	1 (6,7)
Marcado	9 (60,0)	2 (13,3)	1 (6,7)
Severo	4 (26,7)	0	0
Extremo	0	0	0

Test de Friedman = 25,10 (p < 0,001).

a ACV. Para el subgrupo de DPSS fue: 1 con neumonía, 1 con neumonía y cardiopatía, 1 con insuficiencia cardíaca y renal, 1 con sepsis e insuficiencia suprarrenal y 1 con sepsis, fractura de cadera y anemia.

Para los pacientes con DP completo al egreso, la distribución de las causas etiológicas definitivas fue: el 40% con alteración metabólica/endocrina, el 40% con infecciones sistémicas, el 10% con insuficiencia de uno o más órganos y el 10% con otra alteración sistémica (posquirúrgica); para el DPSS, la distribución fue: el 40% con alteración metabólica o endocrina, el 30% con infecciones sistémicas y el 30% con insuficiencia de uno o más órganos.

En cuanto al número de medicamentos psiquiátricos y no psiquiátricos administrados a los sobrevivientes durante la hospitalización, al egreso y a los 3 meses de seguimiento, se apreció una tendencia a la disminución de su uso con el tiempo, con diferencias estadísticamente significativas. Se encontró que los medicamentos no psiquiátricos fueron $9,4 \pm 3,9$, $6,6 \pm 2,8$ y $6,9 \pm 2,7$ en las 3 evaluaciones respectivas (p = 0,01); con los psicofármacos, el comportamiento fue $1,6 \pm 0,8$, $0,9 \pm 0,7$ y $1,0 \pm 0,8$ (p = 0,03). Tres pacientes recibieron benzodiacepinas aun estando en remisión durante el seguimiento, 2 (1 en remisión y otro con DP completo) recibieron opioides continuamente hasta la visita 3, y 7 en remisión y 1 con DP completo recibían corticoides al final del estudio. En la tercera evaluación, 1 paciente con DP completo no tenía formulado tratamiento psicofarmacológico alguno.

Discusión

Los resultados del estudio muestran que no todos los pacientes se recuperan del delirium al egreso hospitalario y que un grupo importante continúa sintomático 3 meses después

Tabla 2 – Distribución (%) de las causas o factores etiológicos del delirium de los 24 pacientes del estudio

DEC-S	Definitiva	Probable	Posible	Sin relación	No relevante
Metabólica/endocrina	50,0	29,2	12,5	8,3	0
Infección sistémica	66,7	4,2	4,2	0	25,0
Trastorno cerebro vascular	0	4,2	4,2	4,2	87,5
Insuficiencia o fallo de órgano	54,2	8,3	8,3	4,2	25,0
Otra alteración sistémica	75,0	4,2	16,7	4,2	0

Tabla 4 – Puntuaciones medias de las escalas utilizadas en los 15 pacientes sobrevivientes

Escala	Evaluación 1 (basal)	Evaluación 2 (egreso)	Evaluación 3 (a los 3 meses del alta)	p*
DRS-R98 severidad	20,9 ± 4,7	10,5 ± 7,3	6,5 ± 6,2	< 0,001
CGI-S	5,1 ± 0,6	3,01 ± 1,2	2,0 ± 1,2	< 0,001

* Test de Friedman, evaluaciones apareadas.

Tabla 5 – Curso del delirium de los 15 pacientes sobrevivientes al egreso y a los 3 meses

Variables	Evaluación 2	Evaluación 3
DP completo: severidad ≥ 14	5 (33,3%)	2 (13,3%)
DPSS: severidad de 8-13	5 (33,3%)	2 (13,3%)
Remisión: severidad < 8	5 (33,3%)	11 (73,4%)
Cambio de cuidador	0	3 (20,0%)
DP: delirium persistente; DPSS: delirium persistente subsindrómico.		

del alta. La prevalencia de delirium encontrada, el 25% de todo el grupo estudiado, concuerda con la estimada por Fong et al.¹ del 14–24% en hospitales generales, pero superior al 11,7% encontrado por Franco et al.¹⁹ en el Servicio de Medicina Interna de la CUB. Las diferencias de prevalencias reportadas en múltiples publicaciones se dan por lo heterogéneo de los grupos poblacionales estudiados. Lo mismo se puede decir de la incidencia de delirium. Nuestra cifra del 75% es mayor que el 6,9% encontrado por Restrepo et al.²⁰ en adultos hospitalizados en el Hospital San Vicente de Paul de Medellín, pero está dentro de lo descrito por Fong et al.¹ en su revisión del delirium en ancianos, cuando reportan que puede ser > 56% en poblaciones de cuidados intensivos, en posoperatorio y en cuidados paliativos. Se han dado incidencias del 70–87% en pacientes ancianos ingresados en cuidados intensivos¹⁴. Nuestra muestra proviene de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos y de los servicios de hospitalización de medicina interna y medicoquirúrgicos de la CUB, lo cual podría explicar en parte los hallazgos.

Nuestro grupo, en el que predominan las mujeres (66,7%), con una mediana de edad de 82 años, tuvo una mortalidad del 37,5%, lo que está en el rango del 22–76% de ancianos que fallecen durante la hospitalización, dato mencionado en la guía de la APA para el tratamiento del delirium². Nuestra casuística comparte características y resultados con el estudio de Kiely et al.⁹ sobre DP, que tiene un 65% de mujeres, edad promedio de 84 años y mortalidad acumulada a 1 año del 39%. Ninguno de nuestros sobrevivientes falleció durante los 3 meses de seguimiento. Otras características del grupo, relacionadas con factores predisponentes como historia de HTA, EPOC y consumo de cigarrillo, se han descrito en varios estudios^{21,22}.

La prevalencia de demencia y déficit cognitivo leve del 20,8% de la muestra estudiada está por encima del 13% reportado por Saxena et al.²³, pero es inferior a las prevalencias de delirium superpuesto a demencia encontradas por Fick et al.²⁴ (del 22 al 89% de los pacientes mayores de 65 años) y Laurila et al.²⁵ (el 26,4% de los pacientes admitidos a un servicio de medicina general en Helsinki). Las diferencias de resultados respecto a demencia asociada a delirium se han explicado por la heterogeneidad de los grupos estudiados, la

incoconcordancia en los criterios diagnósticos o de medición y la falta de información del estado cognitivo previo a la hospitalización²⁶. Que se haya encontrado un 25% de enfermedad depresiva asociada es relevante, ya que se la considera factor de riesgo de delirium²⁷. Este hallazgo concuerda con el 28,7% de Laurila et al.²⁵, pero es menor que el 33,2% de Pisani et al.²⁸.

Entre los factores etiológicos del delirium, se han reportado infecciones, enfermedades médicas intercurrentes, cirugías, desequilibrio metabólico, condiciones neurológicas primarias, dolor no controlado, medicamentos y factores ambientales²³, algunos de los cuales aparecieron en el estudio.

Nuestros pacientes sobrevivientes al egreso hospitalario estaban severa o moderadamente enfermos en la evaluación basal y presentaron una disminución gradual de las puntuaciones de las escalas de severidad durante el tiempo del estudio. En el 20,8% de los pacientes, el delirium había remitido al egreso y ninguno falleció durante el seguimiento. Solamente 4 de 10 pacientes con DP (40%) continuaban sintomáticos a los 3 meses. Estos hallazgos indican una trayectoria de mejoría gradual y son congruentes con las hipótesis propuestas por varios investigadores sobre el curso del delirium, que se manifiesta como un espectro o continuo ordinal^{13,29–32}. En la revisión de Cole et al.⁷, en la mitad de los pacientes con DP al egreso, este había remitido a los 3 meses y nuestro estudio tiene un 60% de remisión de DP en ese mismo tiempo. Está establecido que los pacientes con DP tienen peor pronóstico que los que se recuperan y para Marcantonio et al.³³, la disposición al egreso hospitalario del paciente con delirium a su casa y con familiares puede ser de gran beneficio, particularmente si hay comorbilidad con demencia. En nuestro estudio la gran mayoría de los pacientes regresaron a vivir con algún miembro del grupo familiar, lo que representa un factor protector.

Que tuvieran DSS persistente el 20,8% al egreso y el 8,4% al final del estudio está dentro de lo encontrado por Cole⁶, con cifras de recuperación parcial de un 20–42% al alta hospitalaria y con la posibilidad de que persistiera más tiempo. El efecto negativo del DPSS en los pacientes ancianos está documentado: tienen altas tasas de estancia hospitalaria, rehospitalizaciones, complicaciones médicas, mortalidad tras el alta y deterioro cognitivo y funcional con mayor riesgo de institucionalización; el pronóstico es intermedio entre el de pacientes con delirium pleno y aquellos sin delirium^{11,13,34,35}. La recurrencia del delirium en 1 de nuestros pacientes con DSS se ha documentado en estudios recientes^{36,37}.

La lista de medicamentos que pueden inducir delirium en el anciano es muy amplia³⁸, y Catic³⁹ mencionó específicamente como factor de riesgo algunos de los medicamentos que los pacientes recibían durante el estudio (analgésicos, benzodiacepinas, anticolinérgicos y antidepresivos); y también Meagher et al.⁴⁰ relacionan otros (antipsicóticos,

benzodiacepinas, opioides, psicoestimulantes y corticoides); sin embargo, Ouimet et al.¹¹ no encuentran la relación con indometacina y corticoides. Respecto a tratamientos farmacológicos, lo rescatable de nuestro trabajo es la evidencia de una reducción general de su empleo con el tiempo. No se centró la investigación en el campo terapéutico ni se determinó el impacto en los resultados que pudiera haber tenido el uso de ciertos medicamentos.

Se debe tomar con precaución nuestros resultados. El estudio tiene limitaciones, como el reducido número de pacientes con DP, que no permite extrapolar resultados, que el estado del delirium puede cambiar entre las evaluaciones por lo fluctuante del cuadro, lo heterogéneo del grupo según la procedencia de los casos, la falta de evaluación cognitiva previa al delirium y que el diagnóstico de demencia se realizó por información de antecedentes del déficit cognitivo en la historia clínica y se confirmó con entrevista a familiares, y el desconocimiento de la causa primaria de las demencias. La fortaleza del estudio consiste en ser el primero de DP con instrumentos estandarizados en Colombia.

Conclusiones

Con los resultados del estudio, se puede concluir que no todos los pacientes se recuperan del delirium al egreso hospitalario y que un grupo importante continúa sintomático 3 meses después del alta. Se obtuvo una prevalencia de DP del 30% y una incidencia del 70%. Los hallazgos del estudio indican una trayectoria de mejoría gradual, con un 40% de persistencia de síntomas en el seguimiento a 3 meses, consideración importante para tener en cuenta en la práctica clínica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación (CIDI) de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009;5:210-20.
- Practice guideline for the treatment of patients with delirium. En: Practice guideline for the treatment of psychiatric disorders. Compendium 2006. Arlington: American Psychiatric Association; 2006. p. 65-100.
- Fong TG, Jones RN, Marcantonio ER, Tommet D, Gross AL, Habtemariam D, et al. Adverse outcomes after hospitalization and delirium in persons with Alzheimer disease. *Ann Intern Med*. 2012;156:848-56.
- Do T-D, Lemogne C, Journois D, Safran D, Consoli S. Low social support is associated with an increased risk of postoperative delirium. *J Clin Anesthesiol*. 2012;24:126-32.
- Choi S-H, Lee H, Chung T-S, Park K-M, Jung Y-C, Kim SI, et al. Neural network functional connectivity during and after an episode of delirium. *Am J Psychiatry*. 2012;169:498-507.
- Cole MG. Persistent delirium in older hospital patients. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23:250-4.
- Cole MG, Ciampi A, Belzile E, Zhong L. Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age Ageing*. 2009;38:19-26.
- Kiely DK, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Characteristics Associated with delirium persistence among newly admitted post-acute facility patients. *J Gerontol A BiolSci Med Sci*. 2004;59A:344-9.
- Kiely DK, Marcantonio ER, Inouye SK, Shaffer ML, Bergmann MA, Yang FM, et al. Persistent delirium predicts increased mortality. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:55-61.
- Meagher D, Adamis D, Trzepacz P, Leonard M. Features of subsyndromal and persistent delirium. *Br J Psychiatry*. 2012;200:37-44.
- Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SR, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med*. 2007;33:66-73.
- Trzepacz PT, Franco JG, Meagher D, Lee Y, Kim J-L, Kishi Y, et al. Phenotype of subsyndromal delirium using pooled multicultural Delirium Rating Scale-Revised-98 data. *J Psychosom Res*. 2012;73:10-7.
- Martinez-Velilla N, Franco JG. Delirium subsindrómico en pacientes ancianos: revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48:122-9.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5.a ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. p. 591-643.
- Franco JG, Trzepacz PT, Mejía MA, Ochoa SB. Factor analysis of the Colombia translation of the Delirium Rating Scale (DRS), Revised-98. *Psychosomatics*. 2009;50:255-62.
- Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology-revised. Rockville: D.H.E.W. Publ; 1976. p. 218-22.
- Aguirre-Acevedo DC, Gómez RD, Moreno S, Henao-Arboleda E, Motta M, Muñoz C, et al. Validez y fiabilidad de la batería neuropsicológica CERAD-Col. *Rev Neurol*. 2007;45:655-60.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorin P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatr*. 1998;59 Suppl 20:22-33.
- Franco GF, Valencia C, Bernal C, Ocampo MV, Trzepacz PT, De Pablo J, et al. Relationship between cognitive status at admission and incident delirium in older medical inpatients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010;22:329-37.
- Restrepo D, Cardeño C, Páramo L, Ospina S, Calle J. Delirium: incidencia y características clínicas y epidemiológicas en un

- hospital universitario. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:471-87.
21. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Med.* 2001;27:1297-304.
 22. Huai J, Ye X. A meta-analysis of critically ill patients reveals several potential risk factors for delirium. *Gen Hosp Psychiatry.* 2014;36:488-96.
 23. Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. *Postgrad Med J.* 2009;85:405-13.
 24. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1723-32.
 25. Laurila JV, Laakkonen ML, Tino SE, Reijo TS. Predisposing and precipitating factors for delirium in a frail geriatric population. *J Psychosom Res.* 2008;65:249-54.
 26. Pisani MA, McNicoll L, Inouye SK. Cognitive impairment in the intensive care unit. *Clin Chest Med.* 2003;24:727-37.
 27. Holly C, Cantwel ER, Camiensi MC. Evidence-based practices for the identification, screening and prevention of acute delirium in the hospitalized elderly: an overview of systematic reviews. *Curr Trans Geriatr Gerontol Rep.* 2013;2:7-15.
 28. Pisani MA, Murphy TE, Van Ness PH, Araujo KL, Inouye SK. Characteristics associated with delirium in older patients in a medical intensive care unit. *Arch Intern Med.* 2007;167:1629-34.
 29. Martínez-Velilla N, Alonso-Bouzon C, Cambra-Contín K, Ibañez-Beroiz B, Alonso-Renedo J, Casas-Herreo A. Delirium y delirium subsindrónico: prevalencia de un espectro de enfermedad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47:158-61.
 30. Ceriana P, Fanfulla F, Mazzacane F, Santoro C, Nava S. Delirium in patients admitted to a step-down unit: analysis of incidence and risk factors. *J Crit Care.* 2010;25:136-47.
 31. Kiely DK, Jones RN, Bergmann MA, Murphy KM, Orav EJ, Marcantonio ER. Association between delirium resolution and functional recovery among newly admitted postacute facility patients. *J Gerontol.* 2006;61:204-8.
 32. Ouimet S, Riker R, Bergeon N, Cossette M, Kavanagh B, Skrobik Y. Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. *Intensive Care Med.* 2007;33:1007-13.
 33. Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, Jones RN, Murphy KM, Morris JN. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:4-9.
 34. Bourdel-Marchasson I, Vincent S, Germain C, Salles N, Jenn J, Rasoamanarivo A, et al. Delirium symptoms and low dietary intake in older inpatients are independent predictors of institutionalization: a 1-year prospective population-based study. *J Gerontol Med Sci.* 2004;59A:350-4.
 35. Marcantonio ER, Kiely DK, Simon SE, Orav EJ, Jones RN, Murphy KM, et al. Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:963-9.
 36. Von Gunten A, Mosimann UP, Antonietti JP. A longitudinal study on delirium in nursing homes. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2013;21:963-72.
 37. Lundberg AS, Gustafsson LN, Munk-Jorgensen P. Delirium during psychiatric admission increases mortality in psychiatric patients during and after hospitalization. A national study from 1995 through 2012. *J Psychosom Res.* 2014;77:226-31.
 38. Alagiakrishnan K, Wiens CA. An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgrad Med J.* 2004;80:388-93.
 39. Catic AG. Identification and management of in-hospital drug-induced delirium in older patients. *Drugs Aging.* 2011;28:737-48.
 40. Meagher D, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, Adamis D, Trzepacz PT. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. *J Psychosom Res.* 2011;71:395-403.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo de revisión

Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común



Cesar A. Arango-Dávila^{a,b,*} y Hernán G. Rincón-Hoyos^{a,c}

^a Sección de Psiquiatría y Psicología, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

^b Grupo de Investigación Biomédica, Universidad Icesi, Cali, Colombia

^c Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Leonard M. Miller School of Medicine, University of Miami, Miami, Estados Unidos

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de julio de 2016

Aceptado el 31 de octubre de 2016

On-line el 14 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Ansiedad

Depresión

Dolor

R E S U M E N

Introducción: Una alta proporción de los trastornos depresivos se acompañan de manifestaciones ansiosas, así como la depresión y la ansiedad cursan frecuentemente con dolor. En otro sentido, las manifestaciones dolorosas causan o empeoran los síntomas depresivos y ansiosos. Cada vez hay más evidencia sobre la similitud fisiopatológica, imagenológica y neurofisiológica del dolor y la depresión.

Métodos: Revisión narrativa de los aspectos fisiopatológicos y clínicos de la comorbilidad depresión y dolor crónico. Se incluyen los artículos de investigación que enfatizan los elementos relevantes relacionados con la comprensión de la fisiopatología de ambas manifestaciones.

Resultados: Con los más recientes avances en técnicas bioquímicas y celulares y el advenimiento de tecnologías imagenológicas de avanzada, se ha podido considerar cada vez más claramente la aproximación etiopatogénica, fisiopatológica y clínica de estos trastornos. Se sistematiza esta información en imágenes y cuadros comprensivos.

Conclusiones: El reconocimiento de que el polimorfismo de los genes relacionados con la inflamación genera susceptibilidad a las manifestaciones depresivas y puede modificar la respuesta a los tratamientos antidepressivos establece que la respuesta inflamatoria no solo es un componente etiopatogénico del dolor, sino del estrés y la depresión. De igual manera, la similitud en la aproximación con imágenes corrobora la analogía no solo estructural, sino también funcional y fisiopatológica, entre la depresión y el dolor crónico. El conocimiento de la comorbilidad depresión-ansiedad-dolor crónico es importante en la búsqueda de intervenciones terapéuticas eficaces.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arangodavila@gmail.com (C.A. Arango-Dávila).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Depressive Disorder, Anxiety Disorder and Chronic Pain: Multiple Manifestations of a Common Clinical and Pathophysiological Core

A B S T R A C T

Keywords:

Anxiety

Depression

Pain

Introduction: A high proportion of depressive disorders are accompanied by anxious manifestations, just as depression and anxiety often present with many painful manifestations, or conversely, painful manifestations cause or worsen depressive and anxious expressions. There is increasingly more evidence of the pathophysiological, and neurophysiological and technical imaging similarity of pain and depression.

Methods: Narrative review of the pathophysiological and clinical aspects of depression and chronic pain comorbidity. Research articles are included that emphasise the most relevant elements related to understanding the pathophysiology of both manifestations.

Results: The pathological origin, physiology and clinical approach to these disorders have been more clearly established with the latest advances in biochemical and cellular techniques, as well as the advent of imaging technologies. This information is systematised with comprehensive images and clinical pictures.

Conclusions: The recognition that the polymorphism of inflammation-related genes generates susceptibility to depressive manifestations and may modify the response to antidepressant treatments establishes that the inflammatory response is not only an aetiopathogenic component of pain, but also of stress and depression. Likewise, the similarity in approach with images corroborates not only the structural, but the functional and pathophysiological analogy between depression and chronic pain. Knowledge of depression-anxiety-chronic pain comorbidity is essential in the search for effective therapeutic interventions.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En 1989 Hudson y Pope plantearon que un grupo de enfermedades crónicas médicas y psiquiátricas se podrían incluir en una agrupación con una fisiopatología común, que denominaron trastornos del espectro afectivo¹. Estos trastornos tienen en común manifestaciones depresivas y ansiosas, pueden responder al uso de antidepressivos y se asocian con frecuencia a entidades clínicas con manifestaciones dolorosas como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la migraña, el síndrome de colon irritable y el trastorno disfórico premenstrual².

En atención primaria los síntomas físicos son una frecuente causa de consulta, sin embargo, el trasfondo de la consulta es la depresión. Más del 50% de los pacientes con depresión reportan quejas somáticas y por lo menos el 60% de estos síntomas están relacionados con el dolor³. La consulta por quejas físicas reduce el reconocimiento de la depresión y la ansiedad, porque los médicos de atención primaria pueden suponer que todos los síntomas físicos están producidos por una enfermedad médica subyacente⁴. La presencia de numerosas quejas de dolor se asocia con aumento de la gravedad de la depresión; además, el aumento de la intensidad del dolor es predictivo de mal pronóstico para el tratamiento de la depresión¹. Cada vez es más clara la relación etiopatogénica entre el estado de ánimo depresivo o ansioso, el dolor y los trastornos somáticos, lo cual refuerza el concepto de trastornos del espectro afectivo.

Los pacientes con fibromialgia, por ejemplo, tienen 2 veces más posibilidad de sufrir otros trastornos psiquiátricos, especialmente depresión o ansiedad, que los pacientes sin fibromialgia⁵.

Los diferentes sistemas nosológicos en psiquiatría no incluyen el dolor crónico entre las manifestaciones de la depresión o lo incluyen de manera muy poco relevante, de modo que se ha generalizado la idea que la depresión tiene muy poco en común con el dolor crónico³. El dolor no aparece como un síntoma de algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, y las quejas de depresión son marginales en la lista de síntomas requeridos entre los criterios de trastorno de dolor crónico. La investigación médica reciente indica que esta separación nosológica y sintomatológica no es congruente con la realidad clínica y neurobiológica^{5,6}.

Métodos

El presente artículo es el resultado de una revisión narrativa de los aspectos fisiopatológicos y clínicos de la relación entre la depresión, la ansiedad y el dolor crónico. Se incluyen los artículos de investigación que enfatizan datos de la comorbilidad depresión mayor y dolor crónico, tomando los elementos más relevantes relacionados con la comprensión de la fisiopatología de ambas manifestaciones. La abundante información se organiza en un texto comprensivo y se plantea un desenlace psicopatológico común, depresión-ansiedad-dolor, que se sistematiza en figuras y tablas.

Resultados

Trastorno depresivo, trastorno ansioso y dolor

La relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos no solo tiene un correlato fisiopatológico, sino también clínico. En uno de los primeros metanálisis que se realizaron buscando la comorbilidad entre estas dos enfermedades⁵, se encontró que el 58% de los pacientes depresivos presentaban algún tipo de ansiedad, concomitancia que se había dado en el 52,2% de los casos en el último año. A la inversa, la presencia de depresión en pacientes con ansiedad fue del 56%. Hay evidencia de que la depresión y la ansiedad se asocian al dolor crónico y no solo tienen simultaneidad clínica, sino que se considera que el dolor crónico es un predictor de depresión mayor o empeoramiento de los síntomas ansiosos⁶⁻¹⁰; se ha encontrado relación entre la magnitud de la queja por dolor y la intensidad de las manifestaciones depresivas y ansiosas⁹.

Un análisis de un modelo bidimensional de ansiedad y depresión encontró que las puntuaciones de cada uno de estos síndromes se correlacionaban significativamente con la intensidad y la gravedad del dolor^{11,12}. Por otro lado, un estudio epidemiológico mostró que los síntomas físicos dolorosos son una característica común en los pacientes que sufren trastorno de ansiedad generalizada y en mayor magnitud en los pacientes con trastorno depresivo comórbido. Se ha demostrado asociación entre síntomas físicos dolorosos en pacientes con trastorno de ansiedad con o sin comorbilidad depresiva y deterioro funcional en el trabajo, los aspectos sociales y el funcionamiento familiar¹¹.

Entre los pacientes de atención primaria con dolor osteomuscular crónico, la depresión y la ansiedad tienen efectos independientes y acumulativos en la intensidad del dolor, la interferencia del dolor, las limitaciones funcionales, los días de incapacidad y la calidad de vida¹³. Otros estudios han mostrado que el 65,8% de los pacientes de atención primaria que requieren un tratamiento antidepressivo informaron de dolores de cabeza y musculares como quejas concomitantes^{14,15}.

Una revisión de la literatura en busca de la relación entre depresión y dolor concurrente reveló que la prevalencia de síntomas de dolor en pacientes con depresión es del 15 al 100% (media aproximada, 65%)³. En general, se considera que del 30 al 60% de los pacientes con depresión presentan algún tipo de síntoma doloroso significativo¹³. Así como las condiciones dolorosas crónicas son comunes en pacientes con trastorno depresivo mayor, esta manifestación clínica aumenta la frecuencia y la gravedad de 7 de los síntomas depresivos: el estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés, la agitación o inhibición psicomotora, el aumento de peso, el insomnio, la fatiga y los problemas de concentración⁸. El autor de ese estudio propone que se debe considerar el dolor como una de las manifestaciones clínicas del trastorno depresivo mayor. Se plantea entonces que el número de quejas relacionadas con dolor, que generalmente aumenta en función de la gravedad de la depresión, se debe considerar tanto en el diagnóstico de la depresión como en la planificación de estrategias de tratamiento y la medición del resultado de este¹⁶.

En un estudio longitudinal a 3 años¹⁷, la presencia de síntomas dolorosos redujo sustancialmente la probabilidad de recuperación de la depresión en un grupo de pacientes de edad avanzada, pues se encontró una tasa de remisión del 9%, en comparación con el 47% de los pacientes que no tenían síntomas dolorosos concomitantes. Un estudio latinoamericano¹⁸ en pacientes deprimidos reportó que el 72,6% de las personas clasificadas con síntomas físicos dolorosos tenían mayores gravedad y duración de las manifestaciones depresivas, lo que indica la necesidad de una atención integral de los síntomas emocionales y físicos de la depresión. Posteriormente se identificó en una población de atención primaria en Colombia una asociación entre depresión, ansiedad y somatización, en especial dolorosa, con efectos independientes de cada síndrome que incrementan la discapacidad y la ideación suicida¹⁹. Este tipo de pacientes con frecuencia consultan crónicamente más por los síntomas somáticos de dolor que por la ansiedad, la depresión o el insomnio, lo cual destaca la necesidad de cribar a los frecuentadores de servicios de atención tanto primaria como especializada^{20,21}.

Se describe también una relación importante entre los trastornos depresivos y ansiosos y los dolores crónicos específicos como la fibromialgia, el dolor neuropático, el dolor lumbar crónico, la migraña, los síntomas físicos dolorosos y los síntomas dolorosos persistentes (tabla 1). Los pacientes que presentan ansiedad y dolor son más propensos a prestar más atención a las sensaciones corporales y detectar síntomas físicos, refieren dolor más intenso, tienen menos tolerancia al dolor e informan de más ansiedad y pensamientos catastróficos que los pacientes con manifestaciones dolorosas sin síntomas ansiosos^{31,32}.

Depresión, ansiedad, síntomas dolorosos e insomnio

El insomnio es una queja muy prevalente en la población general, puede alcanzar al 9% con insomnio crónico y el 30% con insomnio ocasional. Las tasas de incidencia reportadas en estudios longitudinales se encuentran entre el 3 y el 20%³³, variación que depende de la población estudiada, el lapso analizado y la definición de insomnio. Entre el 65 y el 89% de los pacientes con dolor crónico evaluados en centros de tratamiento especializados tienen por lo menos una queja de sueño o se describen con sueño no reparador^{34,35}. Los pacientes que se quejan de dolor y tienen insomnio reportan mayor intensidad del dolor, dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, menos horas de sueño y sueño menos reparador que los pacientes con dolor sin insomnio o alteraciones del sueño incluso con dolor^{34,36}.

La calificación emocional del dolor y la ansiedad fueron los mejores predictores de la gravedad del insomnio, lo que representó el 30% de la varianza total, incluso cuando la intensidad del dolor estaba controlada. Se concluye que las manifestaciones afectivas asociadas al dolor son un predictor significativo de la gravedad del insomnio³⁷. Un grupo de investigación analizó una muestra transversal de 118.336 participantes mayores de 18 años con dolor por artritis³⁸, y reportó el 45,8% de dolor artrítico, el 24,8% de insomnio y el 11,9% de sueño no reparador, en comparación con los resultados de personas sin artritis: el 11,7, el 10,6 y el 6,1% respectivamente.

Tabla 1 – Proporción entre la comorbilidad de depresión y ansiedad con síndromes dolorosos crónicos

Trastorno	Comorbilidad	Proporción
Fibromialgia ^{22,23}	Trastorno depresivo mayor	20-80%
	Trastorno de ansiedad	13-63,8%
	Trastorno de ansiedad moderado-grave	38%
Dolor neuropático ²⁴⁻²⁶	Trastorno depresivo moderado-grave	27%
	Trastorno depresivo mayor	34%
	Trastorno de ansiedad	25-59,4%
Dolor lumbar crónico ²⁷	Trastorno depresivo	26%
Migraña ^{28,29}	Trastorno depresivo	48%
Síntomas dolorosos persistentes ³⁰	Trastorno de ansiedad generalizada	60-93%
Síntomas físicos dolorosos ²⁶	Trastorno depresivo	93,5%
	Trastorno depresivo con síntomas dolorosos como causa de consulta	72,4%

El dolor puede interferir significativamente con la conciliación o el mantenimiento del sueño, pero hay evidencia de que el insomnio incrementa de manera importante la intensidad del dolor. Una investigación clínica³⁹ proporciona la primera evidencia de un aumento exagerado de los síntomas de dolor en los pacientes con artritis reumatoide respecto a los sujetos de control después de la disminución del sueño. Con la privación parcial de sueño, en la mañana los síntomas de dolor declarados por los pacientes con artritis reumatoide fueron mayores que los de los controles. Además, la disminución de sueño incrementa el número de articulaciones dolorosas y la intensidad de dolor. Se encontró que la pérdida de sueño, en oposición a la fragmentación del sueño, tiene un papel único en la inducción diferencial de los síntomas de dolor en los pacientes con artritis reumatoide. Por otro lado, se ha encontrado que la calidad del sueño es un factor importante que contribuye a la deficiencia de la modulación inhibitoria del dolor condicionado en la fibromialgia, por lo tanto, es posible que un mejor tratamiento de las dificultades del sueño dé lugar a una mejora de los síntomas dolorosos en fibromialgia⁴⁰.

Los reportes estadísticos muestran que la ansiedad y la depresión exacerban las manifestaciones dolorosas, y esta tríada empeora el insomnio³⁴⁻³⁷. El insomnio y el dolor, a su vez, incrementan las manifestaciones depresivas y ansiosas. La comorbilidad depresión-ansiedad-dolor y la manifestación clínica del insomnio conforman un complejo clínico en el cual se encuentran todas las combinaciones posibles (tabla 1 y fig. 1). Es necesario que el clínico tenga en cuenta todos los aspectos de la relaciones depresión-ansiedad e insomnio-dolor para valorar adecuadamente las posibilidades terapéuticas y la mejoría de los pacientes.

Fisiopatología de la depresión, la ansiedad y los síntomas dolorosos

Los avances en la investigación biomédica de años recientes indican que los trastornos depresivos y ansiosos comparten aspectos biológicos y ambientales con los trastornos dolorosos crónicos y el insomnio. Entre los factores biológicos, se han encontrado determinantes genéticos que incluyen genes que regulan la señalización de neurotransmisores y citocinas neurotróficas e inflamatorias. Entre los factores ambientales de riesgo, se encuentran el estrés psicosocial, especialmente cuando es continuo, y la enfermedad en

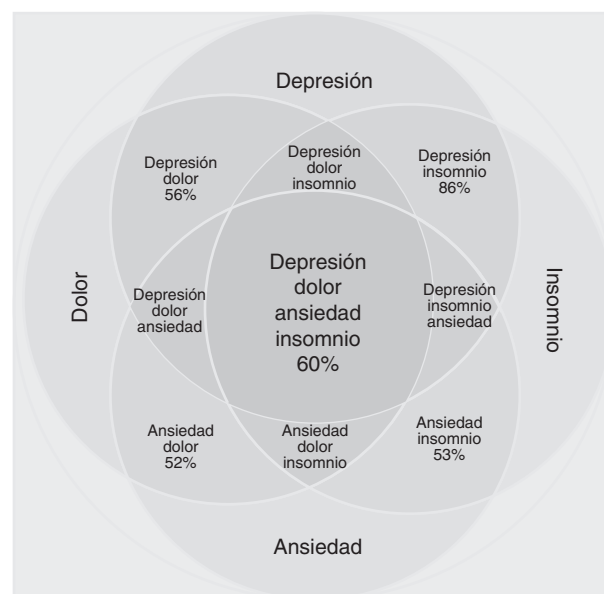


Figura 1 – Aproximación acorde con los datos epidemiológicos de la concomitancia, el solapamiento y la comorbilidad del trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad en relación con las manifestaciones de dolor e insomnio. Obsérvese que las entidades individuales ocupan menos área que el conjunto fusionado. Se muestran todas las posibilidades de combinación; los porcentajes se refieren a estimaciones epidemiológicas de comorbilidad.

general, los cuales promueven, en individuos vulnerables, cambios en la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides en el sistema nervioso y otros órganos, disfunción del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, alteraciones en las funciones autonómicas y aumento en la producción y la liberación de citocinas proinflamatorias; todo lo cual confluye en variaciones estructurales y funcionales del sistema nervioso (tabla 2). La vía fisiopatológica común tiene que ver con alteraciones en el soporte neurotrófico y de la interacción glia-neurona, que ocasionan un fenómeno de sensibilización central al dolor, asociada por la misma vía a las manifestaciones depresivas y ansiosas y las alteraciones del sueño. La concomitancia de los 4 componentes clínicos adquiere un carácter biológico sinérgico que se asocia a la naturaleza progresiva y la tendencia

Tabla 2 – Similitudes etiológicas, funcionales y estructurales entre el dolor crónico, la depresión y la ansiedad

- Los síntomas depresivo-ansiosos y los síntomas dolorosos pueden desencadenarse o agravarse por el estrés^{29,41-43}
- El sistema de circuitos involucrados en la modulación del dolor tiene elementos comunes con los circuitos de regulación de la respuesta al estrés y el estado de ánimo^{44,45}
- Los estudios de resonancia magnética nuclear funcional muestran que la corteza anterior del cíngulo es fundamental en el reconocimiento de la experiencia del afecto negativo en respuesta al dolor físico, área que también media en procesos de malestar asociados a exclusión social^{46,47}
- Las transmisión del dolor emocional y el dolor corporal comparte los mismos tractos en el sistema nervioso central⁴⁸
- Se han descrito cambios funcionales y estructurales de la amígdala y el hipocampo en trastornos del afecto y enfermedades dolorosas^{49,50}
- La disfunción de las estructuras límbicas contribuye a las perturbaciones en el funcionamiento neuroendocrino, autónomo e inmunitario que pueden influir en la generación o el agravamiento de los síntomas del estado de ánimo y el dolor⁵¹⁻⁵³
- La activación excesiva del sistema simpático, combinada con la elevada producción de citocinas proinflamatorias, desempeña un papel en la etiología depresiva y dolorosa⁵⁴
- En las células, se han señalado alteraciones en la relación neurona-glia en los síntomas tanto dolorosos como afectivos^{55,56}
- En la depresión-ansiedad y el dolor crónico se ha comprobado a escala molecular disfunción glutamatérgica y alteraciones de las cascadas de señalización intracelular y el soporte neurotrófico⁵⁷⁻⁵⁹

a la perpetuación de estos trastornos, especialmente cuando no se tratan adecuadamente.

Se ha apuntado en investigaciones recientes que, en la depresión, la ansiedad y el dolor crónico, se desarrollan procesos de neurosensibilización, un fenómeno análogo al *kindling* descrito en la epilepsia y que consiste en un incremento persistente de la reactividad neuronal, que tanto en la depresión como en el dolor crónico tienen los mismos orígenes neurobiológicos, como cambios neuroplásticos y cambios en la expresión génica. Algunos autores han considerado la neurosensibilización como el fundamento de una etiología común del dolor crónico, la depresión y los trastornos de ansiedad⁶⁰⁻⁶³; en todos los casos, se genera un proceso fisiopatológico en el que las manifestaciones se asocian principalmente a circunstancias endógenas, y tienen menos relevancia aspectos estresantes externos como traumatismos, enfermedades dolorosas y/o estrés psicosocial, factores que inicialmente desencadenan el proceso en un sujeto genéticamente vulnerable (fig. 2). Tanto en la depresión como en el dolor, la neurosensibilización hace que las manifestaciones clínicas sean cada vez más espontáneas, persistentes y graves^{60,63}.

En el año 2000 se planteó la primera hipótesis relacionada con la patogenia de la depresión, fundamentada en una alteración de la neurogénesis en el hipocampo⁶⁴. Posteriormente se comprobaron cambios similares en circunstancias de ansiedad y dolor crónico⁶⁵⁻⁶⁷, y se propuso un sustrato clínico y fisiopatológico común (tabla 2). En todos los casos, los cambios se han relacionado con alteraciones en sustancias como el factor neurotrófico derivado del cerebro (*Brain Derived Neurotrophic Factor* [BDNF]) y otras sustancias como

la serotonina que sustentan la vitalidad neuronal y glial. Teniendo en cuenta estos aspectos, es llamativo que en la depresión mayor, como en las manifestaciones dolorosas crónicas, haya un curso progresivo hacia alteraciones cognitivas relacionadas posiblemente con los cambios estructurales en el cerebro, especialmente en la corteza prefrontal medial, la corteza anterior del cíngulo y el hipocampo⁶⁸.

En términos generales, se ha establecido que los genes implicados en la enfermedad mental no determinan el desarrollo de una enfermedad específica, sino que los rasgos endofenotípicos incrementan el riesgo de morbilidad psiquiátrica⁶⁹⁻⁷¹. Se ha señalado en diferentes trabajos que el alelo corto del gen promotor del 5-HTTPR aumenta la probabilidad de depresión e ideación suicida solo si las personas se encuentran expuestas a factores estresantes ambientales; si este factor ambiental es mínimo, es posible que no se desarrolle el cuadro clínico^{71,72}. En el trastorno depresivo mayor y el suicidio, el alelo Val66Met se manifiesta con una actividad disminuida del BDNF y se ha asociado a cambios cerebrales estructurales como la reducción de la materia gris en la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza prefrontal orbital lateral y el hipocampo. Se ha observado la relación del gen del BDNF en la modulación de la capacidad de recuperación celular, la neuroplasticidad y la neurogénesis⁷³⁻⁷⁵. Por otro lado, se ha descrito una relación entre las manifestaciones de dolor crónico y la disminución bilateral del tamaño del hipocampo en el dolor crónico de espalda y el síndrome de dolor regional complejo⁷⁶. Tanto en los trastornos depresivos como en el dolor crónico, los cambios potencian el riesgo de alteraciones en el circuito límbico amígdala-corteza anterior del cíngulo y en el eje hipofiso-hipotálamo-adrenal^{77,78}. El mecanismo genético que podría vincular las alteraciones en estos circuitos es la epistasis, fenómeno que consiste en la interacción entre alelos presentes en diferentes locus y ocurre cuando 2 pares de genes afectan a la misma característica.

El polimorfismo genético de la depresión se ha relacionado con receptores de serotonina y con las enzimas catecol-o-metiltransferasa, citocinas proinflamatorias, receptores de opioides, receptores de glutamato, factor liberador de corticotropina y genes de receptores de dopamina; se ha implicado a los mismos genes en la génesis de las manifestaciones dolorosas⁷⁹⁻⁸¹. La tabla 3 resume la correspondencia de los

Tabla 3 – Genes implicados en la vulnerabilidad al trastorno depresivo mayor y el dolor agudo y crónico

- Genes que regulan el locus promotor del transportador de serotonina (5-HTTPR)^{82,83}
- Genes del receptor de serotonina 5HT2A⁸⁴⁻⁸⁶
- Genes de la enzima catecol-o-metil transferasa (COMT)⁸⁷⁻⁸⁹
- Genes de la citocina proinflamatoria interleucina 6⁹⁰
- Genes del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF)⁹¹
- Genes de los receptores de opioides^{92,93}
- Genes de la citocina proinflamatoria interleucina 1⁹⁴⁻⁹⁶
- Genes del receptor de glutamato⁹⁷
- Genes que regulan la síntesis y la actividad del factor liberador de corticotropina (CRF)⁹⁸
- Genes del receptor de dopamina D4^{93,99,100}

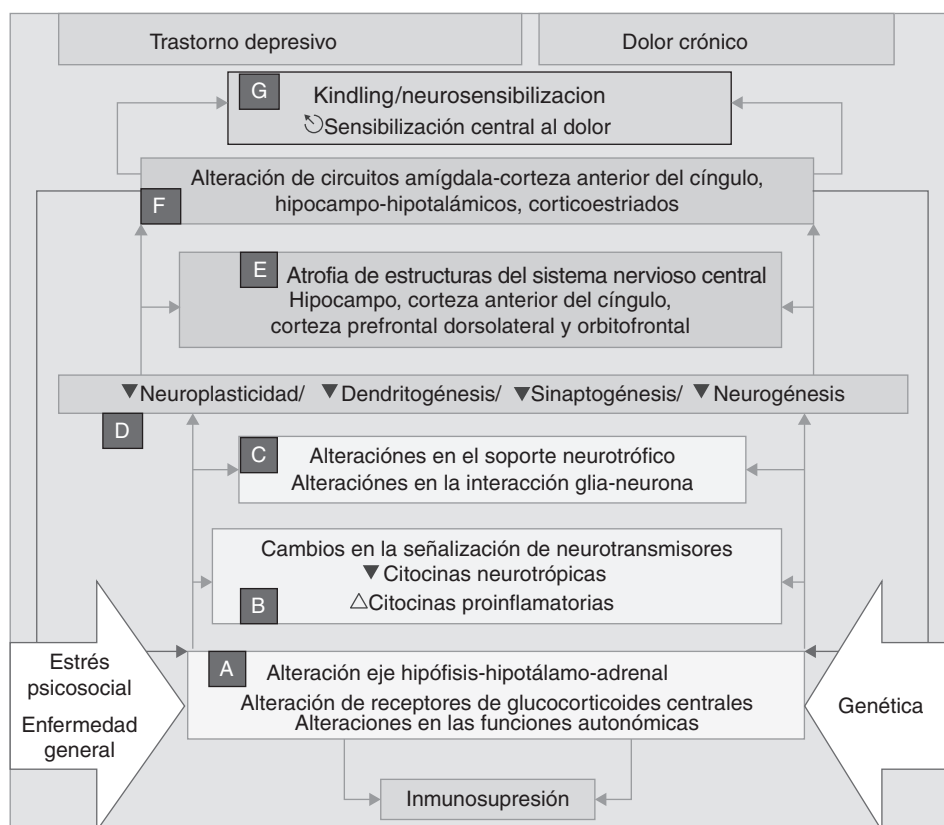


Figura 2 – El estrés, la enfermedad general y los factores genéticos son el terreno en el cual se desencadenan los procesos que confluyen en manifestaciones clínicas de depresión, ansiedad, dolor e insomnio. Se inician con alteraciones autonómicas y en el eje neuroendocrino (A) que desencadenan cambios neuroquímicos (B) y en el soporte trófico (C), lo cual genera alteraciones microestructurales (D) y posteriormente macroestructurales (E) y funcionales (F), con lo que se establece un complejo patológico (G) que puede ser común a las 4 manifestaciones clínicas. Obsérvese la perpetuación del fenómeno psicopatológico por la influencia de (F) en (A) (líneas dobles rojas).

aspectos genéticos entre el trastorno depresivo mayor y el dolor agudo y crónico.

Se ha planteado que la fibromialgia está relacionada con un déficit en la modulación interna del dolor, especialmente de los mecanismos inhibitorios^{101,102}. La neurobiología del dolor implica la regulación de procesos endógenos de inhibición y excitación que incluyen la modulación inhibitoria del dolor condicionado; se postula en este fenómeno que la estimulación nociceptiva cancela otro estímulo nociceptivo si se produce en un sitio del cuerpo distante de la superficie dolorosa. Este sistema implica vías inhibitoras serotoninérgicas, noradrenérgicas y opioidérgicas y causa una reducción de dolor difuso en todo el cuerpo con el efecto emocional asociado. Algunos estudios experimentales han demostrado que la modulación inhibitoria del dolor condicionado es deficiente en la fibromialgia¹⁰²⁻¹⁰⁴. Se considera que esta enfermedad se relaciona con una hiperexcitabilidad central y periférica del sistema nociceptor que se manifiesta como múltiples puntos dolorosos osteotendinosos, hiperalgesia y alodinia.

En los pacientes deprimidos, se describen alteraciones imagenológicas en el sector de la ínsula dorsal anterior donde normalmente ocurren los cambios en pacientes con dolor crónico; esto puede tener un papel en la llamada «alodinia emocional», un concepto en relación con la experiencia

dolorosa de personas con depresión mayor en respuesta a estímulos que normalmente no serían dolorosos¹⁰⁵. Es de anotar que en personas con trastorno bipolar también se ha observado una comorbilidad con fibromialgia¹⁰⁶⁻¹¹⁰ y migraña¹¹¹⁻¹¹³. Estudios de imagenología funcional revelan cambios estructurales en la amígdala y la corteza prefrontal y dan soporte al hecho que la depresión bipolar, el sufrimiento por dolor y el sufrimiento por rechazo comparten los mismos circuitos biológicos^{114,115}. La bipolaridad y el dolor crónico podría estar relacionados con que algunos medicamentos moduladores del estado de ánimo tienen claros efectos en el control del dolor como la neuralgia del trigémino, el dolor neuropático y la migraña¹¹⁶.

Conclusiones

El conjunto de síntomas de la depresión agrava y acentúa los síntomas dolorosos y, viceversa, una potenciación similar se da con el insomnio y las manifestaciones de ansiedad. La relación entre dolor, alteraciones del sueño y quejas cognitivas establecen un síndrome similar a la depresión que hace difícil discernir los diferentes componentes psicopatológicos^{117,118}. Todas estas circunstancias hacen compleja la intervención

terapéutica y con frecuencia la eficacia de los medicamentos no es la adecuada para una sola manifestación, dado el solapamiento que presentan. El conocimiento de la comorbilidad depresión-ansiedad-dolor crónico-insomnio es fundamental en la búsqueda de intervenciones terapéuticas eficaces y asertivas.

Así como el insomnio, por la alta manifestación en el trastorno depresivo, los síntomas dolorosos deberían considerarse expresiones cardinales de los trastornos depresivos. El reconocimiento de que el polimorfismo de los genes relacionados con la inflamación genera susceptibilidad a las manifestaciones depresivas y puede modificar la respuesta a los tratamientos antidepressivos establece que la respuesta inflamatoria no solo es un componente etiopatogénico de la depresión, sino también del estrés y el dolor; de igual manera, la similitud en la aproximación con imágenes indica no solo analogía estructural, sino funcional y fisiopatológica^{119,120}.

Financiación

Recursos de investigación procedentes de la Fundación Valle del Lili y la Universidad Icesi de Cali, Colombia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Hudson JI, Pope HG. The concept of affective spectrum disorder: relationship to fibromyalgia and other syndromes of chronic fatigue and chronic muscle pain. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994;8:839-56.
- Kato K, Sullivan PF, Evengard B, Pedersen NL. A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychol Med*. 2009;39:497-505.
- Jaracz J, Gattner K, Jaracz K, Górna K. Unexplained painful physical symptoms in patients with major depressive disorder: prevalence, pathophysiology and management. *CNS Drugs*. 2016;30:293-304.
- Sherbourne CD, Asch SM, Shugarman LR, Goebel JR, Lanto AB, Rubenstein LV, et al. Early identification of co-occurring pain, depression and anxiety. *J Gen Intern Med*. 2009;24:620-5.
- Hudson JI, Arnold LM, Keck PE Jr, Auchenbach MB, Pope HG Jr. Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biol Psychiatry*. 2004;56:884-91.
- Clark L. The anxiety and depressive disorders. Descriptive psychopathology and differential diagnosis. En: Kendall P, Watson D, editores. *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic; 1989.
- Benatti C, Blom JM, Rigillo G, Alboni S, Zizzi F, Torta R, et al. Disease-induced neuroinflammation and depression. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2016;15:414-33.
- Thase ME. Managing medical comorbidities in patients with depression to improve prognosis. *J Clin Psychiatry*. 2016;77 Suppl 1:22-7.
- Coplan JD, Aaronson CJ, Panthangi V, Kim Y. Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. *World J Psychiatry*. 2015;22:366-78.
- Winkler P, Horáček J, Weisssová A, Šustr M, Brunovský M. Physical comorbidities in depression co-occurring with anxiety: a cross sectional study in the Czech primary care system. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:15728-38.
- Xie J, Bi Q, Li W, Shang W, Yan M, Yang Y, et al. Positive and negative relationship between anxiety and depression of patients in pain: a bifactor model analysis. *PLoS ONE*. 2012;7:1-7.
- Romera I, Montejo AL, Caballero F, Caballero L, Arbesú J, Polavieja P, et al. Functional impairment related to painful physical symptoms in patients with generalized anxiety disorder with or without comorbid major depressive disorder: post hoc analysis of a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2011;21:11-69.
- Yi TI, Kim BK, Ha SA, Lim JY. The relationships between determination of treatment success and emotional factors in patients with chronic musculoskeletal pain. *Ann Rehabil Med*. 2014;38:77-83.
- Kluge M, Dittman RW, Lehmann M, Linden M, Wehmeier PM. Muscular complaints and headache are common painful physical symptoms in patients with depression. *Ger J Psychiatry*. 2005;9:101-6.
- Mohr P, Bitter I, Švestka J, Seifritz E, Karamustafalioglu O, Koponen H, et al. Management of depression in the presence of pain symptoms. *Psychiatria Danubina*. 2010;22:4-13.
- Vaccarino A, Sills T, Evans K, Kalali A. Multiple pain complaints in patients with major depressive disorder. *Psychosom Med*. 2009;71:159-62.
- Geerlings SW, Twisk JW, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37:23-30.
- Dueñas HJ, Dwight T, McBride ME, Brnabic A, Semper LA, Holmgren D, et al. Effectiveness of antidepressants in the treatment of major depressive disorder in Latin America. *Int J Psychiatr Clin Practice*. 2007;11:129-39.
- Rodríguez MR, Rincón HG, Velasco MM, Hernández CA, Ramos ML, González JA. Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30:141-51.
- Rincón-Hoyos H, Rodríguez M, Villa A, Hernández C, Ramos M. ¿Sería útil la depuración de los trastornos mentales comunes en pacientes hiperfrecuentadores de servicios de salud en cuidado primario. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;41:855-66.
- Rodríguez-Lopez M, Arrivillaga M, Holguín J, León H, Ávila A, Hernández C<ET AL>. Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de cali, colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33:478-88.
- Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed*. 2007;78:88-95.
- Arnold LM, Leon T, Whalen E, Barrett J. Relationships among pain and depressive and anxiety symptoms in clinical trials of pregabalin in fibromyalgia. *Psychosomatics*. 2010;51:489-97.
- Gustorff B, Dorner T, Likar R, Grisold W, Lawrence K, Schwarz F, et al. Prevalence of self-reported neuropathic pain and impact on quality of life: a prospective representative survey. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008;52:132-6.
- Boogaard S, Heymans MW, Patijn J, de Vet HC, Faber CG, Peters ML, et al. Predictors for persistent neuropathic pain a Delphi survey. *Pain Physician*. 2011;14:559-68.
- García-Campayo J, Caballero F, Perez M, López V. Pain related factors in newly diagnosed Generalized Anxiety Disorder patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40:177-86.

27. Ha JY, Kim ES, Kim HJ, Park SJ. Factors associated with depressive symptoms in patients with chronic low back pain. *Ann Rehabil Med*. 2011;35:710-8.
28. Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache Pain*. 2011;12:115-25.
29. Ashina S, Serrano D, Lipton RB, Maizels M, Manack AN, Turkel CC, et al. Depression and risk of transformation of episodic to chronic migraine. *J Headache Pain*. 2012;13:615-24.
30. Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo AL, Caballero F, Caballero L, Arbesú JÁ, et al. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord*. 2010;127(1-3):160-8.
31. Hadjistavropoulos H, Hadjistavropoulos T. The relevance of health anxiety to chronic pain: research findings and recommendations for assessment and treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2003;7:98-104.
32. Picariello F, Ali S, Moss-Morris R, Chalder T. The most popular terms for medically unexplained symptoms: the views of CFS patients. *J Psychosom Res*. 2015;78:420-6.
33. Nowicki Z, Grabowski K, Cudała WJ, Nowicka-Sauer K, Zdrojewski T, Rutkowski M, et al. Prevalence of self-reported insomnia in general population of Poland. *Psychiatr Pol*. 2016;50:165-73.
34. Moreno CR, Lowden A, Vasconcelos S, Marqueze EC. Musculoskeletal pain and insomnia among workers with different occupations and working hours. *Chronobiol Int*. 2016;33:749-53.
35. Kim SH, Lee DH, Yoon KB, An JR, Yoon DM. Factors associated with increased risk for clinical insomnia in patients with chronic neck pain. *Pain Physician*. 2015;18:593-8.
36. Chiu Y, Silma A, Macfarlane G, Ray D, Gupta A, Dickens C, et al. Poor sleep and depression are independently associated with a reduced pain threshold: results of a population based study. *Pain*. 2005;115:316-21.
37. Tang NK, Wright KJ, Salkovskis PM. Prevalence and correlates of clinical insomnia co-occurring with chronic back pain. *J Sleep Res*. 2007;16:85-95.
38. Power JD, Perruccio AV, Badley EM. Pain as a mediator of sleep problems in arthritis and other chronic conditions. *Arthritis Rheum*. 2005;53:911-9.
39. Irwin MR, Olmstead R, Carrillo C, Sadeghi N, FitzGerald JD, Ranganath VK, et al. Sleep loss exacerbates fatigue, depression, and pain in rheumatoid arthritis. *Sleep*. 2012;35:537-43.
40. Paul-Savoie E, Marchand S, Morin M, Bourgault P, Brissette N, Rattanavong V, et al. Is the deficit in pain inhibition in fibromyalgia influenced by sleep impairments. *Open Rheumatol J*. 2012;6:296-302.
41. Yavuz BG, Aydinlar EI, Dikmen PY, Incesu C. Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *J Headache Pain*. 2013;25:14-53.
42. Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, Bair MJ, Wu J, Chumbler N, et al. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:359-65.
43. Blozik E, Laptinskaya D, Herrmann-Lingen C, Schaefer H, Kochen MM, Himmel W, et al. Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;26:10-3.
44. Borsook D, Becerra L. Phenotyping central nervous system circuitry in chronic pain using functional MRI: considerations and potential implications in the clinic. *Curr Pain Headache Rep*. 2007;11:201-7.
45. Valet M, Gündel H, Sprenger T, Sorg C, Mühlau M, Zimmer C, et al. Patients with pain disorder show gray-matter loss in pain-processing structures: a voxel-based morphometric study. *Psychosom Med*. 2009;71:49-56.
46. Jaillard A, Ropner AH. Pain, heat, and emotion with functional MRI. *N Engl J Med*. 2013;368:1447-9.
47. MacLulich AM, Ferguson KJ, Wardlaw JM, Starr JM, Deary IJ, Seckl JR. Smaller left anterior cingulate cortex volumes are associated with impaired hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation in healthy elderly men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91:1591-4.
48. Rottmann S, Jung K, Vohn R, Ellrich J. Long-term depression of pain-related cerebral activation in healthy man: an fMRI study. *Eur J Pain*. 2010;14:615-24.
49. Berna C, Leknes S, Holmes EA, Edwards RR, Goodwin GM, Tracey I. Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Biol Psychiatry*. 2010;67:1083-90.
50. Robinson MJ, Edwards SE, Iyengar S, Byrmaster F, Clark M, Katon W. Depression and pain. *Front Biosci (Landmark Ed)*. 2009;14:5031-51.
51. Bellingrath S, Behnken A, Arolt V, Zwanzger P. A response to the commentary "The role of mineralocorticoid receptor dysregulation in the neurocognitive impairment of patients recovered from depression" by Preston, S., Watson, S. and Gallagher, P. on "Associations between cognitive performance and cortisol reaction to the DEX/CRH test in patients recovered from depression" by Behnken, A., Bellingrath, S., Symanczik, J. P., Rieck, M. J., Zavorotnyy, M., Domschke, K, et al. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38:461-2.
52. Martin EI, Ressler KJ, Binder E, Nemeroff CB. The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology. *Clin Lab Med*. 2010;30:865-91.
53. Gotlib IH, Joormann J, Minor KL, Hallmayer J. HPA axis reactivity: a mechanism underlying the associations among 5-HTTLPR, stress, and depression. *Biol Psychiatry*. 2008;63:847-51.
54. Strouse TB. The relationship between cytokines and pain/depression: a review and current status. *Curr Pain Headache Rep*. 2007;11:98-103.
55. Maletic V, Raison CL. Neurobiology of depression, fibromyalgia and neuropathic pain. *Front Biosci (Landmark Ed)*. 2009;14:5291-338.
56. Syková E, Chvátal A. Glial cells and volume transmission in the CNS. *Neurochem Int*. 2000;36(4-5):397-409.
57. Stratinaki M, Varidaki A, Mitsi V, Ghose S, Magida J, Dias C, et al. Regulator of G protein signaling 4 [corrected] is a crucial modulator of antidepressant drug action in depression and neuropathic pain models. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110:8254-9.
58. Norman GJ, Karelina K, Zhang N, Walton JC, Morris JS, Devries AC. Stress and IL-1beta contribute to the development of depressive-like behavior following peripheral nerve injury. *Mol Psychiatry*. 2010;15:404-14.
59. Chao MV, Rajagopal R, Lee FS. Neurotrophin signalling in health and disease. *Clin Sci (Lond)*. 2006;110:167-73.
60. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the kindling hypothesis. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1243-51.
61. Miller L. Neurosensitization A model for persistent disability in chronic pain, depression, and posttraumatic stress disorder following injury. *Neuro Rehabil*. 2000;14:25-32.
62. Melemedjian OK, Khoutorsky A. Translational control of chronic pain. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2015;131:185-213.

63. Post R. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicality, and tolerance phenomena. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007;31:858–73.
64. Jacobs BL. Adult brain neurogenesis and depression. *Brain Behav Immun.* 2002;16:602–9.
65. Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, Levy RM, Harden RN, Parrish TB, et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci.* 2004;24:10410–5.
66. Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz DA, Wood PB, Chizh BA, Bushnell MC. Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: premature aging of the brain. *J Neurosci.* 2007;27:4004–7.
67. Terrill AL, Molton IR, Ehde DM, Amtmann D, Bombardier CH, Smith AE, et al. Resilience, age, and perceived symptoms in persons with long-term physical disabilities. *J Health Psychol.* 2016;21:640–9.
68. Luerding R, Weigand T, Bogdahn U, Schmidt-Wilcke T. Working memory performance is correlated with local brain morphology in the medial frontal and anterior cingulate cortex in fibromyalgia patients: structural correlates of pain-cognition interaction. *Brain.* 2008;131:3222–31.
69. Dreher JC, Kohn P, Kolachana B, Weinberger DR, Berman KE. Variation in dopamine genes influences responsivity of the human reward system. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2009;106:617–22.
70. Bradley RG, Binder EB, Epstein MP, Tang Y, Nair HP, Liu W, et al. Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:90–200.
71. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003;301:386–9.
72. Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:529–35.
73. Dwivedi Y, Rizavi HS, Conley RR, Roberts RC, Tamminga CA, Pandey GN, et al. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:804–15.
74. Pezawas L, Verchinski BA, Mattay VS, Callicott JH, Kolachana BS, Straub RE, et al. The brain-derived neurotrophic factor val66met polymorphism and variation in human cortical morphology. *J Neurosci.* 2004;24:10099–102.
75. Frodl T, Schule C, Schmitt G, Born C, Baghai T, Zill P, et al. Association of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism with reduced hippocampal volumes in major depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:410–6.
76. Mutso AA, Radzicki D, Baliki MN, Huang L, Banisadr G, Centeno MV, et al. Abnormalities in hippocampal functioning with persistent pain. *J Neurosci.* 2012;32:5747–56.
77. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Grasso D, Lipschitz D, Houshyar S, et al. Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry.* 2006;59:673–80.
78. Chen CH, Ridler K, Suckling J, Williams S, Fu CH, Merlo-Pich E, et al. Brain imaging correlates of depressive symptom severity and predictors of symptom improvement after antidepressant treatment. *Biol Psychiatry.* 2007;62:407–14.
79. Jabbi M, Korf J, Kema IP, Hartman C, van der Pompe G, Minderaa RB, et al. Convergent genetic modulation of the endocrine stress response involves polymorphic variations of 5-HTT, COMT and MAOA. *Mol Psychiatry.* 2007;12:483–90.
80. Cerasa A, Gioia MC, Labate A, Liguori M, Lanza P, Quattrone A. Impact of catechol-O-methyltransferase Val(108/158) Met genotype on hippocampal and prefrontal gray matter volume. *Neuroreport.* 2008;19:405–8.
81. Dannlowski U, Ohrmann P, Konrad C, Domschke K, Bauer J, Kugel H, et al. Reduced amygdala-prefrontal coupling in major depression: association with MAOA genotype and illness severity. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2009;12:11–22.
82. Hennings A, Zill P, Rief W. Serotonin transporter gene promoter polymorphism and somatoform symptoms. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:1536–9.
83. Bondy B, Spaeth M, Offenbaecher M, Glatzeder K, Stratz T, Schwarz M, et al. The T102C polymorphism of the 5-HT2A-receptor gene in fibromyalgia. *Neurobiol Dis.* 1999;6:433–9.
84. Klengel T, Heck A, Pfister H, Brückl T, Hennings JM, Menke A, et al. Somatization in major depression—clinical features and genetic associations. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124:317–28.
85. Nicholl BI, Holliday KL, Macfarlane GJ, Thomson W, Davies KA, O'Neill TW, et al. Association of HTR2A polymorphisms with chronic widespread pain and the extent of musculoskeletal pain: results from two population-based cohorts. *Arthritis Rheum.* 2011;63:810–8.
86. Holliday KL, Macfarlane GJ, Nicholl BI, Creed F, Thomson W, McBeth J. Genetic variation in neuroendocrine genes associates with somatic symptoms in the general population: results from the EPIFUND study. *J Psychosom Res.* 2010;68:469–74.
87. Omair A, Lie BA, Reikeras O, Holden M, Brox JI. Genetic contribution of catechol-O-methyltransferase variants in treatment outcome of low back pain: a prospective genetic association study. *MC Musculoskelet Disord.* 2012;21:13–76.
88. Desmeules J, Piguat V, Besson M, Chabert J, Rapiti E, Rebsamen M, et al. Psychological distress in fibromyalgia patients: a role for catechol-O-methyl-transferase Val158met polymorphism. *Health Psychol.* 2012;31:242–9.
89. Fijal B, Perlis RH, Heinloth AN, Houston JP. The association of single nucleotide polymorphisms in the catechol-O-methyltransferase gene and pain scores in female patients with major depressive disorder. *J Pain.* 2010;11:910–5.
90. Wong ML, Dong C, Maestre-Mesa J, Licinio J. Polymorphisms in inflammation-related genes are associated with susceptibility to major depression and antidepressant response. *Mol Psychiatry.* 2008;13:800–12.
91. Pezawas L, Verchinski BA, Mattay VS, Callicott JH, Kolachana BS, Straub RE, et al. The brain-derived neurotrophic factor val66met polymorphism and variation in human cortical morphology. *J Neurosci.* 2004;24:10099–102.
92. Max MB, Wu T, Atlas SJ, Edwards RR, Haythornthwaite JA, Bollettino AF, et al. A clinical genetic method to identify mechanisms by which pain causes depression and anxiety. *Mol Pain.* 2006;19:2–14.
93. Ho AM, Tang NL, Cheung BK, Stadlin A. Dopamine receptor D4 gene -521C/T polymorphism is associated with opioid dependence through cold-pain responses. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1139:20–6.
94. Illi J, Miasowski C, Cooper B, Levine JD, Dunn L, West C, et al. Association between pro- and anti-inflammatory cytokine genes and a symptom cluster of pain, fatigue, sleep disturbance, and depression. *Cytokine.* 2012;58:437–47.
95. Traks T, Koido K, Eller T, Maron E, Kingo K, Vasar V, et al. Polymorphisms in the interleukin-10 gene cluster are possibly involved in the increased risk for major depressive disorder. *BMC Med Genet.* 2008;16:9–111.

96. Guimarães AL, de Sá AR, Victoria JM, de Fátima Correia-Silva J, Gomez MV, Gomez RS. Interleukin-1beta and serotonin transporter gene polymorphisms in burning mouth syndrome patients. *J Pain*. 2006;7:654-8.
97. Gratacòs M, Costas J, de Cid R, Bayés M, González JR, Baca-García E, et al., Psychiatric Genetics Network Group. Identification of new putative susceptibility genes for several psychiatric disorders by association analysis of regulatory and non-synonymous SNPs of 306 genes involved in neurotransmission and neurodevelopment. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2009;150B:808-16.
98. Graf C, Kuehne C, Panhuysen M, Puetz B, Weber P, Holsboer F, et al. Corticotropin-releasing hormone regulates common target genes with divergent functions in corticotrope and neuronal cells. *Mol Cell Endocrinol*. 2012;362(1-2):29-38.
99. Treister R, Pud D, Ebstein RP, Laiba E, Raz Y, Gershon E, et al. Association between polymorphisms in serotonin and dopamine-related genes and endogenous pain modulation. *J Pain*. 2011;12:875-83.
100. Treister R, Pud D, Ebstein RP, Laiba E, Gershon E, Haddad M, et al. Associations between polymorphisms in dopamine neurotransmitter pathway genes and pain response in healthy humans. *Pain*. 2009;147(1-3):187-93.
101. Julien N, Arsenault P, Marchand S. Widespread pain in fibromyalgia is associated to a deficit of endogenous pain inhibition. *Pain*. 2005;114:295-302.
102. Kosek E, Hansson P. Modulatory influence on somatosensory perception from vibration and heterotopic noxious conditioning stimulation (HNCS) in fibromyalgia patients and healthy subjects. *Pain*. 1997;70:41-51.
103. Lautenbacher S, Rollman GB. Possible deficiencies of pain modulation in fibromyalgia. *Clin J Pain*. 1997;13:189-96.
104. De Tommaso M, Federici A, Serpino C, Vecchio E, Franco G, Sardaro M, et al. Clinical features of headache patients with fibromyalgia comorbidity. *J Headache Pain*. 2011;12:629-38.
105. Mutschler I, Ball T, Wankerl J, Strigo IA. Pain and emotion in the insular cortex: evidence for functional reorganization in major depression. *Neurosci Lett*. 2012;520:204-9.
106. Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS, Alexander RW, Triana-Alexander M, Martin MY, et al. Psychiatric diagnoses in patient with fibromyalgia are related to health-care seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum*. 1995;39:436-45.
107. Wilke WS, Gota CE, Muzina DJ. Fibromyalgia and bipolar disorder: a potential problem. *Bipolar Disord*. 2010;12:514-20.
108. Wallace D, Gotto J. Hypothesis: bipolar illness with complaints of chronic musculoskeletal pain is a form of pseudofibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum*. 2008;37:256-9.
109. Mahmood T, Romans S, Silverstone T. Prevalence of migraine in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 1999;52:239-41.
110. McIntyre RS, Konarski JZ, Wilkins K, Bouffard B, Soczynska JK, Kennedy SH. The prevalence and impact of migraine headache in bipolar disorder: results from the Canadian Community Health Survey. *Headache*. 2006;46:973-82.
111. Low NC, Du Fort GG, Cervantes P. Prevalence, clinical correlates, and treatment of migraine in bipolar disorder. *Headache*. 2003;43:940-9.
112. Oedegaard KJ, Fasmer OB. Is migraine in unipolar depressed patients a bipolar spectrum trait. *J Affect Disord*. 2005;84:233-42.
113. Fasmer OB, Oedegaard KJ. Clinical characteristics of patients with major affective disorders and comorbid migraine. *World J Biol Psychiatry*. 2001;2:149-55.
114. Strakowski SM, Delbello MP, Adler CM. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. *Mol Psychiatry*. 2005;10:105-16.
115. Ehnvall A, Mitchell PB, Hadzi-Pavlovic D, Loo C, Breakspear M, Wright A, et al. Pain and rejection sensitivity in bipolar depression. *Bipolar Disord*. 2011;12:59-66.
116. Spina E, Perugi G. Antiepileptic drugs: indications other than epilepsy. *Epileptic Disord*. 2004;6:57-75.
117. Greco T, Eckert G, Kroenke K. The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *J Gen Intern Med*. 2004;19:813-8.
118. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med*. 1995;25:1171-80.
119. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med*. 2007;69:860-3.
120. Dowrick C, Katona C, Peveler R, Lloyd H. Somatic symptoms and depression: diagnostic confusion and clinical neglect. *Br J Gen Pract*. 2005;55:829-30.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo de revisión

Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos



Adalberto Campo-Arias^{a,b,*} y Edwin Herazo^a

^a Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (Human Behavioral Research Institute), Bogotá, Colombia

^b Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de mayo de 2016

Aceptado el 25 de agosto de 2016

On-line el 8 de octubre de 2016

Palabras clave:

Conducta sexual

Sexo

Género

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Revisión

R E S U M E N

Los comportamientos humanos tienen diferentes significados según el momento histórico y el contexto. En este artículo se toman los comportamientos sexuales como categoría que permite analizar la manera en que se estructura la nosología psiquiátrica manifiesta en textos como el DSM-5. El desarrollo de estos manuales diagnósticos dista de hacerlos herramientas libres de subjetividades y de la injerencia de elementos de poder, expresados en cómo se asumen la salud, la enfermedad, la salud mental y los trastornos mentales, en suma, lo normal y lo patológico.

Cada nuevo diagnóstico o incluso su eliminación y la recomposición de los distintos criterios diagnósticos, especialmente en el campo de los comportamientos sexuales, representan visiones de cómo se concibe la vida humana individual y colectiva y una expresión de los intentos certeros de controlar las sexualidades humanas por medio de la medicalización de los comportamientos, a lo cual se suman consideraciones morales, religiosas e incluso legales.

Categorías como la disforia de género, las parafilias o los trastornos parafilicos son ejemplos de cómo los límites que se pretende instituir a una perspectiva biomédica son, además de incompletos e imprecisos, hechos que violentan la construcción individual y social de las sexualidades y la concepción misma de salud mental, con lo que se evidencian las dificultades y las controversias persistentes en cómo se elaboran las clasificaciones psiquiátricas.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia. Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Magdalena, Carrera 32 No 22-08, Santa Marta, Colombia (470004).

Correos electrónicos: campoarias@comportamientohumano.org, acampo@unimagdalena.edu.co (A. Campo-Arias).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.008>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Innovations, Reviews and Proposals on the DSM-5: the Case of Sexual Dysfunctions, Gender Dysphoria and Paraphilic Disorders

A B S T R A C T

Keywords:

Sexual behaviour
Sex
Gender identity
Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders
Review

Human behaviours have different meanings according to the historical moment and context. In this article sexual behaviours are taken as a category in order to analyse how psychiatric nosology is structured, as manifested in texts such as the DSM-5. The development of these diagnostic manuals are tools that are far from being free of subjectivities and interference of elements of power, expressed in the way health, illness, mental health, and mental disorders, are assumed; in short, the normal and pathological.

Each new diagnosis, or even its elimination, and the recomposing of the different diagnostic criteria, especially in the field of sexual behaviour, present visions of how individual and collective human life is conceived, as well as an expression of accurate attempts to control human sexualities through the medicalisation of behaviour, coupled with moral, religious, and even legal considerations.

Categories such as gender dysphoria, paraphilia or paraphilic disorders are examples of how the limits intended to establish a biomedical perspective are also incomplete and imprecise. These violate individual and social construction of sexualities and the conception of mental health, showing persistent difficulties and controversies that are evident in the way psychiatric classifications are made.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La visión de las religiones cristianas ha considerado pecado, o por lo menos indeseables, algunos comportamientos sexuales sin fines reproductivos¹⁻⁴. Incluso esos comportamientos tuvieron connotaciones de actos ilegales y se elevaron a la categoría de hechos punibles⁵⁻⁹. En el proceso de identificar las causas o los factores predisponentes del comportamiento sexual considerado «criminal», la medicina y la psicología aplicaron a los comportamientos sexuales indeseados la categoría de «enfermedad» o «trastorno mental», lo que facilitó la medicalización, la patologización y la psicologización^{5,10-13}. Así como el «diagnóstico» y los aspectos asociados al contexto clínico confieren autoridad a la medicina y los médicos, el trastorno mental da «poder» a la psiquiatría y los psiquiatras¹⁴.

La medicalización de los comportamientos sexuales se institucionaliza con la inclusión en las clasificaciones internacionales de enfermedades, como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵ y el Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association (APA)¹⁶. Con ello, se fortalece la oposición política de grupos que luchan por la igualdad y la diversidad sexuales, que se apartan de la perspectiva hegemónica y buscan la exclusión de algunos comportamientos de dichas clasificaciones^{10-12,16-18}.

El objetivo de esta revisión es analizar las categorías de trastornos mentales en la clasificación más reciente de la APA, el DSM-5, que incluye en los criterios diagnósticos algún comportamiento sexual.

Desarrollo del tema

En atención a las controversias que se suscitan con la presentación de cada nueva versión del DSM^{19,20}, en la más reciente (DSM-5) se introdujeron algunos cambios que implican una renovación de los principios que sigue el manual y con ellos la modificación en la forma general de entender o interpretar el conjunto de pensamientos, emociones y comportamientos que se puede considerar que hacen parte de un trastorno mental²¹.

No obstante, dado el proceso de fortalecimiento de la inclusión de la psiquiatría en la medicina^{11,12,17,18}, es necesario tener presente la definición de «enfermedad» en el contexto de entidades «físicas», lo cual no deja de ser problemático, por las distintas maneras de concebirla²². En una primera concepción de enfermedad, se le da el nombre de «naturalista» y se entiende que la «enfermedad» posee bases biológicas en las que existen «clases funcionales de referencia» uniformes según el sexo o la edad de las especies²³. Entonces, se valida el concepto de una función normal, con una distribución estadística típica, que hace posible la supervivencia y la reproducción de las especies. De tal suerte, «enfermedad» es un funcionamiento anormal del organismo y «salud», la ausencia de enfermedad^{22,23}. A una segunda perspectiva se la conoce como «normativista». Esta concibe la «enfermedad» como un distanciamiento del funcionamiento que se considera deseable, lo que implica una brecha entre los comportamientos y las normas sociales establecidas²². Con ello, la definición de «salud» incluye un juicio, un patrón, de lo permitido o admitido y, en consecuencia, «enfermedad» es la situación que se aparta de la norma socialmente instituida^{22,24}. Por último, una

tercera perspectiva, mixta, incorpora los aspectos favorables y las limitaciones de las visiones naturalista y normativista para entender el fenómeno salud-enfermedad, puesto que en conjunto explican mejor un mayor número de casos considerados «enfermedad»²². La noción actual de «enfermedad» parte de la presencia de una alteración corporal que se manifiesta en síntomas y signos predecibles, a los que subyace un daño en la estructura o el funcionamiento del órgano enfermo, desde la postura naturalista, mientras que para los normativistas la «enfermedad» es intangible, su esencia está en lo conceptual e inferencial, asociada al concepto de «normalidad» en un contexto particular²²⁻²⁴.

Desde el plano institucional, la OMS entiende la salud mental como «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad»²⁵. Por su parte, la APA define «trastorno mental» como «un estado de salud caracterizado por disfunción significativa en cognición, las emociones o el comportamiento que reflejan una alteración en los procesos psicológicos y biológicos o en el desarrollo subyacente al funcionamiento mental. Algunos trastornos solo se diagnostican una vez generan malestar clínicamente importante o causan deterioro en el funcionamiento. Un trastorno mental no es simplemente una respuesta esperada o culturalmente aceptada para un evento vital específico, como la muerte de un ser querido, ni un comportamiento culturalmente desviado (político, religioso o sexual), tampoco un conflicto entre el individuo y la sociedad, a menos que la desviación o el conflicto generen una disfunción en el individuo»¹⁶.

En Colombia, la Ley 1616 de 2013 define salud mental como «un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad»²⁶. Esta forma de conceptualizar la salud mental refleja los aspectos centrales de la definición de la OMS²⁵ y lleva implícito que es el estado o situación distintos de un trastorno mental como lo entiende la APA y, además, mantiene como esencial el vínculo de las personas al aparato productivo, lo que de paso valida el sistema económico dominante en el mundo occidental¹⁶.

Si se considera la definición general de «enfermedad», el concepto de «trastorno mental» actualmente presenta un problema central, puesto que los estudios disponibles no muestran daño o disfunción cerebral específicos de cada uno de los llamados trastornos mentales y debe asumirse que los síntomas y signos observados son manifestaciones indirectas de una lesión o alteración funcional en alguna estructura cerebral^{11,12,22-24,27}. Asimismo, en la definición de «trastorno mental» es más evidente que en las «enfermedades físicas» el componente normativista del concepto, ya que explicita la importancia de los aspectos culturales y contextuales para el diagnóstico formal de un «trastorno mental»^{12,22}. En otras palabras, se da al conjunto de síntomas, sin clara explicación etiológica, fisiológica o patológica, la denominación de «enfermedad» o «trastorno» mental, un constructo teórico transformado en una entidad real²⁸.

Tabla 1 – Categorías diagnósticas

1. Trastornos del desarrollo neurológico
2. Trastornos de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados
4. Trastornos depresivos
5. Trastornos de ansiedad
6. Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados
7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
8. Trastornos disociativos
9. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
10. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
11. Trastornos de la excreción
12. Trastornos del sueño-vigilia
13. Disfunciones sexuales
14. Disforia de género
15. Trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta
16. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
17. Trastornos neurocognitivos
18. Trastornos de la personalidad
19. Trastornos parafilicos
20. Otros trastornos mentales
21. Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
22. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Basado en DMS-5¹⁶.

En el DSM-5 se sigue un modelo neurobiológico e intenta, sin pleno éxito, que se consideren los trastornos mentales como un espectro de categorías, en una secuencia general de diagnósticos principales que se inicia con trastornos del desarrollo neurológico y termina en «otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica»^{29,30} (tabla 1). El cambio más relevante en las categorías que incluyen comportamientos sexuales en sus criterios es que los «trastornos» incluidos en ellas se ubican en tres categorías separadas: disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafilicos³¹.

Con base en el modelo clásico fisiológico de respuesta sexual, las disfunciones sexuales se definen según las distintas etapas de la respuesta sexual: deseo, excitación, meseta y resolución, con las diferencias que se dan por exclusión entre mujeres y varones¹⁶ (tabla 2).

La principal novedad sobre los comportamientos sexuales está en que las disfunciones sexuales se toman como entidades clínicamente distintas y desligadas significativamente del

Tabla 2 – Disfunciones sexuales

- Eyacuación retardada
- Trastorno eréctil
- Trastorno orgásmico femenino
- Trastorno del interés/excitación sexual femenino
- Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración
- Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón
- Eyacuación prematura (precoz)
- Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos
- Otra disfunción sexual especificada
- Disfunción sexual no especificada

Basado en DMS-5¹⁶.

Tabla 3 – Disforia de género

Disforia de género en niños
 Disforia de género en adolescentes y adultos
 Otra disforia de género especificada
 Disforia de género no especificada

Basado en DMS-5¹⁶.

comportamiento de género, que se ubican, no obstante, seguidamente a las disfunciones sexuales¹⁶. De la nueva edición se ha eliminado o no tiene equivalente el «trastorno por aversión sexual»³². Asimismo, el «trastorno del interés/excitación sexual femenino» reúne dos trastornos imbricados que en la clasificación anterior se presentaban como distintos, el «trastorno de deseo sexual hipoactivo» y el «trastorno de excitación sexual femenino». La misma suerte corrieron la «dispareunia» y el «vaginismo», que se reagrupan en el «trastorno de dolor genito-pélvico/penetración», que hace más énfasis en la penetración que en el espasmo vaginal para el diagnóstico^{33,34}. Es posible que con estos cambios se incrementen la validez y la confiabilidad de estos diagnósticos³³. Los trastornos incluidos en esta categoría se detallan en la tabla 3.

En la «disforia de género», antes denominada «trastorno de identidad de género», se eliminó el criterio de exclusión del DSM-IV de las condiciones intersexuales. No obstante, permite especificadores para la concomitancia de trastornos del desarrollo sexual y el proceso de reasignación de género. Los especificadores para la orientación sexual se eliminaron de la versión más reciente³⁴. Además, se debe especificar si se observan en presencia de un trastorno del desarrollo sexual como trastorno adrenogenital congénito, hiperplasia adrenal congénita o síndrome de insensibilidad androgénica. De igual manera, se presenta una nota de codificación para la codificación tanto de la disforia de género como del trastorno del desarrollo sexual¹⁶.

La segunda modificación se observa en la exclusión de los trastornos parafilicos de los «trastornos sexuales» y la reubicación en una categoría distinta, posterior a los trastornos de personalidad²⁹⁻³¹. Esto denota el renovado enfoque de los trastornos parafilicos más parecidos a las características de personalidad, como patrones de comportamientos estables o persistentes y difíciles de modificar sustancialmente y como entidades que, si tienen importancia clínica, son lo suficientemente distintos de las disfunciones sexuales y la disforia de género³¹.

Igualmente, se hace una diferenciación entre «parafilia» y «trastornos parafilicos». Define parafilia como «cualquier interés sexual intenso y persistente que no sea el interés sexual en la estimulación genital o caricias preparatorias con las parejas humanas fenotípicamente normales, físicamente maduras, consintiendo» y define como «trastorno parafílico» las parafilias que causan malestar o deterioro a la persona o daño a los demás¹⁶. La presencia de parafilia es un elemento necesario mas no suficiente para el diagnóstico de trastorno parafílico (tabla 4)³⁵.

Por una parte, es muy complicado hacer práctica y sin equívocos una diferencia entre las dos «condiciones» y, además, en ambos grupos se concibe como «patológicos» los deseos

Tabla 4 – Trastornos parafilicos

Trastorno de voyeurismo
 Trastorno de exhibicionismo
 Trastorno de froteurismo
 Trastorno de masoquismo sexual
 Trastorno de sadismo sexual
 Trastorno de pedofilia
 Trastorno de fetichismo
 Otro trastorno parafílico especificado
 Trastorno parafílico no especificado

Basado en DMS-5¹⁶.

sexuales no centrados exclusivamente en los genitales sin que la diferencia implique por sí sola en qué situaciones ameritan tratamiento o intervenciones clínicas, dado que una parafilia no conlleva necesariamente un trastorno parafílico^{31,36}. Estas categorías son un buen ejemplo de la medicina como biopoder, con actuaciones en el control de los cuerpos y los comportamientos³⁷.

Por otra parte, se incluyeron los especificadores «en remisión» y «en un ambiente controlado» si la persona se encuentra en un ambiente en el que no puede ejercer la parafilia³⁴. Y se precisan diferencias de edades para la definición de trastorno por pedofilia³⁸.

En casos de voyeurismo, se debe especificar si sexualmente excitado por exposición de genitales a niños prepúberes, sexualmente excitado por exposición de genitales a individuos físicamente maduros o sexualmente excitado por exposición de genitales a niños prepúberes o individuos físicamente maduros^{16,31}. Para masoquismo sexual, es necesario especificar la presencia de asfixiofilia. Y para trastorno de travestismo, se debe especificar si coexiste con fetichismo o con autoginofilia^{16,36}.

Igualmente, se hace mención al comportamiento sexual en el criterio A, inciso 4, del trastorno de personalidad límite en relación con impulsividad, que puede ser de una u otra forma autolesiva (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios, etc.)¹⁶.

Discusión

Estas tres secciones y en particular los trastornos parafilicos muestran varias contradicciones que ameritan una revisión detallada, y es evidente que la categoría disforia de género debió omitirse en esta versión de la clasificación^{5,31-33}.

Las clasificaciones, tanto en medicina en general como en psiquiatría en particular, pueden dar lugar a la cosificación, hacen tangibles planteamientos teóricos, hipotéticos, la categorización arbitraria del comportamiento humano y la exclusión social de personas que se «apartan» de los preceptos hegemónicos, en un ejercicio de diversos poderes^{20,22,28,39}. La aplicación de los criterios del DSM-5 seguramente incrementará el número de diagnósticos, aparecerán diagnósticos de moda, se medicalizará la normalidad y la vida cotidiana y hará de los trastornos mentales situaciones prácticamente ubicuas: la gran mayoría de las personas reunirán criterios de algún diagnóstico en un momento dado, lo que

llevaría a la humanidad a constituirse en una aldea de trastornados mentales^{17,30}.

En relación con el comportamiento sexual, Di Segni observa que la medicalización implicó la conversión de actos «naturales» en asuntos ético-morales¹⁰. Y dada la impresión heurística que muchos de estos comportamientos son la regla y no la excepción, la «normalidad» tradicional pide que lo «anormal» sea excepcional y no lo más frecuente; además, señala que la «rareza» no es un valor en sí mismo y, por lo tanto, no debe tomarse en psiquiatría como equivalente de «trastorno mental». En otras palabras, parece que el «trastorno» del comportamiento sexual se utilizara para disciplinar las «rebeldías», el distanciamiento del uso de la sexualidad solo a fines «naturalistas», y esto es más cercano a lo moral de los poderes que a lo científico. La medicina y la psiquiatría desplazaron a las religiones y los códigos jurídicos, al convertirse en el nuevo «poder» consolidado para regular el comportamiento sexual y, al mismo tiempo, en medio del dominio de un modelo económico fundamentado en la expansión del capital y los mercados que introdujo medicamentos y terapias para modificar los nuevos trastornos, lo que se ajusta por completo al denominado complejo médico-industrial⁴⁰. Es necesario pensar que la sexualidad adopta muchas formas y debe apartarse del binarismo (dicotomía) usual para valorar el comportamiento sexual (lo bueno-lo malo; lo permitido-lo prohibido). La diversidad o multiplicidad es la regla en la expresión sexual humana, carece de importancia lo que se haga, es más relevante el contexto de la expresión⁵.

Aunque la tendencia de la APA ha sido la desestigmatización de los comportamientos sexuales no normativos, no tradicionales o no hegemónicos, en la presente clasificación se incluye entre las disfunciones sexuales a las personas con deseo sexual en los extremos de la curva de distribución considerada «normal» y considera «patológico» y asigna diagnósticos a estas variaciones en el espectro de lo esperado que se prestan a controversia⁴¹. Considerar el «trastorno del interés/excitación sexual femenino» y el «trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón» como entidades clínicas que ameritan un tratamiento desconoce, por un lado, que es muy difícil la definición del deseo sexual «normal» y la alta probabilidad de gran número de falsos positivos⁴², dado que no se observan diferencias marcadas entre personas con deseo «normal» y con deseo «anormal»^{41,43,44}. De ser esto así, quiere decir, por ejemplo, que los sacerdotes de la iglesia católica, que en teoría deben permanecer célibes, tienen uno de estos trastornos. Algunas personas dirán que a través de la fe católica pueden sublimar y manejar el deseo sexual, significa entonces que quienes no sean sacerdotes y tengan el mismo comportamiento que ellos sí reúnen criterios de uno de estos trastornos. En este caso, la ausencia de fe convierte un comportamiento en un trastorno. Estos simples ejemplos dejan ver que la inclusión de los «problemas» del deseo sexual en el DSM-5 resulta ambigua^{41,44}.

Por otro lado, la diversidad de la expresión sexual está dada no solo por factores constitucionales, genéticos y biológicos⁴⁵, sino también por los componentes culturales que modulan la vida sexual, pública y privada, de las personas^{46,47}. En síntesis, se desconocen las diferencias sociales y médicas sobre las cuales se construye la sexualidad^{45,48,49}. La expresión sexual es

tan diversa y socialmente construida que en las décadas más recientes se han ampliado aún más las formas al extenderse el uso de internet⁵⁰⁻⁵², y con ello nuevos comportamientos que patologizar^{53,54}.

La disforia de género, sin duda, es la nueva categoría que más polémica ha generado^{31,32,36}. Algunos autores indican que eliminar de la nominación la palabra «trastorno» implica un cambio favorable, ya que la «disforia» es una situación o condición menor que un trastorno³². Sin embargo, tiene una clara carga «psiquiatrizadora» del comportamiento humano⁵⁵.

No obstante, la persistencia en esta nueva versión del DSM es incongruente con otras decisiones en condiciones similares, en particular con la decisión de excluir la homosexualidad como diagnóstico, aun después de considerar las diferencias conceptuales existentes entre género y orientación sexual⁵⁶⁻⁵⁸. Igualmente, se considera que la nominación «disforia de género» es excluyente y mantiene vivo el estigma para las personas transgénero y transexuales⁵⁹. Este proceso es similar al que lideró el psiquiatra Robert Spitzer en 1973 dentro de la APA y llevó a la decisión de excluir la homosexualidad del manual diagnóstico, en la que primaron, según algunos, razones más políticas que científicas^{31,60-62}.

Los detractores del diagnóstico de disforia de género consideran que se relaciona con los prejuicios persistentes en el grupo de trabajo de la clasificación, y la psiquiatría en general, que históricamente ha mostrado altos matices de racismo, misoginia, homofobia, etc.^{63,64}, sin mencionar la vinculación de psiquiatras al régimen nazi^{65,66} y más recientemente el papel que llegaron a tener algunos psicólogos en las torturas ejecutadas por la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos, como quedó expuesto en el Informe Hoffman en 2015⁶⁷. De hecho, el mismo Robert Spitzer publicó en 2001 un artículo en el que mostraba la posibilidad de una «cura» de la homosexualidad⁶⁸, de lo cual una década después se retractó y se disculpó ante la comunidad gay porque el estudio divulgó la falsa conclusión de alguna utilidad de las terapias «reparadoras» para gays y lesbianas⁶⁹.

Probablemente, la disforia de género persiste en el DSM-5, dada la dificultad que implica desligarse por completo de la tendencia a considerar enfermedad todo comportamiento sexual disidente⁵. Esto denota una perspectiva particularmente sesgada y sexista de la sexualidad que reedita los principios victorianos, cuando la construcción del conocimiento médico estaba exclusivamente en manos de varones «heterosexuales» de clase media^{5,70}.

Igualmente la disforia de género mantiene la categoría de trastorno mental debido a que la medicina tiene una visión limitada y dicotómica de este componente del comportamiento sexual⁵. La psiquiatría no es ajena a este fenómeno y espera implícitamente que las expresiones de género estén en plena concordancia con el sexo biológico observado^{5,11}. La vida cotidiana y la práctica clínica muestran los caminos divergentes que pueden tomar el sexo biológico y el género^{5,11,12,28,71}.

Sin embargo, las visiones más optimistas hacen pensar que la disforia de género desaparecerá de la clasificación en una próxima versión del DSM por la falta de estudios que respalden los diagnósticos y por las acciones continuas de activistas políticos a favor de la exclusión^{5,32,71,72}. Ello evidencia

nuevamente que el «diagnóstico» no solo es el resultado del trabajo científico, sino también de la gestión política¹².

En lo concerniente a los trastornos parafilicos, los ahora llamados trastorno de voyeurismo, trastorno de exhibicionismo, trastorno de froturismo y trastorno de pedofilia implican comportamientos que no consideran el asentimiento de una u otras personas participantes^{31,32,36} y sería más apropiado incluirlos en el criterio A, «patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, inciso 1, incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales» del trastorno de personalidad antisocial. Es obvio que para ello es preciso eliminar el adjetivo «dominante». Y en caso en estos comportamientos estén implicados niños, niñas o adolescentes, se debe tomar como referencia el criterio «agresión a personas o animales e incumplimiento grave de las normas» que describe el trastorno de conducta¹⁶. Sería necesario dejar los abusos, los comportamientos sexuales sin consentimiento o por coacción como problemas de la justicia y, en consecuencia, el manejo o tratamiento, en manos del sistema judicial^{5,31}.

Igualmente, era necesario eliminar de la clasificación actual el trastorno de fetichismo, el trastorno de travestismo, el trastorno de masoquismo sexual y el trastorno de sadismo sexual, puesto que representan comportamientos privados, no desconocen los derechos de otros, cuentan con el consentimiento de los participantes y no representan un riesgo mayor más allá del estigma de dar la categoría de «enfermedad» a un comportamiento o actividad privados^{5,31,32,36,73}. Además, parece innecesaria la aclaración del adjetivo «sexual» para masoquismo y sadismo, ya que no se considera en otros contextos fuera de la genitalidad³¹.

De la misma forma, es superfluo el especificador para trastorno de pedofilia («especificar si sexualmente excitado por exposición de genitales a niños prepúberes, sexualmente excitado por exposición de genitales a individuos físicamente maduros o sexualmente excitado por exposición de genitales a niños prepúberes o individuos físicamente maduros»), la especificación del sexo que genera la atracción, y si se da dentro de una relación sexual entre personas con cercano grado de consanguinidad. El incesto es más un juicio moral³⁸ y directamente relacionado con el sistema judicial si involucra a una persona que no consiente³¹. También carece de sentido poner límites a las diferencias en edades para la definición de trastorno por pedofilia, cuando se involucran adolescentes que pueden asentir sin coacción, puesto que la brecha de edad no necesariamente implica agresión o vulneración de derechos de unos de los participantes en una relación sexual. Según el contexto cultural o legal de cada país o Estado la edad para consentir una actividad sexual durante los años de la adolescencia o una vez iniciada la pubertad puede variar considerablemente^{38,74,75}.

Para trastorno de masoquismo sexual, «especificar si con asfixiofilia» y para trastorno de travestismo, «especificar si con fetichismo o con autoginofilia» es más el resultado de consenso de expertos, sin evidencia científica que garantice su validez^{31,32,76}.

Todo lo anterior se repite en las clasificaciones más recientes, las publicadas a partir de 1980, que se han preocupado más por la reproducibilidad (confiabilidad) de los «trastornos»

diagnosticados que en su validez^{11,12,28,77,78}. En psiquiatría, la validez hace alusión a si el conjunto de síntomas y hallazgos clínicos y paraclínicos a los que se da el nombre de trastorno es una entidad específica con causas, curso, tratamiento y pronóstico lo suficientemente predecibles para tomarlo como algo «real», mientras que la confiabilidad se refiere a que, si en diferentes oportunidades o distintos evaluadores realizan simultáneamente una entrevista clínica que revise el cuadro clínico, se llega a la misma decisión sobre el diagnóstico o la reunión de criterios⁷⁹.

Zucker plantea que las incongruencias que muestran las tres categorías diagnósticas que implican comportamientos sexuales se pueden resumir en cinco grandes grupos: presentar algunas definiciones por exclusión, usar criterios individuales o culturales sin un amplio razonamiento, desconocer las motivaciones de los comportamientos sexuales o los eventuales factores «etiológicos», ignorar o minimizar la importancia del consentimiento para llevar a cabo un comportamiento sexual y, finalmente, la carencia de evidencias o estudios que respalden la validez de cada «trastorno»³².

Dada la falta de respuesta a las diferentes intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para los trastornos parafilicos, sería preferible considerarlos «rasgos de personalidad», que son persistentes, y si dañan o vulneran los derechos o la integridad de otras personas, catalogarlos como rasgos «antisociales», y el manejo debe ser el dado a cualquier comportamiento criminal^{5,16}.

Los cambios en las clasificaciones internacionales con la despatologización de una parte del comportamiento sexual no garantizan la desestigmatización^{62,80}, y es más fácil instaurar un estigma que eliminar la discriminación asociada⁸¹. Lo anterior indica que es de esperar que muchas personas decidan consultar a los profesionales de la salud, por libre decisión o la presión familiar, social o institucional, por comportamientos sexuales que no implican violación de los derechos de otras personas y que se puede considerar dentro del amplio espectro, esperado y funcional, de manifestaciones de la sexualidad^{82,83}.

Desde ya, como es necesario «diagnosticar» o registrar un motivo de consulta que tenga un código predeterminado en las clasificaciones vigentes, se recomienda dar connotaciones menores a estos comportamientos sexuales que ameritan consulta, esforzarse en no psicologizar, psiquiatrizar o medicalizar. Sería preferible y casi siempre acertado escoger algunos de los diagnósticos incluidos en «Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica»¹⁶.

En este grupo de posibilidades diagnósticas menos estigmatizantes y que no aluden directamente al comportamiento sexual, se incluyen «problemas de relación» (relaciones padre/cuidador y niños o similares: Z62.820) para los casos en que la relación se afecta negativamente por el género u orientación sexual de los hijos y «otros trastornos relacionados con el entorno social» (exclusión o rechazo social: Z60.4; blanco —percibido— de discriminación adversa o persecución: Z60.5) en las situaciones en que se evidencia estigma/discriminación que genera malestar con la identidad sexual, y «otros encuentros con los servicios sanitarios» (como asesoramiento sexual: Z70.9) para resolver dudas e inquietudes en relación con el sexo, el género o la orientación sexual¹⁶.

También se puede preferir «comportamiento antisocial del adulto» (Z72.811) o «comportamiento antisocial infantil o adolescente» (Z72.810) para los comportamientos sexuales aislados, no repetitivos, que ignoran los derechos de otras personas¹⁶. Por analogía, esto es lo que ocurre con el trastorno de personalidad antisocial, que se considera «trastornos mentales»; no obstante, el manejo principal está en manos del sistema legal cuando se vulneran los derechos de otros ciudadanos, y no a cargo del sistema de salud, como se suele recomendar en caso de infracciones o delitos sexuales, sin que se excluya al sector salud del proceso de resocialización de estas personas^{84,85}. En este punto es imperativo destacar la superposición entre la psiquiatría y el sistema legal, ya que históricamente se relacionaron los trastornos mentales y la infracción de las normas legales, especialmente en el contexto sexual^{84,86,87}. Foucault precisó que con frecuencia se ha asociado el comportamiento sexual no convencional, no hegemónico, a actos criminales como una forma de vigilar, disciplinar, controlar y castigar cualquier comportamiento considerado «no moral»⁸⁶.

Es preciso tener presente que el concepto de «enfermedad» en el contexto de la psiquiatría actualmente muestra varias limitaciones, que se hacen más evidentes cuando se quiere dar la nominación de «trastorno» a algunos comportamientos sexuales^{26,77,88-90}. El comportamiento sexual es discursivo y las divergencias o variables no son en sí mismas trastorno⁹¹⁻⁹³. No obstante, la psiquiatría muestra un carácter moralista y normativista al patologizar unos comportamientos y se convierte en un dispositivo de control social^{38,55,87,91}. Asimismo se debe considerar que la psiquiatría, como el resto de la medicina, está íntimamente asociada a la economía mundial desde los inicios de la revolución industrial, y la introducción de nuevos trastornos mentales con cada nueva clasificación es beneficiosa para la industria farmacéutica, el mercado de la prescripción de medicamentos o las psicoterapias «reparadoras» y demás integrantes del complejo médico-industrial^{5,77,91,94,95}.

Conclusiones

En este artículo se toman los comportamientos sexuales como una categoría que permitiera analizar las dificultades existentes en la manera con que las clasificaciones psiquiátricas pretenden abordar y explicar los comportamientos humanos. Una perspectiva crítica de la nosología psiquiátrica va más allá de los acuerdos o desacuerdos acerca de los criterios diagnósticos incluidos o eliminados en cada nueva versión. De hecho, como lo muestra el recorrido realizado a través de los diagnósticos que incluyen algún comportamiento sexual en sus criterios, abarca la concepción que se tiene de salud, salud mental, trastorno mental, normalidad y anormalidad.

El continuo establecimiento de comportamientos humanos cargados de significados patológicos y presentados como diagnósticos médicos es una muestra irrefutable de la medicalización de la vida cotidiana, que involucra las expresiones de la sexualidad de las personas, incluso en sus aspectos más íntimos, con una carga adicional de control de los cuerpos y de las vidas individuales y colectivas, como un ejercicio más de poder de las visiones hegemónicas de la salud. La polémica

acerca de la patologización de los comportamientos sexuales en particular y la nosología psiquiátrica en general está lejos de acabarse.

Conflictos de interés

Ningún conflicto de interés que declarar.

Agradecimientos

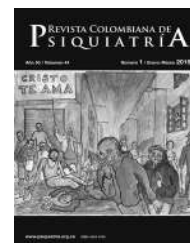
Al Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (*Human Behavioral Research Institute*), Bogotá, y la Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia, por el apoyo financiero para esta revisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badinter E. XY, la identidad masculina. Bogotá: Norma; 1993.
2. Foucault M. Historia de la sexualidad. El uso de los placeres. 11.ª ed Madrid: Siglo XXI; 1998.
3. Puyana G. La homosexualidad en el hombre. Bogotá: Panamericana; 2012.
4. Torres M. La homosexualidad humana es compulsiva. Bogotá: Digiprint; 2013.
5. Di Segni S. Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2013.
6. Nicola J. La cuestión homosexual. México: Fontamara; 2002.
7. Fone B. Homofobia: Una historia. México: Océano; 2008.
8. Ardila R. Homosexualidad y psicología. 2.ª ed Bogotá: Manual Moderno; 2009.
9. Álvarez-Gayou JL. Los rostros de la homosexualidad. Una mirada desde el escenario. México: Manual Moderno; 2013.
10. Foucault M. La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: La Piqueta; 1990.
11. Pilgrim D. The survival of psychiatric diagnosis. *Soc Sci Med*. 2007;65:536-47.
12. Moncrieff J. Psychiatric diagnosis as a political device. *Soc Theor Health*. 2010;8:370-82.
13. Gay Zanotti P. La identidad homosexual de Platón a Marlene Dietrich. México: Fondo de Cultura Económica; 2010.
14. Jutel A. Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociol Health Illness*. 2009;31:278-99.
15. Organización Mundial de la Salud Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10.ª ed. Madrid: Meditor; 1993.
16. Asociación Psiquiátrica Americana. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Barcelona: Masson; 2013.
17. France A. The new crisis in confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med*. 2013;159:221-2.
18. Romelli K, Frigerio A, Colombo M. DSM over time: From legitimisation of authority to hegemony. *BioSoc*. 2015;1. doi:10.1057/biosoc.2015.1.
19. Craddock N, Mynors-Wallis L. Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. *Br J Psychiatry*. 2014;204:93-5.
20. Ghaemi SN. DSM-5 and the miracle that never happens. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129:410-2.
21. Möller HJ. The consequences of DSM-5 for psychiatric diagnosis and psychopharmacotherapy. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014;18:78-85.

22. Ereshefsky M. Defining 'health' and 'disease'. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci.* 2009;40:221-7.
23. Hamilton RP. The concept of health: beyond normativism and naturalism. *J Eval Clin Pract.* 2010;16:323-9.
24. Lemoine M. Defining disease beyond conceptual analysis: an analysis of conceptual analysis in philosophy of medicine. *Theor Med Bioethics.* 2013;34:309-25.
25. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental? 2007 citado 10 Oct 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
26. Ley 1616 (enero 21) por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2013.
27. McHugh PR, Slavney PR. The perspectives of psychiatry. 2.^a ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1998.
28. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Ann Rev Clin Psychol.* 2010;6:155-79.
29. Krieger S, Bester SE. A critical engagement with the DSM-5 and psychiatric diagnosis. *J Psychol Afr.* 2014;24:393-401.
30. Muñoz LF, Jaramillo LE. DSM-5. ¿Cambios significativos? *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2015;35:111-21.
31. Ross CA. Commentary Problems with the sexual disorders sections of DSM-5. *J Child Sex Abuse.* 2015;24:195-201.
32. Zucker KJ. DSM-5. Call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders. *Arch Sex Behav.* 2013;42:669-74.
33. Sandín B. DSM-5. ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2013;18:255-86.
34. Ehret AM, Berking M. From DSM-IV to DSM-5: What has changed in the new edition. *Verhaltenstherapie.* 2013;23:258-66.
35. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Ter Psicol.* 2014;32:65-74.
36. Fedoroff JP, Di Gioacchino L, Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5. *Curr Psychiatry Report.* 2013;15:1-6.
37. Butler J. Cuerpos que importan. México: Paidós; 2002.
38. Green R. Sexual preference for 14-year-olds as a mental disorder: You can't be serious!! *Arch Sex Behav.* 2010;39:585-6.
39. Martínez A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Madrid: Anthropos; 2008.
40. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med.* 1980;303:963-70.
41. Turner D, Schöttle D, Bradford J, Briken P. Assessment methods and management of hypersexuality and paraphilic disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27:413-22.
42. Wakefield JC. The DSM-5's proposed new categories of sexual disorder: The problem of false positives in sexual diagnosis. *Clin Soc Work J.* 2012;40:213-23.
43. Yule MA, Brotto LA, Gorzalka BB. Sexual fantasy and masturbation among asexual individuals. *Can J Hum Sex.* 2014;23:89-95.
44. Brotto LA, Yule MA, Gorzalka BB. Asexuality An extreme variant of sexual desire disorder? *J Sex Med.* 2015;12:646-60.
45. Jannini EA, Burri A, Jern P, Novelli G. Genetics of human sexual behavior: Where we are, where we are going. *Sex Med Rev.* 2015;3:65-77.
46. Murdock GP. Cultura y sociedad. México: Fondo de Cultura Económica; 1997. p. 79-84.
47. Harris M. Antropología cultural. Madrid: Alianza; 1998.
48. Holland J. Una breve historia de la misoginia. México: Océano; 2010.
49. Giami A. Between DSM and ICD. Paraphilias and the transformation of sexual norms. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1127-38.
50. Döring NM. The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Comput Hum Behav.* 2009;25:1089-101.
51. Snagowski J, Brand M. Symptoms of cybersex addiction can be linked to both approaching and avoiding pornographic stimuli: results from an analog sample of regular cybersex users. *Front Psychol.* 2015;6:653.
52. Fay D, Haddadi H, Seto MC, Wang H, Kling C. An exploration of fetish social networks and communities. En: Wierzbicki A, Brandes U, Schweitzer F, Pedreschi D, editores. *Advances in network science.* New York: Springer; 2016. p. 195-204.
53. Wéry A, Billieux J. Problematic cybersex: Conceptualization, assessment, and treatment. *Addict Behav.* 2015 Nov 29 Epub ahead of print. pii: S0306-4603(15)30058-7. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.007.
54. Wéry A, Billieux J. Online sexual activities: An exploratory study of problematic and non-problematic usage patterns in a sample of men. *Comput Hum Behav.* 2016;56:257-66.
55. Caponi SN. Biopolitics and psychiatrization of life. *Braz J Ment Health.* 2015;7:72-85.
56. Campo-Arias A. Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colomb Med.* 2010;41:179-85.
57. Miccio-Fonseca LC. Response to Ross's Commentary: Problems with the Sexual Disorders Sections of DSM-5. *J Child Sex Abuse.* 2015;24:202-9.
58. DeFeo J. Understanding sexual, paraphilic, and gender dysphoria disorders in DSM-5. *J Child Sex Abuse.* 2015;24:210-5.
59. Davy Z. The DSM 5 and the politics of diagnosing transpeople. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1165-76.
60. Lamberg L. Gay is okay with APA—forum honors landmark 1993 events. *JAMA.* 1999;280:97-9.
61. Mendelson G. Homosexuality and psychiatric nosology. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37:678-83.
62. Anderson JR, Holland E. The legacy of medicalising 'homosexuality': A discussion on the historical effects of non-heterosexual diagnostic classifications. *Sensoria.* 2015;11:4-15.
63. Singy P. What's wrong with sex. *Arch Sex Behav.* 2010;39:1231-3.
64. Adelson SL. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:957-74.
65. Seeman MV. Psychiatry in the Nazi era. *Can J Psychiatry.* 2005;50:218-25.
66. Strous RD. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. *Ann Gen Psychiatry.* 2007;6: 1-6.
67. Hoffman DH, Carter DJ, Viglucci CR, Benzmler HL, Guo AX, Lafti SY, et al. Independent review relating to APA ethics guidelines, national security interrogations, and torture. Report to the special committee of the Board of Directors of the American Psychological Association. Washington: Sidley Austin LLP; 2015.
68. Spitzer RL. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav.* 2003;32:403-17.
69. Spitzer RL. Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality. *Arch Sex Behav.* 2012;41:747.
70. Martin JI. Nosology, etiology, and course of gender identity disorder in children. *J Gay Lesb Mental Health.* 2008;12:81-94.
71. Daley A, Mulé NJ. LGBTQs and the DSM-5: a critical queer response. *J Homosex.* 2014;61:1288-312.
72. Kraus C. Classifying intersex in DSM-5: Critical reflections on gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1147-63.
73. Morales MC. Jóvenes, sexualidad y políticas. Salud sexual y reproductiva en Colombia (1992-2005). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología; 2010.
74. Gijs L, Carroll RA. Should transvestic fetishism be classified in DSM 5? Recommendations from the WPATH Consensus

- Process for revision of the diagnosis of transvestic fetishism. *Int J Transgend*. 2010;12:189-97.
75. Frances A. Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatr Times*. 2010;27:9.
 76. Balon R. Politics of diagnostic criteria: Specifiers of pedophilic disorder in DSM-5. *Arch Sex Behav*. 2014;43:1235-6.
 77. Middleton H. Psychiatry reconsidered. From medical treatment to supportive understanding. New York: Palgrave/McMillan; 2015.
 78. Owen MJ. New approaches to psychiatric diagnostic classification. *Neuron*. 2014;84:564-71.
 79. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*. 2010;68:319-23.
 80. Herek GM. The psychology of sexual prejudice. *Curr Direction Psychol Sci*. 2000;9:19-22.
 81. Link BG, Phelan J. Stigma power. *Soc Sci Med*. 2014;103:24-32.
 82. McManus MA, Hargreaves P, Rainbow L, Alison LJ. Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. *F1000prime Rep*. 2013;5:36.
 83. Gintner GG. DSM-5 conceptual changes: Innovations, limitations and clinical implications. *Prof Counsel*. 2014;4:179-90.
 84. McRae L. Rehabilitating antisocial personalities: treatment through self-governance strategies. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2013;24:48-70.
 85. Wortzel HS. The DSM-5 and forensic psychiatry. *J Psychiatr Pract*. 2013;19:238-41.
 86. Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
 87. Winn D, Middleton H. Time to rethink psychiatry. *Hum Givens J*. 2015;22:28-32.
 88. Timimi S. No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (CAPSID). *Self Soc*. 2013;40:6-14.
 89. Leon-Sanromà M, Mínguez J, Cerecedo MJ, Téllez J. ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Aten Primaria*. 2014;46:4-5.
 90. Timimi S. No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *Int J Clin Health Psychol*. 2014;14:208-15.
 91. Ortiz A. *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5; 2013.
 92. Middleton H, Shaw I. Distinguishing mental illness in primary care. We need to separate proper syndromes from generalised distress. *BMJ*. 2000;320:1420-1.
 93. Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry*. 2012;201:430-4.
 94. Alsina IB. El DSM, del nomenclador a la guía de tratamiento: un comentario crítico a la nosografía americana. *Psicogente*. 2015;18:117-28.
 95. Herazo E. La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2014;32 Supl 1:21-7.



Reporte de caso

Trasplante cardiaco en paciente bipolar:
reporte de caso

Ana María Ramírez-Giraldo y Diana Restrepo*

Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de septiembre de 2016

Aceptado el 27 de febrero de 2017

On-line el 3 de abril de 2017

Palabras clave:

Trastorno bipolar

Taquicardia ventricular

Trasplante de corazón

Psiquiatría

RESUMEN

Introducción: El trastorno bipolar es una afección del estado de ánimo, crónico y recurrente, que cursa con síntomas que fluctúan entre la euforia y la depresión. El trasplante cardiaco es el tratamiento de elección para pacientes con insuficiencia cardiaca y arritmias que no responden al tratamiento convencional, pero este tipo de procedimiento está contraindicado de manera absoluta o relativa para pacientes con trastorno bipolar.

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

Caso: Mujer de 34 años con trastorno bipolar desde los 13, en tratamiento con litio y aripiprazol, que requirió un trasplante cardiaco como opción terapéutica por taquicardia ventricular refractaria al tratamiento convencional. La paciente no sufrió descompensación afectiva al retirársele el litio y el aripiprazol, que se debió suspender porque se asociaron con prolongación del intervalo QTc, y permaneció eutímica a lo largo del proceso con ácido valproico y clonazepam.

Conclusiones: Este reporte de caso muestra un trasplante cardiaco exitoso en una paciente con trastorno afectivo bipolar en eutimia y sin otras contraindicaciones psicosociales para el injerto. Además, destaca la importancia del seguimiento por psiquiatría de enlace durante el proceso.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Bipolar Disorder and Heart Transplantation: A Case Report

ABSTRACT

Introduction: Bipolar disorder is a chronic and recurrent mood disease that includes symptoms that fluctuate from euphoria to depression. As a mood disorder, it is one of the main contraindications for transplantation procedures. The case is presented of a patient with bipolar disorder who had a heart transplant after a cardiac arrest. Heart transplantation is the treatment of choice in patients with heart failure and arrhythmias that do not respond to conventional treatment.

Keywords:

Bipolar disorder

Tachycardia ventricular

Heart transplantation

Psychiatry

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dianarestrepobernal@gmail.com (D. Restrepo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.02.005>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Methods: Case report and narrative review of literature.

Case report: A 34-year-old woman with bipolar disorder diagnosed when she was 13, treated with lithium and aripiprazole. She required a heart transplant as the only therapeutic option, after presenting with ventricular tachycardia refractory to conventional treatment. The patient did not suffer an emotional decompensation with the removal of the lithium and aripiprazole that were associated with prolonged QTc interval, and remained eurythmic throughout the process.

Discussion: Heart transplantation can be performed safely and successfully in patients with bipolar disorder, when suitably followed-up by a liaison psychiatry group.

Conclusions: Bipolar disorder should not be considered as an absolute contraindication for heart transplantation.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trastorno bipolar es una afección del estado de ánimo, crónico y recurrente, que cursa con síntomas que fluctúan entre la euforia y la depresión, se presenta en varones y mujeres y se inicia entre los 20 y los 30 años¹. Afecta a un 2-3% de la población mundial, de modo que es más común que otras enfermedades médicas como la diabetes mellitus tipo 1, la artritis reumatoide y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Estudios recientes han demostrado que el trastorno bipolar es la sexta causa de discapacidad en el mundo y se asocia a altas tasas de morbilidad y mortalidad. Se diferencian 2 tipos de este trastorno: el tipo I, caracterizado por episodios de manía y depresión, y el tipo II, por episodios de hipomanía y depresión²; el primero tiene en Colombia una prevalencia vital del 1,3% y el segundo, del 0,2%³.

La taquicardia ventricular se presenta con frecuencia en pacientes con cardiopatía estructural y se asocia con muerte súbita. En general su tratamiento es curativo mediante fármacos antiarrítmicos, terapia de ablación o implante de cadiodesfibriladores; en algunos casos refractarios, se puede necesitar el trasplante cardíaco⁴.

El trasplante cardíaco es el tratamiento de elección para los pacientes con insuficiencia cardíaca y arritmias que no responden al tratamiento convencional farmacológico y no farmacológico disponible⁵. En Colombia es el tercer trasplante de órgano sólido más realizado, precedido por el trasplante renal y hepático. Entre enero y noviembre de 2015, se realizaron en Colombia 1.096 trasplantes, de los cuales 157 fueron de corazón⁶. Tradicionalmente la enfermedad psiquiátrica grave —como el trastorno afectivo bipolar— se ha considerado una contraindicación para el trasplante de órganos sólidos⁷; pese a esto, múltiples estudios que relacionan el trastorno bipolar con el síndrome metabólico han encontrado una alta prevalencia de este en comparación con la población general, el 8 frente al 17% en Italia, el 19 frente al 27% en Bélgica y un 36-49 frente al 32% en Estados Unidos; además, se ha evidenciado la alta mortalidad cardiovascular de estos pacientes, que posiblemente se explique por sus factores de riesgo relacionados con el trastorno bipolar, como hipertensión, obesidad, dislipemia y diabetes mellitus⁸.

Si bien el número de pacientes en lista de espera aumenta año tras año, el número de pacientes trasplantados

permanece estable entre 4.000 y 5.000 por año. Esto obedece a que el número de donantes no aumenta proporcionalmente, lo que exige que los pacientes candidatos sean cuidadosamente seleccionados para que respondan a las expectativas que se tienen⁹.

El objetivo de este artículo es reportar el caso de una mujer con trastorno bipolar que requirió un trasplante de corazón debido a una taquicardia ventricular refractaria al tratamiento convencional. Se describe el proceso de evaluación y acompañamiento durante el proceso previo al trasplante y el posoperatorio inmediato por parte de psiquiatría.

Métodos

Reporte de caso y revisión narrativa de la literatura. Se obtuvo de la paciente el consentimiento informado, en el que se le explicó claramente el uso académico de la información clínica y se le garantizó la confidencialidad de los datos.

Se tuvo en cuenta los lineamientos establecidos en el reporte Belmont¹⁰ y la declaración de Helsinki¹¹. La búsqueda de la información se realizó en MEDLINE y Google Scholar. Se seleccionaron estudios metanalíticos, revisiones sistemáticas y reportes de casos. Se incluyeron artículos en inglés y en español sin límites de tiempo. Los criterios de búsqueda fueron: [ventricular, tachycardia], [heart transplantation] and [bipolar disorder]. En español los términos empleados fueron [trasplante cardíaco] [trastorno bipolar].

Descripción del caso

Mujer de 34 años con antecedente de trastorno afectivo bipolar. La enfermedad mental se inició a los 13 años, con alteración de la conducta que requirió hospitalización psiquiátrica. Se le diagnosticó trastorno afectivo bipolar tipo I por las características del cuadro clínico, con ideas grandiosas, afecto hipertímico, taquialia, inquietud motora e insomnio general. Fue tratada con ácido valproico y olanzapina, con recuperación *ad integrum*. Posteriormente la paciente suspendió los medicamentos por decisión propia y continuó asintomática hasta los 18 años, cuando sufrió un segundo episodio maniaco; y a los 31 sufrió un tercero. Ambos episodios requirieron hospitalización y tratamiento farmacológico con estabilizadores

del ánimo y antipsicóticos atípicos. Nunca tuvo comportamiento suicida. Antes de sufrir los síntomas cardiovasculares, la paciente venía tomando irregularmente litio 900 mg/día y aripiprazol 15 mg/día.

La paciente estudió hasta primero de bachillerato con buen rendimiento académico, y actualmente. En el momento de la hospitalización, trabajaba en un negocio personal de venta de comida rápida. Vivía con su madre de crianza y una hija de 9 años, y recientemente se había separado de su pareja con quien había convivido por 15 años y había tenido 2 hijos. No tiene antecedentes de traumatismo craneoencefálico o consumo de tóxicos ni de enfermedad mental en la familia.

La madre de la paciente la llevó al servicio de urgencias de un hospital general luego de sufrir un «desmayo». Allí ingresó inconsciente y en parada cardiorrespiratoria. Los médicos tratantes iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar. Al ser desfibrilada, salió en ritmo de taquicardia ventricular. Tuvo una segunda parada; se la desfibriló nuevamente y el ritmo de taquicardia ventricular polimórfica persistió.

Se trasladó a la paciente a cuidados intensivos con monitoreo invasivo, soporte vasoactivo con norepinefrina y soporte ventilatorio invasivo. Se realizó un electrocardiograma, que mostró QTc prolongado, y un ecocardiograma que evidenció fracción de eyección del 25% y cavidades dilatadas, con coronariografía sin lesiones. Se extubó a la paciente el segundo día de hospitalización, y recuperó la conciencia sin que se evidenciara problemas neurológicos secundarios. La evaluó electrofisiología, que consideró que era candidata a implante de cardiodesfibrilador.

La valoró psiquiatría, que decidió iniciar tratamiento farmacológico con aripiprazol 15 mg/día y litio 600 mg/día, ya que estos eran los medicamentos que previamente recibía. En vista de que la taquicardia ventricular no remitía con los tratamientos farmacológicos, se la derivó a una institución cardiovascular en la que se atiende a pacientes de mayor complejidad para la realización de estudios electrofisiológicos, mapeo y ablación y la valoración del posible implante de un cardiodesfibrilador.

En cuidados intensivos, psiquiatría de enlace evaluó por primera vez a la paciente mediante entrevista psiquiátrica no estructurada, empleando criterios diagnósticos del DSM-5¹². Se encontró a una paciente tranquila, colaboradora con la entrevista, que relató así la experiencia vivida: «Me morí y me resucitaron por 20 minutos. ...». La paciente comprendía la gravedad de su cardiopatía y manifestó miedo de morir.

Al examen mental se encontró una paciente alerta, con apertura ocular espontánea, y contacto visual con el entrevistador, orientada en persona, lugar y espacio. Interesada en la entrevista; sin alteraciones en la conducta motora, eufórica, eutímica, sin alteraciones en el contenido del pensamiento, eupsíquica, eulálica, pensamiento lógico, coherente, sin alteraciones en la sensorio-percepción, sin cogniciones depresivas o ideación suicida. Tenía memoria conservada, juicio conservado, introspección apropiada frente a su enfermedad y prospección positiva, por lo que se consideró que la paciente cumplía los criterios del DSM-5¹³ de trastorno bipolar en fase de remisión.

Se decidió suspender el litio y el aripiprazol a propuesta de cardiología, ya que la paciente continuaba con QTc

prolongado, por lo cual se inició tratamiento con ácido valproico por su mejor perfil cardiovascular, inicialmente 750 mg/día en ascenso gradual hasta 1.500 mg/día y clonazepam 1 mg/día, con adecuada tolerancia, valproemia de 84 mg/dl, buen patrón de sueño y eutimia. Luego del cambio de la terapia farmacológica, se evidenció una normalización del intervalo QTc.

Se realizaron los estudios electrofisiológicos, mapeo y ablación sin complicaciones, pero la paciente continuaba con taquicardia ventricular polimórfica, por lo cual se hizo ablación del ganglio estrellado izquierdo, sin éxito. Se discutió su caso con el equipo de trasplantes, y se decidió que la única opción médica era un trasplante cardíaco con prioridad de urgencia 0 (prioridad absoluta sobre el territorio nacional), por lo que se solicitó el concepto de psiquiatría de enlace para evaluación del caso.

Psiquiatría de enlace verificó el diagnóstico de trastorno bipolar de la paciente, y se suspendió el litio y el aripiprazol que contribuían a la prolongación del QTc, lo cual se confirmó al observar su normalización; se inició ácido valproico y clonazepam, 2 psicofármacos seguros desde el punto de vista cardiovascular, que se han demostrado efectivos para evitar la descompensación del trastorno bipolar de la paciente en las etapas previa y posterior al trasplante.

Se evaluó a la paciente frente a su deseo de recibir el trasplante. Inicialmente expresó ansiedad («Recibir el corazón de un extraño», con creencias, comportamientos y deseos diferentes a los de ella). Para estas ideas irracionales se planteó un abordaje terapéutico de tipo cognitivo, el cual se orientó a que la paciente identificara por qué la idea era irracional y con ello disminuyera la carga emocional negativa que le generaba y transformara el rechazo inicial hacia el trasplante a una valoración positiva: «es un regalo de vida que alguien me va a brindar».

Se evaluó la capacidad que la paciente podría tener para asumir los retos propios del trasplante; se comunicó apropiadamente al grupo de trasplantes los antecedentes psiquiátricos de la paciente y los hallazgos psicopatológicos al momento de la valoración; se brindó seguimiento estrecho durante todo el proceso (antes y después del trasplante) a la paciente, su familia y el equipo tratante, y se contactó a la paciente con los médicos generales y psiquiatras de su respectiva Entidad Prestadora de Salud.

Psiquiatría de enlace evaluó de nuevo a la paciente y a su familia con el fin de establecer los motivos de que la paciente no hubiera cumplido el tratamiento con litio. Se identificaron escasa instrucción sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y la creencia de que, si no había síntomas, no se tenía que tomar medicación. Sin embargo, con la información que había recibido en el mes previo de psicología y psiquiatría sobre la enfermedad bipolar, tanto la paciente como la familia se mostraban motivadas a la adherencia al tratamiento farmacológico y los seguimientos periódicos por psiquiatría. La paciente contaba con una sólida red de apoyo familiar y social.

El protocolo de evaluación previa al trasplante de la paciente incluyó, además de psiquiatría de enlace y psicología, la valoración por trabajo social y otras especialidades médicas como cardiología, electrofisiología y cirugía cardiovascular.

Por lo tanto, luego de un acompañamiento por psicología y psiquiatría durante 1 mes de hospitalización, psiquiatría y psicología dieron el concepto favorable para el trasplante cardiaco, que se realizó 1,5 meses después de que se la activara en la lista de trasplantes nacional.

Al momento de este reporte de caso, habían transcurrido 9 meses. La paciente se encontraba eutímica y no había sufrido ninguna recaída. Continuaba trabajando en el negocio de comida rápida. Cumplía su papel de madre, cuidaba de sus 2 hijos y continuaba separada del padre de estos. Asistía puntualmente a las citas de revisión por cardiología. Ha necesitado 2 hospitalizaciones con diagnóstico de rechazo agudo, tratadas exitosamente con inmunosupresores y esteroides sistémicos. Durante las hospitalizaciones ha tenido seguimiento estrecho por psiquiatría de enlace, y no ha tenido síntomas de descompensación del trastorno afectivo bipolar. Recibía tratamiento con ácido valproico 1.500 mg/día y quetiapina 200 mg/noche. La última determinación de ácido valproico fue de 75 mg/dl. Psiquiatría de enlace de la clínica donde la paciente recibió el trasplante ha estado en comunicación con psiquiatría de la entidad de salud que evalúa a la paciente, para mantener la coherencia del tratamiento. Además, se brinda apoyo por psicología y terapia familiar.

Discusión

Este complejo caso clínico planteó diferentes retos a los médicos tratantes. Desde el punto de vista de cardiología, el trasplante cardiaco era la única opción que tenía esta paciente para no morir, puesto que fue refractaria a todas las opciones terapéuticas que buscaron estabilizar la taquicardia ventricular que le causó la parada cardiorrespiratoria y la exponía a un elevado riesgo de muerte súbita. Desde la perspectiva psiquiátrica, someter a una paciente con trastorno afectivo bipolar a un intenso estrés físico y mental podría descompensarla afectivamente.

Protocolos de evaluación psiquiátrica

El protocolo de evaluación psiquiátrica previa al trasplante de la institución donde se realizó el trasplante de nuestra paciente tiene como contraindicaciones absolutas: a) abuso activo de sustancias; b) psicosis que limita el consentimiento informado o el cumplimiento de las indicaciones médicas; c) la negativa al trasplante; d) ideación suicida; e) trastorno facticio con síntomas físicos, y f) mala disposición a participar en el proceso psicoeducativo y psiquiátrico. Entre las contraindicaciones relativas, a) demencia u otra disfunción cerebral persistente, y b) enfermedades psiquiátricas refractarias al tratamiento, tales como trastorno del estado del ánimo con riesgo suicida, esquizofrenia, trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad.

Otro protocolo para la evaluación psicosocial previa al trasplante es el SIPAT (*Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation*)¹⁴, el cual evalúa el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, el proceso del trasplante, la adherencia a los tratamientos inmunosupresores, el estilo de vida, el ejercicio, el consumo de tóxicos, el soporte social, la estabilidad psicológica del paciente y la psicopatología de

base. Califica cada uno de estos aspectos. La puntuación clasifica a los candidatos en: excelente candidato, buen candidato, mínimamente aceptable, mal candidato y candidato de alto riesgo.

En nuestro caso, la interconsulta con psiquiatría de enlace se hizo precisamente con el objetivo de confirmar si el trastorno bipolar contraindicaba el trasplante. Sin embargo, la meta desde el primer momento fue construir la posibilidad del trasplante, siempre y cuando la paciente estuviera estable de su enfermedad, deseara el órgano, contara con apoyo familiar y psicológicamente tuviera las estrategias para asumir los retos que le impondría el injerto a corto y largo plazo.

Acompañamiento psicoterapéutico

Psiquiatría de enlace acompañó estrechamente a la paciente y la familia durante todo el proceso de hospitalización y posttrasplante inmediato (3 meses). Algunos de los temas que se abordaron durante el apoyo psicoterapéutico fueron:

- Adaptación a la hospitalización en la unidad de cuidados coronarios.
- Separación de los roles cotidianos (madre, esposa, empresaria).
- Fatiga por la hospitalización prolongada (2 meses).
- Visitas de los familiares cada vez menos frecuentes.
- Conflictos con el personal de enfermería (manejo de horarios, rutinas diarias, alimentación).
- Temor de morir súbitamente (nuevos episodios de colapso circulatorio que exigieron cardioversión).
- Sorpresa e incredulidad postrasplante.
- Ansiedad y dolor por cateterismos y biopsias miocárdicas postrasplante.
- Percepción de un cuerpo que había cambiado y un «corazón nuevo, pero vacío» de sentimientos y emociones.

Revisión de la literatura

Es escasa la literatura científica sobre trasplante cardiaco en pacientes con enfermedad mental grave. Coffman et al.¹⁵ reportaron 35 casos que tenían enfermedad mental identificados en un periodo de 2 años en 12 centros de trasplantes de Estados Unidos, Canadá y Australia: esquizofrenia (13), trastorno bipolar (13), trastorno psicótico no especificado (4), depresión mayor (3) y esquizoafectivo (2). De ellos, el 37,1% sufrieron episodios maníacos o psicóticos luego del trasplante; el 20,0%, intentos suicidas; el 5,7%, suicidio consumado; el 20,0%, depresión grave o catatonía, y el 5,7%, arrestos policiales por conducta antisocial. En esta serie de casos, el rechazo del trasplante por falta de adherencia al tratamiento se presentó en el 14,7%; las ideas paranoides que interferían con la toma de la medicación, en el 20,0%, y los delirios que afectaban a la aceptación del órgano trasplantado, en el 2,9%.

En un seguimiento a 3 años de 191 receptores de trasplante cardiaco para determinar la prevalencia y el riesgo de depresión y trastornos de ansiedad, Dew et al.¹⁶ encontraron que en el postrasplante el 25,5% tuvo depresión mayor; el 17%, trastorno de estrés postraumático, y cualquier trastorno mental, el 38,3%. Entre los factores que incrementaban el riesgo acumulado de un trastorno psiquiátrico postrasplante,

se encontraron los antecedentes psiquiátricos previos al trasplante, el sexo femenino, la hospitalización prolongada, el mayor deterioro funcional y un soporte familiar escaso.

Zimbrea et al.¹⁷ reportan 34 pacientes candidatos a trasplante de órgano sólido con historia de trastorno psicótico. Al 56% de estos pacientes se los consideró médica y psiquiátricamente apropiados para estar en la lista de trasplantes; 3 pacientes fueron rechazados o diferidos por comorbilidad psiquiátrica; 1 fue revaluado y trasplantado y los otros 2 murieron antes de la reevaluación. Un paciente que inicialmente había sido aceptado en la lista de espera fue eliminado de la lista 3 años después a causa de los síntomas psiquiátricos y la falta de adherencia al tratamiento. Además, 4 pacientes sin antecedente de psicosis sufrieron un trastorno psicótico después del trasplante.

Price et al.¹⁸, realizaron en 2014 una revisión que exploró la evidencia científica existente sobre el pronóstico de los pacientes con trastornos psicóticos sometidos a trasplante de órgano sólido, y concluyeron que era escasa e insuficiente la información disponible para saber si los trastornos psicóticos previos al trasplante incrementan el riesgo de mala adherencia y peor pronóstico postrasplante. La poca evidencia disponible confirma que el aislamiento social es un factor clave para la mala adherencia postrasplante. A partir de esta escasa evidencia, los autores concluyen que los trastornos psicóticos por sí solos no deben considerarse razón suficiente para excluir a un paciente con trastorno psicótico de un protocolo de trasplante.

En un artículo de reciente publicación, Rosenberger et al.¹⁹ encontraron que, en un grupo de 178 pacientes trasplantados de pulmón, aquellos con depresión mayor de inicio temprano en el postrasplante tenían mayor riesgo de bronquiolitis obliterante (*hazard ratio* [HR] = 1,65; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,01-2,71) y rechazo del injerto (HR = 1,75; IC95%, 1,062-2,88). En 2008 HALEGAN et al. publicaron el caso de un varón de 65 años que recibió un injerto cardiaco, 2 años después consultó por psiquiatría porque quería suspender la medicación inmunosupresora, y se hizo diagnóstico de trastorno bipolar²⁰, los autores enfatizan la importancia del soporte social y el seguimiento de estos pacientes durante todas las etapas del trasplante. Otro reporte de caso reciente es el de un varón de 46 años trasplantado de corazón. En el pretrasplante presentó síntomas ansiosos y depresivos, por los cuales cardiología lo derivó. Se le inició tratamiento antidepressivo, con mejoría parcial de los síntomas. Dos meses después del trasplante, se separó de su esposa, los síntomas ansiosos y depresivos empeoraron y apareció un rechazo agudo del injerto. Se instauró un plan de emergencia para proveer apoyo psicosocial y adherencia al tratamiento. Sin embargo, 1 año después del trasplante el paciente falleció de parada cardíaca. Se conoció después que el paciente había suspendido los inmunosupresores 1 semana antes de su muerte y había retomado la ingesta de alcohol y los cigarrillos. Los autores señalan la importancia del apoyo psicosocial y las consecuencias negativas de los síntomas afectivos para el pronóstico general de un trasplantado²¹.

Finalmente este reporte de caso muestra la posibilidad de ofrecer un trasplante cardiaco a una paciente con trastorno afectivo bipolar cuando se cuenta con la participación de psiquiatría y psicología en los grupos de trasplante,

brindando acompañamiento a estos pacientes a lo largo del proceso.

También se ratifican la importancia y la necesidad de continuar investigando en esta área de interés, de tal forma que una mejor evidencia científica guíe las decisiones que sobre los pacientes psiquiátricos se tome en los equipos de trasplante.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de 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.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez MZ, Montes MG, Jarabo DS, Forteza GL. Actualización Trastorno bipolar. *Bipolar Disord Engl*. 2015;11:5075-85.
2. Strakowski SM. *Bipolar disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
3. Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo 1. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 26 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta.Nacional.de.Salud.Mental.Tomo.I.pdf>
4. Fernández-Armenta J, Galiano NC, Penela D, García-Bolao I. Actualización en taquicardia ventricular. *Medicine*. 2013;11:2346-55.
5. Gómez JE. Artículo especial: Capítulo 11. Paciente candidato a trasplante cardiaco. *Medicine*. 2016;23 Suppl 1:44-8.
6. Informe ejecutivo red de donación y trasplante. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, Dirección Redes en Salud Pública; 2015 [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Estadisticas/Informe%20Ejecutivo%20Red%20Donaci%C3%B3n%20y%20Trasplantes%20202015.pdf>
7. Mangini S, Alves BR, Silvestre OM, Vieira P, Tachotti LJ, Cardoso MN, et al. Heart transplantation: review. *Einstein São Paulo*. 2015;13:310-8.
8. Dadić-Hero E, Ruzić K, Grahovac T, Petranović D, Graovac M, Palijan TZ. Metabolic syndrome - the consequence of lifelong treatment of bipolar affective disorder. *Psychiatr Danub*. 2010;22:381-4.
9. Lund LH, Edwards LB, Kucheryavaya AY, Dipchand AI, Benden C, Christie JD, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirtieth Official Adult Heart Transplant Report—2013; focus theme: age. *J Heart Lung Transplant Off Publ Int Soc Heart Transplant*. 2013;32:951-64.

10. Miracle VA. The Belmont Report: The Triple Crown of Research Ethics. *Dimens Crit Care Nurs DCCN*. 2016;35:223-8.
11. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. World Medical Association; 2013 [citado 26 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
12. Dew MA, DiMartini AF. Psychological disorders and distress after adult cardiothoracic transplantation. *J Cardiovasc Nurs*. 2005;20 5 Suppl:S51-66.
13. American Psychiatric Association. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.^a ed Bogotá: Médica Panamericana; 2014.
14. Maldonado JR, Dubois HC, David EE, Sher Y, Lolak S, Dyal J, et al. The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT): a new tool for the psychosocial evaluation of pre-transplant candidates. *Psychosomatics*. 2012;53:123-32.
15. Coffman KL, Crone C. Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. *Curr Opin Organ Transplant*. 2002;7:385-8.
16. Dew MA, Kormos RL, DiMartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH, et al. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*. 2001;42: 300-13.
17. Zimbrea P, Emre S. Patients with psychotic disorders in solid-organ transplant. *Prog Transplant Aliso Viejo Calif*. 2015;25:289-96.
18. Price A, Whitwell S, Henderson M. Impact of psychotic disorder on transplant eligibility and outcomes. *Curr Opin Organ Transplant*. 2014;19:196-200.
19. Rosenberger E, DiMartini A, DeVito Dabbs A, Annette J, Bermudez C, Pilewsky, Toyoda Y, et al. Psychiatric predictors of long-term transplant-related outcomes in lung transplant recipients. *Transplantation*. 2016;100:239-47.
20. Hategan A, Nelson C, Jarman S. Heart transplant, social support, and psychiatric sequelae: a 10-year follow-up clinical case review. *Psychosomatics*. 2008;49:39-41.
21. Berry OO, Kymissis C. Key role of social supports in a cardiac transplant treatment team. *J Psychiatr Pract*. 2016;22: 133-9.

Instrucciones para los autores

OBJETIVOS

La *Revista Colombiana de Psiquiatría* (RCP) es una publicación oficial de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, de carácter trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre) y su finalidad es difundir los distintos modelos de conocimiento que actualmente configuran el cuerpo teórico y práctico de nuestra especialidad. En ésta pueden participar psiquiatras, residentes de psiquiatría, médicos no psiquiatras, psicólogos, filósofos y otros profesionales de la salud o interesados en esta área. Publica, en español o en inglés, trabajos originales, artículos de revisión o de actualización, reportes de caso de todas las áreas de la psiquiatría y la salud mental, artículos de epistemología, filosofía de la mente y bioética y artículos sobre metodología de investigación y lectura crítica.

CONTENIDO Y FORMA DE PRESENTACIÓN

Idioma. Se publicarán artículos en español o en inglés.

Editorial. El editorial es un comentario crítico, hecho con profundidad y preparado por el director, los editores asociados o personas con gran experiencia del tema tratado.

Presentación del número. La presentación del número es un comentario escrito por el(los) editor(es) asociado(s) o editores invitados para que presenten los temas principales tratados en el número.

Artículos originales. Los artículos originales presentan resultados inéditos de investigación cuantitativa o cualitativa; contienen toda la información relevante para que el lector que lo desee pueda repetir el trabajo, así como evaluar sus resultados y conclusiones. Estos artículos deben tener resumen en español e inglés cada uno hasta de 1.500 caracteres, introducción, materiales y métodos (cuando sea pertinente se informará tipo de diseño, lugar dónde se realizó, participantes, desenlaces principales e intervención), resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos (si se requiere) y referencias. Extensión máxima: 7.500 palabras. Los artículos pueden contener hasta 5.000 palabras sin tener en cuenta las referencias, las tablas y las figuras. El total de tablas y figuras no debe exceder de 6. En este tipo de artículos es fundamental aclarar cuáles fueron las consideraciones éticas y si el estudio y el consentimiento informado (cuando sea necesario)

fueron presentados y aprobados por el Comité de Ética de la Institución.

Artículos de revisión. Los artículos de revisión son enviados a la RCP o solicitados por el director o los editores asociados a especialistas del área y tratan a fondo un determinado tema, esto es, con amplia bibliografía, análisis y comentarios acerca de trabajos de otros autores.

Estos artículos deben tener un resumen en español e inglés cada uno hasta de 1.500 caracteres, planteamiento del problema o introducción, desarrollo del tema, discusión, conclusiones y referencias. Extensión máxima: 6.000 palabras. Los artículos pueden contener hasta 4.000 palabras sin tener en cuenta las referencias, las tablas y las figuras. El total de tablas y figuras no debe exceder de 5.

Artículos de actualización. El artículo de actualización está destinado a poner al día la información sobre temas relevantes en psiquiatría y salud mental. Son menos completos que los artículos de revisión y se enfocan en los últimos hallazgos. Estos artículos deben tener resumen en español e inglés, cada uno hasta de 1.500 caracteres, planteamiento del problema o introducción, actualización del tema, discusión, conclusiones y referencias. Extensión máxima: 4.500 palabras. Los artículos pueden contener hasta 3.000 palabras sin tener en cuenta las referencias, las tablas y las figuras. El total de tablas y figuras no debe exceder de 4.

Reporte de caso. El reporte de caso es la presentación de la experiencia profesional basada en el estudio de casos particulares que revistan interés para el profesional y en el cual se discuta el tema y las posibles aproximaciones futuras. En general, los reportes de caso sugieren nuevas aproximaciones terapéuticas e hipótesis. Estos artículos deben tener, como mínimo, resumen en español e inglés (hasta de 1.500 caracteres), introducción, presentación del caso, breve revisión del tema, discusión, conclusiones y referencias. Extensión máxima: 2.400 palabras. Deben contener hasta 1.200 palabras, pero se exceptúan las referencias, las tablas y las figuras. Es necesario escribir un párrafo con consideraciones éticas y con las precauciones que se tuvieron para proteger la confidencialidad del(a) paciente.

Sección de Epistemología, filosofía de la mente y bioética. Con el fin de suscitar controversia y grupos de discusión, esta sección presenta, de manera educativa y crítica, artículos sobre

los temas referidos. Éstos deben tener máximo 4.500 palabras de extensión.

Sección de Metodología de investigación y lectura crítica. Esta sección presenta, de una manera educativa y crítica, artículos sobre los temas referidos e ideas sobre protocolos de investigación, que susciten controversia y grupos de discusión. Los artículos deben tener máximo 3.600 palabras de extensión.

Agenda. La «Agenda» divulga eventos o hechos de contenido de interés para el área, actividades de la Asociación Colombiana de Psiquiatría o de otras asociaciones.

CÓMO ENVIAR MATERIAL A LA RCP

Modo de envío, requerimientos y forma de evaluación. Los autores enviarán sus trabajos por vía electrónica, a través del Elsevier Editorial System (EES), en la dirección: <http://ees.elsevier.com/rcp>, donde se encuentra toda la información necesaria para realizar el envío. La utilización de este recurso permite seguir el estado del manuscrito en el proceso editorial directamente a través de esta página web.

El texto del manuscrito (salvo la página del título), el resumen y las palabras clave, las referencias, las tablas y sus leyendas, y los pies de figuras se incluirán en un único fichero. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación redactada en la sección *attach files* del EES. La página del título y cada una de las figuras, si las hubiera, se enviarán en ficheros separados. Todos estos documentos se grabarán en la sección *attach files* del EES.

Consulte las instrucciones generales de uso del EES en su tutorial para autores: http://elsevier6.custhelp.com/app/answers/detail/p/7923/a_id/732.

Los manuscritos deben ajustarse a los *Requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas*, del Grupo de Vancouver (1997).

Todas las contribuciones serán evaluadas por dos revisores anónimos del Comité Editorial, que determinarán la calidad científica del material, la originalidad, la validez, la importancia del trabajo y la adaptación a las normas de publicación de la RCP.

Dicho Comité comunicará su aceptación provisional o su no aceptación para publicación, así como las posibles modificaciones sugeridas en un plazo máximo de tres meses a partir de su recepción. La redacción se reserva el derecho de suprimir ilustraciones y alterar el texto sin que ello modifique el contenido. Cada uno de los autores principales recibirá tres ejemplares de la Revista.

Carta de presentación. El artículo debe ir acompañado de una carta firmada por el autor principal y por los demás autores, en la cual se manifieste la revisión y aprobación del material por todos ellos. La carta debe especificar si el material ha sido o no publicado en otros lugares, así como el nombre, la dirección, el teléfono y el correo electrónico de la persona a la cual se debe dirigir la correspondencia.

En caso de haber sido parcialmente o totalmente publicado en otro medio se requiere la aprobación, por escrito de los editores, para ser publicado en la RCP. Los conceptos de los trabajos son de total responsabilidad de los autores. Ni la Asociación Colombiana de Psiquiatría ni la *Revista Colombiana de Psiquiatría* se responsabilizan por tales conceptos emitidos. Una vez aceptado para publicación, el artículo admitido es de propiedad de la ACP y su reproducción física o por medios digitales deberá ser convenientemente autorizada por el director, por los editores asociados de la RCP y por el coordinador de publicaciones de la ACP.

Antes de la publicación, los autores deben informar si hay una relación (filiación, financiación) entre ellos y alguna institución pública o privada, que pudiera derivar en conflictos de intereses. Los autores aceptan la responsabilidad definida por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*N Engl J Med.* 1997;336(4):309-15) y las recomendaciones sobre investigación clínica.

Cuando se informe sobre experimentos en humanos es indispensable tener la aprobación del comité de ética de la institución donde se realizó el estudio y el desarrollo de éste debe seguir los lineamientos expuestos por la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas, que se pueden encontrar en <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>.

En los artículos originales y reportes de caso no se deben mencionar los nombres de los pacientes, ni sus iniciales, ni los números de historia clínica, ni cualquier dato que permita su identificación. Los experimentos clínicos deben estar registrados en alguna base pública para ello (*Clinical Trials*: <http://www.clinicaltrials.gov>; *International Clinical Trials Registry Platform [ICTRP]*: <http://www.who.int/ictcp/en/LatinRec>). Finalmente, en caso de estudios con animales, se deben añadir las consideraciones sobre investigación en éstos (si existe o no comité de investigación en animales, los cuidados que se tuvieron con estos, etc.).

Preparación del manuscrito. Los artículos deben ser mecanografiados en espacio doble (esto incluye tablas de referencias), con márgenes (laterales, superiores e inferiores) de mínimo 2,5 cm en todas las páginas. Todas deben estar numeradas.

En la primera página debe aparecer: (a) título; (b) nombres y apellidos de los autores con sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional acompañada de la respectiva dirección (los nombres serán publicados en el orden y manera que fueron enviados); (c) indicación del autor responsable de la correspondencia; (d) un título abreviado (título) que no exceda los cuarenta caracteres; (e) si el artículo recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación; (f) si el artículo se basa en una tesis académica, se debe indicar el título, el año y la institución donde fue presentado; (g) si el trabajo fue presentado en reunión científica, se debe indicar el nombre del evento, el lugar y la fecha, y (h) si alguno de los autores tiene conflicto de interés en el tema expuesto en el artículo por ser ponente o *speaker* del laboratorio, trabaja como asesor, consultor o comité de algún laboratorio.

La segunda página debe presentar un resumen (en español y en inglés) estructurado, con una extensión no superior a 1.500 caracteres y con una lista de máximo cinco palabras

clave (en español y en inglés). Éstas últimas deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), de BIREME (disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) y a las *keywords* indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus (disponible en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>). El resumen indicará los objetivos del trabajo, los procedimientos básicos utilizados (métodos), los resultados principales (aquí se presentan datos específicos y su significación estadística, si es el caso) y las conclusiones principales.

Las tablas y las figuras (gráficas, fotografías, dibujos o esquemas) deben aclarar o aportar al texto, no duplicar el contenido. En términos generales, se recomienda un máximo de seis. Cada una debe tener un título en la parte superior y si es el caso anotaciones en la parte inferior. Deben clasificarse (números arábigos) de acuerdo con el orden de aparición en el texto y sitio de inclusión. Algunas requieren permiso del editor y el crédito respectivo a la publicación original. Estas tablas y figuras deben ser enviadas en archivos y hojas independientes.

Las referencias en el texto, en subtítulos y en figuras deben ser enumeradas consecutivamente en el orden en que aparecen en el texto. Se utilizarán para ello números arábigos (números índices) dentro de paréntesis.

Respecto a las abreviaturas, serán indicadas en el texto en el momento de su primera utilización. Posteriormente se seguirá utilizando únicamente la abreviatura.

Los agradecimientos deben ser concisos, directos y dirigidos a personas o instituciones que contribuyen sustancialmente al artículo. Deben ir antes de las referencias bibliográficas.

Las referencias bibliográficas se insertan en el texto y se numeran consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez. El estilo y la puntuación de las referencias sigue el formato que recomienda *Requisitos uniformes*, citados anteriormente. Las abreviaturas de las revistas deben estar conformes con el estilo utilizado en el *Index Medicus*.

Aun cuando todo depende del artículo en general, se aconseja la inclusión de hasta cuarenta referencias bibliográficas para artículos originales, sesenta para artículos de revisión, cuarenta para artículos de actualización, quince para reportes de caso y doce para las secciones de «Epistemología, filosofía de la mente y bioética», «Metodología de investigación y lectura crítica».

La exactitud de las referencias bibliográficas es de responsabilidad de los autores. La lista de las referencias debe seguir el modelo de los ejemplos citados a continuación:

1. Artículos de publicaciones periódicas (un autor): Streiner DL. Thinking small: research designs appropriate for clinical practice. *Can J Psychiatr*. 1998;43(7):737-41.
2. Artículos de publicaciones periódicas (dos a seis autores): enumere todos los autores: Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart

transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Inter Med*. 1996;124:980-3.

3. Artículos de publicaciones periódicas (más de seis autores): enumere los primeros seis autores seguido por et al. Ramos A, Fraga S, Krieger M, Jardim S, Curi R, Ferreira F, et al. Aspectos psiquiátricos da intoxicação ocupacional pelo mercúrio metálico: relato de um caso clínico. *Rev Bras Psiquiatr*. 1998;20:200-6.
4. Artículos sin nombre del autor: Cancer in South Africa (editorial). *S Afr Med J*. 1994;84:15.
5. Libros: Reichel-Dolmatoff G, Desana P. Simbolismo en los indios tukano del Vaupés. 2 ed. Bogotá (Colombia): Nueva Biblioteca Colombiana de Cultura; 1986.
6. Capítulos del libro: Kessler HH. Concepto de rehabilitación. En: González R. *Rehabilitación Médica*. Barcelona (España): Masson S. A.; 1997. p. 1-5.
7. Libros en que los editores son autores Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Otros tipos de referencia deberán seguir las indicaciones dadas en el documento del International Committee of Medical Journal Editors (Grupo de Vancouver), disponible en internet en <http://www.icmje.org>.

El autor debe enviar los datos de correspondencia: la dirección de su oficina o consultorio y la dirección electrónica. Si son varios autores, sólo es necesario enviar los datos de uno de ellos.

Anualmente la RCP ofrece a los autores, como estímulo a su participación, los premios (mención de honor y reconocimiento en dinero o especie) Héctor Ortega Arbeláez, al mejor artículo publicado por un profesional en el área de la salud, y Humberto Rosselli Quijano, al mejor artículo publicado por un residente de psiquiatría y el premio al mejor artículo no original. El jurado calificador está integrado por un miembro del Comité Científico de la ACP, un miembro del Comité Editorial y el director de la Revista o su delegado. Estos premios serán entregados en el marco del Congreso de nuestra asociación.

El director y el Comité Editorial de la RCP invitan a los colegas y otros profesionales a participar y permitir así el desarrollo y crecimiento de la Revista.

Consideraciones éticas. Las opiniones expresadas en los artículos firmados son de los autores y no coinciden necesariamente con las de los editores de la Revista Colombiana de Psiquiatría. Las sugerencias diagnósticas o terapéuticas, como elección de productos, dosificación y método de empleo, corresponden a la experiencia y al criterio de los autores. Todos los textos incluidos en la Revista Colombiana de Psiquiatría están protegidos por derechos de autor. Conforme a la ley, está prohibida su reproducción por cualquier medio mecánico o electrónico, sin permiso escrito del autor.

