

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

Año 56 / Volumen 49

Número 1 / Enero-Marzo 2020



www.elsevier.es/rcp
www.psiquiatria.org.co

ISSN: 0034-7450

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍA
ACP

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA



Publicación trimestral de la Asociación
Colombiana de Psiquiatría

Fundada en 1964

www.psiquiatria.org.co

© Copyright 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría

La Revista Colombiana de Psiquiatría está indexada en:

PsycINFO, SciELO, DOAJ, REDALYC, PSICODOC, Publindex (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 82,15 € (IVA incluido.)

Atención al cliente

Elsevier España, S.L.U.
Av. Josep Tarradellas, 20-30
08029 Barcelona (España)
Tel. 93 241 59 60

Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com

Protección de datos: Elsevier España, S.L.U. declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD)

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)
Alexánder 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 Berríos (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-Siegerd (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 2018-2019

Presidente: Astrid Arrieta Molinares

Vicepresidente: José Manuel SantaCruz Escudero

Tesorero: Antonio Carlos Toro Obando

Secretario: Mauricio De La Espriella Perdomo

Vocales: Carolina Porras Chaparro, Jose Francisco Cepeda Torres,
Andrea Otero Ospina, Liliana Patricia Betancourt Mahecha

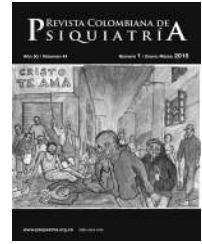
Representante de programas de postgrados de psiquiatría: Martha Marcela Alzate García

Representante nacional de residentes: Juan Felipe Rodríguez Fonseca

Revisor fiscal: JYM Contadores LTDA

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: Desde el cielo

Artista: Jesús David Bedoya Giraldo

Residente de psiquiatría

Universidad de Antioquia

Descripción:

Primero fue el azul que inundó la bóveda celeste, llenó el horizonte y conformó la tierra, luego un poco de café a ambos lados para pisar firme y construir con certeza; llegaron entonces peces naranjas, serpientes con dos patas, manzanas rojas, pecados en los árboles, árboles de cada fruta, frutas para saciar el hambre, hambre en el hombre nuevo.

Parece que primero fue la mitocondria, y luego de algunos procesos evolutivos la energía se transformó y vino ella; ella era pura como la naturaleza, tenía alas que abarcaban la extensión de la tierra, tenía dos linternas que intermitentemente alumbraban zonas etéreas; sus suspiros eran olas, sus pensamientos mariposas; tenía instinto de madre, acobijaba las especies, empollaba los huevos y entregaba abrazos a sus deseos internos.

Las mariposas multicolor ayudaron a crear estaciones, motas blancas daban sensación de silencio, rayos amarillos transmitían calidez y consuelo, esferoides azules viajaban entre los dos puertos. Una figura emergió del azul profundo, aprendió a intercambiar fluidos, reconoció las partes de su cuerpo, comió de todos los frutos y comandó sobre el reino. Y fue un día tratando de enviar rayos entre dos puntos opuestos cuando encontró que tenía verde, azul, amarillo, pero con tristeza veía que sus combinaciones no hacían cambiar el color del cielo, entonces encontró el fruto rojo, comió de él, se abrieron sus ojos, el arco en el cielo se completó, nunca sintió miedo, se recostó en su árbol, abrazó a la serpiente, se fusionó con ellos y mientras escuchaba un nocturno de Chopin sintió que todo era perfecto.

Fotografía en algún lugar del universo

f/5.0 1/100s iso 200 65mm

Revista Colombiana de Psiquiatría • Volumen 49 • Número 1 • 2020

CONTENIDO

Editorial

Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico por médicos generales

Adalberto Campo-Arias y Feligno Alberto Barliza 1

Cartas al Editor

Marihuana en México, ¿droga recreativa o medicina?

Julio César López-Valdés, Eduardo González-Negrete y Estefanía López-Valdés 3

Asociación entre las tasas de homicidio y de suicidio en Colombia, 2017

Adalberto Campo-Arias, Karla J. Romero y Edwin Herazo 5

Salud mental y formación clínica. Comentario editorial a «Cómo contribuir»

William Tamayo Agudelo y Renato Zambrano-Cruz 7

Artículos originales

Detection of potential risks in the prescription of tricyclic antidepressants through an online clinical alert system

Dieric Diaz, Álvaro Vallejos, Sandra Torres, William Hernández, Juan Calvache, Johan Merchán, Germán Latorre y Laura Maldonado 9

Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar

Ana María Posada Correa, Rommel Augusto Andrade Carrillo, Diana Cristina Suarez Vega, Sujey Gómez Cano, Luis Guillermo Agudelo Arango, Luis Fernando Tabares Builes, Ángela María Agudelo García, Esteban Uribe Villa, Daniel Camilo Aguirre-Acevedo y Carlos López-Jaramillo 15

Violencia intrafamiliar y su repercusión en menores de la provincia de Bolívar, Ecuador

María Rosa Mas Camacho, Gina Marisol Acebo del Valle, Mariela Isabel Gaibor González, Pilar Janeth Chávez Chacán, Fátima del Rocío Núñez Aguiar, Lorena Manola González Nájera, José Bladimir Guarnizo Delgado y Carlos Alfredo Gruezo González 23

Años de vida saludable perdidos a causa de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso de la población de Medellín, 2006-2012

Hugo Grisales-Romero, Difariney González y Sandra Porras 29

Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones

Rosa Elena Ulloa Flores, Pablo Adolfo Mayer Villa, Francisco de la Peña Olvera, Lino Palacios Cruz y Gamaliel Victoria Figueroa 39

Consumo de alcohol y diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en población adulta colombiana

Alejandro Castillo M., María Camila Rincon V., Valentina Serna H. y Sonia Bersh 44

Artículo de revisión

Depresión en personas con epilepsia. ¿Cuál es la conexión?

Ana María Zapata Barco, Miguel Restrepo-Martínez y Diana Restrepo 53

Reporte de caso

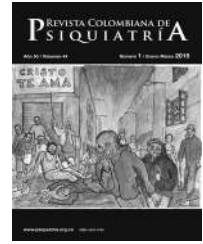
Deep-brain stimulation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Clinical and molecular neuroimaging correlation

Nelcy Oñate-Cadena, Marcela Cisneros-Otero, Ángel Alberto Ruiz-Chow, Alfonso Arellano-Reynoso, Luis Fabian Kobayashi-Romero y Rodrigo Pérez-Esparza 62



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Editorial

Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico por médicos generales



Psychiatric Diagnosis and Treatment by General Practitioners

Adalberto Campo-Arias* y Feligno Alberto Barliza

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

En psiquiatría en particular, el diagnóstico se basa en una revisión cuidadosa de los síntomas y el reconocimiento de las características principales del episodio actual y la caracterización de los periodos intercríticos, cuando ello sea posible, de los trastornos recurrentes¹. Dadas las dificultades conocidas en relación con la validez y la confiabilidad del proceso diagnóstico de los trastornos mentales, se implementó la evaluación mediante entrevistas clínicas estructuradas, particularmente en situaciones de investigación clínica y epidemiológica².

No obstante, las entrevistas clínicas estructuradas se usan excepcionalmente en las evaluaciones clínicas habituales, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, como Colombia y otros de América Latina³. El poco empleo de estas estrategias se puede explicar por el desconocimiento de los instrumentos, el escaso entrenamiento o el poco tiempo disponible para la evaluación de los síntomas relacionados con trastornos mentales en las consultas ambulatorias o los servicios de urgencias de centros especializados y no especializados⁴. Esto no es llamativo puesto que, en las evaluaciones psiquiátricas habituales, con frecuencia se omite la revisión exhaustiva del cumplimiento de todos los criterios diagnósticos formales, lo que puede explicar en parte las grandes diferencias observadas en la prevalencia de los trastornos mentales entre los distintos países del mundo^{3,5}.

El uso de entrevistas estructuradas en la evaluación de pacientes que pueden reunir criterios de un trastorno mental

es de gran utilidad para un diagnóstico más preciso en manos de profesionales con entrenamiento básico en salud mental de pequeñas ciudades y áreas rurales con poco acceso a profesionales en Psiquiatría. En estas áreas, los médicos generales se encargan de resolver todos los problemas de salud existentes, incluidos el tratamiento agudo y el seguimiento de los trastornos mentales⁶.

Debido a las barreras de acceso a la atención en salud mental en Colombia y la situación actual del país en periodo tras el acuerdo de paz, la implementación de la evaluación clínica estructurada en psiquiatría por médicos generales es una estrategia necesaria para la mayoría de los municipios del país que no cuentan con profesionales de la Psiquiatría³. Este tipo de instrumentos permite una evaluación válida y confiable de trastornos mentales graves, pues posibilitan la revisión detallada, sin ninguna omisión, de todos los síntomas requeridos para el diagnóstico y su duración y sus especificidades⁷. Asimismo, la asistencia de la entrevista estructurada para médicos no psiquiatras promueve la autoeficacia de estos en la evaluación de los problemas de salud de pacientes que reúnen criterios de trastorno mental⁸. De la misma forma, esta técnica mejora la satisfacción de los pacientes y sus familiares, al haber una comunicación más amplia con el profesional médico en estos casos⁹.

Es necesario tener presente que los problemas de salud mental, asociados o no con la violencia sociopolítica, afectan a un número creciente de colombianos y, en consecuencia, es

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acampo@unimagdalena.edu.co (A. Campo-Arias).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.005>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

un asunto prioritario de salud mental pública que necesita la oportuna atención^{10,11}. Sin duda, las entrevistas estructuradas, como SCID-I y otras disponibles sin costo alguno, permiten el abordaje inicial y evaluaciones clínicas por médicos no psiquiatras. Solo se necesita la formación básica en Psiquiatría y el entrenamiento mínimo en el uso de estos instrumentos¹².

El diagnóstico psiquiátrico con entrevista estructurada por médicos generales sería una contribución importante en muchos municipios del país para reducir la carga de enfermedad y el complejo estigma-discriminación asociado a los trastornos mentales^{13,14}. Asimismo, el médico general debe comenzar el tratamiento de los casos identificados y, para ello, seguir el creciente número de guías de tratamiento de construyen y se revisan en el país.

Sin duda, este tipo de estrategia de evaluación y tratamiento de los trastornos mentales por médicos generales puede ser la única opción que permita el acceso a los servicios de salud mental a las poblaciones menos favorecidas de las distintas regiones colombianas¹⁵.

Financiación

La Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia, financió la participación de Adalberto Campo-Arias.

Conflicto de intereses

Ninguno.

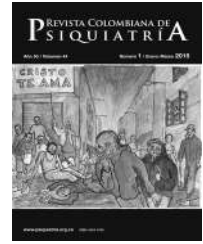
BIBLIOGRAFÍA

- Castillo-Martel H. Horizontes epistemológicos de la psiquiatría: objetivando la subjetividad. *Rev Neuro-Psiquiatr.* 2014;77:78-85.
- Mestre JI, Rossi PC, Torrens M. The assessment interview: A review of structured and semi-structured clinical interviews available for use among Hispanic clients. En: Benuto LT, editor. *Guide to psychological assessment with Hispanics.* New York: Springer; 2013. p. 33-48.
- First MB, Bhat V, Adler D, Dixon L, Goldman B, Koh S, et al. How do clinicians actually use the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in clinical practice and why we need to know more. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202:841-4.
- Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Med UIS.* 2015;28:7-13.
- Moreno-Küstner B, Martín C, Almenara J. Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. *Salud Mental.* 2014;37:127-36.
- Wang PS, Demler O, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1187-98.
- Acosta-Salazar D, Lapeira-Panneflex P, Ramos-De La Cruz E. Cuidado de enfermería en la salud comunitaria. *Duazary.* 2016;13:105-10.
- Pescosolido BA, Martin JK. The stigma complex. *Ann Rev Soc.* 2015;41:87-116.
- Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015;44:243-50.
- Kohn R, Levav I, De Almeida JMC, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18:229-40.
- Ramos-Clason EC. Transición epidemiológica en Colombia: de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles. *Rev Cienc Biomed.* 2012;3:282-90.
- Rogers R. Standardizing DSM-IV diagnoses: the clinical application of structured interviews. *J Person Asses.* 2003;81:220-5.
- Wittchen HU, Üstün TB, Kessler RC. Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters? *Psychol Med.* 1999;29:1021-7.
- Eaton WW, Hall AL, Macdonald R, Mckibben J. Case identification in psychiatric epidemiology: a review. *Int Rev Psychiatry.* 2007;19:497-507.
- Monteiro NM, Ndiaye Y, Blanas D, Ba I. Policy perspectives and attitudes towards mental health treatment in rural Senegal. *Int J Ment Health Syst.* 2014;8:9.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Carta al Editor

Marihuana en México, ¿droga recreativa o medicina?



Marijuana in Mexico, recreational drug or medicine?

Sr. Editor:

Agradezco de antemano el tiempo otorgado para leer este manuscrito, el cual ha resultado tras leer la misiva escrita a usted por nuestro homólogo en relación con el estado de ilegalidad de la marihuana en México inclusive para el uso como tratamiento médico¹.

El tema que discutimos tiene una relevancia que alcanza todos los ámbitos de la sociedad actual, debido a que incluye factores sociales, políticos, económicos y de salud; sin embargo, es de mencionar la situación risible que ocurre en relación con el consumo de marihuana en México, dado que los artículos 477 y 479 de la Ley General de Salud determinan su posible portación y consumo personal a la cantidad de 5 g del estupefaciente^{2,3}. Dicho en otras palabras, el uso con fines médicos se encuentra aún penalizado e inclusive mal visto dentro de la práctica, mientras que la finalidad recreativa sobre la posesión y el uso tanto de la marihuana como de algún derivado del tetrahidrocannabinol (THC) son contemplados dentro de la ley explícitamente. Esto ha quedado ejemplificado claramente el pasado 24 de noviembre de 2015, fecha en la cual, a pesar de la ley ya existente, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación concedió a cuatro personas el derecho a la «... producción, uso y autoconsumo del estupefaciente cannabis y el psicotrópico “THC” para fines “lúdicos”»; al compararlo con los casos actuales que han obtenido la autorización pertinente del gobierno para el uso médico, son muchos menos^{4,5}. Si bien el 19 de junio de 2017 se aprobó el uso medicinal de la marihuana en productos con un contenido neto de THC < 1%, la Cofepris (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) dio a conocer los reglamentos en materia de control sanitario del cannabis y sus derivados hasta finales de 2018; tal hecho, dejó a merced de la obtención de un permiso para la importación de medicamentos a base del psicoactivo provenientes del extranjero acorde a lo escrito en el artículo 290⁶. Asimismo destaca que los permisos solo pueden ser otorgados tras la ordenanza de un juez, situación que hasta la fecha continúa como «difícil», ya que

tras recibir aproximadamente 534 solicitudes, solo 9 se habían autorizado a 5 de septiembre de 2018, esto según el portal del propio gobierno de México⁷.

Con excepción de los casos especiales, hoy la marihuana en México mantiene un estatus de ilegalidad en todos sus aspectos, y esa misma etiqueta se transfiere a la persona que decida involucrarse con ella, todo esto en concordancia con la Ley de Salud dentro de los numerales 235, 237, 245, 247 y 248^{3,5}. En tanto que la situación se polemiza aún más porque el artículo 245 específicamente considera el THC como una sustancia psicotrópica dentro del grupo I (grupo de mayor riesgo) de medicamentos con «valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema especialmente grave para la salud pública»⁸.

Como comentario final, existe una incongruencia evidente entre los hechos suscitados dentro del estado de gobierno mexicano, lo cual solo conlleva al limitado alcance del tratamiento a base de THC. Asimismo, existe cierta incoherencia al permitir que un administrativo con estudios en leyes o en ciencias políticas sea quien determine quién merece el tratamiento y quién no.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sandoval-Gutiérrez JL. Legalización para uso médico de la marihuana en México. Expediente abierto. Rev Colomb Psiquiatr. 2018;47:137.
2. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales. México, D.F., a 30 de abril de 2009. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5106093. Consultado 20 Feb 2019.
3. Atilano-Rodríguez IP. Reconfiguración de la ciudadanía en el estado de México: estudio de los procesos políticos y sociales relativos al consumo recreativo de la marihuana (Tesis). Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública; 2017.

4. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Amparo en revisión 1115/2017. México, D.F., 24 de noviembre de 2015. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documentos/2018-03/AR-1115-17-180316.pdf>. Consultado 21 Feb 2019.
5. Universidad Nacional Autónoma de México. Marihuana caso México. IJ UNAM; 2016. Disponible en: <http://www2.juridicas.unam.mx/marihuana-caso-mexico/>. Consultado 21 Feb 2019.
6. Coordinación General Jurídica y Consultiva, Subdirección Ejecutiva de Legislación y Consulta. Reforma legal para el uso de Cannabis o marihuana con fines médicos y de investigación científica. *Revista Cofepris, protección y salud*, 22 de agosto 2017. Disponible en: <http://revistacofepris.salud.gob.mx/n/no10/sabiasqnac.html>. Consultado 21 Feb 2019.
7. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Reitera política de “puertas abiertas” para recibir y orientar a todas las personas y organizaciones interesadas en el uso medicinal, personal y lúdico de la Cannabis. 5 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/cofepris-atiende-en-el-marco-de-sus-atribuciones-legales-las-solicitudes-para-uso-medicinal-personal-y-ludico-de-la-cannabis-173520?idiom=es>. Consultado 21 Feb 2019.
8. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984,

última reforma vigente DOF 20-08-2009. Disponible en: <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/gdoc/>. Consultado 21 Feb 2019.

Julio César López-Valdés^{a,*}, Eduardo González-Negrete^b y Estefania López-Valdés^c

^a *Departamento de Investigación, Facultad de Medicina de Tampico Dr. Alberto Romo Caballero, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tampico, Tamaulipas, México*

^b *Departamento de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, México*

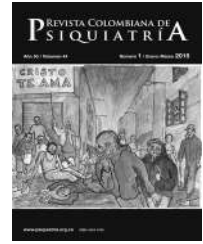
^c *Licenciatura en Derecho, práctica privada, Tampico, Tamaulipas, México*

* *Autor para correspondencia.*

Correo electrónico: jc.lopez@live.com (J.C. López-Valdés). 0034-7450/

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.006>



Carta al Editor

Asociación entre las tasas de homicidio y de suicidio en Colombia, 2017



Association between homicide and suicide rates in Colombia, 2017

Sr. Editor:

El contexto socioeconómico guarda relación significativa con las tasas de homicidio y de suicidio¹. Por un lado, se plantea que las condiciones socioeconómicas adversas incrementan las tasas de homicidio y de suicidio en una población por el incremento de los comportamientos agresivos y violentos tanto hacia otros como contra sí mismos². Y por el otro, se considera que el malestar socioeconómico solo incrementa los homicidios, con reducción o mantenimiento de la tasa de suicidio, lo que resulta en aumento de la proporción entre homicidios y suicidios, es decir, en países con situación socioeconómica favorable, se reducen los homicidios y se elevan los casos de suicidios porque, si no se encuentra una causa externa al malestar, como desempleo o pobreza, la violencia hacia a uno mismo se multiplica³. De la misma manera, se postula que las situaciones de conflictos armados, o guerras propiamente dichas, afectan a la tasa de suicidios; las muertes por suicidio se reducen significativamente y las muertes por la guerra se multiplican de modo exponencial⁴.

Los postulados anteriores hacen pensar que el conflicto sociopolítico colombiano de las décadas pasadas afectó directamente a las tasas de suicidios observadas en los periodos más críticos, de tal suerte que el cese de hostilidades o el acuerdo de paz pueden cambiar el patrón de la relación entre homicidios y suicidios en los años posteriores^{4,5}.

Con el propósito de conocer la relación entre las tasas de homicidios y de suicidios en Colombia, se exploró la correlación para el año 2017 mediante un estudio ecológico con la información consolidada por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses publicada anualmente en la revista *Forensis*^{6,7}. Para las tasas de homicidios y de suicidios, expresadas cada 100.000 hab., se estimaron media \pm desviación estándar y mediana [intervalo

intercuartílico]. La simetría de la distribución de las tasas se probó la prueba de Shapiro-Francia⁸. Dado que las tasas mostraron distribución asimétrica, la relación se probó con la correlación (r_s) de Spearman⁹. Se aceptó como significativo un valor $r_s > 0,30$ con $p < 0,05$. Para el análisis se usó el programa STATA 13.0¹⁰.

Se dispuso de la tasa de homicidios de los 32 departamentos colombianos y el Distrito Capital. No obstante, no se dispuso de la tasa de suicidios de Vichada. La tasa de homicidios se observó entre 4,5/100.000 en Vaupés y 50,5/100.000 en el Valle del Cauca ($22,2 \pm 3,3$; 20,5 [14,9-29,8]). Por su parte, la tasa de suicidios se encontró entre 2,8 en el Archipiélago de San Andrés y Providencia y 15,8 en Arauca ($6,2 \pm 3,1$; 5,7 [4,3-7,2]). La correlación entre las tasas de homicidios y de suicidios fue $r_s = 0,12$ ($p = 0,53$).

Los resultados mostraron que las tasas de homicidios y de suicidios no están asociadas. De manera análoga, se había observado falta de relación en los estudios precedentes realizados en Canadá, Estados Unidos e India¹¹⁻¹³. No obstante, otros hallaron relación directa y significativa entre las tasas de homicidios y de suicidios en países como Brasil, Rusia y Trinidad y Tobago, e incluso otro estudio realizado en Estados Unidos^{11,14-17}. Sin duda, los hallazgos varían según el contexto económico, social y político de los países¹⁸⁻²⁰.

Se concluye que durante 2017 en Colombia las tasas de homicidios y de suicidios fueron independientes. Se necesita supervisar si los cambios en la situación de la violencia sociopolítica colombiana afectan a esta relación.

Financiación

La Universidad del Magdalena, Santa Marta, y el Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia, apoyaron esta investigación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bills CB. The Relationship between homicide and suicide: A narrative and conceptual review of violent death. *Int J Conflict Violence*. 2017;11:1-9.
2. Lester D. The association between the quality of life and suicide and homicide rates. *J Soc Psychol*. 1984;124:247-8.
3. Henry AF, Short JF. Suicide and homicide: Some economic sociological and psychological aspects of aggression. New York: Free Press; 1954.
4. Lester D. The effect of war on suicide rates. A study of France 1826 to 1913. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993;242:248-9.
5. Rosselli D, Tarazona N, Aroca A. La salud en Colombia 1953-2013: Un análisis de estadísticas vitales. *Medicina*. 2014;36:120-35.
6. Hernández HW. Comportamiento del homicidio Colombia, 2017. *Forensis*. 2018;19:83-122.
7. Montoya B. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2017. *Forensis*. 2018;19:349-83.
8. Shapiro SS, Francia RS. An approximate analysis of variance test for normality. *J Am Stat Assoc*. 1972;67:215-6.
9. Spearman C. Correlation calculated from faulty data. *Br J Psychol*. 1910;3:271-95.
10. STATA 13.0 for Windows. College Station: StataCorp LP; 2013.
11. Leenaars AA, Lester D. Suicide and homicide rates in Canada and the United States. *Suicide Life-Threat Behav*. 1994;24:184-91.
12. Lester D, Agarwal K, Natarajan M. Suicide in India. *Arch Suicide Res*. 1999;5:91-6.
13. Wu B. Testing the stream analogy for lethal violence: A macro study of suicide and homicide. *West Criminol Rev*. 2003;4:215-25.
14. Pridemore WA. Demographic, temporal, and spatial patterns of homicide rates in Russia. *Eur Sociol Rev*. 2003;19:41-59.
15. Pridemore WA, Spivak AL. Patterns of suicide mortality in Russia. *Suicide Life-Threat Behav*. 2003;33:132-50.
16. Vijayakumar L, Nagaraj K, Pirkis J, Whiteford H. Suicide in developing countries (1): frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators. *Crisis*. 2005;26:104-11.
17. Bando DH, Lester D. An ecological study on suicide and homicide in Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2014;19:1179-89.
18. Bills CB, Li G. Correlating homicide and suicide. *Int J Epidemiol*. 2005;34:837-45.
19. Fountoulakis KN, Gonda X. Differential correlation of suicide and homicide rates according to geographical areas: A study with population-level data. *Psychiatry Res*. 2017;249:167-71.
20. Fountoulakis KN, Gonda X. Ancestry and different rates of suicide and homicide in European countries: A study with population-level data. *J Affect Disord*. 2018;232:152-62.

Adalberto Campo-Arias^{a,*}, Karla J. Romero^a y Edwin Herazo^b
^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia
^b Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia

* Autor para correspondencia.

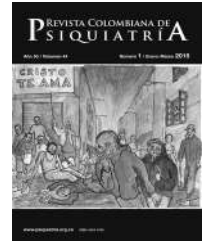
Correo electrónico: acampo@unimagdalena.edu.co
 (A. Campo-Arias).
 0034-7450/

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.01.002>



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Carta al Editor

Salud mental y formación clínica. Comentario editorial a «Cómo contribuir»



Mental Health and Clinical Training. Editorial Comment on “How to Contribute”

Sr. Editor:

En el editorial del primer número de REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA de 2018¹, ha planteado usted un tema de discusión de suma importancia para los profesionales en el campo de la formación y la intervención en salud mental. Los problemas de salud mental han desbordado las capacidades del sistema y urgen respuestas puntuales desde la academia.

Por un lado, ya es conocida la elevada deuda del sistema de salud, que asciende a 8,2 billones de pesos². Son conocidas, además, las dificultades en el acceso a la salud que sufren los colombianos en general, y en atención psiquiátrica y psicológica en particular. Desde 2009 se reporta un bajo número de camas para atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe³, mientras que en Colombia cerraron clínicas, como la San Juan de Dios, que dejaron un vacío de 260 camas para la atención de la salud mental del departamento de Cundinamarca⁴.

Por otro, el creciente número de personas, pertenecientes a los diversos grupos etarios, afectadas por problemas merecedores de intervención profesional, tal y como usted mismo señala en su editorial, junto con las víctimas y los actores del conflicto armado colombiano, hacen necesario que en las diferentes entidades estatales y académicas se piense y se discutan alternativas y se realicen estudios de base que respalden la toma de decisiones.

Precisamente, la academia ha sido un referente poco ponderado en la atención en salud mental. A través de los consultorios psicológicos, por ejemplo, muchas facultades de Psicología del país han atendido a cientos de personas. No obstante, es necesario revisar este aspecto con detenimiento y que se comience a pensar en la necesidad de cualificar la atención universitaria o restringirla a niveles de formación más elevados. En un reciente estudio⁵, se han señalado algunos problemas en el diligenciamiento de historias clínicas en el ámbito universitario de pregrado en Psicología. Este hallazgo apunta a un problema más importante: la experiencia y la

capacidad que desarrollan los estudiantes que realizan sus prácticas en consultorios universitarios para evaluar e intervenir casos, las más de las veces, complejos. Las entidades reguladoras no facilitan pautas claras para el seguimiento de los profesionales en formación clínica en salud mental, lo cual hace que muchas veces cometan errores, que se pasan por alto, pero sin conocer sus consecuencias.

A lo anterior se aúna el hecho de que no existen programas de formación doctoral en el área específica de Psicología Clínica y en investigación de alto nivel en este importante campo. Asimismo, los protocolos de intervención validados para la atención a personas afectadas de diversos tipos de trastornos brillan por su ausencia. Incluso, muchas de las pruebas utilizadas para la evaluación psicológica y psiquiátrica en el país no cuentan con estudios en población colombiana, y cuando los tienen, sus muestras tienden a no ser representativas.

Actualmente, en Colombia se implementa el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI); sin embargo, la mayoría de los profesionales de salud mental del país desconocen cuáles son las técnicas que se están utilizando y su validación en estudios controlados. Esto en modo alguno significa que deba criticarse *per se*; pero un programa bien diseñado puede venirse abajo si no se realizan los controles pertinentes y se capacita de manera idónea a los profesionales encargados de atender a una población afectada por el conflicto armado.

Dada la situación, es necesario reflexionar desde lo que estamos haciendo en la academia y comenzar a responder al desafío desde la ciencia. Para ello sería primordial:

1. Destinar financiamiento específico para estudios clínicos en intervenciones individuales y grupales, así como para el seguimiento y la medición del impacto a mediano y largo plazo.
2. Incentivar la formación doctoral para el ejercicio de la psicología clínica.

3. Desestimular la formación y la atención clínica en pregrado y apoyar las maestrías y los doctorados en el campo.
4. Exigir a cualquier programa de formación en Psicología Clínica que sus estudiantes, obligatoriamente, realicen largas pasantías en centros de atención en salud mental, bajo la supervisión de terapeutas expertos, y además que realicen procesos de investigación dirigida.

Deben abrirse muchos otros frentes de discusión académica, con el ánimo de que nuestros procesos de formación en intervención en salud mental respondan verdaderamente a las necesidades de nuestras comunidades. Por nuestra parte, consideramos que lo fundamental es que los procesos de intervención clínica sean aplicados por personal altamente capacitado y con experiencia.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palacio CA. ¿Cómo contribuir? Rev Colomb Psiquiatr. 2018;47:1, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2018.01.001>.

2. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) [Internet]. 2017. La realidad financiera de los hospitales y clínicas. [Consultado el 12 de abril del 2018]. Disponible en: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/01/Realidad-Financiera-Hospitales.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. 2009. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. [Consultado el 12 de abril del 2018]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final.web.pdf
4. Vanegas-Medina CR, Espriella-Guerrero RA. Mental health institution in Colombia in 2025. Delphi Method. Rev Gerenc Polít Salud. 2015;14:114-35.
5. Córdoba-Sánchez V, Zambrano-Cruz R, Tamayo-Agudelo W. Calidad de las historias clínicas de los practicantes de un consultorio psicológico de una universidad colombiana. Educ Med. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.007>.

William Tamayo Agudelo^{a,b,*} y Renato Zambrano-Cruz^a

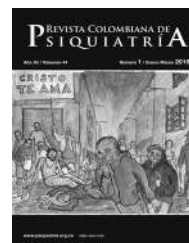
^a Universidad Cooperativa de Colombia, Centro de Habilidades Cognitivas (CHC), Medellín, Colombia

^b Division of Psychiatry, University College London, Londres, Reino Unido

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: william.tamayoa@campusucc.edu.co (W. Tamayo Agudelo).
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.2018.04.004>



Original article

Detection of potential risks in the prescription of tricyclic antidepressants through an online clinical alert system[☆]



Dieric Diaz^{a,*}, Álvaro Vallejos^a, Sandra Torres^a, William Hernández^a, Juan Calvache^b, Johan Merchán^b, Germán Latorre^b, Laura Maldonado^a

^a MC21 Colombia SAS, Bogotá, Colombia

^b University Foundation of Health Sciences, Bogotá, Colombia

ARTICLE INFO

Article history:

Received 27 December 2017

Accepted 28 May 2018

Available online 8 July 2018

Keywords:

Tricyclic antidepressants

Pharmacovigilance

Drug interactions

Pain management

Elderly

ABSTRACT

Objective: To analyse the use, indications and potential risks of tricyclic antidepressants (TCAs), using a technological system of clinical alerts at the time of prescription.

Methods: Observational, descriptive, retrospective study on a population covered by a Colombian health insurance plan with an average of 2,333,582 members/month. The information was generated in the PBM (Pharmacy Benefit Management) MC21 Colombia technological platform.

Results: Of the total members, 368,298 (16%) patients/month on average were prescribed medicines; 3,640 (1%) were prescribed TCAs: 2,573 amitriptyline (70%) and 1,062 imipramine (29%); 817 (22.5%) were over 65 years of age. The median daily dose of amitriptyline and imipramine was 25 mg. A total of 17,153 alerts were reported: 8,685 (51%) for drug-drug interactions, 7,354 (43%) for drug-age interactions and 543 (3%) for duplicate therapy.

Conclusions: Risks were identified in the prescription of tricyclic antidepressants, especially in the over-65 population, where these drugs are used in particular for the management of neuropathic pain. The clinical alert system at the time of medicinal product formulation can make an important contribution to the prevention of potential adverse events associated with the use of medicinal products.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

[☆] This publication was presented as a poster at the XI International Pharmacovigilance Meeting of the Americas in Lima - Peru (November 6-7, 2014).

* Corresponding author.

E-mail addresses: ddiaz@mc21colombia.com, dieric775@gmail.com (D. Diaz).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.05.001>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

DetECCIÓN DE POTENCIALES RIESGOS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS MEDIANTE UN SISTEMA DE ALERTAS CLÍNICAS EN LÍNEA

R E S U M E N

Palabras clave:

Antidepresivos tricíclicos
Farmacovigilancia
Interacciones de medicamentos
Tratamiento del dolor
Anciano

Objetivos: Analizar el uso, las indicaciones y los riesgos potenciales de los antidepresivos tricíclicos empleando un sistema tecnológico de alertas clínicas en el momento de la prescripción.

Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo en una población de una aseguradora colombiana con un promedio de 2.333.582 afiliados/mes. La información se generó en la plataforma tecnológica del PBM (Pharmacy Benefit Management) MC21 Colombia.

Resultados: Del total de afiliados, se prescribieron medicamentos a una media de 368.298 (16%) por mes; a 3.640 (1%), antidepresivos tricíclicos: amitriptilina a 2.573 (70%) e imipramina a 1.062 (29%); 817 (22,5%) eran mayores de 65 años. La mediana de dosis diarias de amitriptilina e imipramina fue 25 mg. En total se reportaron 17.153 alertas de antidepresivos tricíclicos: 8.685 (51%) de interacción farmacológica; 7.354 (43%) de interacción fármaco-edad (pacientes mayores de 65 años) y 543 (3%) de terapia duplicada.

Conclusiones: Se identificaron riesgos en la prescripción de antidepresivos tricíclicos especialmente en la población mayor de 65 años, que usan estos medicamentos principalmente para tratar el dolor neuropático. El sistema de alertas clínicas en el momento de la formulación de medicamentos hace un aporte importante en la prevención de potenciales eventos adversos asociados con el uso de medicamentos.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Introduction

Tricyclic antidepressants (TCAs) were described in 1957 in Switzerland by Huhn,¹ who documented that imipramine was effective in treating major depression; this marked a highly significant therapeutic advance in psychiatry. These medications began to be used in the mid-twentieth Century, generating controversy for their therapeutic effects when acting on the main central nervous system neurotransmitters (norepinephrine, serotonin, acetylcholine, dopamine, and antagonism of H1 and H2 receptors), which result in a large number of adverse reactions such as constipation, urinary retention, blurred vision, orthostatic hypotension, sedation, memory impairment, dizziness and cardiovascular side effects such as 2nd level cardiac arrhythmia.²

Since entering the market in 1957, tricyclic antidepressant drugs have been widely used, initially in the field of psychiatry, with subsequent expansion into other medical specialties, thereby further increasing the number of patients who are prescribed TCAs.

The mechanism of action of TCAs is to block the reuptake of norepinephrine and serotonin amines in addition to antagonizing muscarinic receptors and histamine H1 and H2, which translates into increased concentration and increased availability of these neurotransmitters in the synapse, which also explains most of its adverse effects.

Due to its mechanism of action with the variability in its pharmacokinetics and pharmacodynamics, TCAs have been converted into a group of drugs for a broad spectrum of indications. In addition to major depression and dysthymia, they are effective in panic disorder, social phobia, other anxiety

disorders, bulimia nervosa, post-traumatic stress disorder, chronic pain and, in young children, enuresis.³ For this reason, TCAs are used in a wide range of specialties including neurology, psychiatry, internal medicine, physical medicine, pain medicine, general medicine, family medicine and pediatrics, leading to increased use and therefore the risk of potential adverse reactions.

Our research analyzes the alerts generated in the doctor's office right at the time of making the prescription; however, there is research in the literature on the importance of clinical alerts in the pharmacy at the time of dispensing the medication to the patient. For example, the study conducted by Mette Heringa et al.⁴ in which they analyze several families of medicines, found that of all the processed prescriptions, 43% led to one or more drug safety alerts, more frequently drug and drug interaction alerts (15% of all prescriptions), drug interaction-disease alerts (14%), duplicate medication alerts (13%), and dosing alerts (7%). In this study, 5.7% of drug interaction alerts included an antidepressant. It is for this reason that we want to analyze the clinical alerts of a particular group of antidepressants such as TCAs, but not in the pharmacy, but at the exact time that doctors in their office make the prescription, which could have a greater impact.

Objective

Analyze the use, indications, and risks of tricyclic antidepressants using a system of clinical alerts in the prescription of drugs.

Methods

A retrospective longitudinal descriptive about the uses and risks of TCAs in Colombia was held in a period of 6 months (January to June year 2014) in an average population of 2.333.582/month affiliated to a health insurance plan. All patients in the insurance affiliates in that period who attended medical consultation and prescribed TCAs.

The information was obtained from the of PBM (Pharmacy Benefit Management) MC21 Colombia technological platform, which registers the prescribing and dispensing of outpatient medications and performs testing for clinical alerts. From this platform, these variables were obtained: a) socio-demographic (age), and b) tricyclic antidepressant drugs with their respective dosage and duration of treatment. For a description of the risks in the study population information from different parameterized clinical alerts was used on the MC21 Colombia, it understood as a clinical alert security information that appears on the computer screen when you make a doctor's prescription can lead to potential risks; the clinical alerts are divided into: maximum dose, duplicate therapy, drug age, disease drugs, drug pregnancy and drug interaction. The statistical software SAS (Statistical Analysis System) was used to organize and analyze the information. Univariate analyses of association using statistical measures as medium, absolute frequencies and relative frequencies with exploratory association analyses where bivariate contingency tables for the respective clinical and pharmacological analyses were generated. The information obtained was analyzed with the most current scientific evidence including drug database Micromedex 2.0. The analysis of this information was followed by recommendations to promote proper use of tricyclic antidepressants.

Results

Of the 2 333 852 members, an average of 16% (368 298) received monthly outpatient drugs, and of these, 1% (3640) received TCAs (figure 1).

In terms of age distribution, 1.3% (47 patients) is in the age group of 0-14 years, 42% (1530 patients) is between 14-44 years, 34.2% (1246 patients) is in the 45-64 years group, and 22.5% (817 patients) is concentrated in the group over 65 years. The average age of prescription of TCAs was 48 years.

Regarding the use of TCAs, the drugs most used were amitriptyline, imipramine, clomipramine, doxepin, and maproptiline, which are those that currently have authorization for marketing in Colombia.

The median dose of TCAs with median absolute deviation (MAD) where the "zero" interval indicates that the data are concentrated around the median described; most of TCAs have no antidepressant doses, except maproptiline median dose which presents with indication for depression.⁵

The most common use of TCAs was for neuropathic pain with 13% (2804 patients); in an average daily dose of 27 mg daily, this diagnosis being the primary indication for prescribing amitriptyline. TCAs prescription for depression was also observed in 2.3% (494 patients), the average daily dose of

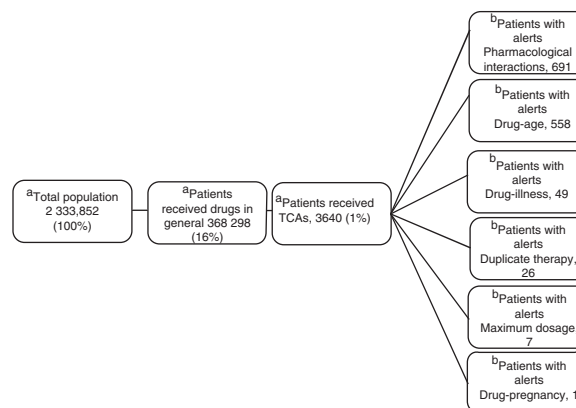


Figure 1 – Month average population analyzed. Note: a patient can have multiple alerts.

^aAverage population/month.

^bPatients with alerts on average per month.

amitriptyline for depression was lower than 75 mg daily in 94% (257 patients) and imipramine average daily dose was less than 100 mg day in 95% (184 patients).

As for the diagnosis of enuresis, the majority of TCAs prescriptions were for imipramine, 190 patients (3%).

Regarding the medical specialty, we found that: 13.7% of prescriptions with clinical alert corresponded to family medicine, 12.5% to internal medicine, 7% to neurology and only 1.9% of prescriptions with clinical alerts corresponded to psychiatrists, the rest of prescriptions corresponded to general medicine.

Clinical Alerts Analysis

In the average of 3640 patients per month who received TCAs, an average monthly rate of 79 alerts was observed for each 100 patients. A patient could present one or more alerts (figure 2).

Pharmacological Interaction

The greatest concentration of patients with drug interaction alerts occurred in the age group over 65 years (25%, 206 patients) of all patients over 65 years (817). According to the classification of risk of drug interactions, 311 pharmacological interaction alerts contraindicated presented

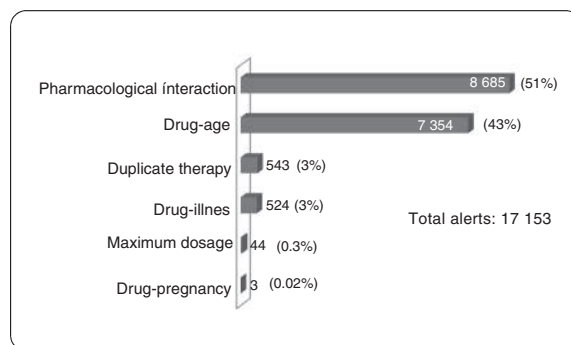


Figure 2 – Total alerts generated by tricyclic antidepressants (January to June 2014).

in 156 patients were observed, alerts of this type in their entirety were generated by combining metoclopramide with a TCA within these the most frequent was amitriptyline (91.1%). Two side effect alerts per 100 patients prescribed TCAs were generated. No side effect alerts of pharmacological interaction for clomipramine, doxepin, maprotilina were observed.

6814 high-risk alerts occurred in 3365 patients; 52% of alerts of this type appeared with the combination of 2 antidepressants (1974 patients). The first 2 places are given by the combination of fluoxetine-amitriptyline (26%, 1002 patients), the remaining 48% was generated by the combination of a tricyclic antidepressant with other medicines such as analgesics opioid (tramadol-amitriptyline: 16%, 723 patients). One patient had a simultaneous prescription for fluoxetine, sertraline, amitriptyline, tramadol, lorazepam, and alprazolam, event that was reported in a timely manner to the insurer due to the potential risk of adverse drug reaction (ADR) for this patient.

As for moderate risk of drug interactions, 2065 alerts were presented in 965 patients, 62% are interaction between anticonvulsants and TCAs (the interaction carbamazepine-amitriptyline was the most frequent, occurring in 422 patients) and 9% corresponds to the interaction between anticoagulants and TCAs, all of these combinations involving drugs with narrow therapeutic windows with risks of significant adverse reactions.

Duplicate Therapy

Were presented in total 543 alerts duplicate therapy, these the 99.5% of alerts correspond to simultaneous prescribing amitriptyline and imipramine, occurring in 185 patients. One patient had simultaneous prescription clomipramine with imipramine.

Maximum Dosage

Alerts maximum dose in 7 patients average/month were presented and considering that the maximum dose of amitriptyline is 300 mg/day,³ alerts for maximum dosage with this medication occurred in four patients average/month, were above the prescribed maximum recommended dose with potential consequent risk of central nervous system depression, seizures, tachycardia, hallucinations. In the same way, with imipramine three patients average/month had maximum dose alerts.

Drug-age

All alerts of this type occurred in patients older than 65 years, with significant involvement of amitriptyline being the most frequent prescription.

Drug-disease

Alerts of this type were concentrated in patients with prostatic hyperplasia (40.5%) and in patients with cardiac arrhythmia (15.3%).

Drug-pregnancy

Considering that TCAs are category C according to the Food and Drug Administration (FDA) (animal studies have shown adverse events in the fetus, there are no adequate studies in pregnant women), 1 patient with diagnoses related to pregnancy presented ADT prescription with the potential risks of teratogenic effects.

Discussion

TCAs have been shown to be effective for multiple indications, actually are still used in both outpatient and Hospital patients.² That is why in our study, we found that of all the patients who were prescribed drugs, 1% received TCAs.

In a study by Machado et al., it was found to be an antidepressant medication dispensed to about 0.9% of patients,⁶ close to that found in our study to ADT prescription.

Analysing the distribution by age, we found that 42% of patients with prescription of TCAs are between fourteen and forty-four years old, which is in accordance with what is reported in the literature for the use of antidepressant for depressed people, given that the beginning of the symptoms generally appear towards the final three decades of life.⁷ However, it is important to note that the patients over 65 represent 22% of patients prescribed with TCAs in our study, a relevant fact if we consider that these patients are at the greatest risk of adverse drug reactions due to age related physiological changes the coexistence of chronic diseases such as hypertension and diabetes for example and the high prevalence of polypharmacy; it is estimated that the adverse drug reactions occurs in 41% of outpatients, of which 59-81% are preventable or avoidable; 23% may require hospitalization for treatment and that in many cases are associated with the various interactions between different drugs, so the identification of potential adverse events associated with the use of drugs becomes transcendental.⁶

The most commonly prescribed TCAs in our study were amitriptyline and imipramine. The use of other TCAs was very rare, less than 1% of the total (doxepin, 2 patients; maprotiline, 8 patients; clomipramine, 16 patients), this could be due to amitriptyline and imipramine are the oldest TCAs and that more information can be found by reviewing the literature and which are approved for several indications.⁸ On the other hand, the use of doxepin and maprotiline is very low due to its negative safety profile.

TCAs are not considered first line drugs for the treatment of depression⁹ due to the adverse drug reactions that they can cause, especially in the elderly, for whom other options are considered more effective and safe. We believe this is the main reason why in our study we found that TCAs were prescribed for the treatment of depression in only 2.3%. Gillman believes that the adverse effects and risks associated with TCAs have been exaggerated, probably due to the intervention of pharmaceutical houses in studies for new antidepressives.¹⁰ Similarly, Thiwan's study¹¹ showed that most of the symptoms associated with the use of TCAs were already present before starting treatment, and only a few, predominantly anticholinergic side effects, worse after two weeks TCAs treatment. Given this, new

clinical studies in which the risks and benefits of TCAs are evaluated are necessary.

Neuropathic pain is caused by injury or illness that directly affects the somatosensory system, its treatment is often difficult and ineffective. At this point, the TCAs represent the first-line drugs, as inhibitors of serotonin and noradrenaline reuptake.¹² Pain relief by amitriptyline produced is similar in magnitude and quality of gabapentin, with much lower costs.¹³ It is for this reason that in our study we found that this is the indication for which the TCAs were prescribed more frequently, with 13% of all prescriptions. Similarly, the management of migraine and chronic tension headache occupied an important place in our study as to the indications for which it was prescribed a TCAs, with 12% of prescriptions. The efficacy of TCAs in this type of pathology is well documented. Jackson et al. conducted a meta-analysis comparing the efficacy.¹⁴ The analgesic effect of TCAs is independent of changes in mood and they appear doses and treatment times much lower than those used for depression.¹⁵ Several studies show that TCAs are highly effective as analgesics, needed to treat diseases such as chronic pain, including neuropathic pain, fibromyalgia, low back pain, and chronic headache or migraine.¹⁶ Findings related to our results where that neuropathic pain diagnosis was the main reason for prescribing TCAs; however it should evaluate this therapy in patients with diagnoses such as cardiac arrhythmias (47 patients) where may be more risk than benefit.

Drug interactions have been identified as a significant problem of drug therapy, with a significant impact on morbidity and mortality patients.¹⁷ Our study also evaluated the clinical alerts that occurred among patients who were prescribed with TCAs. The main warning was detected by drug interaction with 51% of alerts. This is because different groups of medications interact with these. Of all patients who were prescribed ATC, drug interaction alerts contraindicated in 156 patients, all by the interaction between metoclopramide and TCAs were presented. A study by Gaertner¹⁸ classified both metoclopramide and amitriptyline as very high risk for drug interactions presentation also stressing that joint use is contraindicated for the very important anticholinergic activity of both drugs, raising the incidence adverse drug reaction as sedation, dry mouth, difficulty in urination, and delirium. As for high-risk alerts, most came by interaction of amitriptyline-fluoxetine; interaction increases the risk of adverse drug reaction for TCAs due to inhibition of CYP2D6 and CYP3A4 enzymes responsible for metabolize amitriptyline.¹⁹

In clinical alerts reported among users of TCAs prescription striking alert drug-pregnancy, which occurred in 3 patients. The FDA classifies TCAs as category C. Epidemiological studies to evaluate the effect of exposure to TCAs during pregnancy have produced inconsistent results. A meta-analysis of 414 cases of exposure to TCAs during the first trimester of pregnancy showed no increased risk of major congenital abnormalities. On the other hand, it is reported that women exposed to tricyclic antidepressants have increased rates of abortions and neonatal complications, including minor malformations.²⁰ Therefore, it is necessary that the use of TCAs during pregnancy is prudent, always weighing the benefit/risk for both mother and fetus, conducting clinical and preclinical monitoring or attempting to minimize the risks

of early detection morbidity and maternal/fetal mortality. For the case identified during the study were notified to the medical directors of the insurer and some alerts as restrictive is parameterized during pregnancy, especially categories X and C.

Conclusions

Once the patient requests their medications at pharmacies, it is not easy to generate interventions to prevent the presence of possible adverse events associated with the use of medications. That is why the system of clinical alerts at the time of formulating medications can generate an important contribution to the prevention of potential adverse events associated with the use of these. The integration of the use of information on medicines in a technological platform can serve as an input to identify and suggest management sources, in this case, for example, pharmaceutical care and active pharmacovigilance for patients over 65 years in whom potential risks were identified associated with the use of tricyclic antidepressants.

Recommendations

- The potential risk is evident in patients older than 65 with the use of TCAs; in this study this age group has the highest rate of drug interactions, interactions drug-age and drug-disease interactions; so it is critical in this population to implement strategies of pharmaceutical care and active pharmacovigilance.
- It is important to support the prescription offered by clinical alerts in the detection of the possible adverse reactions associated with the use of TCA.
- Given the risks identified with the use of TCAs, education programs for doctors play a major role as an intervention strategy for the proper use of these drugs.

Financing

MC21 Colombia S.A.S funded this project.

Conflicts of interests

Alvaro Vallejos, Dieric Diaz, Sandra Torres, William Hernandez, and Laura Maldonado report working relationships with MC21 Colombia. The other participants do not declare conflicts.

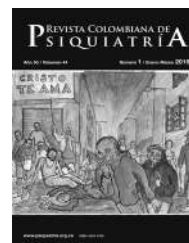
Acknowledgements

We thank MC21 Colombia technology department, for facilitating the information for the development of this research.

REFERENCES

1. Wemakor A, Casson K, Dolk H. Prevalence and sociodemographic patterns of antidepressant use among women of reproductive age: A prescription database study. *J Affect Disord.* 2014;167:299-305.

2. Murray ML, De Vries CS, Wong IC. A drug utilization study of antidepressants in children and adolescents using the General Practice Research Database. *Arch Dis Child BMJ*. 2004;89:1098-102.
3. Ciraulo D, Shader R, Greenblatt D. Clinical pharmacology and therapeutics of antidepressants Pharmacotherapy of depression. PL Totowa. Humana Press;; 2011. p. 33-124.
4. Heringa M, Floor A, Tromp P. Nature and frequency of drug therapy alerts generated by clinical decision support in community pharmacy. *Pharmacoepidemiol Drug Safe*. 2016;25:82-9.
5. Tolosa V, Rosó A, Escoté S. Antidepresivos tricíclicos: efectos adversos y ventajas de la monitorización terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2002;16:620-6.
6. Machado J, Morales C. Prevalencia de interacciones potenciales evitables entre antidepresivos y otros medicamentos en pacientes colombianos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42:162-6.
7. Ankarberg P, Falkenstrom F. Treatment of depression with antidepressants is primarily a psychological treatment. *Psychotherapy (Chic)*. 2008;45:329-39.
8. Greener M. Antidepressants: current mechanisms and new hopes. *Nurse Prescribing*. 2014;12:38-42.
9. Antidepressant treatment in adults. NICE Pathway. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2017. Available from: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/depression>.
10. Gillman PK. Tricyclic antidepressant pharmacology and therapeutic drug interactions updated. *Br J Pharmacol*. 2007;151:737-48.
11. Thiwan S, Drossman D, Morris C, et al. Not all side effects associated with tricyclic antidepressant therapy are true side effects. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7:446-51.
12. Bohren Y, Tessier LH, Megat S, et al. Antidepressants suppress neuropathic pain by a peripheral β_2 -adrenoceptor mediated anti-TNF α mechanism. *Neurobiol Dis*. 2013;60:39-50.
13. Morello CM, Leckband SG, Stoner CP. Randomized double-blind study comparing the efficacy of gabapentin with amitriptyline on diabetic peripheral neuropathy pain. *Arch Intern Med*. 1999;159:1931-7.
14. Jackson J, Shimeall W, Sessums L. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:1-13.
15. Yong R, Issa M. Tricyclic antidepressants. In: Yong R, Nguyen M, Nelson E, Urman R, editors. *Pain medicine*. Springer; 2017.
16. Fennema J, Petrykiv S, de Jonge L. Efficacy and safety of antidepressants as analgesics in chronic pain: A review. *Eur Psychiatry*. 2017;41. S234-S234.
17. Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A, Laupacis A, Redelmeier DA. Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. *JAMA*. 2003;289:1652-8.
18. Gaertner J. Drug interactions in palliative care - it's more than cytochrome P450. *Palliative Medicine*. 2012;26:813-25.
19. Spina E, Scordo M. Clinically significant drug interactions with antidepressants in the elderly. *Drug Aging*. 2002;19:299-320.
20. Salazar LF, Rincón DA. Uso de los antidepresivos en el embarazo y la lactancia. *Universitas Médica*. 2006;47:177-88.



Artículo original

Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar



Ana María Posada Correa^a, Rommel Augusto Andrade Carrillo^a,
Diana Cristina Suarez Vega^a, Sujey Gómez Cano^a, Luis Guillermo Agudelo Arango^a,
Luis Fernando Tabares Builes^a, Ángela María Agudelo García^{a,b}, Esteban Uribe Villa^{a,b},
Daniel Camilo Aguirre-Acevedo^c y Carlos López-Jaramillo^{a,b,*}

^a Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

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

^c Instituto de Investigaciones Médicas, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de noviembre de 2017

Aceptado el 13 de abril de 2018

On-line el 23 de julio de 2018

Palabras clave:

Trastorno bipolar

Esquizofrenia

Enfermedad mental

Anticoncepción

Sexualidad

RESUMEN

Introducción: Las personas con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar (TAB) tienen alto riesgo de embarazos no deseados y abortos, debido a su condición de vulnerabilidad o comportamientos hipersexuales (frecuentes en este último trastorno); a esto se asocia dificultad en la planeación de sus actos y escasez de educación sexual y consejos del personal médico, lo cual lleva a resultados obstétricos negativos e incapacidad para cuidar adecuadamente a sus hijos.

Objetivo: Describir las características de una muestra de pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia en Medellín, Colombia, sobre salud sexual y reproductiva, el uso de anticoncepción y el asesoramiento al respecto en las consultas de psiquiatría.

Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Se incluyó a los 160 participantes del ensayo clínico «Los Efectos de un Programa de Intervención Multimodal en Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar y Esquizofrenia», captados de la consulta del grupo de trastornos del ánimo y psicosis del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín. Un residente de tercer año de Psiquiatría contactó con ellos vía telefónica y les aplicó una encuesta acerca de las características de su vida sexual y reproductiva y la anticoncepción.

Resultados: Casi todos los pacientes con esquizofrenia estaban solteros, no tenían estudios de pregrado y se encontraban desempleados. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales al comparar por diagnóstico y por sexo. Casi todos los pacientes con esquizofrenia y casi la mitad de los pacientes con TAB reportaron no tener vida sexual activa. Casi todos los que reconocieron tenerla afirmaron que usaban siempre algún método anticonceptivo; del grupo de TAB, solo el 48,8% de las mujeres solteras reconocieron estar planificando y poco más de la mitad de los varones afirmaron que se servían del condón en sus relaciones sexuales. Una cuarta parte de los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carloslopezjaramillo@gmail.com (C. López-Jaramillo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.007>

0034-7450/© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

embarazos fueron no planeados. El 57,4% de los pacientes con TAB y el 78,8% de los que tenían esquizofrenia se consideraban bien informados sobre planificación familiar, a pesar de que la mayoría afirmaba que nunca habían recibido información sobre este tema durante las consultas con su psiquiatra.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad mental tienen alteraciones cognitivas y conductuales que afectan a su vida sexual y reproductiva, por lo cual los psiquiatras deben abordar este tema para garantizar la educación en cuanto a anticoncepción, planeación de la natalidad y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, entre otras, y así velar por la seguridad y la calidad de vida de sus pacientes.

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Sexual and Reproductive Health in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder

A B S T R A C T

Keywords:

Bipolar disorder
Schizophrenia
Mental illness
Contraception
Sexuality

Introduction: People with schizophrenia and bipolar disorder (BD) have a high risk of unwanted pregnancies and abortions, due to their condition of vulnerability or hypersexuality (common in BD). This is associated with difficulty in planning their actions and lack of sex education and counselling by medical personnel, and can lead to adverse obstetric outcomes and inability to care adequately for their children.

Objective: To describe the characteristics in terms of sexual and reproductive health, and the use of contraception and counselling in psychiatric consultations, in a sample of patients with BD and schizophrenia in Medellín, Colombia.

Methods: Observational cross-sectional study. We included the 160 participants from the clinical trial, "The effects of a multimodal intervention programme in patients with bipolar disorder and schizophrenia", who were recruited from the mood and psychosis disorders group clinic at Hospital Universitario de San Vicente Fundación in Medellín. They were contacted by phone by a third-year psychiatry resident, who applied a survey about the characteristics of their sex life, contraception and reproduction.

Results: Almost all of the patients with schizophrenia were single, had no undergraduate studies and were unemployed. No significant differences were found regarding the age of starting sexual relations when comparing by diagnosis and gender. Almost all patients with schizophrenia and almost half of the patients with BD reported not having an active sexual life. Almost all of those who admitted to having an active sexual life claimed to always use contraception; in the BD group, only 48.8% of single women admitted to using contraception and a little over half of men stated that they used a condom when having sex. A quarter of the pregnancies were unplanned.

Although the majority of the patients stated that they had never received information about family planning in the consultations with their psychiatrist, 57.4% of the patients with BD and 78.8% of those who had schizophrenia, considered themselves to be well informed on the subject.

Conclusions: Patients with mental illness have cognitive and behavioural alterations that affect their sexual and reproductive lives. Psychiatrists should therefore address this issue, to ensure education in areas such as contraception, family planning and sexually transmitted diseases and help safeguard the safety and quality of life of their patients.

© 2018 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

La esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar (TAB) son enfermedades crónicas que afectan principalmente a personas en edad reproductiva, con prevalencias en el mundo del 1 y el 4%

respectivamente¹. Se caracterizan por ser alteraciones afectivas y cognitivas que conducen a un marcado deterioro del razonamiento y el juicio²⁻⁵ y afectan en gran medida a su vida sexual y reproductiva; este riesgo se ve aumentado por el uso concomitante de sustancias psicoactivas, que alcanza prevalencias entre el 25 y el 65% en esta población⁶⁻⁹.

Las mujeres con estos trastornos tienen alto riesgo de embarazos no deseados y abortos, en parte debido a su dificultad para planear y medir las consecuencias de sus actos, lo cual incluye la falta de utilización o el uso inadecuado de métodos anticonceptivos^{3,5,10}. Hay reportes en la literatura de que apenas el 58,8% de las mujeres con TAB emplean algún método anticonceptivo¹¹; por otro lado, hay evidencia de que los pacientes con esquizofrenia presentan un alto porcentaje de embarazos no deseados, a pesar de que la tasa global de gestación de esta población es baja¹². Además, en ambos trastornos hay mayor riesgo de resultados obstétricos negativos, como partos prematuros, hijos con bajo peso al nacer y reaparición de síntomas psicóticos y afectivos durante el embarazo^{6,7,13-16}.

Entre otros factores asociados, está su condición de vulnerabilidad, que las expone a ser forzadas a tener relaciones sexuales indeseadas y, en el caso de las mujeres con TAB, la hipersexualidad es una característica clínica de la fase maniaca^{10-12,17}. Los padres mentalmente enfermos pueden no estar en capacidad para responder por las necesidades de sus hijos, y delegan su cuidado a otros o corren el riesgo de ser separados de ellos^{10,18}.

A esto se suma que muchas de estas pacientes reciben medicamentos antiepilépticos como parte de su tratamiento y algunos de ellos pueden disminuir la concentración plasmática de los anticonceptivos orales y restarles eficacia^{15,19-21}, además existen estabilizadores del ánimo que pueden aumentar el riesgo de teratogénico de esta población^{11,16}. De manera paradójica, los anticonceptivos orales pueden disminuir las concentraciones de algunos psicofármacos y aumentar el riesgo de descompensación psiquiátrica^{15,19,21,22}.

Por otro lado, hay evidencia de que pocas mujeres con enfermedad mental (EM) suelen pedir asesoramiento sobre anticoncepción, y el 32,2% de una muestra de esta población reportó que nunca había recibido información al respecto⁵. Esto indica que la evaluación y la educación sobre el tema en la consulta de Psiquiatría es escasa, por factores como: falta de conocimiento del psiquiatra sobre el uso de anticonceptivos, la percepción de que esta evaluación no corresponde a la consulta de salud mental, la evitación del tema, la falsa creencia de que los sujetos con esquizofrenia son asexuales o incluso que los antipsicóticos protegen contra el embarazo debido a la hiperprolactinemia secundaria^{4,18,23,24}, por la presión para el uso de métodos anticonceptivos definitivos considerando que esta población presenta escasa capacidad de autodeterminación^{17,18} y por la escasa información acerca de este tema en la literatura^{11,15,25}.

El objetivo de este estudio es describir las características de una muestra de pacientes con TAB y esquizofrenia en Medellín, Colombia, sobre salud sexual y reproductiva, el uso de anticoncepción y el asesoramiento al respecto en las consultas de Psiquiatría.

Métodos

Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Los pacientes reclutados formaban parte del ensayo clínico «Los efectos de un programa de intervención multimodal en pacientes con trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia», y

fueron captados de la consulta del grupo de trastornos del ánimo y psicosis del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de la ciudad de Medellín. Las evaluaciones se llevaron a cabo entre marzo y septiembre de 2016.

Aspectos éticos

Esta investigación contó con la aprobación del comité de ética del Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y del HUSVF.

Criterios de inclusión y exclusión

Fueron los mismos del estudio fuente: se incluyó a pacientes con diagnósticos de TAB y esquizofrenia, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR)²⁶, con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, que tuvieron un nivel de escolaridad mayor que 5 años, eutímicos al momento de la entrevista y que tuvieran un buen estado salud. Además, que contaran con el acompañamiento de un familiar o allegado y firmaran el consentimiento informado previa explicación de este por el profesional. Se excluyó a los pacientes que hubieran recibido terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación (TECAR) en los últimos 6 meses, aquellos con antecedente de traumatismo craneoencefálico grave, que tuvieran diagnóstico de discapacidad intelectual o trastorno esquizoafectivo, del espectro autista o de la personalidad y quienes tuvieran datos incompletos en la historia clínica.

Procedimientos

Para este estudio se incluyó a los 301 participantes del estudio fuente, a quienes previamente un psiquiatra entrenado les había aplicado la entrevista diagnóstica para estudios genéticos DIGS (*Diagnostic Interview for Genetic Studies*)²⁷, versión traducida y validada para Colombia, con el fin de confirmar el diagnóstico psiquiátrico y obtener una historia clínica completa.

Posteriormente, un residente de tercer año de Psiquiatría contactó con ellos vía telefónica con el fin de exponerles este nuevo proyecto y la importancia de llevarlo a cabo. Luego de aceptar su participación, se procedió a aplicar una encuesta, diseñada por nuestro grupo de investigación, que consta de algunas preguntas abiertas sobre datos demográficos y antecedentes personales, seguidas de 18 preguntas de selección múltiple o respuesta dicotómica, dirigidas a indagar por las características de la vida sexual, la anticoncepción y la reproducción de esta población.

Análisis estadístico

Los grupos se describieron según la naturaleza de las variables. En las variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativa expresadas en porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron la media [intervalo intercuartílico]. El software utilizado fue el IBM SPSS versión 23.0.

Tabla 1 – Variables sociodemográficas

	Trastorno afectivo bipolar	Esquizofrenia
Pacientes, n	108	52
Mujeres	75 (69,4)	4 (7,6)
Edad (años)		
Mujeres	48 [36-57]	36,5 [28-40]
Varones	36 [30-51]	34,2 [30-50]
Estado civil		
Soltero/a	60 (55,6)	49 (94,2)
Casado/a	23 (21,3)	1 (1,9)
Unión libre	9 (8,3)	0
Viudo/a	4 (3,7)	0
Separado/a	12 (11,1)	2 (3,8)
Nivel educativo		
Primaria completa o incompleta	16 (14,8)	6 (11,5)
Bachillerato completo o incompleto	59 (54,6)	35 (67,3)
Técnico o tecnólogo	16 (14,8)	9 (17,3)
Pregrado	10 (9,3)	1 (1,9)
Posgrado o estudios superiores	7 (6,5)	1 (1,9)
Ocupación		
Ama de casa	32 (29,6)	4 (7,7)
Empleado o independiente	38 (35,2)	10 (19,2)
Desempleado/a	21 (19,4)	33 (63,5)
Estudiante	11 (10,2)	3 (5,8)
Pensionado/a	6 (5,6)	2 (3,8)
Estrato socioeconómico		
1	10 (9,3)	7 (13,5)
2	41 (38,0)	13 (25,0)
3	42 (38,9)	26 (50,0)
4	9 (8,3)	6 (11,5)
5	5 (4,6)	0
6	1 (0,9)	0

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].

Resultados

De los 301 pacientes reclutados con diagnóstico de TAB y esquizofrenia, se excluyó a 141, debido a que se negaron a participar en la investigación o no fue posible contactar con ellos. En total, se entrevistó a 160 pacientes por vía telefónica.

En el análisis de las variables sociodemográficas, los porcentajes de varones y mujeres fueron similares pero, tras dividir por grupos según el diagnóstico, predominaron los varones entre los participantes con esquizofrenia y las mujeres en el grupo de TAB (el 92,3 y el 69,4% respectivamente). Las medias de edad eran similares en ambos grupos y más del 70% pertenecía a los estratos socioeconómicos 2 y 3. El 94,2% de los pacientes con esquizofrenia estaban solteros, frente a solo el 55,2% de los que tenían TAB; además, de este último grupo, un tercio de los pacientes estaban casados o convivían en unión libre. Casi todos los participantes lograron al menos iniciar o terminar el bachillerato, pero muy pocos lograron hacer estudios de pregrado, posgrado o superiores, algo más evidente en el grupo de pacientes con esquizofrenia. En cuanto a la ocupación, el 63,5% de los participantes con esquizofrenia estaban desempleados y solo el 19,2% tenía un trabajo; mientras que en el grupo de TAB, el 35,2% estaba

laborando, el 29,2% se dedicaba a los oficios domésticos y estaba desempleado casi del 20% (tabla 1).

Al indagar sobre la vida sexual de los participantes, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales al comparar por diagnóstico y por sexo. Los participantes con esquizofrenia que nunca habían tenido relaciones sexuales eran el 13,4%, casi el doble que entre los diagnosticados de TAB (7,4%). Entre el 55,7 y el 60,1% habían tenido como máximo 5 parejas sexuales durante su vida y un poco más del 10% afirmaron que habían tenido más de 15 parejas. Solo el 10,2 y el 11,5% de los pacientes con TAB y esquizofrenia admitieron haber tenido alguna enfermedad de transmisión sexual durante su vida. El 76,9% de los pacientes con esquizofrenia y el 48,1% de los pacientes con TAB reportaron que no tenían vida sexual activa y, de estos, el 14,8% afirmó tener encuentros sexuales al menos 1 vez por semana. No tenían hijos el 75% de mujeres con esquizofrenia y el 32% de aquellas con TAB; el 43,9% tuvo 1 o 2 hijos, que en el 24,3% de los casos fueron embarazos no planeados. El promedio de edad para el primer embarazo fue de 22 años y en total se presentaron 31 abortos. El número de hijos de los varones fue pequeño, la mayoría no tuvo ninguno y solo el 33,3% de los pacientes con TAB tuvo al menos 1 hijo (tabla 2).

Al preguntar sobre los métodos anticonceptivos, casi todos los que reconocieron tener vida sexual activa, afirmaron que

Tabla 2 – Variables relacionadas con la vida sexual

	Trastorno afectivo bipolar	Esquizofrenia
Pacientes, n	108	52
Edad de inicio de las relaciones sexuales (años)		
Mujeres	18 [16-21]	18 [17-20]
Varones	17 [15-19]	16 [14-18]
Frecuencia de las relaciones sexuales		
Una vez por semana	16 (14,8)	2 (3,8)
Cada 2 semanas	18 (16,7)	0
Cada mes	9 (8,3)	3 (5,8)
Muy ocasional	13 (12,0)	7 (13,5)
Sin vida sexual activa	52 (48,1)	40 (76,9)
Número de parejas sexuales en la vida		
Ninguna	8 (7,4)	7 (13,4)
1 a 5	65 (60,1)	29 (55,7)
6 a 10	14 (12,9)	8 (15,3)
11 a 15	7 (6,4)	2 (3,8)
Más de 15	14 (12,9)	6 (11,5)
Antecedente de enfermedades de transmisión sexual	11 (10,2)	6 (11,5)
Número de embarazos		
Ninguno	24 (32,0)	3 (75,0)
1 o 2	33 (43,9)	1 (25,0)
3 o 4	14 (18,6)	0
5 o más	4 (5,2)	0
Número de embarazos no planeados	30 (24,3)	1 (25,0)
Edad del primer embarazo (años)	22 [19-26]	32 [32-32]
Número de abortos		
Uno	15 (48,3)	1 (100)
Más de uno	6 (51,7)	0 (75,0)
Número de hijos de los varones		
Ninguno	21 (63,6)	41 (85,4)
1 o 2	11 (33,3)	7 (14,5)
3 o más	1 (3,0)	0

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].

siempre usaban algún método anticonceptivo, y la tubectomía fue el más común entre las mujeres. Las principales razones para elegir estos métodos fueron la confiabilidad y la facilidad a la hora de usarlos. Del grupo de TAB, solo el 48,8% de las mujeres solteras reconocieron estar planificando, 12 afirmaron haber utilizado algún método anticonceptivo de emergencia y 15 quedaron embarazadas mientras estaban planificando; la mayoría de estas estaban tomando ácido valproico durante el embarazo. Solo se presentaron 3 casos de hijos con alguna malformación congénita, una asociada a la ingesta de ácido valproico y otra, al haloperidol. Respecto a los varones, ninguno tuvo hijos con malformaciones y solo el 52,0% del grupo de pacientes con esquizofrenia y el 60,6% del grupo de TAB afirmaron que usaban condón en sus relaciones sexuales.

El 57,4% de los pacientes con TAB y el 78,8% de los que tenían esquizofrenia se consideraban bien informados sobre planificación familiar, a pesar de que casi ninguno y solo un tercio de las mujeres habían pedido asesoramiento al respecto de personal capacitado con TAB. La gran mayoría afirmó que nunca había recibido información sobre este tema durante las consultas con el psiquiatra, lo cual preocupa, ya que según esta encuesta un porcentaje no despreciable de los pacientes

entrevistados requerían iniciar algún método anticonceptivo (tabla 3).

Discusión

Al igual que en este estudio, en la literatura se ha reportado un bajo porcentaje de unión libre o matrimonial entre los pacientes con esquizofrenia^{5,28}, mientras que en aquellos con TAB, el promedio está por debajo del 41,1% encontrado por Magalhães et al¹¹ en esta misma población y se asemeja a lo encontrado en personas con EM en general¹⁰, lo cual indicaría que nuestros pacientes con esquizofrenia presentan un curso similar al reportado en otros países, donde la prematuridad de la enfermedad puede ser determinante en cuanto al estado civil de estos individuos, mientras que el TAB, por aparecer más tarde en el ciclo vital, permite alcanzar una mayor funcionalidad premórbida.

Tras analizar el ámbito laboral, hasta un 65,9% de los pacientes con TAB están desempleados¹¹, cifra similar a lo encontrado en este estudio, mientras que no se encontraron datos específicos sobre los pacientes con esquizofrenia, solo reportes de estudios realizados en personas con esta y otras

Tabla 3 – Variables relacionadas con el método anticonceptivo

	Trastorno afectivo bipolar	Esquizofrenia
Pacientes, n	108	52
<i>Razón para elegir el método anticonceptivo</i>		
Facilidad de uso	13 (20,3)	0
Confiabilidad	35 (54,6)	1 (33,3)
Otras	16 (25,0)	2 (66,6)
<i>Afirman haber utilizado anticonceptivos de emergencia</i>		
Método anticonceptivo actual	12 (16,0)	1 (25,0)
Anticonceptivo oral	5 (6,8)	0
Anticonceptivo inyectable	4 (5,4)	0
Condón	3 (4,1)	0
Dispositivo intrauterino	4 (5,4)	2 (50,0)
Quirúrgicos	21 (28,7)	1 (25,0)
Ninguno/abstinencia	35 (47,9)	0
Otros	1 (1,3)	0
<i>De las que tienen vida sexual activa</i>		
Planifican	26 (96,2)	0
No planifican	1 (3,7)	0
Quedaron en embarazo mientras planificaban	15 (29,4)	0
<i>Método anticonceptivo utilizado</i>		
Naturales	4 (26,6)	0
Anticonceptivo inyectable	3 (20,0)	0
Anticonceptivo oral	3 (20,0)	0
Dispositivo intrauterino	3 (20,0)	0
Condón	2 (13,3)	0
<i>Ingesta de psicofármacos durante el embarazo</i>		
Ácido valproico	11 (55,0)	0
Haloperidol	8 (40,0)	0
Mujeres con hijos con malformaciones congénitas	3 (5,8)	0
Varones que usan condón	20 (60,6)	25 (52,0)
<i>Creer estar bien informados sobre anticoncepción</i>		
Mujeres	46 (42,5)	11 (21,1)
Varones	32 (42,6)	2 (50,0)
Varones	14 (42,4)	9 (18,7)
<i>Han recibido asesoramiento de Psiquiatría sobre planificación</i>		
Mujeres	17 (15,7)	4 (7,6)
Varones	12 (16,0)	1 (25,0)
Varones	5 (15,1)	3 (6,2)
<i>Han consultado para recibir asesoramiento sobre planificación</i>		
Mujeres	40 (37,0)	5 (9,6)
Varones	33 (44,0)	3 (75,0)
Varones	7 (21,2)	2 (4,1)
Candidatos a iniciar un método de planificación	18 (16,6)	19 (36,5)

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%).

EM, que mostraron tasas de desempleo del 71,2⁵, el 75,8¹⁰ y el 94,5%¹⁶. Cabe destacar que nuestra muestra de pacientes, pese a hacer parte de una clínica de TAB y psicosis, revela que no en nuestro medio no se articula la prestación de este servicio de salud con una mirada de rehabilitación integral donde se pueda garantizar a los pacientes algún tipo de reintegración laboral, con lo cual se podría mejorar las condiciones de vida de estos sujetos.

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el resultado arrojado por este estudio coincide con lo observado por otros autores en pacientes con diversas EM, alrededor de los 18 años^{25,29} y, contra lo que muchos creen, se ha visto que la mayoría de las mujeres con esquizofrenia son sexualmente activas⁴, con tasas que van del 56²⁸ al 90%¹²; esto se puede explicar, probablemente, porque a nivel social es más fácil que una mujer con enfermedades mentales puedan conseguir

pareja, ya que en nuestro medio se espera que sea el varón quien tenga un rol dominante al momento de seleccionar e iniciar la vida en pareja, por lo cual estas pacientes podrían tener un rol más pasivo en este proceso.

Un estudio realizado en Brasil en 2.475 pacientes con EM encontró que un 24% había tenido alguna enfermedad de transmisión sexual³⁰, mientras que en el presente estudio este porcentaje se redujo a la mitad; sin embargo, no se puede descartar un subregistro o dificultades en la detección de este tipo de enfermedades.

El promedio de edad para el primer embarazo coincide con lo encontrado por Gomes et al¹⁶ en mujeres con EM, quienes afirman que el 47,7% eran menores de 19 años¹⁶, respecto a los embarazos no planeados en los grupos de TAB y esquizofrenia. Un estudio realizado en Turquía⁵ reportó valores del 50,5 y el 47,5% respectivamente, lo cual representa

más del doble de lo encontrado en el presente estudio, mientras que en cuanto a las tasas de aborto (el 20,6 y el 25%), el resultado fue muy similar. Al hablar de la paridad de las pacientes con TAB, un estudio brasileño reportó que el 22,1% no tuvo hijos y que el 44,9% tuvo 1 o 2¹¹, resultados equiparables a los nuestros y de otros con mujeres con EM (el 65,1¹⁰ y el 56,4%¹⁶ respectivamente). La literatura médica, al igual que este reporte, afirma que las mujeres con esquizofrenia tienen menos hijos⁵. La similitud con los estudios brasileños hace pensar que epidemiológicamente puede haber un comportamiento parecido entre ambos países, por tratarse de la misma región y por el curso natural de estos trastornos mentales, pues la funcionalidad podría ir deteriorándose a medida en que avanza la enfermedad (incluida la salud sexual y reproductiva) y los efectos adversos sexuales de los medicamentos se hacen más notorios, entre otros factores individuales.

La alta proporción de mujeres en edad reproductiva con antecedente de TAB que afirmaban estar planificando no coincide con los resultados de otros estudios: el 58,8%¹¹ en una población similar y el 13,7% de las mujeres con diversas EM¹⁶. El método anticonceptivo más utilizado sigue siendo la tubectomía (el 16,3¹¹ y el 48,4%¹⁵). De las 4 mujeres con esquizofrenia, ninguna estaba planificando. A pesar de los pocos datos acerca de la frecuencia del uso de anticonceptivos en esta población, se han encontrado porcentajes muy bajos¹¹. Probablemente por la naturaleza episódica del TAB, en el cual uno de los síntomas cardinales de las crisis de manía es el aumento de la impulsividad con conductas de alto riesgo y por la teratogenicidad de los estabilizadores del ánimo clásicos, estas pacientes reportaron mayor tasa de uso de anticonceptivos que las pacientes con esquizofrenia de nuestra muestra.

Solo un tercio de los pacientes del grupo de TAB afirmaron que habían recibido información sobre sexualidad y anticoncepción, lo que concuerda con lo reportado en estudios realizados en Estambul⁵ y Nueva Zelanda⁵, mientras que en otro realizado con mujeres con esquizofrenia, solo el 26,6% había tenido un examen ginecológico en los últimos 3 años, frente al 56% de las mujeres del grupo de control¹². Sin embargo, 2 de las 4 mujeres de este estudio que tenían este diagnóstico afirmaron haber recibido información al respecto, pero no está claro que esta información fuera proporcionada directamente por personal de salud o medios alternativos.

Algunas de las limitaciones de este estudio son su diseño de corte transversal, que no permite el seguimiento en el tiempo, la ausencia de un grupo de control y la complejidad de los pacientes reclutados, lo que impide generalizar los resultados obtenidos. Además, la veracidad de la información está afectada por la sensibilidad de este tema, lo impersonal de la entrevista telefónica, los posibles errores de memoria, el estigma social y la vergüenza, entre otros.

Conclusiones

Una vida sexual y reproductiva responsable requiere adecuados estándares cognitivos y conductuales, que están alterados en los pacientes con EM. Por ello los psiquiatras, como parte de la atención integral a sus pacientes, deben tomar la iniciativa y abordar este tema, para garantizar la educación en cuanto a

anticoncepción, planeación de la gestación y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, entre otras, y así velar por la seguridad y la calidad de vida de sus pacientes.

Financiación

El presente artículo original no recibió financiación de ninguna entidad.

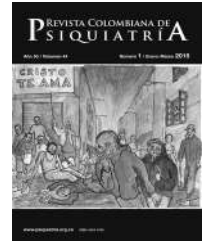
Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Black DW, Andreasen NC. *Introductory Textbook of Psychiatry*. 4.^a ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2006. p. 430-7.
2. *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
3. Neinstein LS, Katz B. Contraceptive use in the chronically ill adolescent female: Part II. *J Adolesc Health Care*. 1986;7:123-33.
4. Miller LJ. Sexuality reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1997;23: 623-35.
5. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Enginkaya S, Dinç H, Bilgin H. Reproductive health in women with serious mental illnesses. *J Clin Nurs*. 2014;23:1283-91.
6. Callegari LS, Zhao X, Nelson KM, Lehavot K, Bradley KA, Borrero S. Associations of mental illness and substance use disorders with prescription contraception use among women veterans. *Contraception*. 2014;90:97-103.
7. Hall KS. Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;1:1-7.
8. Meade CS. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25: 433-57.
9. McCandless F, Sladen C. Sexual health and women with bipolar disorder. *J Adv Nurs*. 2003;44:42-8.
10. Coverdale JH, Turbott SH, Roberts H. Family planning needs and STD risk behaviours of female psychiatric out-patients. *Br J Psychiatry*. 1997;171:69-72.
11. Vieira P. Use of contraceptive methods among women treated for bipolar disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12:183-5.
12. Seeman MV. Prescribing contraceptives for women with schizophrenia. *J Psychiatr Pract*. 2011;17:258-69.
13. Callegari LS. Contraceptive adherence among women veterans with mental illness and substance use disorder. *Contraception*. 2015;91:386-92.
14. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Neonatal Med*. 2007;20:189-209.
15. Berenson AB. Continuation rates and complications of intrauterine contraception in women diagnosed with bipolar disorder. *NIH Public Access*. 2012;29:997-1003.
16. Gómes T, Ferreira E, Almeida PC. Particularidades de la planificación familiar de mujeres portadoras de trastorno mental. *Rev latino-am Enferm*. 2009;17:639-44.

17. Curtis V. Women are not the same as men: specific clinical issues for female patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2005;7:16-24.
18. Coverdale JH, Bayer TL, McCullough LB, Chervenak FA. Respecting the autonomy of chronic mentally ill women in decisions about contraception. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44:671-4.
19. Dutton C, Foldvary-Schaefer N. Contraception in women with epilepsy. Pharmacokinetic interactions, contraceptive options, and management. *Int Rev Neurobiol.* 2008;83:113-34.
20. Gaffield ME, Culwell KR, Lee CR. The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. *Contraception.* 2011;83:16-29.
21. Reimers A, Brodtkorb E, Sabers A. Interactions between hormonal contraception and antiepileptic drugs: clinical and mechanistic considerations. *Seizure.* 2015;28:66-70.
22. Pagano HP, Zapata LB, Berry-Bibee EN, Nanda K, Curtis KM. Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review. *Contraception.* 2016;94:641-9.
23. Michael C. HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric disorder, substance use disorder and gender. *J Nerv Ment Dis.* 2006;192:1-13.
24. Guimarães MDC. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:351-60.
25. Drew M. Factors associated with unprotected sexual practice among men and women with mental illnesses in Brazil. Fatores associados com a prática do sexo desprotegido entre homens e mulheres com transtornos mentais no Brasil. Los factores asociados con la práctica. *Cad Saúde Pública.* 2014;30:1475-86.
26. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR.* Arlington: American Psychiatric Association; 2003.
27. Palacio CA, García J, Arbeláez MP, Sánchez R, Aguirre B, Garcés IC, et al. Validación de la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) en Colombia. *Biomédica.* 2004;24:56-66.
28. Meyer-Bahlburg H, Nat R, Susser E, Meyer I. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1994;151:228-32.
29. Guimarães MDC, McKinnon K, Campos LN, Melo APS, Wainberg M. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: A sample of Brazilian patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:351-60.
30. Campos LN, Guimarães MD, Carmo RA, Melo AP, Oliveira HN, Elkington K, et al. HIV, syphilis and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cad Saude Publica.* 2008;24 Suppl 4: s607-20.



Artículo original

Violencia intrafamiliar y su repercusión en menores de la provincia de Bolívar, Ecuador[☆]



María Rosa Mas Camacho^{a,*}, Gina Marisol Acebo del Valle^b,
Mariela Isabel Gaïbor González^a, Pilar Janeth Chávez Chacón^b,
Fátima del Rocío Núñez Aguiar^b, Lorena Manola González Nájera^b,
José Bladimir Guarnizo Delgado^b y Carlos Alfredo Gruezo González^a

^a Departamento de Investigación, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, Universidad Estatal de Bolívar, Guaranda, Ecuador

^b Departamento de Investigación, Facultad Ciencias Administrativas, Gestión Empresarial e Informática, Universidad Estatal de Bolívar, Guaranda, Ecuador

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de noviembre de 2017

Aceptado el 27 de abril de 2018

On-line el 5 de junio de 2018

Palabras clave:

Sexo

Violencia de pareja

Menores

R E S U M E N

Introducción: La familia es vista a través de los años y en la evolución histórica del hombre como la unidad esencial en que se conforman y estructuran las sociedades. Se la considera la célula original de la vida en sociedad y cuna de la educación que favorece el aprendizaje y el desarrollo potencial de sus miembros. La violencia intrafamiliar abarca ofensas de palabra, daño físico o psíquico, intimidación, abuso sexual o control económico. En el presente trabajo se estudió el comportamiento que la violencia intrafamiliar tiene en la población bolivarense, atendiendo a las relaciones de pareja y la repercusión que implica para sus integrantes respecto a la formación y la actuación de los menores a su cuidado.

Métodos: Se aplican encuestas en los cantones de San Miguel, San José de Chimbo y Guaranda.

Resultados: Se reveló que en las familias ocurren disputas ocasionadas preferentemente por situaciones económicas (19%) y por celos (24%), que los menores presencian; la manifestación de gritos es la forma predominante en estas. Respecto a los menores, es el miedo (29%) el sentimiento sobresaliente para quienes han presenciado peleas familiares.

Conclusiones: Los gritos son la forma predominante de discusiones entre las parejas, y las causas más frecuentes de las disputas familiares son el factor económico, los celos y el consumo de alcohol. En los menores que presencian estas formas de comportamiento predomina un sentimiento de temor o miedo.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Trabajo presentado en el IV Congreso Internacional de Ciencias, Tecnología, Innovación y Emprendimiento, Universidad Estatal de Bolívar, Guaranda, Ecuador, desarrollado del 5 al 7 de julio de 2017. Disponible en: http://www.ueb.edu.ec/sitio/images/PDF/INVESTIGACION/2017-congreso/CONGRESO_UEB_2017_3.pdf.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: masnatural@gmail.com (M.R. Mas Camacho).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.006>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Domestic Violence and its Repercussions in Children in the Province of Bolivar, Ecuador

A B S T R A C T

Keywords:

Gender
Intimate partner violence
Children

Background: The family has been seen over the years and in the historical evolution of humans as the essential unit of which societies are formed and structured. It is considered the original cell of life in society and the cradle of education that favours the learning and potential development of its members. Domestic violence encompasses verbal abuse, physical or emotional abuse, intimidation, sexual abuse or financial control. We studied domestic violence in the Bolivarian population, looking at couple relationships and the repercussions on the family members in terms of the education and performance of the children in their care.

Methods: Surveys were applied in the cantons of San Miguel, San José de Chimbo and Guaranda.

Results: It was found that disputes in families are caused mainly by financial situations (19%) and jealousy (24%), and that they are witnessed by the children, with shouting being the predominant form. From the point of view of the children, fear (29%) is the outstanding feeling for those who have witnessed family fights.

Conclusions: Shouting is the predominant form of arguments between couples, with finances, jealousy and alcohol consumption being the most common causes of family disputes. In children who witness these forms of behaviour, a feeling of fear or dread predominates.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde muy tempranos estudios, se identifica a la familia como una agrupación de personas con vínculos consanguíneos, resultado de relaciones conyugales, de convivencia y nexos legales y emocionales, como afirma Parra¹ en sus investigaciones referentes al tema. Por su parte, Méndez² afirma que la familia se constituye por grupos de personas en que se reproducen los valores sociales y culturales heredados de sus antecesores.

De manera general, la familia es vista a través de los años y en la evolución histórica del hombre como la unidad esencial en que se conforman y estructuran las sociedades. Es la estructura que mantiene el rol básico de constituir el apoyo para el desarrollo emocional, físico y bienestar de sus integrantes. Ha significado el núcleo para el progreso económico por organizar una unidad social cohesionada entorno a intereses y objetivos comunes. Como parte de las responsabilidades y objetivos que la constituyen, está potenciar el aprendizaje y el desarrollo de sus miembros³. Por definición de la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas⁴, se considera a la familia como el elemento natural y fundamental de la sociedad, con derecho a la protección de su integridad por la sociedad y el Estado.

Se atribuye a la familia la responsabilidad para con la formación de sus integrantes, su comportamiento social y el exitoso desempeño de sus miembros, lo que se asocia con familias robustas, sólidas y estables⁵.

Por otra parte, la violencia intrafamiliar se entiende como la acción de algún miembro de la familia contra alguno(s) de sus integrantes en el espacio de convivencia familiar, en

contra de su voluntad o deseo. Abarca ofensas de palabra, daño físico o psíquico, intimidación, abuso sexual o control económico. Salas⁶ expone que la aparición de cualesquiera de las formas de conducta mencionadas con la intención de controlar, doblegar o anular la voluntad de algún miembro del núcleo de convivencia constituye una manifestación palpable de violencia intrafamiliar. Según Navarro⁷ y Rodríguez⁸, la violencia de género en la sociedad actual tiene implicaciones educativas, efectos sociales y psicológicos y elementos históricos que difieren con el transcurrir del tiempo.

Desde finales del siglo pasado, se toma interés en el tema de la violencia contra las mujeres, lo que se asume en estudios desarrollados por organizaciones internacionales; en noviembre de 1985 se aprueba la primera resolución sobre este problema en la Asamblea General de las Naciones Unidas. En particular, se refiere la situación de mujeres adultas que conviven con violencia intrafamiliar en América Latina, para lo que se estima que se denuncian estos incidentes solo en un 15-20% de estos hechos⁹.

Sagot¹⁰ expone, en su estudio realizado en 10 países de América Latina respecto a las leyes que sancionan este tipo de agresiones, que si bien en Ecuador las hay, no consideran la compensación por el daño recibido. Se critica la influencia de las audiencias de conciliación en las que se debilita la posición de las mujeres. Por otra parte, destaca la existencia de respuestas sociales positivas ante la violencia intrafamiliar, como iniciativas de trabajo en algunos espacios, entre los que se encuentran comunidades ecuatorianas, y estudios recientes corroboran el crecimiento en las cifras de denuncias recibidas en las Comisarías de la Mujer y la Familia, aunque estas aún no reflejan todo lo que ocurre de manera fidedigna¹¹.

En Ecuador es conocido el proceso paulatino que históricamente se ha llevado a cabo con el fin de lograr una sociedad con equidad de género, y la Constitución de 2008 describe principios y derechos a favor de alcanzar tales propósitos, lo que ha ratificado la Asamblea Nacional de Ecuador en 2016¹².

En el Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV)¹³, trazado por el gobierno ecuatoriano como guía de acción en sus proyectos sociales, se plantea como parte del diagnóstico para el objetivo 2: «auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad», la necesidad de prevenir, erradicar y sancionar a quienes atenten o vulneren los derechos por género, en acciones individuales como colectivas, sean estas en el ámbito privado y/o en el público. Como parte de las Políticas y Lineamientos Estratégicos (inciso g) se expone de manera explícita la necesidad de desarrollar e implementar estrategias para «... el cierre de brechas de desigualdad, con énfasis en la garantía de derechos, la equidad de género, intergeneracional e intercultural».

Se encuentra en los resultados de investigaciones nacionales el desarrollado por Camacho¹⁴, que expone que la incidencia de la violencia hacia la mujer en Ecuador varía de según la región del país, y que la Sierra y la Amazonía son donde hay mayores porcentajes. Por su parte, Boira¹⁵ identifica como formas de manifestación predominantes los tipos de violencia física y psicológica pese a reconocerse la existencia de posibles presiones para que no se denuncien estas actitudes, y en artículo posterior, de la región de Imbabura¹⁶, propone como recomendaciones en la violencia intrafamiliar la necesidad de estudios que permitan disponer de información veraz y actualizada en el tema, lo que retribuirá al desempeño de actuaciones coordinadas e integrales como elemento a favor de la prevención de la violencia.

Como antecedentes específicos al trabajo que se expone, el estudio de Viera et al.¹⁷ identifica en particular la violencia intrafamiliar en la provincia de Bolívar, Ecuador, donde son causas del maltrato a la pareja el consumo de alcohol, el machismo predominante en la cultura de las familias de la región y haber sido maltratado en alguna etapa de su niñez, esencialmente los varones.

A partir de las consideraciones referidas y dada la importancia que un satisfactorio y armónico espacio de convivencia tiene para el desarrollo psicosocial de la joven generación, se tomó como objetivo de interés estudiar el comportamiento que en la población bolivarense tiene la violencia intrafamiliar, atendiendo a las relaciones de pareja y la repercusión que para sus integrantes implica respecto a la formación y la actuación de los menores a su ciudad.

Métodos

El estudio realizado es exploratorio y de tipo encuesta, lo que se considera apropiado porque permite la comprensión del comportamiento humano, de interés mayor en la descripción de las vivencias sociales para este estudio. Para la recopilación de los datos de correspondencia, se determinaron los ítem de interés. Se tuvo en cuenta utilizar preguntas de fácil

Tabla 1 – Datos sociodemográficos de los participantes

Variable	n	%
Sexo		
Mujeres	888	55,99
Varones	698	44,01
Edad		
18-29 años	763	48,11
30-44 años	512	32,28
45-59 años	236	14,88
60 y más años	75	4,73
Escolaridad		
Primaria no terminada	192	12,11
Primaria terminada	186	11,73
Secundaria no terminada	157	9,90
Secundaria terminada	378	23,83
Universidad no terminada	498	31,40
Universidad terminada	175	11,03
Color de la piel		
Blanca	178	11,22
Negra	112	7,06
Mestiza	1.296	81,72
Ocupación		
Ama de casa	310	19,55
Comerciante	167	10,53
Empleado público	87	5,49
Docente	36	2,27
Estudiante	986	62,17

Fuente: datos de campo del equipo de investigación, 2017.

comprensión, breves, redactadas en afirmativo y con respuestas excluyentes. La encuesta fue validada por dos expertos ajenos al proyecto. Es de significar que, antes de su aplicación, los estudiantes fueron capacitados por los docentes en cuanto al proceder con la población: la manera cordial de acercamiento a esta, la identificación de quién les interpelaba y la garantía de su anonimato.

Se estudió la población de los cantones de San Miguel, San José de Chimbo y Guaranda, en la que se concentra el 75% de la población de la provincia de Bolívar, Ecuador. Se tomó como criterio de inclusión a las personas adultas con interés manifiesto tras explicarles sus objetivos en cooperar con el proyecto, que desarrolla la Universidad Estatal de Bolívar con la participación de estudiantes de la carrera de Comunicación Social, Enfermería y Administración en Desastres y Gestión del Riesgo, como parte de su actuación en la vinculación con la sociedad. Se exponen resultados parciales del proyecto, por lo que se trabaja con una muestra de 1.586 encuestas obtenidas en una primera etapa del estudio.

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra. De los participantes, el 55,99% eran mujeres; el 48,11% tenían edades entre 18 y 29 años; el 32,28%, 30-44; el 14,88%, 45-59, y el 4,73%, 60 años o más. Predomina el nivel de escolaridad de universitario sin terminar (31,4%), seguido de secundaria terminada (23,83%). El 81,72% son mestizos; el 11,22%, blancos y el 7,06%, negros. El 62,17% de la muestra son estudiantes; el 19,55%, amas de casa; el 10,51%, comerciantes; el 5,49%, empleados públicos y el 2,27%, docentes.

Tabla 2 – La disciplina en casa se consigue con castigo

Criterios	n	%
De acuerdo	663	41,80
Parcialmente de acuerdo	514	32,41
En desacuerdo	409	25,79
Total	1.586	100

Fuente: datos de campo del equipo de investigación, 2017.

Tabla 3 – El maltrato emocional no es tan grave como el físico

Criterios	n	%
De acuerdo	635	40,0
Parcialmente de acuerdo	464	29,3
En desacuerdo	487	30,7
Total	1.586	100

Fuente: datos de campo del equipo de investigación, 2017.

Procedimiento

Tras la aceptación individual para colaborar en el estudio, se entregó la encuesta conformada por 25 preguntas, que se estructuraron de la siguiente forma: 9 responden a la visión y los conceptos del comportamiento de los adultos en acciones que implican maltrato de miembros de su familia; 3 indagan respecto a la visión de la conducta en la educación recibida de sus padres; 7 analizan las relaciones con su parejas, y 6, sobre la conducta de sus hijos, su actuación para con ellos en la educación y la presencia de estos en situaciones de violencia intrafamiliar.

A partir de los datos obtenidos primariamente, se elaboró una base de datos digital, información que se resumió tras depurarla.

Resultados

La tabla 2 muestra los resultados a la interrogante «la disciplina en casa se consigue con castigo». El 42% afirma estar de acuerdo; el 32%, parcialmente de acuerdo y el 26%, en desacuerdo.

Son muy similares las respuestas «de acuerdo» y «parcialmente de acuerdo» a la interrogante «A menudo es necesario gritar a los niños para que obedezcan» (el 37,07 y el 36,19% respectivamente), mientras que el 26,73% afirma estar en desacuerdo.

A la consulta de si «las víctimas del maltrato a veces se lo buscan, hacen cosas para provocarlo», el 42,75% dice estar en desacuerdo; el 29,38%, parcialmente de acuerdo y el 27,87%, de acuerdo.

A la afirmación de que «el maltrato emocional no es tan grave como el físico», el 40% de los encuestados consideran que es cierto, con lo que menosprecian las consecuencias psíquicas para quienes lo sufren, lo que se contrapone al 31% que afirma estar en desacuerdo y el 29% que está parcialmente de acuerdo (tabla 3).

Tabla 4 – El motivo fundamental que nos hace discutir a mi pareja y a mí es:

Criterios	n	%
Problemas económicos de la familia	294	19,0
Relaciones con otros miembros de la familia	150	9,0
Educación de los niños	98	6,0
Consumo de alcohol	178	11,0
Trabajo doméstico de la casa	59	4,0
Creencias religiosas	77	5,0
Trabajo (fuera de la casa)	86	5,0
Uso de psicotrópicos	29	2,0
Infidelidad	104	7,0
Machismo	21	1,0
Celos	381	24,0
Otros	109	7,0
Total	1.586	100

Fuente: datos de campo del equipo de investigación, 2017.

En el ítem «Creo que los castigos y los regaños de mis padres...», «Me enseñaron a ser mejor» obtuvo respuesta afirmativa del 69%, y «Me produjeron dolor, tristeza», del 18%. Solo el 8% considera que «Me hicieron rebelde»; el 4%, que «Me resultaron odiosos», y el 2%, que «No sirvieron de nada».

A la consulta «En mis relaciones de pareja actual he tenido problemas que han llegado a los golpes, empujones o golpes con objetos», destaca la afirmación de que «nunca» ocurren golpes (62%), empujones (44%) y golpes y empujones (81%), corroboran que «rara vez» ocurren golpes el 21 y el 32% para igual categoría respecto a los empujones como parte de discusiones de pareja, mientras que un 12% afirma tener «golpes con objetos».

Por su parte, el 26% corrobora que «de existir golpes, los hemos dado los dos»; el 19% dice que «los he recibido yo», y el 11%, «los he dado yo». El 44% afirma que «nunca nos hemos golpeado».

En «El motivo fundamental que nos hace discutir a mi pareja y a mí es...» (tabla 4), se consideraron los criterios problemas económicos de la familia, relaciones con otros miembros de la familia, educación de los niños, consumo de alcohol, trabajo doméstico de la casa, creencias religiosas, trabajo (fuera de la casa), uso de psicotrópicos, infidelidad, machismo, celos y otros. El mayor porcentaje se corresponde con la causa de celos para ocasionar discusiones (24%), seguida de los problemas económicos de la familia (19%) y el consumo de alcohol (11%). Se identificaron como criterios menores de diferencias que originan discusiones la educación de los niños (6%), las creencias religiosas y el trabajo fuera de la casa (un 5% cada uno) y el trabajo doméstico (4%).

A quienes son padres o madres de menores de 15 años, se les realizan algunas preguntas respecto a sus comportamientos.

«Creo que mi hijo/a se porta mal porque...» se evalúa con los criterios: «está muy consentido», «no sabemos cómo educarlo», «todos los niños son así», «es desobediente», «es travieso», «tiene problemas en el colegio o donde lo cuidan», «es irresponsable» y «está alterado». El 35% considera la respuesta «está muy consentido» como razón para el mal comportamiento de los menores, seguido de «todos los niños son así» (19%). Coinciden los criterios «no sabemos cómo

educarlo», «es irresponsable» y «hay problemas en la casa» (el 11% cada uno). Para «en general, cuando mi hijo/a se porta mal, yo...», se dieron las opciones de respuesta: «lo regaño», «pierdo la paciencia y le grito», «pierdo la paciencia y le pego», «lo castigo en un lugar», «lo castigo a no ver televisión», «lo castigo hasta que se me olvida lo que hizo», «lo castigo a no salir a jugar o pasear», «lo regaño o lo castigo», «me enfermo», «hablo, converso con él», «ignoro lo que ha hecho mal», «me callo». El 36% de los padres responden que regañan a sus hijos, pierden la paciencia y les pegan un 11%, pierden la paciencia y les gritan el 10% y hablan con él un 11%.

Se incluye en el cuestionario «regañar, castigar o pegarle a mi hijo/a me produce...», para lo que se consideran las posibles respuestas: «molestia o bravura», «tristeza o deseos de llorar», «sentimientos de culpa» y «satisfacción con el deber cumplido». El 42% de los padres encuestados afirman sentir tristeza o deseos de llorar, seguido del 33% con sentimientos de culpa, el 14% con molestia o bravura y el 11% con satisfacción con el deber cumplido.

Para la apreciación del respeto en la familia mediante «Mi hijo/a respeta a: el padre, la madre, los abuelos, a un hermano», el 44% de los padres afirman que es la imagen del padre la de mayor respeto para los hijos; para el 27%, la figura materna; para el 19%, los abuelos, y para el 9%, uno de los hermanos.

A «Mi hijo/a ha presenciado peleas familiares», el 35% afirma que ha ocurrido algunas veces, seguido por el 25% con raras veces, el 19% con muchas veces y el 21% que dice que nunca han presenciado peleas familiares.

En «cuando mi hijo/a ha presenciado peleas familiares ha reaccionado, en general...», destacan las respuestas afirmativas respecto a que los hijos se asustan o expresan miedo (29%), trataron de parar la discusión (19%) y se pusieron tristes o lloraron (16%).

Discusión

Los encuestados coinciden en que el castigo es parte de la disciplina en la educación de los menores, la necesidad de gritar a los niños y que se menosprecie el maltrato psicológico respecto al físico. A estos aspectos se contraponen la opinión de Urra¹⁸, quien manifiesta la necesidad de conservar la ética en la educación de los menores, respetarlos, la explicación para la buena conducta y el control de los impulsos de los adultos por las actuaciones y acciones que estos puedan tener. Los autores coinciden con López¹⁹ cuando afirma que los padres son los primeros maestros de los menores, son sus guías en el bien y el mal, proceso que se desarrolla gradualmente con amor, paciencia y firmeza, para lo que se debe tener definidos los valores, los hábitos y las actitudes que tomar en consideración.

Respecto a las acciones de violencia con castigos y regaños acostumbrados en las familias, se aprecia una aceptación de estas acciones como ventajosas en la formación personal, lo que se contraponen a lo planteado por Urra¹⁸, quien afirma que debe imperar la coherencia en la educación de niños y niñas, lo que debe ser sin violencia alguna. Por su parte, lo identificado en las encuestas coincide con las afirmaciones de Piñero²⁰ que se describen en el Informe Mundial contra la violencia de

niños y niñas: los padres y madres mantienen habitualmente castigos físicos u otros a sus hijos en el espacio familiar.

Los resultados respecto al maltrato en las parejas se corresponden de forma análoga con los estudios realizados por Guerri-Pons²¹, quien afirma que este suceso ocurre en un 30-40% de las familias, y las mujeres son las más afectadas en hechos similares, aunque los varones no quedan exentos de sufrir maltrato también. Cabe señalar la implicación que para los menores tiene ser un testigo silente de las situaciones de violencia entre las parejas, las consecuencias psicoemocionales que se quedan grabadas en ellos y los transforman en agresores potenciales, lo que acertadamente afirma Sierra²².

Respecto a estudios afines de si castigar y/o golpear a los niños y niñas por un mal comportamiento, el resultado es similar a lo que se verifica en la encuesta de UNICEF en Europa y Asia Central; Piñero²⁰ afirma que más del 75% de los menores consideran que ser golpeados no resolvería las situaciones confrontadas en las familias. Los autores proponen reflexionar ante la aplicación de la violencia a los menores por la repercusión que en ellos ocasiona, hechos que derivan en sentimientos de soledad, tristeza y abandono, por dañar los vínculos emocionales entre padres e hijos y por las posibles implicaciones para su inserción a la vida en sociedad.

Respecto a las consecuencias para los menores de las manifestaciones de violencia familiar, Zarza²³ en su estudio identifica en la mayoría de los menores que conviven en familias con violencia intrafamiliar que las afecciones psicológicas son predominantes y más graves que las acciones físicas. Por su parte, León²⁴ afirma que «la violencia contra la mujer tiene un efecto significativo en la morbilidad infantil, particularmente en la prevalencia de episodios de diarreas y síntomas de enfermedades respiratorias agudas, así como que el niño o la niña sufra violencia física o psicológica».

Conclusiones

Se aprecia que la imagen del padre es la de mayor respeto para los hijos en las familias bolivarenses; se aplican castigos, regaños y/o golpes a los menores en cerca del 50% de ellas. Los gritos son la forma predominante de discusiones entre las parejas; de producirse golpes, los propinan ambos, y el factor económico, los celos y el consumo de alcohol son las causas más frecuentes de las disputas familiares. En los menores que presencian estas formas de comportamiento predomina un sentimiento de temor o miedo. Existe en los padres un influjo de tristeza y de culpabilidad luego de regañar, castigar o pegar a un hijo(a).

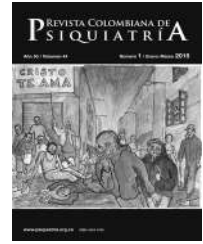
Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Parra Bolívar H. Relaciones que dan origen a la familia. Repositorio Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. [Internet]. 2005 [Consultado 21 mayo 2017]. Disponible en:

- <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/348/1/RelacionesOrigenFamilia.pdf>
2. Méndez E. Definición de familia: ¿Qué es la familia en la actualidad? INNATIA. [Internet]. 2014 [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-definicionde-familia.html>
 3. Morales Santillán, A. Definición de Familia. UNESCO. [Internet]. 2009 [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: <http://aura-ctsv.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-unesco.html>.
 4. Organización de Naciones Unidas. ONU: Declaración Universal de los Derechos Humanos Art. 16.3. [Internet]. 1948 [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
 5. Rodríguez Fernández N. Un acercamiento a la familia desde una perspectiva sociológica. Contribuciones a las Ciencias Sociales. EUMED. [Internet]. 2012 [Consultado 21 mayo 2017] Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/nerf.html>
 6. Salas Beteta C. Familia y violencia ¿conceptos inseparables? Derecho y Cambio Social. [Internet]. 2009 [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: <http://www.derechocambiosocial.com/revista018/violencia%20y%20familia.htm>
 7. Navarro Mantas L. Resultados obtenidos a largo plazo de un programa de prevención de violencia de género en El Salvador. Entorno. [Internet]. 2014 [Consultado 21 mayo 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.utec.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11298/192/1/83842.pdf>
 8. Rodríguez Pérez S. Violencia en parejas jóvenes: estudio preliminar sobre su prevalencia y motivos. Revista Pedagogía Social Interuniversitaria. 2015:251-75.
 9. Carcedo A. Mujer No Estás Sola: Cinco mil Mujeres Deteniendo el maltrato. En: Mujeres Hacia el 2000: Deteniendo la Violencia. San José, Costa Rica: CEFEMINA; 1994.
 10. Sagot M, Carcedo A. La Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar 2000. Organización Panamericana de la Salud; [Internet]. 2017 [revisado consultado 8 sept 2017] Disponible en: http://americalatinagenera.org/newsite/images/cdr-documents/publicaciones/doc_372_rutacriticaOPS.pdf
 11. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Agenda nacional de las mujeres y la igualdad de género. Comisión de Transición para la Definición de la Institucionalidad Pública que Garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres. *Aportar al fortalecimiento del Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, para el cumplimiento de su mandato constitucional*. [Internet]. Quito; 2014. [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: <http://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/4-PROYECTO-AECID-SENPLADES.pdf>
 12. Asamblea Nacional de Ecuador. *Política Institucional de Igualdad de Género*. 2016-2019. [Internet]. Quito; 2016. [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: <http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/1132/3/AD-DPE-001-2016.pdf>.
 13. Consejo Nacional de Planificación. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo *Plan Nacional del Buen Vivir* 2013-2017. [Internet]. Quito; 2013. [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional#tabs1>
 14. Quintana Zurina Y. La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. Quito, Ecuador: AECID/UNICEF; 2014 [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/Violencia.de.Gnero.pdf>
 15. Boira S, Carbajosa P, Méndez R. Miedo, conformidad y silencio La violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales de Ecuador. *Psychosocial Intervention*. [Internet]. 2015 [Consultado 8 sept 2017]; 25 (1). Disponible en: <http://psychosocial-intervention.elsevier.es/es/miedo-conformidad-silencio-la-violencia/articulo/S1132055915000381/#.Wu-zQogvzIU>
 16. Boira S, Narváez Olmedo G. *Características de la violencia intrafamiliar en Imbabura*. ECOS DE LA ACADEMIA. FECYT. [Internet]. 2017 [Consultado 8 sept 2017]; 3(2). Disponible en: <http://www.utn.edu.ec/ecos/index.php/2017/01/27/vol-3-2016-art-2-caracteristicas-de-la-violencia-intrafamiliar-en-imbabura/>
 17. Viera Hernández N, Mas Camacho MR, Manzano Lebroc M. *Estudio de la violencia de Género en la Provincia Bolívar Ecuador*. Publicando. [Internet]. 2016 [Consultado 21 mayo 2017]; 3 (8). Disponible en: <https://www.rmlconsultores.com/revista/index.php/crv/article/view/168>
 18. Urra J. *El pequeño dictador*. 14va edición. La Esfera de los libros. 2008.
 19. López ME. *Disciplina con amor y firmeza* [Internet]. 2013. *Inteligencia Familiar*. 2017 [revisado consultado 8 sept 2017] Disponible en: <http://www.inteligenciafamiliar.com/articulo.php?articulo=209&contenido=12>
 20. Pinheiro SP. Informe Mundial contra la Violencia de niños y niñas. D.F., México: UNICEF; 2006 [Consultado 8 sept 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf
 21. Guerri Pons M. El maltrato en la pareja: causas, efectos y claves para entender este fenómeno [Internet]. *Psicología y Mente*: (s.f.). 2017 [Consultado 21 mayo]. Disponible en: <https://psicologiymente.net/forense/maltrato-pareja-causas-efectos>.
 22. Sierra M. *Culto al silencio*. 2 da. Edición IBUKKU; 2016.
 23. Zarza Martín B. Los menores ante la violencia doméstica: Repositorio. Universidad de Salamanca. España. [Internet]. 2011 [Consultado 21 mayo 2017]. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/99538/1/TFM_EstudiosInterdisciplinaresGenero.ZarzaMartin.B.pdf
 24. León, J.; Almonte L.; Benavides M.; Ponce de León M.; Espezúa, L. *Los efectos de la violencia doméstica sobre la salud infantil de los niños y las niñas menores de cinco años en el Perú*. CENDOC /GRADE [Internet]. Lima, Perú: 2016. Disponible en: <http://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/Di82.pdf>.



Artículo original

Años de vida saludable perdidos a causa de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso de la población de Medellín, 2006-2012



Hugo Grisales-Romero*, Difariney González y Sandra Porras

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de junio de 2017

Aceptado el 13 de abril de 2018

On-line el 8 de junio de 2018

Palabras clave:

Salud mental

Trastornos mentales

Años Potenciales de Vida Perdidos

Años de Vida Perdidos por

Incapacidad

Transición Demográfica

R E S U M E N

Objetivo: Determinar la pérdida de años de vida saludables (AVISA) por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso en Medellín, de 2006 a 2012.

Métodos: Estudio descriptivo, con fuente de información secundaria bajo lineamientos teóricos del Estudio la Carga Global de la Enfermedad (CGE). Para calcular los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), se empleó información de las estadísticas vitales; para los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVD), la de morbilidad de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), de consulta externa y otras investigaciones. Los AVISA se obtuvieron de sumar los APVP y AVD.

Resultados: En Medellín, durante el septenio, de 1.242.407 AVISA por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, la mayor carga se debió a discapacidad (99,39%). Las mujeres aportaron más AVISA (70,22%). El 81% de los AVISA se concentraron en el grupo de 15 a 59 años. Los trastornos que mayor carga representaron fueron, en este orden, el trastorno depresivo unipolar (81%), el Alzheimer y otras demencias (4,82%), la esquizofrenia (3,45%) y los trastornos por consumo de drogas (2,78%).

Conclusiones: Se sustenta un importante incremento de la carga de la enfermedad por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, lo que debe llamar la atención de los tomadores de decisiones sobre la política pública del municipio, ya que estos problemas de salud pueden significar un gran aumento en los costos de atención en salud.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hugo.grisales@udea.edu.co (H. Grisales-Romero).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.003>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Disability-Adjusted Life Years Due to Mental Disorders and Diseases of the Nervous System in the Population of Medellín, 2006–2012

A B S T R A C T

Keywords:

Mental health
Mental disorders
Years of potential life lost
Years lived with disability
Demographic transition

Objective: To determine the healthy life years (HLY) lost as a result of mental disorders and nervous system diseases in Medellín from 2006 to 2012.

Methods: Descriptive study using a secondary information source according to the Global Burden of Disease (GBD) framework. To calculate the years of potential life lost (YPLL), we used vital statistics data; to calculate disability-adjusted life years (DALY), we used morbidity data from individual records managed by health service providers, outpatient clinics and other research studies. HLY are the sum of YPLL and DALY.

Results: In Medellín, from 2006 to 2012, out of 1,242,407 HLY related to mental disorders and nervous system diseases, the vast majority (99.39%) were due to disability. Most HLY were found in females (70.22%) and 81% were found in people aged 15 to 59. The disorders representing the greatest burden were unipolar depressive disorder (81%), Alzheimer's disease and other types of dementia (4.82%), schizophrenia (3.5%) and drug use disorders (2.78%).

Conclusions: Our results indicate a significant increase in the disease burden due to mental disorders and nervous system diseases. Public policy decision-makers in the city of Medellín should take note, as health problems of this type can result in a substantial rise in healthcare costs.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El número de personas con discapacidad va en aumento en todo el mundo debido a múltiples causas. Algunas se deben, en gran parte, al envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas generadoras de discapacidad, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los trastornos mentales¹. Desde la década de los sesenta, en los países en desarrollo se empezó a observar un cambio en los perfiles de morbimortalidad, y las enfermedades infecciosas, que hasta entonces habían sido por las que más preocupación se mostraba, empezaron a ser reemplazadas por afecciones no transmisibles, en especial las de larga duración y progresión lenta².

La salud mental constituye particularmente un gran reto y una prioridad dentro del campo de la salud pública moderna pues, pese a que los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso no causan un gran número de muertes directas, representan una carga total importante de morbilidad difícil de prevenir, atender y rehabilitar^{3,4}; por ello es menester integrar la salud mental en todos los aspectos de la salud y la política social, no solo por la magnitud y los costos que representan las enfermedades neuropsiquiátricas, sino también por su impacto individual, familiar y social, que se traduce en un sufrimiento que va más allá de las cifras y la discapacidad que genera².

Pese a que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar de los individuos, las transformaciones sociales y el incremento de la longevidad han sido foco de atención para muchos entes gubernamentales de muchos países⁴. A principios de este siglo, cerca de 450 millones de personas padecían enfermedades neuropsiquiátricas;

actualmente, más del 25% de la población sufre de al menos un trastorno mental o del comportamiento a lo largo de la vida⁵.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define los trastornos mentales como un conjunto en el que los síntomas varían sustancialmente y se caracterizan en general por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás. Entre ellos están los trastornos depresivos unipolar, afectivo bipolar y por consumo de alcohol y determinadas sustancias psicoactivas, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, el trastorno por estrés post-traumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de pánico e insomnio primario⁵.

Las personas que padecen trastornos mentales presentan tasas muy altas de discapacidad y mortalidad, y quienes sufren depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40-60% mayor que la población general⁶. Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga total de morbilidad; entre las primeras 10 causas de discapacidad en el mundo, 4 son trastornos mentales⁵. Estos tienen un impacto económico en las sociedades y en la calidad de vida de los individuos y sus familias, ya que aproximadamente 1 de cada 4 familias tienen al menos 1 miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento⁷.

Para hacer frente a la creciente carga sanitaria que representa el actual perfil epidemiológico con alta prevalencia de los trastornos mentales, es necesario comprender y vigilar constantemente su comportamiento no solo en términos de morbilidad y mortalidad, sino de una forma que permita cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que causan, ya que son eventos que acarrearán más a menudo

una discapacidad que la muerte prematura del paciente⁵. Para ello, el Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han adelantado estudios de la carga de la enfermedad en términos de indicadores epidemiológicos que faciliten obtener información poblacional acerca de la magnitud de las enfermedades, integrando la mortalidad y morbilidad en términos de años de vida perdidos por mortalidad prematura (APVP) y años de vida saludable (AVISA) perdidos^{3,8,9}.

El enfoque para abordar la carga de la enfermedad por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso se debe a Murray y López^{10,11}, metodología que busca evaluar las tendencias y establecer prioridades generales en salud a través de los APVP y los años vividos con discapacidad (AVD), que en conjunto representan los AVISA perdidos; este último permite, además, medir la brecha entre el estado actual y la situación ideal en que todas las personas viven hasta la vejez sin padecer enfermedades ni discapacidad^{4,8,9}.

La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa en todo el mundo; en el año 1990, los trastornos mentales causaron el 10% del total de AVISA perdidos por todas las enfermedades y lesiones; en el año 2000 esa carga se había incrementado en un 2%, y se prevé que para 2020 llegue hasta el 15%; entre los más frecuentes, y en su mayoría causantes de discapacidades considerables, están los trastornos depresivos (que imponen una carga un 50% mayor a las mujeres que a los varones y afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo), los debidos al uso de sustancias psicoactivas y alcohol (que se encuentran entre las principales 10 causas de discapacidad en países de ingresos bajos, medios o altos), la esquizofrenia (afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo), la epilepsia y la enfermedad de Alzheimer⁵. Las estimaciones de la OMS de 2005 muestran que los trastornos neuropsiquiátricos también aportan a la mortalidad, pues causan 1,2 millones de muertes cada año y el 1,4% de todos los AVISA perdidos (gran parte por demencia, enfermedad de Parkinson y epilepsia)⁴.

En América Latina y el Caribe se pierden 21.361.776 de años de vida como consecuencia de las discapacidades neuropsiquiátricas, que suponen el 22% de la carga total de enfermedades y tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los AVISA. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2%, cifra similar a la carga de morbilidad de los países desarrollados. Entre los adultos con mayor riesgo (15-59 años), los trastornos que afectan al mayor número de personas son la depresión mayor, la distimia, la ansiedad generalizada y el abuso o la dependencia de alcohol. El trastorno de depresión (principal causa entre las mujeres y cuarta entre los varones) y por abuso o dependencia de alcohol (en los varones, segunda causa después de la violencia) afectaron, cada uno, en algún momento de la vida a aproximadamente 38 millones de adultos⁴.

Los estudios de salud mental en Colombia reflejan datos importantes de la psicopatología. Los datos del Estudio de Salud Mental del 2003 señala que un 40,1% de la población colombiana ha tenido algún trastorno mental a lo largo de su vida¹².

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital total, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia en el año 2015, la prevalencia de trastornos mentales en niños fue del 4,7%, mayor en las niñas (5,6%) que en los varones (3,8%); en adolescentes fue del 4,4% y en adultos se observó que 1 de cada 25 personas tiene alguno de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses y 9 de cada 100 los han padecido en toda la vida; en este grupo etario, los trastornos mentales más prevalentes fueron el trastorno depresivo mayor y la fobia social, y los trastornos afectivos y de ansiedad estudiados fueron más frecuentes en las mujeres adultas y las personas de 18-44 años¹³.

Según el estudio de la carga de la enfermedad en Colombia de 2005, el país perdió 280 AVISA/1.000 personas, el 74% debido a discapacidad. Los problemas neuropsiquiátricos como la depresión mayor unipolar (47 AVISA totales), los trastornos bipolares (5 AVISA totales), la esquizofrenia (3 AVISA) y la epilepsia (2 AVISA totales) causan el 21% de la carga de AVISA perdidos cada mil personas en Colombia¹⁴. Para el año 2010, Colombia tuvo un total de 269 AVISA/1.000, 211 correspondientes a AVD; entre los varones, la depresión mayor unipolar fue la segunda causa con más AVISA perdidos (37) y en las mujeres, la enfermedad con mayor impacto (68 AVISA perdidos)¹⁵.

En el caso particular de la ciudad de Medellín, un análisis de la carga de la enfermedad a través del cálculo de sus indicadores relevantes, los APVP y los AVD, no se ha hecho desde el año 1995, cuando se perdieron 513.847 AVISA, el 56,6% por mortalidad prematura, y más de la mitad (56%) se debieron a las lesiones; las enfermedades neuropsiquiátricas representaron una pérdida de 8.226 AVISA, de los cuales el 78,8% se debieron a discapacidad (AVD), con lo que se ubica en la duodécima posición en la carga de enfermedad de Medellín de 1996¹⁶.

Siendo los trastornos mentales un problema prioritario de salud pública, pues se inicia a edades tempranas, tiene una amplia comorbilidad y genera gran discapacidad, lo cual significa una carga para las familias, la comunidad y los entes gubernamentales, se presenta la magnitud de la pérdida de AVISA por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso por la población de Medellín en el periodo 2006-2012.

Métodos

Es un estudio descriptivo, inscrito en el enfoque empírico analítico, con fuentes de información secundaria, cuya población objeto son los habitantes del municipio de Medellín entre los años 2006 y 2012. Para su abordaje metodológico, se tuvieron en cuenta los aspectos definidos desde el Estudio Global de la Carga de Enfermedad (*Global Burden of Disease [GBD]*)^{9,17,18}. Con el fin de dar cumplimiento al objetivo propuesto, se escogieron los siguientes trastornos evaluados a escala nacional por su impacto y su representatividad en este subgrupo de causas^{14,15}: el trastorno depresivo unipolar, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, la epilepsia, los trastornos por consumo de alcohol y consumo de drogas, el Alzheimer y otras

demencias, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, el estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, el insomnio (primario) y la migraña, codificados según la CIE-10.

Como fuentes de información, se utilizaron el censo poblacional de Medellín por edad y sexo para cada uno de los años de estudio; para el cálculo de los APVP, se empleó la base de datos de mortalidad proporcionada por la Secretaría de Salud de Medellín, que se ajustó por el subregistro de la mortalidad, según el método OPS de distribución proporcional^{19,20} y el método de Preston y Coale²¹; para los AVD, como se requirió la cuantificación de la gravedad de los eventos no fatales, se tuvo en cuenta como indicador epidemiológico la incidencia de cada uno de los eventos, y para ello se tomó inicialmente como fuente de información los Registros Individuales de la Prestación de Servicios (RIPS) de Consulta Externa. La distribución de la incidencia obtenida de allí se ajustó a través de los oficios del *software* DisMod II según la distribución de otros indicadores como la mortalidad y la prevalencia. Para los datos de la prevalencia, se tuvo en cuenta los reportados en la ENSM 2003 y el Primer estudio poblacional de salud mental, Medellín 2011-2012, dado que eran las encuestas poblacionales que estaban disponibles a la fecha que se realizaron los cálculos; expertos en cada área validaron las distribuciones obtenidas.

Expertos en el área, la mayoría con formación en epidemiología, validaron las incidencias y prevalencias referidas a los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso de las que no se tenían reportes en estudios anteriores. Los AVD se calcularon a partir de las incidencias obtenidas con el *software* DISMOD II mediante suavizado exponencial y después los expertos validaron las de los eventos cuya magnitud en estudios previos fuera desconocida o cuando la fuente de información no era la oficial, un caso especial o eran los RIPS. Las tasas de mortalidad se calcularon para realizar el análisis descriptivo del estudio y, al igual que las incidencias y las prevalencias de eventos con poca información, fueron presentadas a los expertos con el fin de reafirmar la coherencia y la validez de dichos resultados.

El trabajo con los expertos se desarrolló mediante encuentros presenciales (uno o dos) en los que se presentaron las estimaciones de los indicadores y se obtuvo su validez de acuerdo con su conocimiento y experiencia en el área.

Para la estimación de los APVP, se utilizó la metodología estándar¹¹ que considera una esperanza de vida al nacer para diferentes edades, derivada de una tabla de vida estándar (Modelo Oeste de Coale y Demeny) similar a la de Japón²¹, una función de ponderación de los años vividos a las edades por los que habría vivido la persona fallecida y una tasa de descuento de las pérdidas de años de vida futuros equivalente al 3%. Para el cálculo de los AVD, fue necesario obtener una aproximación de las incidencias de cada uno de los eventos considerados, las cuales fueron valoradas desde los RIPS de consulta externa según criterios médicos y epidemiológicos, después se ajustaron a través del *software* DisMod II considerando también las prevalencias encontradas en los estudios poblacionales y las tasas de mortalidad estimadas; dichos cálculos ajustados fueron validados con expertos; además de lo anterior, se tuvo en cuenta como parámetros básicos para su

estimación la duración promedio y la edad de inicio de la enfermedad desagregadas por sexo y grupos etarios, el peso de la discapacidad generada por cada causa, la función de ponderación del tiempo vivido a diferentes edades y una tasa de descuento del 3%.

Para terminar, la estimación de los AVISA perdidos se logró sumando los APVP y los AVD por cada una de las desagregaciones consideradas (grupo y subgrupo de enfermedades y/o lesiones, y causas específicas por año, sexo y grupos de edad).

Resultados

Entre 2006 y 2012, Medellín perdió 7,5 millones de AVISA, lo que supone una tasa de 463,12 AVISA/1.000 habitantes. En el septenio y en cada uno de los años, las enfermedades no transmisibles fueron la causa de la mayor cantidad de AVISA perdidos (91,8%); una marcada diferencia se percibió en la contribución de cada componente (discapacidad y mortalidad) cuando se analizó en general y por grupo de causa. Mientras que en general menos de la cuarta parte de los AVISA perdidos se explicaban por muertes prematuras (13,0%), se observó que, las lesiones explicaban cerca de un 98% de los AVISA perdidos. Por otra parte, el 87,0% de los AVISA perdidos se debieron a AVD, y de estos, las enfermedades no transmisibles también eran causa de un alto porcentaje (93,6%). En el periodo de estudio destaca que los subgrupos de causas conformados por las enfermedades cardiovasculares, los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso originaron el 75,1% de los AVISA perdidos; este último subgrupo de causas ocupaba el segundo lugar (16,5%).

Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso

Años de vida perdidos por muerte prematura

En general, durante el septenio en Medellín se perdieron 7.625 años de vida por muerte prematura a causa de los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso en consideración, con un promedio de 1.089 APVP/año y una tasa de 0,47 APVP/1.000 hab.; los años 2007, 2008 y 2009 son los que aportaron cerca del 53% de los APVP en el periodo (fig. 1). Durante los 7 años de estudio, los varones sufrieron mayor pérdida pre-

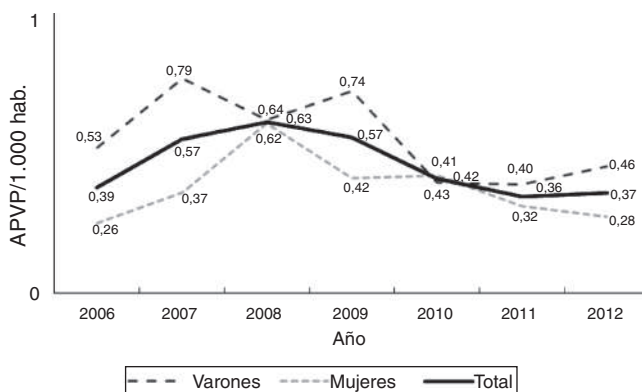


Figura 1 – Distribución de la tasa de APVP por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso por año según sexo. Medellín, 2006-2012.

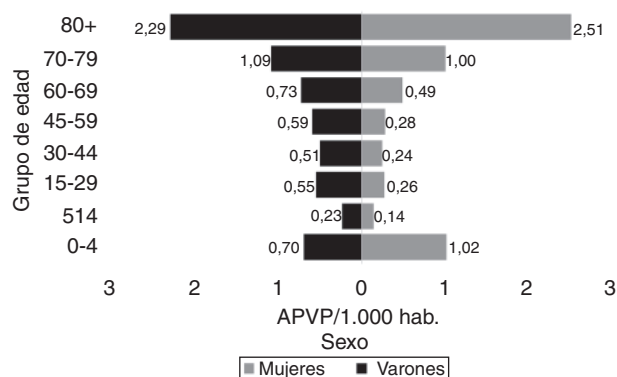


Figura 2 – Distribución de la tasa de APVP por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, por grupos de edad y sexo. Medellín, 2006-2012.

matura de vida que las mujeres (el 56,6 y el 43,4% de los APVP respectivamente), patrón que coincide cada año de estudio, exceptuando 2008 y 2010, en los que las mujeres tuvieron mayor pérdida (el 52,4 y el 54,4%). Tanto los varones como las mujeres tuvieron en todo el periodo una pérdida variable, con leve tendencia a la disminución a partir de 2009 en los varones (0,79 APVP/1.000 varones es la cifra más alta del periodo) y de 2008 en las mujeres (0,62 APVP/1.000 mujeres) (fig. 1).

Por otro lado, se observó que tanto el número total de APVP y la tasa de APVP en cada grupo etario fueron mayores entre los varones, a diferencia de los niños menores de 4 años y los adultos mayores de 80, grupos en que el aporte del sexo femenino fue mayor. Se observó un gradiente positivo a partir de los 30 años de edad, esto es, a medida que aumentaba la edad se incrementaban las tasas de APVP por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso en ambos sexos (fig. 2). El 56,3% de los APVP se concentró en el grupo de edad de 15-59 años, con mayor predominio en el subgrupo de 15-29 años (1.628 APVP; 21,34%), seguido del de 45-59 (1.425 APVP; 18,69%).

En el periodo de estudio, la mayor pérdida de años de vida por muerte prematura generada por los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso en la ciudad de Medellín se debió en su gran mayoría a la epilepsia (5.214 APVP; 68,37%; 0,32 APVP/1.000 hab.), seguido del Alzheimer y otras demencias (1.588 APVP; 20,83%; 0,10 APVP/1.000 hab.) y la enfermedad de Parkinson (388 APVP; 5,09%; 0,02 APVP/1.000 hab.); estas 3 causas representaron el 94,29% de los APVP en general. El mayor número de APVP a causa de la epilepsia se concentró en los varones (62,09%), mientras que los generados por el Alzheimer y otras demencias, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple fueron representativos en las mujeres (el 57,22, el 53,97 y el 5,45% respectivamente).

Específicamente por grupo de edad, entre los menores de 4 años el mayor número de APVP por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso se debió a la epilepsia (840 APVP, de los cuales el 60,56% lo tuvieron las mujeres); entre los niños de 5-14 años y los jóvenes de 15-29, esta misma enfermedad fue la causa del 91,5% (0,17 APVP/1.000 menores de 5-14 años) y el 91,19% (0,37 APVP/1.000 jóvenes) de los APVP respectivamente. La epilepsia y el Alzheimer y otras demencias estaban implicadas en la mayor carga por

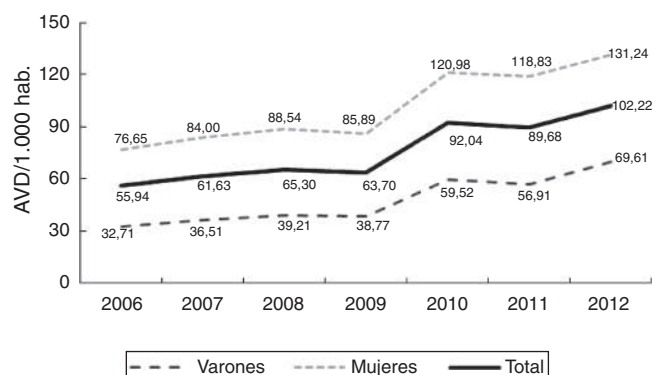


Figura 3 – Distribución de la tasa de AVD por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, por año y sexo. Medellín, 2006-2012.

mortalidad presentada entre los adultos menores de 69 años, y entre los mayores de 70 años, el Alzheimer y otras demencias y la enfermedad de Parkinson tuvieron un papel protagónico.

Años de vida ajustados por discapacidad

En Medellín, en 2006-2012 se presentó una carga por discapacidad a causa de los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso de 1.234.781 años (76,12 AVD/1.000 hab.), con un promedio anual de 176.397 AVD. Se observó que, en el septenio y en cada uno de los años, las mujeres (101,27 AVD/1.000 mujeres) tuvieron mayor pérdida de AVD por este subgrupo de causas que los varones (29,61%; 47,87 AVD/1.000 varones). En general, hacia el año 2012 (244.623 AVD) los AVD aumentaron en un 95% aproximadamente con respecto al año de estudio inicial (125.258 AVD); tanto los varones como las mujeres tuvieron una pérdida estable, con una marcada tendencia al aumento a partir del año 2009 (fig. 3).

El 81,11% de los AVD por el subgrupo de causas evaluado se concentró en el grupo de edad de 15-59 años; los jóvenes de 15-29 años y los adultos de 30-44 son los que presentaron la mayor pérdida de AVD (31,03%; 95,31 AVD/1.000 hab.; y 29,97%; 107,72 AVD/1.000 hab.). De igual modo, se observó que tanto el número total de AVD y la tasa de AVD fueron superiores en las mujeres mayores de 15 años. Entre los varones se presentó un gradiente negativo a partir de los 15 años y en las mujeres, a partir de los 30.

Entre 2006 y 2012, el 95,81% de la carga por discapacidad generada por los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso se debió principalmente al trastorno depresivo unipolar (1.001.450 AVD; 61,74 AVD/1.000 hab.), el Alzheimer y otras demencias (58.264 AVD; 3,59 AVD/1.000 hab.), la esquizofrenia (42.818 AVD; 2,64 AVD/1.000 hab.), los trastornos por consumo de drogas (34.468 AVD; 2,12 AVD/1.000 hab.), la epilepsia (23.223 AVD; 1,43 AVD/1.000 hab.) y la migraña (22.810 AVD; 1,41 AVD/1.000 hab.), en este orden (fig. 4).

Tanto en los varones como en las mujeres, el trastorno depresivo unipolar tuvo un aporte significativo a los AVD perdidos (el 72,84 y el 84,58% respectivamente), seguido de la esquizofrenia (5,97%), el Alzheimer y otras demencias (5,76%) y los trastornos por consumo de drogas (5,26%) en los varones,

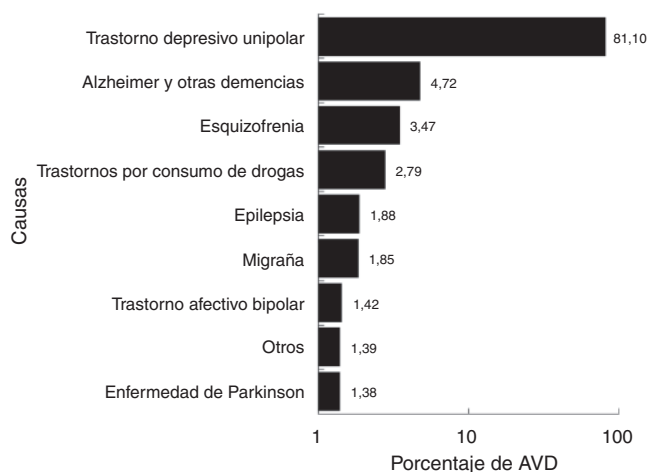


Figura 4 – Distribución porcentual de AVD según trastorno/enfermedad mental. Medellín, 2006-2012.

y por el Alzheimer y otras demencias (4,28%), la esquizofrenia (2,42%) y la migraña (2,38%) en las mujeres.

Por grupo de edad, se observó que entre los menores de 4 años el 97,71% de los AVD por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso fueron a causa del trastorno depresivo unipolar (3.181 AVD; 88,53%; 3,11 AVD/1.000 menores de 4 años) y la epilepsia (0,32 AVD/1.000 menores de 4 años); entre los niños de 5-14 años, el 94,24% de los AVD se debieron al trastorno depresivo unipolar (82.750 AVD; 85,76%; 36,45 AVD/1.000 niños de 5-14 años), el trastorno afectivo bipolar (4.415 AVD; 1,94 AVD/1.000) y la epilepsia (1,66 AVD/1.000); entre los jóvenes de 15-29 años, hubo una mayor participación del trastorno depresivo unipolar (314.069 AVD; 81,96%; 78,12 AVD/1.000 jóvenes de 15-29 años), los trastornos por consumo de drogas (4,98%; 4,74 AVD/1.000), la esquizofrenia (4,84%; 4,61 AVD/1.000) y la migraña (2,75%; 2,62 AVD/1.000); entre los adultos de 30-44 años, el 93,35% de los AVD perdidos fueron por el trastorno depresivo unipolar (323.042 AVD; 87,29%, 94,03 AVD/1.000 adultos de 30-44 años), la esquizofrenia (3,49%; 3,76 AVD/1.000) y los trastornos por consumo de drogas (2,56%; 2,76 AVD/1.000); el trastorno depresivo unipolar y el Alzheimer y otras demencias causaron aproximadamente el 86% de los AVD de las personas entre los 45 y 79 años; y entre los mayores de 80 años, el Alzheimer y otras demencias fueron la causa del mayor porcentaje de AVD (12.935 AVD; 67,80%; 46,80 AVD/1.000 adultos mayores de 80 años), seguida del trastorno depresivo unipolar (22,3%; 15,40 AVD/1.000) y la enfermedad de Parkinson (7,01%; 4.84 AVD/1.000).

Años de vida saludable perdidos

De 2006 a 2012, Medellín perdió en total 1.242.407 AVISA por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, lo que implica una tasa de 76,59 AVISA/1.000 hab. y un promedio de 177.487 AVISA/año. Llama la atención el significativo incremento (95%) en números absolutos de la pérdida de AVISA de la población de Medellín entre 2006 (126.124 AVISA) y 2012 (245.501), acompañado también de un incremento del 82% en la tasa de los 56,33 AVISA/1.000 hab. en 2006 a los 102,59 en

2012. En general y particular por año, las mujeres tuvieron un papel protagónico en la contribución de AVISA perdidos por el subgrupo de causas evaluado (70,2%) (tabla 1).

La mayor proporción de AVISA perdidos se concentró en el grupo de 15-59 años (el 81% de los AVISA), pero el pico más alto se presentó entre los adultos de 30-44 años (108,08 AVISA/1.000 hab.), comportamiento seguido por las mujeres (31,8%; 149,83 AVISA/1.000 mujeres); entre los varones, los jóvenes de 15-29 años tuvieron mayor pérdida de vida saludable (34,8%; 64,30 AVISA/1.000 varones).

Se observó una importante diferencia en la contribución de cada componente (mortalidad y discapacidad), pues la mayor parte (99,39%) de los AVISA perdidos por Medellín a causa de los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso fue por discapacidad, patrón seguido en cada uno de los años contemplados y causa de enfermedad específica (tabla 2).

Obsérvese la importancia que tuvo el trastorno depresivo unipolar en la carga de la enfermedad de Medellín entre 2006 y 2012, que representó el 81% aproximadamente del total de los AVISA perdidos por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, con una tasa cercana a los 62 AVISA/1.000 hab., afectando principalmente a las mujeres (73,40%); en segundo lugar, estuvieron el Alzheimer y otras demencias (3,69 AVISA/1.000 hab.), con mayor pérdida en las mujeres (63,69%), y la esquizofrenia (2,64 AVISA/1.000 hab.) y los trastornos por consumo de drogas (2,13 AVISA/1.000 hab.), ambas causas más predominantes en los varones (tabla 2).

Los varones tuvieron mayor pérdida de AVISA en el periodo en mención a causa de los trastornos por consumo de alcohol (63,42%), los trastornos por consumo de drogas (55,88%), la enfermedad de Parkinson (51,39%), la esquizofrenia (51%) y la epilepsia (50,85%); en el resto de los trastornos considerados en este estudio, la participación de las mujeres fue notoria (tabla 2).

Los niños menores de 4 años presentaron una mayor pérdida de AVISA debido al trastorno depresivo unipolar y la epilepsia (el 97% por ambas causas); el 94% de los AVISA perdidos por los menores de 14 años se debió al trastorno depresivo unipolar (85%), el trastorno afectivo bipolar (5%) y la epilepsia (4%); entre los jóvenes de 15-29 años, la mayor carga de enfermedad fue por el trastorno depresivo unipolar (82%), los trastornos por consumo de drogas (5%) y la esquizofrenia (4,8%); entre los adultos de 30-44 años, el trastorno depresivo unipolar, la esquizofrenia y los trastornos por consumo de drogas representaron el 93% de los AVISA perdidos; el 90,7% de los AVISA perdidos por los adultos de 45-59 años fue por trastorno depresivo unipolar (83,6%), Alzheimer y otras demencias (4,2%) y esquizofrenia (2,9%); los de 60-69 años sufrieron pérdida de AVISA principalmente por el trastorno depresivo unipolar (66%), el Alzheimer y otras demencias (18%) y la enfermedad de Parkinson (8%); la pérdida de AVISA entre los mayores de 70-79 años fue por Alzheimer y otras demencias (43%), trastorno depresivo unipolar (41%) y enfermedad de Parkinson (10%); para terminar, en el grupo de mayores de 80 años, el comportamiento fue similar al del grupo etario anterior, pero en diferentes proporciones (el 68, el 22 y el 7% respectivamente).

Tabla 1 – Distribución del total, porcentaje y tasa de AVISA perdidos por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso por año y sexo. Medellín, 2006-2012

Año	Varones			Mujeres			Total		
	AVISA	% ^a	Tasa ^b	AVISA	% ^a	Tasa ^b	AVISA	% ^a	Tasa ^b
2006	35.084	27,8	33,25	91.040	72,2	76,91	126.124	10,2	56,33
2007	39.819	28,3	37,30	101.061	71,7	84,37	140.881	11,3	62,19
2008	43.008	28,5	39,85	108.065	71,5	89,16	151.073	12,2	65,93
2009	43.118	28,9	39,51	105.823	71,1	86,31	148.941	12,0	64,27
2010	66.110	30,5	59,93	150.539	69,5	121,41	216.649	17,4	92,46
2011	63.898	30,0	57,31	149.340	70,0	119,15	213.238	17,2	90,04
2012	78.942	32,2	70,07	166.559	67,8	131,52	245.501	19,8	102,59
Total	369.980	29,8	48,43	872.427	70,2	101,65	1.242.407	100,0	76,59

AVISA: años de vida saludable.

^a Porcentaje con respecto al total por año.^b Cada 1.000 personas.**Tabla 2 – Años de vida saludable perdidos por mortalidad y por discapacidad por trastorno/enfermedad mental. Medellín 2006-2012**

Causas	Mortalidad (APVP)		Discapacidad (AVD)		Total (AVISA)				
	n	% ^a	n	% ^a	n	Tasa	% ^b	Varones, %	Mujeres, %
Trastorno depresivo unipolar	10	0	1.001.450	100	1.001.459	61,74	80,61	26,60	73,40
Alzheimer y otras demencias	1.588	2,65	58.264	97,35	59.853	3,69	4,82	36,31	63,69
Esquizofrenia	35	0,08	42.818	99,92	42.853	2,64	3,45	51,00	49,00
Trastornos por consumo de drogas	56	0,16	34.468	99,84	34.523	2,13	2,78	55,88	44,12
Epilepsia	5.214	18,33	23.223	81,67	28.436	1,75	2,29	50,85	49,15
Migraña	0	0	22.810	100	22.810	1,41	1,84	9,29	90,71
Trastorno afectivo bipolar	7	0,04	17.571	99,96	17.578	1,08	1,41	43,11	56,89
Enfermedad de Parkinson	388	2,22	17.043	97,78	17.431	1,07	1,40	51,39	48,61
Esclerosis múltiple	278	4,05	6.577	95,95	6.855	0,42	0,55	32,78	67,22
Trastornos por consumo de alcohol	52	0,92	5.608	99,08	5.660	0,35	0,46	63,42	36,58
Insomnio	0	0	2.154	100	2.154	0,13	0,17	32,24	67,76
Estrés postraumático	0	0	1.343	100	1.343	0,08	0,11	35,67	64,33
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0	849	100	849	0,05	0,07	39,15	60,85
Trastorno de pánico	0	0	602	100	602	0,04	0,05	45,43	54,57
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	7.625	0,61	1.234.781	99,39	1.242.407	76,59	100	29,78	70,22

APVP: años de vida perdidos por mortalidad prematura; AVD: años de vida ajustados por discapacidad; AVISA: años de vida saludable.

^a Con respecto al total de AVISA perdidos por causa.^b Con respecto al total general de AVISA perdidos.

Discusión

En Medellín, durante el septenio considerado, los resultados revelaron que, de los 1.242.407 AVISA perdidos, la mayor carga de la enfermedad por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso se debió en su gran mayoría (99,39%) a la discapacidad que generan, comportamiento seguido igualmente por cada una de las causas incluidas; las mujeres (70,22%) fueron las que más AVISA perdidos aportan por el subgrupo de causas evaluado. En general, el 81% de los AVISA perdidos se concentró en el grupo de 15-59 años; en las mujeres el pico más alto se observó en las de 30-44 años (149,83 AVISA/1.000 mujeres), y en los varones fue mayor entre los jóvenes de 15-29 años (64,30 AVISA/1.000 varones).

Durante el periodo de estudio se encontró un aumento año a año de los AVISA perdidos. De los 1.242.407 AVISA perdidos

por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, el 99,39% corresponde a discapacidad. Se puede comprender este comportamiento desde la transición epidemiológica y demográfica, dado que no solo interesa explicar los cambios en la mortalidad, sino también en la morbilidad. En el caso de las enfermedades mentales o del sistema nervioso, pasan de ser un proceso agudo que con frecuencia termina en la muerte a un estado crónico en que muchas personas, en su mayoría de edad avanzada, sufren durante largos periodos de su vida con progresiva incapacidad.

Entre 2006 y 2012, el trastorno depresivo unipolar tuvo un papel protagónico en la carga de la enfermedad de Medellín por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, ya que representó el 81% del total de los AVISA perdidos, seguido por el Alzheimer y otras demencias (4,82%), la esquizofrenia (3,45%) y los trastornos por consumo de drogas (2,78%); se observó además que las mujeres presentaron

una mayor proporción de AVISA perdidos que los varones en 9 de las 14 causas evaluadas, con un papel más protagónico en los AVISA perdidos por migraña, trastorno depresivo unipolar, insomnio y esclerosis múltiple; y se observó una mayor participación de los AVISA perdidos por los varones que por las mujeres en los trastornos por consumo de alcohol, los trastornos por consumo de drogas, la enfermedad de Parkinson y la esquizofrenia.

El exceso de discapacidad aportado por los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso está relacionado, en parte, con que aparecen cada vez a edades más tempranas que otras enfermedades crónicas⁵; se conoce además que cerca de 450 millones de personas en el mundo sufren trastornos mentales, con similar prevalencia en varones y mujeres; sin embargo, ellas tienen mayor probabilidad de sufrir trastornos mentales del estado de ánimo o trastornos de ansiedad (especialmente la depresión) y ellos, de sufrir trastornos relacionados con el control de impulsos y el abuso de sustancias²², situación que se ha logrado observar en Medellín durante los años 2006-2012 a través de los AVISA perdidos por estas psicopatologías.

En coherencia con los datos internacionales y nacionales sobre la carga que representan los trastornos mentales, en los resultados de este estudio, los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso que mayor pérdida de AVISA supusieron son el trastorno depresivo unipolar, el Alzheimer y otras demencias, la esquizofrenia y los trastornos por consumo de drogas; según el estudio de la carga de la enfermedad total, la depresión unipolar es una de las 3 principales causas de la carga de la enfermedad en las regiones de América, Europa y el Pacífico Occidental, y en el mundo representa el 4,3% del total de AVISA perdidos, ocupando el tercer lugar, y se prevé que para el año 2030 esta condición sea la causa con mayor proporción de AVISA perdidos en todo el mundo, con una representación del 6,2%²³.

De igual modo, en América Latina y el Caribe, los trastornos depresivos unipolares representan el 6,9% de todos los AVISA perdidos, y los trastornos debidos al consumo de alcohol también originan una proporción importante (3,9%)⁴. Según el estudio de la carga de la enfermedad en Colombia de 2005¹⁴, los problemas neuropsiquiátricos como la depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia causaron el 21% de la carga total de AVISA perdidos. En Medellín, durante 2006-2012, estas mismas causas implicaban el 14% de todos los AVISA perdidos.

De manera particular, se conoce que los trastornos depresivos se caracterizan por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía, y son más frecuentes en las mujeres que en los varones³; condición que se observó en este trabajo, donde ellas presentaron mayor proporción de AVISA perdidos por trastorno depresivo unipolar (73,4%) que ellos; aunque la depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes, como se percibió en este trabajo, dado a que el trastorno depresivo unipolar fue representativo en las primeras 3 psicopatologías consideradas y, en promedio el 83% de los AVISA perdidos por los adolescentes y adultos jóvenes de la población de Medellín se debió a este tipo de trastorno depresivo.

La esquizofrenia, que es una enfermedad grave que puede afectar al desempeño educativo y laboral y se inicia generalmente en la adolescencia o los primeros años de la edad adulta, ocupó el tercer lugar entre los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso tenidos en cuenta en este estudio, con una pérdida de 42.853 AVISA (3,45%), con proporción levemente mayor de varones (51%), lo cual puede estar relacionado con que esta enfermedad en las mujeres tiende a comenzar más tardíamente y a tener una evolución y un pronóstico más favorables (OMS)^{3,8}.

Estos resultados sustentan nuevamente el desarrollo gradual y constante de la dinámica poblacional hacia el envejecimiento que, junto con el agravamiento de los problemas sociales y la agitación social, permiten prever un incremento del número de afectados por enfermedades no transmisibles, particularmente trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso^{3,6}. En Colombia, y particularmente en Medellín, la violencia, el desplazamiento y el desempleo generan grandes efectos en la salud mental de la población, por lo que este componente de la salud debería tener prioridad en la agenda social, económica y de salud de la ciudad, ya que son los niños y los jóvenes los más afectados, seguidos de las mujeres y los ancianos⁴.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el cuidado de las enfermedades crónicas no transmisibles es un problema global, que cada vez debe llamar la atención de los tomadores de decisiones en relación a la política pública de las regiones, dado que estos problemas de salud, como los trastornos mentales, pueden significar un considerable aumento en los costos de atención en salud. Ha quedado demostrado que estos pacientes no reciben el cuidado necesario, pues se diagnostica a cerca de la mitad y se trata a la mitad de estos^{8,15}. Por otro lado, los reportes de la OMS demuestran que la carga de la enfermedad psiquiátrica en el mundo está subestimada; de las principales 10 causas de discapacidad en el mundo, medidas en AVISA perdidos, el 50% son condiciones psiquiátricas¹³.

Finalmente, este estudio además ha permitido identificar la falta de información epidemiológica de varias enfermedades ya que, en el momento de obtener las incidencias y prevalencias de las enfermedades y/o trastornos considerados, se percibió que de la mayoría de estos eventos no se tienen fuentes de información pertinentes, representativas y/o actualizadas nacionales o locales, lo cual dificultó en gran parte el cálculo de los AVD, cuya incidencia era un indicador fundamental.

De igual modo, es de considerar que los resultados aquí descritos pueden estar subestimados, pues desde la misma fuente de información utilizada para el cálculo de las incidencias, los registros individuales de la prestación de los servicios de consulta externa (RIPS), como indica, solo tiene en cuenta a las personas que acceden a los servicios de salud; por ello, en términos generales el desconocimiento de la situación sanitaria real de una población se ha convertido en una limitación a la toma de decisiones en cuanto a la priorización y distribución de los recursos⁷. Estas limitaciones traen consigo implicaciones, dado que la información de mortalidad está desligada de la de morbilidad o, en otras palabras, no existe un sistema de información, tipo bodega de datos, que permita una valoración conjunta de su consistencia y un manejo holístico de los datos y facilite la minimización de los errores, especialmente

de la información de morbilidad, relacionados con los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso. El hecho de que no se tenga suficiente información y datos de buena calidad, aunado a la ausencia de estudios epidemiológicos analíticos que hayan calculado las incidencias, las prevalencias y la letalidad asociadas con los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso, es un factor que pone en tela de juicio la robustez de las estimaciones de los indicadores de la carga de la enfermedad para los susodichos eventos. Tampoco se conocen estudios en la ciudad que den cuenta de la valoración de intervenciones en trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, en particular, ni en salud mental en general, lo que es un impedimento para llevar a cabo una evaluación de eficacia de las políticas y un análisis costo-beneficio.

Dados el objetivo y las características del estudio, no era pertinente identificar factores de riesgo asociados con los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso en la población medellinense y, por ende, su carga específica, lo que avizora estudios analíticos en tal sentido que permitan el conocimiento de la exposición, las comorbilidades asociadas y el cálculo de riesgos atribuibles poblacionales.

Considerando que la salud mental se refiere al bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y la rehabilitación de personas afectadas por estos trastornos y que los estudios de la OMS muestran que estos continúan siendo uno de los problemas de salud que generan mayor impacto en la calidad de vida de las personas y costos económicos para el individuo, la sociedad y los sistemas de salud²⁴, con un impacto importante en la expectativa de vida de las personas que los padecen, ya que es 20 años más corta que la de aquellos que no los tienen²⁵, además de que su aparición se relaciona con factores como la pobreza, el desempleo y la falta de relaciones sociales²⁶, y que sumado a ello, se tiene un sistema de seguridad social en salud que no ha operado adecuadamente, donde la atención a la salud mental es limitada; esta investigación pone de manifiesto la magnitud de uno de los problemas en salud que mayor esfuerzo intersectorial requieren en la ciudad, donde es necesario que se implementen políticas de salud mental que no solo se ocupen de los trastornos mentales, sino de crear acciones que promuevan entornos y condiciones de vida que permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables, desde un nivel gubernamental y no gubernamental, en el que el sector salud cuente con la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social, como indica la OMS.

De igual modo, las decisiones, las políticas y los programas que se desarrollen entorno a la situación observada en la investigación deberían servir para preparar a las personas para que disfruten de un envejecimiento saludable, con la oferta de diferentes oportunidades que aumenten la independencia y la autoestima de la población.

Por otra parte, este tipo de investigaciones permite que las políticas y los programas sanitarios que se impulsen en la región estén basados en evidencia científica sobre las necesidades en salud de la población; por ello, para la comunidad científica, desarrollar este tipo de trabajos y aplicar los nuevos conocimientos a las necesidades de desarrollo sanitario

permiten reforzar su comunicación y cooperación con los responsables políticos de la toma de decisiones locales y regionales.

Este ejercicio pone de manifiesto el gran problema de cómo los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso requieren una atención prioritaria en la agenda pública de la ciudad.

Financiación

La Secretaría de Salud de Medellín financió la realización del proyecto original del que se deriva este estudio.

Conflicto de intereses

Ninguno.

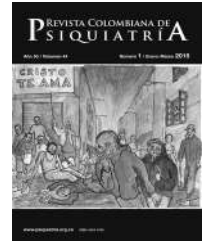
Agradecimientos

A la Secretaría de Salud de Medellín y a los integrantes del Grupo de Investigación de Demografía y Salud de la Universidad de Antioquia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad, 2011 [Internet]. Ginebra: OMS; 2011. Consultado 3 Jun 2016. Disponible en: http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/informe%20mundial/Informe%20mundial.pdf
2. Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30:202-11.
3. Campo-Arias A, Cassiani-Miranda CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;37.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS; 2009.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
6. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS; 2013.
7. Valencia M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. *Día Mundial de la Salud Mental 2007*. *Salud Mental*. 2007;30:75-80.
8. Kohn R, Levav I, Almeida JMCD, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18:229-40.
9. WHO. National burden of disease studies: a practical guide. *World Health [Internet]*. Geneva: WHO; 2001. Citado 10 mar 2015. Disponible en: <http://www.thaibod.net/documents/NBD%20Manual%20V2.0.doc>
10. Murray CJ, Lopez AD. Global health statistics: Global burden of disease and injury series. *Harv Sch Public Health Boston*. 1996;349:1436-42.
11. Murray CJL. Cuantificación de la carga de enfermedad: la base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función

- de la discapacidad. Bol Oficina Sanit Panam OSP. 1995;118:221-42.
12. Posada-Villa J, Rodríguez M, Duque P, Garzón A. Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003 (ENSM). *Nova*. 2007;5:84-91.
 13. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
 14. Rodríguez J, Acosta N. Carga de Enfermedad en Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Carga de Enfermedad en Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Bogotá: Centro de Proyectos para el Desarrollo, Cendex; 2008.
 15. Peñalosa-Quintero R. Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia, 2010 [Internet]. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2014. Consultado 10 Ene 2015. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e>
 16. Londoño J, Grisales R, Fernández S, Cadena E. Años de vida saludable perdidos por la población de Medellín: un análisis especial por homicidio y accidentes de vehículo de motor. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 1999;17:63-92.
 17. Murray C, Lopez AD. Summary: The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Ginebra y Boston: World Health Organization; Harvard School of Public Health; 1996.
 18. Prüss A, Mathers C, Corvalán C, Woodward A. Introduction and methods: assessing the environmental burden of disease at national and local levels. Geneva: OMS; 2003.
 19. Organización Panamericana de la Salud. Métodos de corrección de la mortalidad por sexo, edad y causa básica de muerte [Internet]. Washington: OPS; 2009. Consultado 10 Ene 2015. Disponible en: http://craes.drupalgardens.com/sites/craes.drupalgardens.com/files/CRAES.09.07_MUJICA.SPA.pdf
 20. DANE. Estudios postcensales. Estimación de la mortalidad 1985-2005. Bogotá: DANE; 2008.
 21. Coale AJ, Demeny P, Vaughan B. Models of mortality and age composition. En: *Regional model life tables and stable population*. 2.ª ed. New York: Academic Press. p. 3-7.
 22. Augsburg AC. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médicos Sociales*. 2002;80:61-75.
 23. Mathers C, Grasa DM, Boerma JT. La carga global de la enfermedad: actualización de 2004. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
 24. World Health Organization. *Mental Health Atlas*, 2014. Disponible en: www.who.int.
 25. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199:453-8.
 26. Patel V, Lund C, Heatherill S, Plagerson S, Corrigal J, Funk M, et al. Social determinants of mental disorders. En: Blas E, Sivasankara Kurup A, editores. *Priority public health conditions: From learning to action on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2009.



Artículo original

Lesiones autoinfligidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones



Rosa Elena Ulloa Flores^{a,*}, Pablo Adolfo Mayer Villa^a, Francisco de la Peña Olvera^b, Lino Palacios Cruz^b y Gamaliel Victoria Figueroa^c

^a División de Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Ciudad de México, México

^b Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México

^c Arete Proyectos, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de junio de 2017

Aceptado el 27 de abril de 2018

On-line el 5 de junio de 2018

Palabras clave:

Conducta autolesiva

Comorbilidad

Conducta suicida

Adolescentes

R E S U M E N

Introducción: El diagnóstico de lesiones autoinfligidas con fines no suicidas (NSSI) propuesto por el DSM-5 requiere estudios de validez en poblaciones diferentes de las europeas. Los objetivos del presente estudio fueron determinar la frecuencia de este diagnóstico en una muestra de adolescentes mexicanos con autolesiones y examinar las variables asociadas.

Métodos: Se revisaron 585 expedientes clínicos de adolescentes con historia de autolesiones que acudieron a un hospital público en la Ciudad de México entre los años 2005 y 2012. Un grupo de expertos estableció el diagnóstico según el DSM-5. Se compararon las características clínicas y demográficas de los pacientes con y sin NSSI.

Resultados: Se diagnosticó NSSI en 351 pacientes con autolesiones (60%). Las razones principales de que no se diagnosticaran fueron haber realizado un intento suicida —criterio A, 158 sujetos (26,87%)— o que otro diagnóstico explicara las autolesiones —criterio F, 60 sujetos (10,25%)—. El grupo con NSSI incluyó una mayor proporción de varones (el 26,5 frente al 16,2%) y de pacientes con trastornos de conducta (el 28,5 frente al 13,7%); también se observó que estos pacientes solicitaban atención psiquiátrica debido a las autolesiones con mayor frecuencia (el 31,9 frente al 14,1%). Las características clínicas asociadas incluyeron trastorno de conducta (OR = 2,51; IC95%, 1,62-3,90), trastorno de personalidad (OR = 0,56; IC95%, 0,33-0,97), hospitalización (OR = 0,23; IC95%, 0,16-0,33), síntomas depresivos (OR = 0,60; IC95%, 0,42-0,85), síntomas de ansiedad (OR = 2,08; IC95%, 1,31-3,31) y autolesionarse para influir en otros (OR = 2,19; IC95%, 1,54-3,11).

Conclusiones: Más de la mitad de los adolescentes con autolesiones de la población clínica cumplen los criterios diagnósticos de NSSI del DSM-5. Existen características clínicas y demográficas que pueden asociarse con este diagnóstico.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eulloa@hotmail.com (R.E. Ulloa Flores).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.002>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

DSM-5 Non-Suicidal Self-Injury Criteria in a Clinical Sample of Self-Harming Mexican Adolescents

A B S T R A C T

Keywords:

Self-injurious behaviour
Comorbidity
Suicidal ideation
Adolescents

Introduction: The DSM-5 diagnostic criteria for non-suicidal self-injury (NSSI) needs to be validated in non-European populations. The aims of this study were to determine how common NSSI was in a sample of self-harming Mexican adolescents and examine the associated variables.

Methods: We examined the medical records of 585 adolescents with a history of self-injurious behaviour who attended a public hospital in Mexico City from 2005 to 2012. A group of experts established the diagnosis according to the DSM-5. The clinical and demographic characteristics of patients with and without NSSI were compared.

Results: NSSI was diagnosed in 351 patients (60%) with evidence of self-harm. The main reasons for not being diagnosed were a previous suicide attempt (criterion A, 158 subjects [26.87%]) and another diagnosis that better explained the self-injurious behaviour (criterion F, 60 subjects [10.25%]). The NSSI group had a higher proportion of males (26.5% vs 16.2%) and patients with behavioural disorders (28.5% vs 13.7%). These patients were also found to seek psychiatric support in relation to their self-harm more frequently (31.9% vs 14.1%). The associated clinical characteristics included behavioural disorder (OR=2.51; 95% CI, 1.62-3.90), personality disorders (OR=0.56; 95% CI, 0.33-0.97), hospital admission (OR=0.23; 95% CI, 0.16-0.33), depressive symptoms (OR=0.60; 95% CI, 0.42-0.85), anxiety symptoms (OR=2.08; 95% CI, 1.31-3.31) and self-harming to influence others (OR=2.19; 95% CI, 1.54-3.11).

Conclusions: More than half of the adolescents in the clinical sample with self-injury met DSM-5 criteria for NSSI. There are clinical and demographic characteristics which may be associated with this diagnosis.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La conducta autolesiva es un fenómeno cuya prevalencia en adolescentes ha ido en aumento en diferentes lugares del mundo^{1-4,6}. Algunos estudios acerca de las características demográficas y clínicas de los pacientes con autolesiones han reportado que esta conducta se inicia a una media de edad de 13 años y es más frecuente en mujeres^{2,4}. Los métodos más comunes de autolesión son los cortes, las quemaduras y la interferencia en la curación de heridas en las extremidades⁴ y en más de la mitad de los casos los pacientes presentan como desencadenantes de las autolesiones los síntomas de depresión o ansiedad¹⁻⁴. Las razones para solicitar atención psiquiátrica para estos pacientes incluyen la conducta autolesiva *per se*, depresión, ansiedad y alteraciones de conducta³. Los estudios que han evaluado a población clínica con autolesiones han evidenciado que los trastornos más frecuentes en sujetos con autolesiones son los trastornos ansiosos (64%) y el trastorno depresivo mayor (60%)³. Estos estudios han mostrado que un alto porcentaje de estos pacientes refieren ideación suicida o intentos suicidas¹⁻⁴.

Durante la elaboración del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), se propuso la creación de la categoría diagnóstica de lesiones autoinfligidas con fines no suicidas (NSSI)⁵, dada su elevada frecuencia y su asociación con la conducta suicida⁶⁻⁹. Si bien este diagnóstico contó con validez de criterio, dado

que clínicos expertos e investigadores consideraron que los criterios incluidos en el DSM-5 reflejan el cuadro clínico observado en sus pacientes¹⁰, los estudios de campo mostraron muy baja confiabilidad temporal ($\kappa < 0,20$)¹¹, por lo cual el diagnóstico se incluyó en la categoría de condiciones que requieren más estudio.

La discusión relativa a si las NSSI deben ser una categoría diagnóstica no es reciente, se han reportado casos de autolesiones desde la Antigüedad y se ha tratado las autolesiones como parte de las enfermedades mentales a partir del siglo XIX, cuando se integraron a diagnósticos como psicosis, masoquismo y trastorno límite de la personalidad, llegando hasta la propuesta de considerar una categoría diagnóstica para el DSM-IV. Si bien los conceptos de autolesiones han estado sujetos a lo que en cada época se ha considerado una conducta socialmente aceptable¹², actualmente hay una prevalencia creciente de esta conducta, una clara asociación con psicopatología y con el incremento del riesgo suicida⁶. Por ello, la conducta más racional, como expone Zetterqvist¹³, es hacer investigación para determinar si los criterios de este diagnóstico se cumplen en diferentes poblaciones clínicas.

En los últimos años se han realizado diversos estudios para determinar la validez del diagnóstico al examinar por medio de escalas y/o entrevistas estructuradas la frecuencia con que una población clínica o abierta con autolesiones cumple cada uno de los criterios propuestos. En casi todos ellos se confirma su utilidad^{14,15}, aunque se ha cuestionado la del criterio B, ya que todos los sujetos se autolesionan para cambiar sus

emociones o resolver un conflicto interpersonal¹⁶. En estos estudios se observó que el criterio E, que se refiere a las alteraciones del funcionamiento a causa de las autolesiones, se cumplía con menor frecuencia^{17,18}, aunque este es un criterio escasamente examinado¹⁹.

El estudio de NSSI ha planteado dos problemas: el primero se relaciona con la conducta suicida, ya que algunos sujetos se autolesionan sabiendo que no se están infligiendo un daño corporal grave, pero al mismo tiempo tienen ideación suicida^{18,20}. El segundo problema es que en la mayoría de los casos los sujetos reciben otros diagnósticos, principalmente depresión y ansiedad, lo que podría indicar que las NSSI son más un especificador de gravedad que una categoría diagnóstica.

Aunado a esto, los estudios sobre las NSSI se han realizado principalmente en países europeos y en Estados Unidos, y la información sobre la frecuencia con que se cumplen los diversos criterios diagnósticos en adolescentes de países latinoamericanos es escasa. En vista de esto, los objetivos del presente estudio fueron determinar la frecuencia de las NSSI entre los adolescentes mexicanos con autolesiones y comparar dentro de un medio hospitalario las características demográficas y clínicas de los pacientes que cumplen los criterios y los que no.

Métodos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética institucional; su diseño fue retrospectivo, observacional y descriptivo basado en la revisión de expedientes²¹ del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, que es un centro de tercer nivel ubicado en la Ciudad de México, en cuyos servicios de hospitalización y consulta externa se atiende a pacientes de hasta 18 años con trastornos mentales y del neurodesarrollo provenientes de todo el país.

La muestra seleccionada consistió en adolescentes de 12-17 años que acudieron a valoración en el periodo comprendido entre 2005 y 2012 y habían presentado autolesiones al menos en 5 ocasiones durante el último año.

Para establecer el diagnóstico de NSSI según el DSM-5, un panel de 3 clínicos con al menos 4 años de experiencia revisó cada expediente y estableció por consenso si el paciente reunía cada uno de los 6 criterios (A-F). En los casos dudosos, 2 expertos con al menos 10 años de experiencia determinaron si el paciente cumplía los criterios diagnósticos de NSSI. Para el diagnóstico se decidió agrupar los criterios B y C, que hablan de las expectativas del individuo al autolesionarse y sus razones para hacerlo, codificando las razones para autolesionarse, ya que era difícil determinar a través de la revisión de expedientes si había un periodo de preocupación previo al acto autolesivo o si el paciente pensaba frecuentemente acerca de autolesionarse. No fue posible determinar si se cumplía el criterio E (interferencia significativa con el funcionamiento) debido a que el expediente no establecía si la disfunción psicosocial de los pacientes estaba asociada exclusivamente con las autolesiones. Otras variables que se registraron para su análisis fueron edad, sexo, escolaridad, diagnósticos comórbidos, antecedente de intento suicida, frecuencia y razones para autolesionarse.

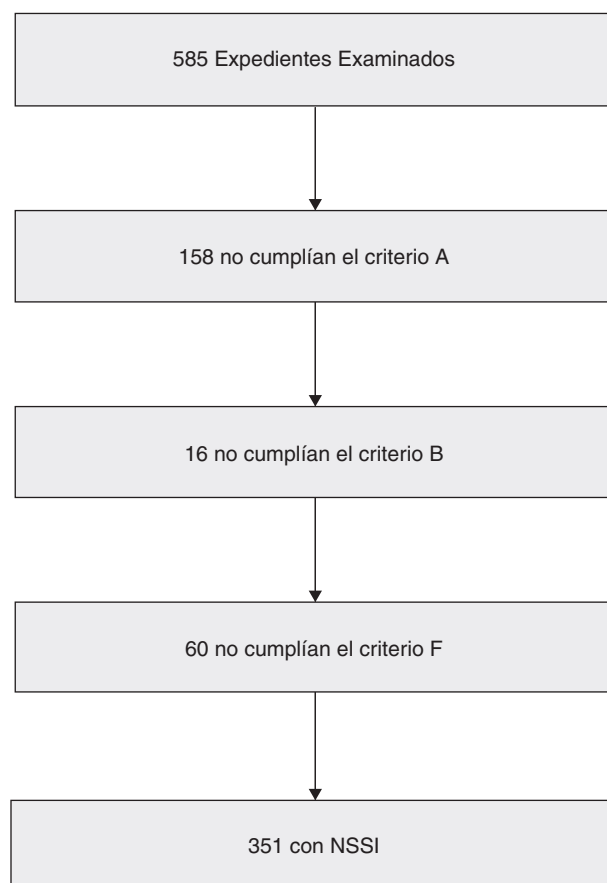


Figura 1 – Algoritmo de exclusión diagnóstica.

Análisis estadístico

Se realizó con el programa SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences; Chicago, Estados Unidos). Se utilizó estadística descriptiva para las variables demográficas y clínicas y estadística comparativa (prueba de la χ^2 de Pearson para frecuencias y prueba de la t de Student para promedios) para evaluar las diferencias entre pacientes con y sin el diagnóstico. Se reportaron las razones de momios (*odds ratio* [OR]) sin ajustar con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) para indicar los riesgos a partir de relaciones bivariadas. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

Se revisaron 9.673 expedientes y se obtuvo una muestra de 585 adolescentes con autolesiones; la media de edad era $14,4 \pm 1,5$ años y el 77,6% ($n = 454$) eran mujeres. Se encontró que el 60% ($n = 351$) cumplía criterios de NSSI del DSM-5. A los 234 pacientes restantes se los clasificó como sin NSSI pese a haber tenido más de 5 autolesiones en un periodo de 1 año (fig. 1).

La tabla 1 muestra las diferencias significativas en las características demográficas y clínicas y las razones para autolesionarse entre ambos grupos. Los pacientes del grupo con NSSI reportaron con mayor frecuencia las autolesiones como

Tabla 1 – Diferencias significativas entre los pacientes con y sin el diagnóstico según el DSM-5

	Con NSSI (n = 351)	Sin NSSI (n = 234)	p	Estadístico	OR	IC95%
<i>Características demográficas</i>						
Media de edad (años)	14,25 ± 1,49	14,65 ± 1,56	0,002	t = 3,09		
Escolaridad promedio (años)	7,52 ± 1,48	7,50 ± 1,80	NS	t = 0,19		
Varones	93 (26,5)	38 (16,2)	0,004	$\chi^2 = 8,40$	1,85	1,22-2,83
No estudia/no trabaja	53 (15,1)	56 (23,9)	0,008	$\chi^2 = 7,13$	0,56	0,37-0,86
<i>Características clínicas</i>						
Trastorno afectivo	245 (69,8)	157 (67,1)	NS	$\chi^2 = 0,47$	1,10	0,79-1,61
Trastorno ansioso	51 (14,5)	27 (11,5)	NS	$\chi^2 = 1,08$	1,30	0,79-2,14
Abuso de sustancias	79 (22,5)	424 (17,9)	NS	$\chi^2 = 1,77$	1,32	0,87-2,01
Trastorno de conducta	100 (28,5)	32 (13,7)	< 0,001	$\chi^2 = 17,63$	2,51	1,62-3,90
Trastornos de personalidad	28 (8,0)	30 (13,0)	0,038	$\chi^2 = 4,3$	0,56	0,33-0,97
Hospitalizados	140 (40,0)	173 (74,0)	< 0,001	$\chi^2 = 66,03$	0,23	0,16-0,33
<i>Razones para autolesionarse</i>						
Síntomas depresivos	101 (28,8)	94 (40,2)	0,004	$\chi^2 = 8,20$	0,60	0,42-0,85
Síntomas ansiosos	80 (22,8)	29 (12,4)	0,002	$\chi^2 = 10,01$	2,08	1,31-3,31
Influir en otros	168 (47,9)	69 (29,5)	< 0,001	$\chi^2 = 19,67$	2,19	1,54-3,11

motivo de consulta (el 31,9 frente al 14,1%; OR = 2,85; IC95%, 1,85-4,39; p < 0,001).

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que el 60% de los pacientes adolescentes con autolesiones cumplían los criterios de NSSI del DSM-5. Al comparar estos hallazgos con los reportados en otros estudios de poblaciones clínicas se encuentra una mayor prevalencia del diagnóstico, probablemente debido a que el presente estudio incluyó población hospitalizada y de consulta externa, en contraste con las muestras constituidas solo por pacientes hospitalizados¹⁵. Sin embargo, otros estudios con muestras obtenidas en clínicas especializadas para pacientes con autolesiones o con trastorno límite de personalidad han reportado mayor prevalencia de este diagnóstico^{14,22}.

En cuanto al porcentaje de sujetos que no cumplían los criterios propuestos, se observó que en la mayoría de los expedientes de sujetos clasificados como sin NSSI se documentaba ideación o intento suicida, por lo que no cumplían el criterio A. Es importante tomar en cuenta que, al tratarse de una revisión de expedientes, no fue posible determinar si los sujetos tenían ideación suicida mientras se autolesionaban: esta concomitancia se ha resaltado en estudios previos^{2,15,23} y se ha mostrado que la ideación suicida se alterna con las autolesiones⁶, lo que pone en cuestión la estabilidad temporal de las NSSI y contribuye a su caracterización como un factor de riesgo de intento suicida a 1 año. La comparación entre grupos mostró una mayor proporción de varones y sujetos diagnosticados de trastornos de conducta en el grupo de pacientes con NSSI, hallazgos que contrastan con lo reportado en estudios previos en población abierta de adultos²⁴ y población clínica de adolescentes y adultos jóvenes¹⁴, en los que no se encontraron diferencias significativas por sexo. Si bien esto puede deberse a la edad y el tipo de la población estudiada, denota la necesidad de realizar más estudios sobre diferencias demográficas entre los pacientes con y sin el diagnóstico de NSSI¹³.

Ougrin²⁵, al comparar a adolescentes con autolesiones con y sin conducta suicida, encontró que el trastorno de conducta

se presentó con mayor frecuencia en aquellos que se autolesionaban pero no manifestaban conducta suicida, hallazgo similar al de este estudio. Los sujetos con autolesiones han mostrado alta prevalencia de agresiones, trastornos externalizados, consumo de sustancias y dependencia de alcohol²⁶, lo que obligaría a evaluar las autolesiones en pacientes de ambos sexos y con trastornos diferentes de la depresión y la ansiedad, que tradicionalmente se han asociado con este fenómeno. Un motivo frecuente de hospitalización es el intento suicida, por lo que creemos que la menor proporción de pacientes hospitalizados en el grupo con NSSI puede explicarse por la exclusión de este diagnóstico en estos sujetos.

Los resultados muestran que los motivos para autolesionarse que distinguen el grupo con NSSI son los síntomas depresivos, ansiosos y el influir en otros; este hallazgo coincide con lo publicado, que muestra que el acto autolesivo se realiza en respuesta a síntomas ansiosos o afectivos² y que a menudo la conducta autolesiva de los adolescentes induce cambios en sus relaciones sociales y familiares²⁷.

Aunque no fue posible señalar a las autolesiones como causa única de disfunción en los pacientes, la mayoría de los sujetos del grupo con NSSI solicitaron consulta psiquiátrica debido a las autolesiones, por lo que se podría inferir que estos pacientes cumplen el criterio E.

La principal limitación de este estudio es que la información se obtuvo de una revisión de expedientes, lo que implica que el proceso diagnóstico de los pacientes fue heterogéneo y en algunos casos no se pudo completar la información. Sin embargo, fue suficiente para establecer que más de la mitad de los sujetos con autolesiones cumplirían los criterios diagnósticos de NSSI propuestos en el DSM-5⁵. Es importante hacer más estudios sobre este diagnóstico en adolescentes latinoamericanos. Probablemente las futuras investigaciones sobre el tema en pacientes de origen hispano deberán abundar en las características que pueden predecir la conducta suicida de los pacientes con NSSI, además de examinar la estabilidad diagnóstica de estos pacientes a través de estudios longitudinales y su comportamiento como un especificador de gravedad.

Conclusiones

El presente estudio aporta información sobre la validez de esta categoría en poblaciones de origen hispano, ya que revela que más de la mitad de los sujetos con autolesiones podrían cumplir los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 y muestra las características clínicas que podrían asociarse con este diagnóstico en adolescentes mexicanos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A las Dras. Cecilia Contreras y Karina Paniagua por su apoyo en el manejo de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

- Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2005;114:140-6.
- Csorba J, Dinya E, Ferencz E, et al. A study of Hungarian adolescent outpatients suffering from self-injurious behaviour. *Psychiatria Danubina.* 2010;22:39-45.
- García-Nieto R, Carballo JJ, Díaz de Neira Hernando M, de León-Martínez V, Baca-García E. Clinical correlates of non-suicidal self-injury (NSSI) in an outpatient sample of adolescents. *Arch Suicide Res.* 2015;19:218-30.
- Gatta M, Dal Santo F, Rago A, Spoto A, Battistella PA. Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in non-suicidal self-injured adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:2307-17.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.^a ed. Arlington: APA; 2013.
- Nock M, Joiner TEJ, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144:65-72.
- Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzzese ME. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012;6:11.
- Plener PL, Schumacher T, Munz L, Groschwitz R. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015;2:2.
- Mayer-Villa P, Morales-Gordillo N, Victoria-Figueroa G, Ulloa-Flores RE. Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. *Salud Pública de Mex.* 2016;58:335-6.
- Lengel GJ, Mullins-Sweatt SN. Nonsuicidal self-injury disorder: clinician and expert ratings. *Psychiatry Res.* 2013;210:940-4.
- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry.* 2013;170:59-70.
- Gilman SL. From psychiatric symptom to diagnostic category: self-harm from the Victorians to DSM-5. *Hist Psychiatry.* 2013;24:148-65.
- Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;28:9-31.
- Washburn JJ, Potthoff LM, Juzwin KR, Styer DM. Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychol Assess.* 2015;27:31-41.
- In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of non-suicidal self-injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry J.* 2013;2013:159208.
- Brausch AM, Muehlenkamp JJ, Washburn JJ. Nonsuicidal self-injury disorder: Does criterion B add diagnostic utility? *Psychiatry Res.* 2016;244:179-84.
- Odelius CB, Ramklint M. Clinical utility of proposed non-suicidal self-injury diagnosis—a pilot study. *Nord J Psychiatry.* 2014;68:66-71.
- Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O. Prevalence and function of non-suicidal self injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 2013;41:759-73.
- Zetterqvist M. Nonsuicidal self-injury in adolescents: characterization of the disorder and the issue of distress and impairment. *Suicide Life Threat Behav.* 2017;47:321-35.
- Groschwitz RC. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2015;228:454-61.
- Arigmón-Pallás JM, Jiménez-Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3.^a ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013;43:496-507.
- Groschwitz RC, Plener PL. Zusammenhang von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) und Suizidalität bei Jugendlichen. *Suizidprophylaxe.* 2013;40:3-7.
- Andover MS. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Res.* 2014;219:305-10.
- Ougrin D, Zundel T, Kyriakopoulos M, Banarsee R, Stahl D, Taylor E. Adolescents with suicidal and nonsuicidal self-harm: clinical characteristics and response to therapeutic assessment. *Psychol Assess.* 2012;24:11-20.
- Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Tull MT. Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician-administered nonsuicidal self-injury disorder index. *Assessment.* 2015;22:527-39.
- Hilt LM, Nock MK, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Longitudinal study of non-suicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an inter-personal model. *J Early Adolesc.* 2008;28:455-69.



Artículo original

Consumo de alcohol y diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en población adulta colombiana

Alejandro Castillo M.^{a,b,*}, Maria Camila Rincon V.^b, Valentina Serna H.^a
y Sonia Bersh^{a,b}^a Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia^b Universidad ICESI, Cali, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de agosto de 2017

Aceptado el 18 de marzo de 2018

On-line el 22 de abril de 2018

Palabras clave:

Alcohol

Trastorno afectivo bipolar

RESUMEN

Introducción: El trastorno afectivo bipolar (TAB) es el trastorno mental reportado con mayor comorbilidad con el trastorno de abuso de sustancias (TAUS). Específicamente se han encontrado trastornos asociados con el consumo de alcohol (TACDA) en más de la mitad de los pacientes con TAB.

Material y métodos: Se realizó un análisis secundario en una muestra poblacional de adultos en Colombia, con el objetivo de identificar la presencia de comorbilidad y los factores relacionados con el uso de alcohol en personas con TAB. El diagnóstico de TAB de los participantes se realizó a través del Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-CAPI) y el patrón de consumo de alcohol en el último año se determinó con la escala AUDIT C.

Resultados: Se encontró que todos los pacientes con diagnóstico de TAB tenían algún patrón desadaptativo de consumo de alcohol. Entre las mujeres con TAB de esta muestra, se encontró un mayor riesgo de consumo de tipo dependencia, también mayor riesgo de consumo de nicotina y marihuana; entre quienes viven en centros urbanos, una mayor frecuencia de ideas suicidas y menor riesgo entre aquellos en una relación de pareja estable.

Discusión: Se identificaron factores asociados novedosos respecto a publicaciones previas y otros ya descritos en estudios similares.

Conclusiones: Estos hallazgos indican la necesidad de evaluar, en el abordaje de los pacientes con TAB, el tipo de consumo de alcohol y otras sustancias, dada su relevancia en el manejo y el pronóstico de esta población.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejo.castillom@gmail.com (A. Castillo M.).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.03.003>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Alcohol Consumption and Bipolar Disorder in a Colombian Population Sample

A B S T R A C T

Keywords:

Alcohol
Bipolar disorder

Background: Bipolar disorder (BD) is reported to be the mental disorder with the highest rate of comorbidity with substance use disorders (SUD). More than half of patients with BD have been found to have disorders associated with alcohol use.

Methods: A secondary analysis was performed in a population sample of Colombian adults. The aim was to identify bipolar-alcohol comorbidity and factors related to the use of alcohol in people with BD. The diagnosis of BD among participants was made with the "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI-CAPI) and the pattern of alcohol consumption in the last year was evaluated with the AUDIT C screening tool.

Results: It was found that all patients with BD had some type of problematic alcohol consumption pattern. Women with BD were at greater risk of having a dependence-type pattern, using nicotine and marijuana and, among those living in urban areas, had higher rates of suicidal ideation, although that risk was lower if they were in a stable relationship.

Discussion: Some of the related factors we identified are new with respect to previous publications and others have already been described in similar studies.

Conclusions: Given the importance of such factors in the management of this population and their prognosis, these findings highlight the need to determine consumption patterns of alcohol and other substances in patients with BD.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La dependencia del alcohol es una condición crónica que causa deterioro social, personal, laboral, económico y de la salud en general de las personas consumidoras¹. En Latinoamérica, los trastornos asociados con el consumo de alcohol se han reportado como la octava causa de discapacidad ajustada por años de vida, y es la primera causa de años vividos con discapacidad para los varones². Existen múltiples reportes acerca de la comorbilidad de los trastornos relacionados con el abuso de sustancias (TAUS) y el trastorno afectivo bipolar (TAB)^{3,4}. Esta comorbilidad se ha relacionado con peor pronóstico, menor adherencia a los tratamientos farmacológicos, menor respuesta al tratamiento con carbonato de litio⁵, mayor número de episodios, episodios más prolongados⁶, mayor frecuencia de episodios con síntomas mixtos^{5,7}, aumento de la impulsividad y de las tasas de suicidio^{8,9} y menor recuperación funcional incluso durante la remisión del consumo¹⁰. Como resultado de todo lo anterior, los pacientes con esta comorbilidad hacen mayor uso de los servicios de salud^{11,12}. Entre los TAUS se encuentran los trastornos asociados con el consumo de alcohol (TUA). Estos pueden encontrarse en más de la mitad de los pacientes con TAB¹³, con similar impacto en el desarrollo, la gravedad y el pronóstico.

Se han planteado varias hipótesis explicativas para la relación entre trastornos bipolares y consumo de alcohol, una de ellas es que los pacientes buscan la modulación de sus estados de ánimo mediante el consumo de alcohol, lo que se ha llamado «hipótesis de la automedicación»¹⁴. Las

intervenciones dirigidas a esta población deben tener en cuenta razones individuales y se debe priorizar la estabilización del estado de ánimo. Es importante explorar por factores de riesgo asociados con el consumo de alcohol en pacientes con TAB y detectar patrones de consumo de alcohol, para abordar y tratar simultáneamente esta condición¹⁵.

En Colombia y Latinoamérica hay pocos datos de esta comorbilidad, así como de los factores que favorecen o evitan la coexistencia de estos trastornos. Existen reportes de mayor frecuencia en varones y mayor relación con TAB de tipo I¹⁶. Mediante este estudio se busca establecer la frecuencia de la comorbilidad y los factores relacionados con el uso de alcohol en personas con TAB de una muestra poblacional de adultos en Colombia.

Métodos

Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia en 2015 (ENSM 2015). Este estudio se llevó a cabo en población civil no institucionalizada y tuvo una muestra poblacional total de 15.351 personas, de las que 10.870 eran mayores de 18 años. Se partió de un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal, a partir de una muestra de tipo probabilístico. Se realizó un análisis secundario y se tomó como muestra la población con diagnóstico de TAB en la ENSM 2015 (n = 131) categorizados como TAB I (n = 110) y TAB II y sin clasificar (n = 21); en ellos se valoró además el patrón de consumo de alcohol en el último año, medido por el AUDIT C, que es una escala utilizada para identificar los patrones de consumo desadaptativo de alcohol y se interpreta según las respuestas en: «ningún problema», «bebedor en riesgo» y «posible dependencia». Las

puntuaciones consideradas positivas de consumo desadaptativo de alcohol en mujeres tienen un 73% de sensibilidad y un 91% de especificidad, y en los varones, un 86% de sensibilidad y un 89% de especificidad²⁹.

Los datos de la ENSM 2015 se obtuvieron mediante encuestas realizadas por personas capacitadas, y el diagnóstico de TAB se realizó con la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-CAPI). El Ministerio de Salud proporcionó la base de datos de la ENSM 2015, junto con los diccionarios de variables. Todos los encuestados se encontraban anonimizados.

Los instrumentos utilizados en el ENSM se describen en la sección «Métodos» del documento¹⁷. La validez de la prueba AUDIT C se ha validado en español, en diversas muestras clínicas y poblacionales, con reportes de sensibilidad para consumo problemático por encima de 0,90 y especificidad en valores > 0,80¹⁸.

Análisis estadístico

Se extrajeron y se definieron las variables de interés y posteriormente se creó una subbase de datos para comparar cada una de las variables con las categorías de TAB. Se utilizó para el análisis el programa Stata versión 13.0. Para el análisis univariable se utilizaron medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la clasificación y la distribución. Se compararon después las distribuciones de las características de interés entre aquellos que tenían un consumo de riesgo y una posible dependencia según el cuestionario AUDIT C usando pruebas estadísticas de la χ^2 y exacta de Fisher según correspondiera. Se determinó la fuerza de la asociación (odds ratio [OR]) con su intervalo de confianza del 95% [IC95%] entre la variable dependiente y las independientes, generando tablas de contingencias de las posibles variables explicativas, con 2 puntos de corte según la escala usada para evaluar el consumo de alcohol (bebedor en riesgo y posible dependencia). Luego se realizó la regresión logística por el método *stepwise* con umbral de $p = 0,2$. Se seleccionaron las variables estadísticamente significativas que se incluyeron en el modelo final y se evaluó la exposición de interés en términos de interacción.

Consideraciones éticas

Este estudio se acoge a la normativa nacional que regula la investigación clínica en Colombia según las resoluciones 8430, de 1993 y la resolución 2378 de 2008, y a los acuerdos internacionales de ética de investigación en humanos (declaración de Helsinki). Este es un estudio descriptivo realizado en registros históricos; no se realizó ninguna intervención; por lo tanto, los resultados de esta investigación no modificaron alguna conducta diagnóstica ni seguimiento o tratamiento y tampoco tiene valor pronóstico para los participantes. Por estas razones se considera un estudio sin riesgo. El Ministerio de Salud, para asegurar la confidencialidad y la privacidad de los participantes, otorgó una base de datos de la ENSM 2015 sin la identificación de los participantes; además ningún individuo ajeno a la investigación tuvo acceso a los datos del estudio. De todas formas, el estudio se sometió a

evaluación, y el comité de ética de la Clínica Valle de Lili lo avaló.

Resultados

De la muestra total del ENSM 2015, el 1,2% ($n = 131$) tiene diagnóstico de TAB, el 83,9% ($n = 110$) en la categoría TAB I y el 16,0% ($n = 21$) en la categoría TAB II y sin clasificar. La media de edad de los encuestados con TAB I era $36,62 \pm 14,87$ años y en la categoría TAB II y sin clasificar, $35,5 \pm 17,27$ años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas.

Ninguno de los encuestados con diagnóstico de TAB tuvo un AUDIT C que cumpliera con la categoría «ningún problema»; el 64,9% de los encuestados con TAB tenían AUDIT C positivo de posible dependencia y el 35,1%, de consumo de riesgo.

De los encuestados del ENSM 2015 con diagnóstico de TAB, el 46,6% eran mujeres. La media de edad de los varones con TAB encuestados era $35,87 \pm 16,08$ años y la de las mujeres, $37,11 \pm 14,25$ años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas; el 87% residía en hogares urbanos, el 36,64% se encontraba en la ciudad de Bogotá, el 7,63% estaba en situación de pobreza según el índice de pobreza multidimensional (IMP), el 19,8% no tenía escolaridad o había completado la primaria, el 64,1% había completado la secundaria; el 43,5% vive con su pareja (casado o en unión libre) y el 49,62% trabajaba al momento de responder la encuesta. La tabla 1 describe las variables sociodemográficas de la muestra.

El 25,9% de la población declaró algún grado de disfunción familiar y el 45% vivió los años de su niñez (hasta los 12 años) con ambos padres; el 24,3% refirió que en su niñez siempre o casi siempre fue maltratado, y el 54,2% vivió la muerte de alguno de los padres o una persona cercana durante la niñez. La tabla 2 resume las características sociales de la población con TAB.

El 58,78% de los encuestados reportaron enfermedades crónicas; el 33,58% señaló haber tenido planeación suicida y el 12,7%, 1 o más intentos de suicidio.

El 41,98% de la muestra total consumía tabaco o sus derivados; el 21,37% ha consumido marihuana; el 6,87% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, y no se reportó en la muestra consumo de opioides.

Se encontró que el riesgo de un consumo de alcohol de tipo dependencia de las encuestadas mujeres es mayor que la de los varones (OR = 3,29; IC95%, 1,52-7,12; $p < 0,01$). Las personas con TAB y consumo de tipo posible dependencia tienen mayor riesgo de consumo de tabaco o sus derivados que los que no consumen (OR = 3,87; IC95%, 1,81-8,24; $p < 0,01$) y mayor riesgo de consumo de hongos, alucinógenos, LSD o ácidos (OR = 10,24; IC95%, 1,15-90,55; $p = 0,02$). En la tabla 3 se mencionan las características clínicas de la muestra.

Se realizó un modelo de regresión múltiple para obtener la OR ajustada por edad, tipo de TAB y lugar de residencia. Este modelo dio como resultado que el riesgo de las mujeres con TAB se mantiene mayor que el de los varones (OR = 3,32), asimismo para las personas que no viven con sus parejas (OR = 9,49), las personas mayores de 45 años (OR = 1,19)

Tabla 1 – Características sociodemográficas de la población con TAB en la ENSM 2015

	Muestra (n = 131)	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	p	OR ^c	IC95%
Sexo						
Varones	70 (53,44)	33 (71,73)	37 (43,53)		1	
Mujeres	61 (46,56)	13 (28,26)	48 (56,47)	< 0,01 ^a	3,29	1,52-7,12
Edad						
18-44 años	94 (71,76)	35 (76,08)	59 (69,41)	0,42 ^a	1	
≥ 45 años	37 (28,26)	11 (23,91)	26 (30,58)		1,42	0,62-3,18
Hogar						
Urbano	114 (87,02)	38 (82,61)	76 (89,41)	0,27 ^a	1	
Rural	17 (12,98)	8 (17,39)	9 (10,59)		0,56	0,20-1,57
Región						
Central	17 (12,98)	2 (4,35)	15 (17,65)	0,20 ^b	1	
Atlántica	15 (11,45)	5 (10,87)	10 (11,76)		0,26	0,04-1,65
Bogotá	48 (36,64)	21 (45,65)	27 (31,76)		0,17	0,03-0,83
Oriental	23 (17,56)	9 (19,56)	14 (16,47)		0,20	0,03-1,13
Pacífica	28 (21,37)	9 (19,56)	19 (22,35)		0,28	0,05-1,50
Estado de pobreza según IMP^c						
Sí	10 (7,63)	3 (6,52)	7 (8,23)	0,43 ^b		
No	57 (43,51)	17 (36,96)	40 (47,06)			
Sin dato	64 (48,85)	26 (56,52)	38 (44,70)			
Escolaridad alcanzada^c						
Ninguna/primaria	26 (19,85)	8 (17,39)	18 (21,18)	0,90 ^b		
Secundaria	84 (64,12)	32 (69,56)	52 (61,18)			
Técnico/tecnólogo	5 (3,82)	1 (2,17)	4 (4,70)			
Universitario	15 (11,45)	5 (10,87)	10 (11,76)			
Sin dato	1 (0,76)	0	1 (1,18)			
Estado civil						
Vive con su pareja	57 (43,51)	22 (47,83)	35 (41,18)	0,35 ^a	1	
No vive con su pareja	26 (19,85)	6 (13,04)	20 (23,53)		2,09	0,72-6,02
Soltero	48 (36,64)	18 (39,13)	30 (35,29)		1,04	0,47-2,31

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

^a Prueba de la χ^2 .

^b Prueba de Fisher.

^c No se calculan OR ni IC95% por contener valores sin datos.

y quienes vivieron la muerte de un ser querido en la niñez (OR = 1,32).

Las personas con esta comorbilidad tienen 6,8 veces más riesgo de consumir tabaco que las que no y también 7 veces más riesgo de consumo de marihuana. Igual ocurre con el riesgo de tener planeación suicida (OR = 2,86). Finalmente, quienes tienen educación universitaria (OR = 0,49) o residen en la ciudad de Bogotá (OR = 0,09) tienen menos probabilidad de sufrir la comorbilidad. La tabla 4 resume el análisis multivariable.

Discusión

Todos los pacientes identificados con diagnóstico de TAB de esta muestra de población colombiana tenían algún patrón desadaptativo de consumo de alcohol medido con AUDIT C. En concordancia con este hallazgo, hay metanálisis que reportan que las personas con trastornos asociados con el consumo de alcohol tienen 4,1 veces más riesgo de padecer TAB que quienes no tienen la comorbilidad¹⁹.

En la ENSM 2015 se estimó que la prevalencia vital total de TAB I en adultos de la población colombiana era

significativamente mayor que la de TAB II o sin clasificar. Se ha reportado una mayor prevalencia de TACDA en los pacientes con TAB I que con TAB II²⁰; en nuestro estudio también se encontró que los encuestados con TAB I estaban en mayor riesgo de tener patrón de consumo de dependencia del alcohol, aunque esta relación no resultó estadísticamente significativa²¹.

Se ha descrito que los varones con TAB tienen de 2-3 veces más riesgo total de TACDA que las mujeres²²; en Colombia hay pocos datos de esta asociación, así como de los factores que facilitan esta comorbilidad. Sin embargo, se ha observado que se presenta en su mayoría en varones y es mayor en pacientes con TAB I¹⁶. En la ENSM 2015 se encontró que aproximadamente la décima parte de la población general que participó en la encuesta tenía algún problema de consumo de alcohol, más frecuente en varones, y el mayor consumo se encontró en varones de 18-24 años. Estos datos concuerdan, puesto que en la población con TAB el mayor consumo se produce en la población adulta joven; sin embargo, las mujeres con TAB tienen mayor riesgo de consumo de tipo dependencia, pero en términos generales toda la población con TAB de esta muestra tenía algún grado de consumo perjudicial o de tipo dependencia según los instrumentos utilizados.

Tabla 2 – Características sociales de la muestra

	Muestra (n = 131)	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	p	OR	IC95%
APGAR familiar^a						
Disfunción leve	14 (10,69)	3 (6,52)	11 (12,94)	0,76 ^b		
Disfunción moderada	10 (7,63)	3 (6,52)	7 (8,23)			
Disfunción grave	10 (7,63)	3 (6,52)	7 (8,23)			
Sin disfunción	45 (34,35)	16 (34,78)	29 (34,12)			
Sin dato	52 (39,69)	21 (45,65)	31 (36,47)			
En la niñez, la mayoría de los años los vivió con:^a						
Ambos padres	59 (45,04)	25 (54,34)	34 (40)	0,41 ^c		
Papá o mamá más otros	45 (34,35)	13 (28,26)	32 (37,64)			
Ambos padres más otros	26 (19,85)	8 (17,39)	18 (21,17)			
Sin dato	1 (0,76)		1 (1,18)			
En la niñez lo cuidaban						
Nunca	5 (3,82)	1 (2,17)	4 (4,70)	0,23 ^b	1	
Casi nunca	7 (5,34)	5 (10,87)	2 (2,35)		0,10	0,00-1,54
A veces	16(12,21)	7 (15,22)	9 (10,59)		0,32	0,02-3,55
Casi siempre	19 (14,5)	7 (15,22)	12 (14,12)		0,42	0,03-4,63
Siempre	84(64,12)	26 (56,52)	58 (68,23)		0,55	0,05-5,23
En la niñez los adultos lo maltrataban						
Nunca	56(42,75)	20 (43,48)	36 (42,35)	0,95 ^c	1	
Casi nunca	16 (12,21)	6 (13,04)	10 (11,76)		0,92	0,29-2,92
A veces	27 (20,61)	8 (17,39)	19 (22,35)		1,31	0,49-3,55
Casi siempre	15 (11,45)	5 (10,87)	10 (11,76)		1,11	0,33-3,70
Siempre	17 (12,98)	7 (15,22)	10 (11,76)		0,79	0,26-2,40
En la niñez escapaba del hogar						
Nunca	73(55,73)	26 (56,52)	52 (61,18)	0,25 ^b	1	
Casi nunca	11 (8,4)	6 (13,04)	5 (5,88)		0,33	0,09-1,22
A veces	40 (30,53)	16 (34,78)	24 (28,23)		0,60	0,26-1,36
Casi siempre	4 (3,05)	1 (2,17)	3 (3,53)		1,21	0,11-12,31
Siempre	3 (2,29)	2 (4,35)	1 (1,18)		0,20	0,01-2,34
En la niñez tenía que trabajar para ayudar a la familia						
Nunca	83 (63,36)	28 (60,87)	55 (64,70)	0,15 ^b	1	
Casi nunca	3 (2,29)	2 (4,35)	1 (1,18)		0,25	0,02-2,92
A veces	18 (13,74)	10 (21,74)	8 (9,41)		0,40	0,14-1,14
Casi siempre	15 (11,49)	3 (6,52)	12 (14,12)		2,03	0,53-7,81
Siempre	12 (9,16)	3 (6,52)	9 (10,59)		1,52	0,38-6,09
En la niñez murió alguno de sus padres o persona muy cercana						
No	60 (45,8)	20 (43,48)	40 (47,06)	0,70 ^c	1	
Sí	71 (54,2)	26 (56,52)	45 (52,94)		1,15	0,69- 0,56
Actividad principal						
Trabajando	65 (49,62)	27 (58,69)	38 (44,70)	0,25 ^b	1	
Buscando trabajo	16 (12,21)	7 (15,22)	9 (10,59)		0,56	1,19-1,01
Estudiando	7 (5,34)	3 (6,52)	4 (4,70)		0,8	(-) 1,63-1,52
Oficios del hogar	26 (19,85)	4 (8,69)	22 (25,88)		0,59	0,18-2,53
Incapacitado permanente para trabajar	4 (3,05)	1 (2,17)	3 (3,53)		1,18	(-) 1,51-3,07
Otra actividad	13 (9,92)	4 (8,69)	9 (10,59)		0,65	0,8-1,75
Ausentismo laboral^a						
Todo el tiempo	2 (1,53)	0	2 (2,35)	0,50 ^b		
La mayor parte del tiempo	7 (5,34)	1 (2,17)	6 (7,06)			
A veces	22 (16,79)	10 (21,74)	12 (14,12)			
Casi nunca	14 (10,69)	4 (8,69)	10 (11,76)			
Nunca	35 (26,72)	15(32,60)	20 (23,53)			
Sin dato	51 (38,93)	16 (34,78)	35 (41,18)			

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

^a No se calculan OR ni IC95% por contener valores sin datos.^b Prueba de Fisher.^c Prueba de la χ^2 .

Tabla 3 – Características clínicas de la muestra

	Muestra (n = 131)	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	p	OR	IC95%
TAB						
Tipo I	110 (83,97)	39 (84,78)	71 (83,53)	0,85 ^a	1	
Tipo II y sin especificar	21 (16,03)	7 (15,22)	14 (16,47)		0,91	0,34-2,44
Presencia de enfermedades crónicas^b						
Sí	77 (58,78)	22 (47,82)	55 (64,7)		1	
No	25 (19,08)	11 (23,91)	14 (16,47)	0,15 ^a	0,51	0,18-1,45
Sin dato	29 (22,14)					
Limitación con enfermedad crónica^b						
Una enfermedad que limita la vida	8 (6,10)	3 (6,52)	5 (5,88)	0,23 ^c		
No sirve para nada	14 (10,69)	2 (4,35)	12 (14,12)			
Sin dato	109 (52,67)	41 (89,13)	68 (80)			
Planeación suicida						
No	87 (66,41)	29 (63,04)	58 (68,23)		1	
Sí	44 (33,59)	17 (36,96)	27 (31,76)	0,55 ^a	1,25	0,59-2,67
Número de intentos suicidas^b						
1 intento	11 (8,4)	4 (8,69)	7 (8,23)	0,12 ^c		
2 intentos	2 (1,5)	2 (4,35)	0			
3 intentos	1 (0,76)	0	1 (1,18)			
4 intentos o más	4 (3,05)	3 (6,52)	1 (1,18)			
Sin dato	113 (86,26)	37 (80,43)	76 (89,41)			
Consumo de tabaco o derivados						
No	76 (58,02)	17 (36,96)	59 (69,41)		1	
Sí	55 (41,98)	29 (63,04)	26 (30,58)	< 0,01 ^a	3,87	1,81-8,24
Consumo de tabaco o derivados en los últimos 12 meses^b						
Sí	35 (26,72)	20 (43,48)	15 (17,65)	< 0,01 ^a		
No	20 (15,27)	9 (19,56)	11 (12,94)			
Sin dato	76 (58,02)	17 (36,96)	59 (69,41)			
Frecuencia de consumo de tabaco o derivados^b						
Menos de una vez al mes	3 (2,29)	1 (2,17)	2 (2,35)	< 0,01 ^c		
1 a 3 veces al mes	6 (4,58)	4 (8,69)	2 (2,35)			
Al menos cada semana	4 (3,05)	0	1 (1,18)			
2 a 5 veces a la semana	2 (1,53)	1 (2,17)	4 (4,70)			
Diariamente	20 (15,27)	14 (30,43)	6 (7,06)			
Sin dato	96 (73,28)	26 (56,52)	70 (82,35)			
Consumo de marihuana, cannabis, mota, hierba o hachis^a						
No	103 (78,63)	26 (56,52)	77 (90,58)		1	
Sí	28 (21,37)	20 (43,48)	8 (9,41)	< 0,01 ^a	7,40	0,00-2, 91
Consumo de marihuana, cannabis, mota, hierba o hachis en los últimos 12 meses^b						
Sí	7 (5,34)	1 (2,17)	6 (13,04)	< 0,01 ^c		
No	21 (16,03)	14 (30,43)	7 (8,23)			
Sin dato	103 (78,63)	26 (56,528)	77 (90,58)			
Frecuencia de consumo de marihuana, cannabis, mota, hierba o hachis^c						
Menos de una vez al mes	3 (2,29)	3 (6,52)	0	< 0,01 ^c		
1 a 3 veces al mes	2 (1,53)	1 (2,17)	1 (1,18)			
Al menos cada semana	0	0	0			
2 a 5 veces a la semana	0	0	0			
Diariamente	2 (1,53)	2 (4,35)	0			
Sin dato	124 (94,66)	40 (86,95)	84 (98,82)			
Consumo de cocaína, coca o crack						
No	122 (93,13)	41 (89,13)	81 (95,29)	0,28 ^c	1	
Sí	9 (6,87)	5 (10,87)	4 (4,70)		2,46	0,62-9,69
Consumo de hongos alucinógenos, LSD, ácidos, ketamina o similares						
No	125 (95,42)	41 (89,13)	84 (98,82)	0,02 ^c	1	
Sí	6 (4,58)	5 (10,87)	1 (1,18)		10,2	1,15-90,55
Consumo de inhalantes como bóxer, poper, gasolina, esmaltes, óxido nitroso o solvente para pintura						
No	125 (95,42)	42 (91,30)	83 (97,65)		1	
Sí	6 (4,58)	4 (8,69)	2 (2,35)	0,18 ^c	3,95	0,69-22,46

- **Tabla 3 (continuación)**

	Muestra (n = 131)	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	p	OR	IC95%
<i>Consumo de pastillas estimulantes sin fórmula médica, como éxtasis, anfetaminas o speed</i>						
No	122 (93,13)	40 (86,95)	82 (96,47)		1	
Sí	9 (6,87)	6 (13,04)	3 (3,53)	0,07 ^c	4,09	0,97-17,24
<i>Consumo de pastillas tranquilizantes sin fórmula médica, como diazepam, alprazolam, lorazepam o midazolam</i>						
No	125 (95,42)	43 (93,48)	82 (96,47)		1	
Sí	6 (4,58)	3 (6,52)	3 (3,53)	0,42 ^c	1,9	0,36-9,85

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

^a Prueba de la χ^2 .

^b No se realiza OR ni IC por contener valores sin datos.

^c Prueba de Fisher.

Tabla 4 – Análisis multivariable

	Bebedores en riesgo (n = 46)	Posible dependencia (n = 85)	ORa	IC95%
Sexo				
Varones	33 (71,73)	37 (43,53)	1	
Mujeres	13 (28,26)	48 (56,47)	3,32	1,19-9,29*
Edad				
18-44 años	35 (76,08)	59 (69,41)	1	
≥ 45 años	11 (23,91)	26 (30,58)	1,19	0,36-3,95
Hogar				
Urbano	38 (82,61)	76 (89,41)	1	
Rural	8 (17,39)	9 (10,59)	0,38	0,08-1,88
Región				
Central	2 (4,35)	15 (17,65)	1	
Atlántica	5 (10,87)	10 (11,76)	0,67	0,00-0,91*
Bogotá	21 (45,65)	27 (31,76)	0,09	0,01-0,78*
Oriental	9 (19,56)	14 (16,47)	0,76	0,01-0,76*
Pacífica	9 (19,56)	19 (22,35)	0,64	0,00-0,69*
Escolaridad alcanzada				
Ninguna/primaria	8 (17,39)	18 (21,18)	1	
Secundaria	32 (69,56)	52 (61,18)	1,93	0,45-8,37
Técnico/tecnólogo	1 (2,17)	4 (4,70)	1,38	0,07-2,01
Universitario	5 (10,87)	10 (11,76)	0,49	0,08 - 2,95
Estado civil				
Vive con su pareja	22 (47,83)	35 (41,18)	1	
No vive con su pareja	6 (13,04)	20 (23,53)	9,49	1,81-49,70*
Soltero	18 (39,13)	30 (35,29)	1,03	0,34-3,10
TAB				
Tipo I	39 (84,78)	71 (83,53)	1	
Tipo II y sin especificar	7 (15,22)	14 (16,47)	0,70	0,19-2,60
Consumo de marihuana				
No	26 (56,52)	77 (90,59)	1	
Sí	20 (43,48)	8 (9,41)	7,63	2,10-27,70*
Consumo de tabaco o derivados				
No	17 (36,96)	59 (69,41)	1	
Sí	29 (63,04)	26 (30,59)	6,80	1,85-19,98*
Planeación suicida				
No	29 (63,04)	58 (68,23)	1	
Sí	17 (36,96)	27 (31,76)	2,86	0,98-8,32
En la niñez murió alguno de sus padres o persona muy cercana				
No	20 (43,48)	40 (47,05)	1	
Sí	26 (56,52)	45 (52,94)	1,32	0,51-3,43

IC95%: intervalo de confianza del 95%; ORa: odds ratio ajustada.

* $p > 0,05$.

Respecto a la población adulta mayor de 45 años, el exceso de consumo de alcohol en la población con TAB dobla el de la población general de esa franja de edad²³. Además se ha publicado que, a pesar de que los varones de la población general tienen mayor prevalencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol a lo largo de la vida, las mujeres con TAB son más vulnerables a padecer alcoholismo que los varones con TAB²⁴.

A pesar de los hallazgos relacionados con historia de maltrato, experiencias adversas en la infancia o la vivencia de duelo en la infancia de los pacientes con TAB, ninguna de estas variables resultó de significación estadística en el análisis multivariable. Este hallazgo puede deberse al tamaño de la submuestra de pacientes con TAB encontrada en esta muestra poblacional y puede resultar más frecuente en muestras clínicas.

Los individuos con TAB asociado con TAUS presentan altas tasas de uso de nicotina²⁵, lo que es compatible con los resultados de este estudio; a pesar de que fumar cigarrillo no predice un empeoramiento del curso del TAB, se asocia con incremento del desarrollo de trastornos relacionados con el alcohol y el cannabis, especialmente en adolescentes con TAB²⁶.

Se ha descrito repetidamente que la población con esta comorbilidad tiene mayor riesgo de intentos suicidas²⁷; también tienen más riesgo de comorbilidad con trastornos relacionados con el uso de otras drogas¹³, hallazgos que concuerdan con los resultados de este estudio, pues una tercera parte de la población con TAB había tenido planeación suicida y de este tercio, más de la mitad tenía patrón de consumo en dependencia de otras sustancias. La literatura también describe que los pacientes con enfermedad mental y TACDA tienen más riesgo de completar el suicidio^{28,29}.

En hasta el 57% de los pacientes con consumo de alcohol, se asocia con dependencia de la marihuana y en hasta el 73%, con el consumo de cocaína y otras drogas estimulantes^{30,31}; estos hallazgos concuerdan con los nuestros, ya que los individuos con TAB y patrón de dependencia de alcohol consumían con mayor frecuencia marihuana y cocaína que los que solo llevaban un patrón de consumo de riesgo; llama la atención que ningún encuestado con TAB consumiera opiáceos.

La relación entre las comorbilidades de los pacientes con TAB parece darse en parte por un factor repetible en los análisis de las muestras epidemiológicas, que está caracterizado por 2 dimensiones validadas y reportadas en la literatura, la internalizante (comorbilidad con depresión unipolar y trastornos de ansiedad) y la externalizante (comorbilidad con uso de sustancias y trastornos del comportamiento impulsivo o antisocial). Probablemente haya una tercera variable en esta asociación que aún no está claramente definida³².

Entre las limitaciones de este estudio, la primera es el tamaño de la muestra, lo que probablemente no permitió analizar variables como las experiencias adversas en la infancia o la disfunción familiar. Como cualquier tipo de análisis secundario, es importante mencionar que este estudio no fue diseñado para dar respuesta a la pregunta que se plantea este estudio. Por otro lado, no fue posible evaluar la presencia de otros tipos de comorbilidades con trastornos de ansiedad, así como la probabilidad de sufrir síntomas mixtos y ciclación

rápidos en comparación con los pacientes con TAB sin trastornos relacionados con el alcohol¹⁴, la edad de instauración de la enfermedad afectiva³⁰, los efectos cognitivos, el aumento de la impulsividad^{8,9} y el gasto generado en los servicios de salud^{11,12}. Cabe recordar que este es un análisis secundario de una base de datos recolectada por terceros; los autores de este artículo no tuvieron participación en la elección de las variables de análisis o la forma de hacerlo.

En cuanto a las fortalezas, se puede describir varias; este estudio es uno de los primeros en Colombia¹⁶ en población general que analiza el consumo de sustancias de las personas con diagnóstico de TAB. Las escalas y entrevistas están validadas y se han utilizado ampliamente en múltiples estudios en población clínica y general. Por otro lado, el muestreo permite extrapolar los resultados a las escalas regional y nacional en Colombia.

En conclusión, se identificaron factores relacionados ya reportados previamente en estudios en otros países y regiones, tales como el riesgo de consumo de otras sustancias psicoactivas de los pacientes con TAB consumidoras de alcohol y el mayor riesgo de ideación e intentos de suicidio; por otro, y de manera llamativa, en este estudio se encontró mayor riesgo de consumo de alcohol de tipo dependencia en las mujeres con TAB; esto puede explicarse por razones culturales o características no medidas que se debe seguir explorando.

Estos hallazgos indican la necesidad de reevaluar el abordaje y el tratamiento de los pacientes con TAB en relación con la comorbilidad con TAUS.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

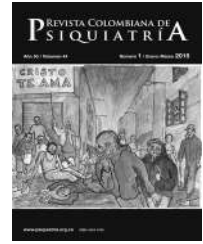
Agradecimientos

Se agradece al Ministerio de Salud y Protección Social por la información necesaria para la realización de este estudio. Además, al Centro de Investigaciones Clínicas y a Andrés Castro por su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Espriella Guerrero R, De la Hoz Bradford AM, Gómez-Restrepo C, Uribe-Holguín A, Cote Mendez M, Cortés Barré M, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41:805-25.
2. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34:506-14. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634404>
3. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:830.
4. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64:543.

5. Goldberg JF, Gamo JL, Leon AC, Kocsis JH, Portera L. A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:733-40.
6. Schneck CD, Miklowitz DJ, Calabrese JR, Allen MH, Thomas MR, Wisniewski SR, et al. Phenomenology of rapid-cycling bipolar disorder: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1902-8.
7. Ostacher MJ, Perlis RH, Nierenberg AA, Calabrese JR, Stange JP, Salloum I, et al. Impact of substance use disorders on recovery from episodes of depression in bipolar disorder patients: prospective data from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 2010;167:289-97.
8. Morrison JR. Bipolar affective disorder and alcoholism. *Am J Psychiatry*. 1974;131:1130-3.
9. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1680-7.
10. Weiss RD, Ostacher MJ, Otto MW, Calabrese JR, Fossey M, Wisniewski SR, et al. Does recovery from substance use disorder matter in patients with bipolar disorder? *J Clin Psychiatry*. 2005;66:730-5.
11. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla KJ. The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emerg Med*. 2008;8:17.
12. Sonne SC, Brady KT, Morton WA. Substance abuse and bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1994;182:349-52.
13. Oquendo MA, Currier D, Liu S-M, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2010;71:902-9.
14. Sonne SC, Brady KT. Bipolar disorder and alcoholism. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=086A8F2B297A5A5058B4A6F6BA413513?doi=10.1.1.626.4894&rep=rep1&type=pdf>. Citado 11 Jun 2017.
15. Meyer TD, McDonald JL, Douglas JL, Scott J. Do patients with bipolar disorder drink alcohol for different reasons when depressed, manic or euthymic? *J Affect Disord*. 2012;136:926-32.
16. Rincon-Hoyos Hernan G, Castillo Alejandro, Prada Sergio I. Alcohol use disorders and psychiatric diseases in Colombia. *Colomb Med*. 2016;47:31-7.
17. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 41-42.
18. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental, y Dependencia de Sustancias; 2001.
19. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:321-30.
20. Moreno C, Hasin DS, Arango C, Oquendo MA, Vieta E, Liu S, et al. Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disord*. 2012;14:271-82.
21. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 115.
22. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;206:331-49.
23. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 174-175.
24. Frye MA, Altshuler LL, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff K, et al. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160:883-9.
25. Heffner JL, Strawn JR, Delbello MP, Strakowski SM, Anthenelli RM. The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: Phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disord*. 2011;13:439-53.
26. Heffner JL, Delbello MP, Anthenelli RM, Fleck DE, Adler CM, Strakowski SM. Cigarette smoking and its relationship to mood disorder symptoms and co-occurring alcohol and cannabis use disorders following first hospitalization for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2012;14:99-108.
27. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Rentero D. Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones [Internet]*. 2016. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/782>
28. Østergaard MLD, Nordentoft M, Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: A Danish nationwide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personali. *Addiction [Internet]*. 2017. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/add.13788>
29. Yoon YH, Chen CM, Yi HY, Moss HB. Effect of comorbid alcohol and drug use disorders on premature death among unipolar and bipolar disorder decedents in the United States, 1999 to 2006. *Compr Psychiatry*. 2011;52:453-64.
30. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004;55:875-81.
31. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exper Res*. 2007;31:1208-17.
32. Eisner LR, Johnson SL, Youngstrom EA, Pearlstein JG. Simplifying profiles of comorbidity in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2017;220:102-7.



Artículo de revisión

Depresión en personas con epilepsia. ¿Cuál es la conexión?



Ana María Zapata Barco, Miguel Restrepo-Martínez y Diana Restrepo*

Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de mayo de 2017

Aceptado el 22 de octubre de 2017

Palabras clave:

Epilepsia

Depresión

Comorbilidad

Diagnóstico

Tratamiento

RESUMEN

Introducción: La depresión es la comorbilidad psiquiátrica más común en las personas con epilepsia, lo cual les empeora el pronóstico y la calidad. A pesar de esto, frecuentemente no se reconoce este problema y cuando se diagnostica, el tratamiento es subóptimo.

Objetivo: Realizar una revisión narrativa a partir de la literatura médica, buscando recopilar información útil sobre la relación entre epilepsia y depresión y la mejor forma de diagnosticarla y tratarla.

Resultados: Se identificaron revisiones de tema, revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos clínicos y estudios de seguimiento en inglés y español, sin límite de tiempo, que incluyen aspectos epidemiológicos, clínicos, factores asociados, explicaciones etiológicas y aproximaciones diagnósticas y terapéuticas de la depresión comórbida con la epilepsia.

Conclusiones: La relación entre epilepsia y depresión es compleja. Alguna evidencia científica disponible indica la posibilidad de una relación bidireccional, que podría explicarse a partir de mecanismos etiopatogénicos comunes. A pesar de la alta prevalencia de la depresión entre los pacientes epilépticos, los clínicos siguen identificando escasamente este trastorno mental. Para mejorar esto, se cuenta con instrumentos de fácil aplicación que permiten tamizar sistemáticamente a esta población de pacientes y contribuir de manera sustancial a hacer más visible el problema y procurar la mejora de la calidad de vida de estas personas.

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

Depression in People with Epilepsy. What is the Connection?

ABSTRACT

Introduction: Depression is the most common psychiatric comorbidity in people with epilepsy. It worsens the prognosis and quality of life of these patients. Despite this, depression is poorly diagnosed and when the treatment is given, it is frequently suboptimal.

Objective: To perform a narrative review of the medical literature, seeking to collect useful information regarding the relationship between epilepsy and depression.

Keywords:

Epilepsy

Depression

Comorbidity

Diagnosis

Treatment

* Autor para correspondencia.

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

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.10.004>

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

Results: Narrative reviews, systematic reviews, meta-analyses, clinical trials, and follow-up studies were identified in English and Spanish with no time limit, including epidemiological, clinical, associated factors, etiological explanations, diagnostic and therapeutic approaches to comorbid depression in epilepsy.

Conclusion: The relationship between epilepsy and depression is complex. The available scientific evidence suggests the possibility of a bidirectional relationship that could be explained from common aetiopathogenic mechanisms. Despite the high prevalence of depression in epileptic patients, this mental disorder continues to be poorly identified by clinicians. To improve this, we have easy-to-apply instruments that routinely screen this patient population and contribute substantially to making the problem more visible and seek to improve the quality of life for this population.

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

Introducción

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común entre las personas con epilepsia. La prevalencia de vida de depresión en epilepsia se ha estimado entre un 6 y un 30% en estudios poblacionales y hasta el 50% en centros médicos de alta complejidad¹⁻³. Además del impacto negativo en la calidad de vida, la depresión es un predictor de peor respuesta a los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos^{4,5}. Esta alta comorbilidad se ha planteado como la expresión de una relación bidireccional y compleja y a su vez el indicio de mecanismos patogénicos comunes⁶.

Sin embargo, la búsqueda y la identificación de estos síntomas son escasas y cuando se diagnostica, el tratamiento es subóptimo, lo que priva a los pacientes de la atención integral que requieren⁷. El objetivo de esta revisión narrativa es identificar aspectos históricos, epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos que permitan una mirada comprensiva y actual de la depresión en los pacientes con epilepsia.

Las primeras descripciones de trastornos psiquiátricos en personas con epilepsia las realizaron en 1860 Falret y Morel, que enfatizaron las características periódicas de los cambios mentales y los ataques de furia e ira que sufrían los pacientes⁸. Posteriormente, Kraepelin argumentó que las «disforias periódicas» representaban los trastornos psiquiátricos más comunes en las personas con epilepsia y que se caracterizan por irritabilidad, además de ataques de ira, afecto depresivo, ansiedad, insomnio y cefalea. Bleuler⁹ hizo descripciones similares. A partir de esta descripción inicial, Blumer acuñó el término trastorno disfórico interictal¹⁰.

Epidemiología

La prevalencia de depresión entre las personas con epilepsia varía ampliamente según los criterios diagnósticos utilizados, la población estudiada y la metodología del estudio¹¹. En el *Canadian Community Health Survey Cycle*, un estudio que incluyó una muestra de 130.888 personas, la prevalencia de depresión en pacientes epilépticos fue del 13,0%, mientras que en la población general era del 7,2%¹². Oliveira et al. reportaron prevalencias mayores, del 22,0 al 27,6% en estudios basados en

la comunidad, pero con muestras más pequeñas^{13,14}. Las prevalencias más altas (50,0%) se han obtenido en muestras con pacientes epilépticos de cuidado terciario¹⁵.

Algunos estudios epidemiológicos reportaron que el trastorno depresivo mayor puede anteceder y aumentar el riesgo de inicio de epilepsia¹⁶. En el contexto de una relación bidireccional entre ambas entidades, no solo los pacientes con epilepsia tiene mayor riesgo de contraer comorbilidades depresivas, sino que también los pacientes con depresión tienen un riesgo 4-7 veces mayor de sufrir epilepsia¹⁷⁻¹⁹.

En un estudio reciente, Josephson et al.²⁰ estudiaron a 10.595.709 pacientes de la red de salud canadiense, de los que 229.164 (2,2%) contrajeron depresión y 97.177 (0,9%), epilepsia. La epilepsia incidente se asoció con un incremento en el riesgo de depresión (*hazard ratio* [HR] = 2,04; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,97-2,09; $p < 0,001$) y la depresión incidente, con mayor riesgo de epilepsia (HR = 2,55; IC95%, 2,49-2,60; $p < 0,001$).

A pesar de la extensa literatura que señala a la depresión como la principal comorbilidad psiquiátrica en personas con epilepsia, los reportes continúan indicando que la depresión está infradiagnosticada e infratratada²¹. Algunas de las explicaciones para esto pueden ser: a) baja sensibilidad de los neurólogos hacia los síntomas psiquiátricos, y b) una presentación clínica atípica de los trastornos depresivos en pacientes con epilepsia, lo que no permitiría realizar el diagnóstico según los criterios de la CIE o el DSM²².

En cuanto al riesgo suicida de las personas con epilepsia, se ha encontrado que es hasta 10 veces mayor que en la población general^{23,24}. Esto se ha relacionado con las altas prevalencias de ideas suicidas (36,7%), planes suicidas (18,2%) e intentos suicidas (12,1%) de estos pacientes que se han reportado²⁵.

Aspectos clínicos

Un episodio depresivo mayor según el DSM-5 se define a partir de ánimo depresivo con un interés marcadamente disminuido en casi todas las actividades de la vida, acompañado de por lo menos 5 de 9 síntomas propuestos y con una duración no inferior a 2 semanas (tabla 1).

Una alternativa diagnóstica es la escala para depresión en epilepsia *Neurologic Disorders Depression Inventory for Epilepsy*

Tabla 1 – Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según el DSM-5³⁰

Criterio A	<p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: a) estado ánimo depresivo, o b) pérdida de interés o de placer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o la observación de otras personas • Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o la observación de otras personas • Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución del apetito casi todos los días • Insomnio o hipersomnia casi todos los días • Agitación o retraso psicomotor casi todos los días • Fatiga o pérdida de energía casi todos los días • Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante)
Criterio B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
Criterio C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica
Criterio D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno psiquiátrico

(NDDI-E), que contiene 6 preguntas autoaplicadas a las que se responde en menos de 3 min; una puntuación ≥ 15 indica un episodio depresivo mayor con sensibilidad del 81%, especificidad del 90%, valor predictivo positivo del 62% y valor predictivo negativo del 96%²⁶. Esta escala está validada a español, portugués, alemán, italiano y japonés; si bien se requieren más estudios para validar su utilidad en pacientes epilépticos, tiene la ventaja de que es de uso libre^{7,27}.

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) es un inventario breve y autoaplicable para evaluar síntomas tanto de ansiedad como de depresión en pacientes médicamente enfermos. En Colombia se cuenta con validación de esta escala en pacientes oncológicos²⁸. La HAD se validó en epilépticos, con un punto de corte de 7, con sensibilidad del 99% y especificidad del 87,5-100%²⁹.

Estas escalas facilitan la tamización, pero algunos proponen²⁸ que un trabajador de salud mental confirme el diagnóstico, apoyándose en los criterios diagnósticos del DSM-5 que se muestran en la tabla 1³⁰. La presencia de ánimo depresivo, frecuente en pacientes con y sin epilepsia, cuando es transitoria no implica el diagnóstico clínico de depresión y no requiere tratamiento³¹. Por el contrario, la anhedonia, la anergia y el aislamiento social, síntomas con importante valor depresivo, no deben ser «normalizados» en esta población³².

Otros hallazgos en depresión asociada con epilepsia

Algunos estudios realizados en personas con epilepsia muestran que la depresión y el riesgo suicida se relacionan con alteraciones en estructuras cerebrales^{33,34} y en el metabolismo

de la serotonina^{35,36}. Estudios electrofisiológicos, bioquímicos y de neuroimagen han encontrado hipofrontalidad y aumento en el tamaño de la amígdala que llevan a disfunción frontal y temporal³⁷.

Temporalidad de los síntomas afectivos en relación con las crisis epilépticas

La temporalidad de los síntomas afectivos en relación con las crisis epilépticas permite hablar de síntomas depresivos: preictales, posictales o ictales. Cuando los síntomas depresivos no tienen ninguna relación con las crisis ictal, se denominan interictales^{23,38}.

Episodios o síntomas depresivos preictales

El ánimo depresivo y la irritabilidad pueden ocurrir como episodios prodrómicos, que se manifiestan horas o días antes de la crisis epiléptica y, con frecuencia, los síntomas se resuelven con el inicio de la crisis³⁹. En un estudio prospectivo, Blanchet y Frommer⁴⁰ siguieron a 27 pacientes con diferentes tipos de epilepsia durante 56 días como mínimo, y encontraron que 13 pacientes presentaron al menos una crisis. Las escalas de depresión mostraron más cantidad de síntomas depresivos los días previos a la crisis. Esto coincide con lo reportado por Kanner et al.²⁸.

Episodios o síntomas depresivos ictales

Los síntomas depresivos pueden ser fenómenos ictales y como tales son una crisis parcial simple. Esta manifestación afectiva de un fenómeno ictal resulta de difícil identificación para el observador no entrenado. Por esto con frecuencia pasa inadvertida y se interpreta como síntomas afectivos no relacionados con un fenómeno epiléptico. Para identificar más fácilmente estos síntomas depresivos, se debe tener en cuenta las siguientes características: a) los síntomas son breves; b) son estereotipados; c) ocurren fuera de contexto, y d) pueden asociarse con otros fenómenos ictales²⁸. La depresión ictal parece ser más común en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal⁴¹, si bien en el 25% de las auras hay síntomas psiquiátricos y el 15% de estas auras incluyen síntomas afectivos⁴².

Episodios o síntomas depresivos posictales

Se han descrito síntomas depresivos de duración variable luego de una crisis epiléptica. Aunque es infrecuente encontrar a pacientes con episodios depresivos posictales aislados, la mayoría de estos también sufren episodios depresivos interictales. Los episodios de depresión posictal ocurren con más frecuencia tras crisis parciales simples originadas en las estructuras temporales derechas⁸.

En un estudio realizado en el *Rush Epilepsy Center* con 100 pacientes epilépticos mal controlados, el 43% sufrió síntomas depresivos posictales. De los pacientes con síntomas depresivos, 13 reportaron 7 o más síntomas depresivos, con una duración media de 24 h, y 13 pacientes admitieron haber tenido ideación suicida⁴³.

Episodios o síntomas depresivos interictales

Los episodios depresivos interictales son más prevalentes que los episodios en relación directa con la crisis epiléptica. Un 25-50% de estos episodios depresivos no cumplen por completo los criterios diagnósticos convencionales y se acompañan de características atípicas ya descritas (figura)²⁸.

En un estudio clásico de Mendez et al.⁴⁴, que describieron la semiología de la depresión en 175 pacientes con epilepsia, se encontró que el 22% podría clasificarse con características atípicas, y los síntomas depresivos considerados típicos de depresión endógena como la alteración de los ritmos circadianos y sentimientos de culpa eran poco frecuentes en estos pacientes. Posteriormente, Kanner et al. encontraron que el 71% de los pacientes con epilepsia refractaria y episodios depresivos graves no cumplían los criterios de depresión del DSM-IV^{45,45bis}.

Trastorno disfórico interictal

Los trastornos depresivos de las personas con epilepsia se presentan de manera multifacética. Pueden manifestarse como grupos de síntomas o aparecer como trastornos bien caracterizados que cumplen los criterios diagnósticos del DSM-5. Algunos proponen que las características de estos cuadros depresivos son atípicas³⁹.

El trastorno disfórico interictal describe un trastorno afectivo pleomórfico en pacientes con epilepsia, caracterizado por 8 síntomas: ánimo depresivo, anergia, dolor, insomnio, miedo, ansiedad, irritabilidad paradójica y ánimo eufórico. Algunos clínicos apoyan esta propuesta, pero no se cuenta con suficientes estudios que aporten evidencia contundente sobre la validez del trastorno.

En un estudio que incluyó a 229 pacientes (el 46,5% con epilepsia y el 73,3% con migraña), se les aplicaron escalas de depresión: el inventario de Beck (BDI), el inventario para trastorno disfórico interictal (IDDI) y el cuestionario para trastornos afectivos (MDQ). Se concluyó que el trastorno disfórico interictal representaba un constructo homogéneo, diagnosticado al 17%, pero que estos síntomas no eran típicos de epilepsia y que se presentaban también en la migraña. Si bien otros estudios se han realizado con esta propuesta nosológica, se requieren más estudios^{46,47}.

Episodios o síntomas depresivos iatrogénicos

En 2008, la *Food and Drugs Agency* (FDA) de Estados Unidos emitió una alerta de que «todos los medicamentos antiepilépticos tienen el potencial de causar ideación y conductas suicidas»⁴⁸. Esta alerta ha sido cuestionada por algunos, porque surgió de estudios con errores metodológicos^{49,50} y porque los intentos de otros investigadores de repetir dichos hallazgos ha dado resultados contradictorios^{51,52}. Además, se debe tener en cuenta que síntomas como la fatiga, los trastornos del sueño, el aumento de peso y las alteraciones en la memoria son efectos adversos comunes de los medicamentos antiepilépticos y pueden confundirse con síntomas depresivos⁵³.

En cuanto al tratamiento quirúrgico para la epilepsia, los episodios depresivos y de ansiedad son comunes en el posoperatorio de estos pacientes, particularmente en los primeros

3-6 meses tras lobectomías anterotemporales, en las cuales se han reportado cifras de depresión del 20-40% de los pacientes. Si bien la mayoría de estos trastornos depresivos tienden a remitir al final del primer año, pueden persistir en un 10-15% de los pacientes^{54,55}.

Carga de la enfermedad

La epilepsia representa un estado de estrés crónico y de carga alostática elevada según el modelo de diátesis estrés⁵⁶. La «carga» relacionada con esta enfermedad se configura a partir de múltiples factores: las lesiones relacionadas con las crisis⁵⁷, la fatiga interictal y posictal⁵⁸, las alteraciones cognitivas, los menores logros académicos y socioeconómicos⁵⁹, el estrés psicológico⁶⁰ y el insomnio⁶¹. El estigma social y la falta de información en la comunidad sobre esta enfermedad representan una carga adicional específica para las personas con epilepsia^{62,63}. Así, no sorprende que estos pacientes tengan una calidad de vida especialmente afectada^{64,65} y que la depresión actúe como uno de los principales factores predictores de este deterioro^{66,67}.

Desesperanza aprendida y estilo atribucional

La epilepsia, al ser una enfermedad crónica, genera importantes cargas de estrés de origen biológico, psicológico y social. Por otra parte, la depresión está influida por patrones cognitivos negativos que generan la tendencia a reaccionar desesperanzadamente a las dificultades y las pérdidas. El estilo atribucional es el modo en que una persona da explicación a las cosas que le ocurren en la vida cotidiana. Hermann et al. demostraron hace 20 años que el estilo atribucional se asocia significativamente con la depresión relatada por el paciente⁶⁸. Las crisis recurrentes e impredecibles favorecen la desesperanza aprendida de las personas con epilepsia, lo cual, sumado a un estilo atribucional negativo, sería un terreno fértil, desde el punto de vista cognitivo, para la aparición de la depresión⁶⁹⁻⁷¹.

Factores neurobiológicos en depresión y epilepsia

Una de las características que ambos trastornos tienen en común es la disregulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal^{72,73}. La epileptogénesis podría exacerbarse con el exceso de hormonas liberadas durante los estados crónicos de estrés que caracterizan la depresión, en tanto que el hipocampo es particularmente vulnerable a estas hormonas por las grandes cantidades de receptores de corticoides que posee⁷⁴. De modo complementario, el estrés es el precipitante de crisis más comúnmente identificado por las personas con epilepsia⁷⁵. Tanto la corticoliberina como los corticoides incrementan la excitabilidad de las neuronas del hipocampo y facilitan el inicio de convulsiones⁷⁶. Además se ha documentado una pérdida de volumen cortical bilateral a nivel frontal y de tálamo izquierdo en personas con epilepsia y depresión⁷⁷.

Otro de los mecanismos comunes propuestos, se relaciona con la producción de células granulares en el hipocampo⁷⁸. El estrés crónico, la depresión y la epilepsia están asociadas con

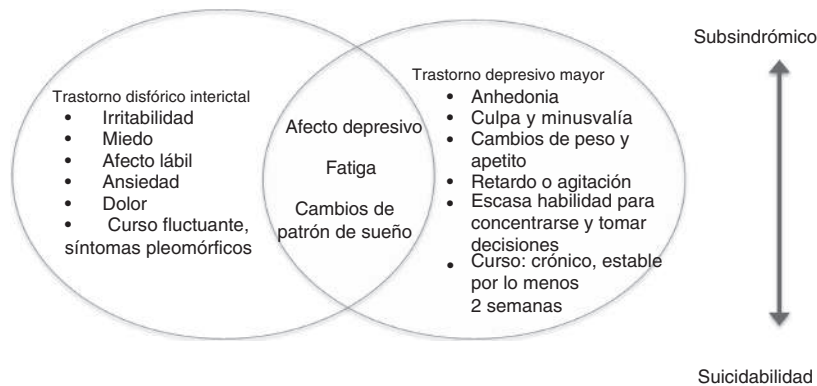


Figura – Síntomas depresivos comunes al trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico interictal. Modificado de Kanner⁹⁶.

la alteración de procesos de neurogénesis en adultos⁷⁹. En la depresión y el estrés crónico, disminuye la neurogénesis en el hipocampo; en la epilepsia, si bien en fases tempranas de la enfermedad se da una integración aberrante de las células granulares, en la fase tardía se observa una disminución en la producción celular. Esta alteración en la células granulares llevaría a que el giro dentado no pueda evitar el exceso de actividad excitatoria, con lo que se favorece la actividad ictal. Por otra parte, estudios en ratones han encontrado que la falta de actividad física, frecuente en los pacientes con depresión, lleva a una disminución en la producción de galanina, con el consecuente aumento de la actividad ictal⁵.

El papel del glutamato en la patogenia de la epilepsia es claro y reconocido de tiempo atrás, y en los últimos años se viene hablando del papel de este neurotransmisor excitatorio en la depresión a través de una disfunción de las proteínas transportadoras y concentraciones corticales del neurotransmisor anormales³⁹.

Si bien estos mecanismos fisiopatológicos vinculan la depresión y la epilepsia y dan señales de una posible relación bidireccional, es necesario verificar rigurosamente estas hipótesis a través de más estudios y de mejor metodología, que permitan explorar prospectivamente el tipo de relación que se establece entre estas 2 entidades clínicas, para determinar si es posible hablar de una relación causal y los posibles factores modificadores del efecto.

Medicamentos antiepilépticos y depresión

Los medicamentos antiepilépticos son la piedra angular del tratamiento de la epilepsia. Según algunos investigadores, se debe contrastar estos efectos «benéficos» con los problemas conductuales y psiquiátricos que pueden generar. La psicopatología en epilepsia tiene una etiología multifactorial y los medicamentos antiepilépticos son solo una de estas etiologías, por lo que resulta difícil establecer cuándo los síntomas afectivos son secundarios a la medicación o se explican por otros factores⁸⁰. Algunos medicamentos antiepilépticos se han asociado con síntomas depresivos y mayor riesgo de suicidio, lo que dio como resultado la alerta instaurada por la FDA para todos los medicamentos antiepilépticos^{43,44}.

Algunos fármacos como el fenobarbital, la tiagabina, el topiramato y la vigabatrina se han asociado con síntomas depresivos^{81,82}, efecto que se potencian cuando el paciente tiene antecedente personal o familiar de depresión⁸³. En cuanto al levetiracetam, se han evidenciado tanto efectos negativos como positivos en el comportamiento y el afecto de los pacientes con epilepsia^{84,85}. Por otra parte, se considera que la carbamazepina, la gabapentina, la lacosamida, la lamotrigina, la pregabalina y el divalproato de sodio tienen un mejor perfil psicotrópico^{86,87}. La dosis, el modo de liberación del medicamento y la historia familiar de trastornos psiquiátricos son determinantes en los efectos adversos de los medicamentos antiepilépticos⁸⁸.

Tratamiento de la depresión de personas con epilepsia

La meta de cualquier tratamiento de los trastornos depresivos de las personas con epilepsia es lograr una completa remisión de los síntomas depresivos. Las estrategias terapéuticas son tanto farmacológicas como no farmacológicas. Sin embargo, son pocos los estudios controlados sobre el tratamiento de la depresión de personas con epilepsia publicados hasta la fecha. Así, las estrategias de tratamiento para esta población continúan apoyándose en datos derivados del tratamiento de los trastornos depresivos primarios⁸⁹. Como los episodios depresivos iatrogénicos son comunes en personas con epilepsia, es recomendable tener algunas precauciones para minimizar o prevenir su aparición (tabla 2).

Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual se ha efectiva en el tratamiento de los trastornos depresivos de los pacientes con y sin epilepsia. Esta forma de terapia psicológica debe considerarse para los pacientes que se niegan a tomar medicamentos antidepressivos o no toleran los efectos adversos. Además, debería considerarse para las personas con epilepsia que tienen un trastorno depresivo de larga duración, particularmente si se asocian con trastornos de ansiedad⁶⁵.

Tabla 2 – Recomendaciones para prevenir episodios depresivos iatrogénicos en personas con epilepsia²⁸

Evite los medicamentos antiepilépticos con propiedades psicótropas negativas (p. ej., benzodiazepinas, barbitúricos, topiramato, levetiracetam) para pacientes con historia familiar y/o personal de trastornos psiquiátricos

Monitoree la suspensión de medicamentos antiepilépticos con propiedades estabilizadoras del ánimo (p. ej., ácido valproico, carbamazepina, oxcarbazepina y lamotrigina) de los pacientes con historia personal y/o familiar de trastornos psiquiátricos

Ajuste las dosis de medicamentos antidepresivos al introducir algún medicamento antiepiléptico que cause inducción enzimática (p. ej., carbamazepina, fenitoína).

Monitoree a los pacientes que se someten a cirugía para la epilepsia y tienen antecedentes de un trastorno afectivo

Tratamiento farmacológico

La mayor parte de la información publicada para el tratamiento de los trastornos depresivos de las personas con epilepsia incluyen ensayos clínicos no controlados, con antidepresivos tricíclicos (ADT) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Hasta la fecha hay pocos estudios controlados que determinen la efectividad de los antidepresivos en personas con epilepsia.

Dos grupos de expertos han determinado que los ISRS son la primera línea para el tratamiento del trastorno por su perfil de seguridad y tolerabilidad. Sin embargo, son escasos los estudios controlados con estos medicamentos en esta población⁹⁰.

Un estudio de Kanner et al.⁵⁷ encontró remisión de los síntomas depresivos en el 59% de los pacientes epilépticos tratados con sertralina en monoterapia⁹¹. Hovorka et al. evaluaron la eficacia del citalopram en 43 personas con epilepsia y depresión. Luego de 4 semanas de tratamiento, los pacientes tuvieron una reducción en la puntuación de la HDS de 21,5 a 14,5 ($p < 0,001$). A las 8 semanas, la puntuación de la HDS había bajado a 9,9 ($p < 0,001$) y el 65% de los pacientes habían obtenido respuesta⁹².

Kuhn et al. evaluaron el efecto del citalopram, la mirtazapina y la reboxetina en 75 personas con epilepsia y depresión. Los síntomas depresivos remitieron en el 21,2% de los pacientes en tratamiento con citalopram, el 14,8% de los tratados con mirtazapina y el 20,0% de aquellos con reboxetina, en tanto que el 36% del primer grupo, el 52% del segundo y el 53% del tercero tuvieron una reducción $> 50\%$ de los síntomas⁹³. Un estudio de reciente publicación ha planteado que la modulación glutamatérgica y serotoninérgica serían importantes objetivos en el tratamiento de la depresión de los pacientes epilépticos y que los inhibidores de la indolamina 2,3-dioxigenasa y los potenciadores de la actividad de la norepinefrina podrían administrarse conjuntamente con ácido valproico⁹⁴.

¿Cómo elegir un antidepresivo para pacientes epilépticos?

Algunos estudios experimentales han mostrado que los antidepresivos pueden modificar los efectos de los antiepilépticos de 3 maneras: aumentando la actividad anticonvulsiva, deján-

Tabla 3 – Interacciones entre antidepresivos y anticonvulsivos

	CBZ		LTG		FNT		FNB		AV	
	AD	AC	AD	AC	AD	AC	AD	AC	AD	AC
Amitriptilina	D				A				A	
Imipramina	D				D		D		D	
Fluoxetina		N/A		D		A				D
Fluvoxamina		N				A				
Paroxetina		N			N				N	
Sertralina	D	N		D		A/N				
Mirtazapina	D	N			D					
Venlafaxina		N								A
Bupropión	D			N		A				A

A: aumenta; AC: efecto anticonvulsivo; AD: efecto antidepresivo; AV: ácido valproico; CBZ: carbamazepina; D: disminuye; FNB: fenobarbital; FNT: fenitoína; LTG: lamotrigina; N: neutro. Modificado de Banach et al.⁸⁹.

dola igual o disminuyéndola⁹⁵. Si bien tales interacciones farmacodinámicas y mecanismos farmacocinéticos pueden parecer distantes de la realidad clínica y la cotidianidad de los pacientes, se han propuesto como factores clave en el pronóstico. Por lo tanto, evitar el uso de antidepresivos que disminuyen el umbral convulsivo y la eficacia de los medicamentos anticonvulsivos es una práctica médica recomendada (tabla 3).

Consideraciones finales

A la luz de la evidencia científica presentada, se considera que la depresión es más que una simple comorbilidad de la epilepsia. Los estudios epidemiológicos confirman la existencia de una relación bidireccional entre la epilepsia y la depresión, lo que implica que no es que la epilepsia «cause» la depresión o viceversa, sino que tal relación puede explicarse por la existencia de mecanismos patogénicos comunes. La depresión precederá al comienzo del trastorno convulsivo en algunos casos y en otros aparecerá luego pero, independientemente de en qué momento ocurran, afectarán negativamente a la calidad de vida, el pronóstico de la epilepsia, el funcionamiento general del paciente y su expectativa de vida.

Por esto se propone que, al momento del diagnóstico de epilepsia, se realice una evaluación psiquiátrica completa que permita identificar apropiadamente los antecedentes psicopatológicos personales y familiares del paciente además de explorar la presencia de síntomas afectivos y definir si requieren psicoterapia y/o farmacoterapia.

Al momento de elegir medicamentos anticonvulsivos o antidepresivos, se debe optar por medicamentos con adecuado perfil para la epilepsia y la depresión y finalmente tamizar sistemáticamente la depresión (mínimo 1 vez al año) y cuando haya recaídas sintomáticas tanto epilépticas como afectivas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. *Biol Psychiatry*. 2003;54:388-98.
2. Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, Sander W. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia*. 2004;45:1613-62.
3. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*. 2007;48:2336-44.
4. Kanner AM. Depression and epilepsy: do glucocorticoids and glutamate explain their relationship? *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2009;9:307-12.
5. Beghi M, Beghi E, Conruggia CM. Epilepsy in psychiatric disorders. En: Mula M, editor. *Neuropsychiatric symptoms of epilepsy, neuropsychiatric symptoms of neurological disease*. Geneva: Springer International; 2016.
6. Kanner AM. Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy. *Nat Rev Neurol*. 2016;12:106-16.
7. Fiest K, Patten S, Jetté N. Screening for depression and anxiety in epilepsy. *Neurol Clin*. 2016;34:351-61.
8. Tao K, Wang X. The comorbidity of epilepsy and depression: diagnosis and treatment. *Exp Rev Neurother*. 2016;16:1321-33.
9. Seethalakshmi R, Krishnamoorthy ES. Depression in epilepsy: phenomenology, diagnosis and management. *Epileptic Disord*. 2007;9:1-10.
10. Williams D. The structure of emotions reflected in epileptic experiences. *Brain*. 1956;79:29-67.
11. Hoppe C, Elger CE. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. *Nat Rev Neurol*. 2011;7:462-72.
12. Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. The association between depression and epilepsy in a nationally representative sample. *Epilepsia*. 2009;50:1051-8.
13. De Oliveira GN, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira RS, David AS, et al. Brazilian version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E). *Epilepsy Behav*. 2010;19:328-31.
14. Stefanello S, Marin-Leon L, Fernandes PT, Li LM, Botega NJ. Psychiatric comorbidity and suicidal behavior in epilepsy: a community-based case-control study. *Epilepsia*. 2010;51:1120-5.
15. Canuet L, Ishii R, Iwase M, Ikezawa K, Kurimoto R, Azechi M, et al. Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy. *Epilepsy Res*. 2009;83:58-65.
16. Hoppe C, Elger CE. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. *Nat Rev Neurol*. 2011;7:462-72.
17. Kanner AM. The treatment of depressive disorders in epilepsy: What all neurologists should know. *Epilepsia*. 2013;54:3-12.
18. Hesdorffer DC, Hauser WA, Olafsson E, Ludvigsson P, Kjartansson O. Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures. *Ann Neurol*. 2006;59:35-41.
19. Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: A bidirectional association. *Ann Neurol*. 2012;72:184-91.
20. Josephson C, Lowerison M, Vallerand I, Sajobi TT, Patten S, Jette N, et al. Association of depression and treated depression with epilepsy and seizure outcomes: a multicohort analysis. *JAMA Neurol*. 2017;74:533-9, <http://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2016.5042>.
21. Schmitz B. Depression and mania in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 2005;46 Suppl E:45-9.
22. Mula M, Jauch R, Caanna A, Collimediaglia L, Barbagli D, Gaus V, et al. Clinical and psychopathological definition of the interictal dysphoric disorder o epilepsy. *Epilepsia*. 2008;49:650-6.
23. Meador KJ. Suicide in patients with epilepsy. *Epilepsy Curr*. 2008;8:40-2.
24. Bell GS, Sander JW. Suicide and epilepsy. *Curr Opin Neurol*. 2009;22:174-8.
25. Stefanello S, Marin-Leon L, Fernandes PT, Min LL, Botega NJ. Suicidal thoughts in epilepsy: a community-based study in Brazil. *Epilepsy Behav*. 2010;17:483-8.
26. Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *Lancet Neurol*. 2006;5:399-405.
27. Di Capua D, Garcia-Garcia ME, Reig-Ferrer A, Fuentes-Ferrer M, Roledano R, Gil-Nagel A, et al. Validation of the Spanish version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E). *Epilepsy Behav*. 2012;24:493-6.
28. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Av Medición*. 2005;3:73-86.
29. Al-Asmi A, Dorvlo AS, Burke DT, Al-Adawi S, Al-Zaabi A, Al-Zadjali HA, et al. The detection of mood and anxiety in people with epilepsy using two-phase designs: experiences from a tertiary care centre in Oman. *Epilepsy Res*. 2012;98:174-81.
30. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5.th edition: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association; 2015.
31. Park S. Depression and anxiety in people with epilepsy: Why should we identify? *J Epileptol*. 2016;24:57-62.
32. Hoppe C, Elger CE. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. *Nat Rev Neurol*. 2001;7:462-72.
33. Wrench JM, Wilson SJ, Bladin PF, Reutens DC. Hippocampal volume and depression: insights from epilepsy surgery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80:539-44.
34. Salgado PC, Yasuda CL, Cendes F. Neuroimaging changes in mesial temporal lobe epilepsy are magnified in the presence of depression. *Epilepsy Behav*. 2010;19:422-7.
35. Assem-Hilger E, Lanzenberger R, Savli M, Wadsak W, Mitterhauser M, Mien LK, et al. Central serotonin 1A receptor binding in temporal lobe epilepsy: a [carbonyl-11C]WAY-100635 PET study. *Epilepsy Behav*. 2010;19:467-73.
36. Lothe A, Didelot A, Hammers A, Costes N, Saoud M, Gilliam F, et al. Comorbidity between temporal lobe epilepsy and depression: a [18F]MPPF PET study. *Brain*. 2008;131:2765-82.
37. Van Elst LT, Groffmann M, Ebert D, Schulze-Bonhage A. Amygdala volume loss in patients with dysphoric disorder of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2009;16:105-12.
38. Kanner AM. Depression and epilepsy: a review of multiple facets of their close relation. *Neurol Clin*. 2009;27:865-80.
39. Seethalakshmi R, Krishnamoorthy ES. Depression in epilepsy: phenomenology, diagnosis and management. *Epilept Disord*. 2007;9:1-10.
40. Blanchet P, Frommer GP. Mood change preceding epileptic seizures. *J Nerv Ment Dis*. 1986;174:471-6.
41. Seethalakshmi R, Krishnamoorthy ES. Depression in epilepsy: phenomenology, diagnosis and management. *Epilept Disord*. 2007;9:1-10.
42. Park S. Depression and anxiety in people with epilepsy: Why should we identify? *J Epileptol*. 2016;24:57-62.
43. Kanner AM, Soto A, Gross-Kanner H. Prevalence and clinical characteristics of postictal psychiatric symptoms in partial epilepsy. *Neurology*. 2004;62:708-13.
44. Mendez MF, Cummings JL, Benson DF. Depression in epilepsy: significance and phenomenology. *Arch Neurol*. 1986;43:766-70.

45. Kanner AM, Kozac AM, Frey M. The use of sertraline in patients with epilepsy: is it safe? *Epilepsy Behav.* 2000;1:100-5.
- 45b. Kanner AM. Epilepsy and mood disorders. *Epilepsia.* 2007;48 Suppl 9:20-2.
46. Suda T, Tatsuzawa Y, Mogi T, Yoshino A. Interictal dysphoric disorder in patients with localization-related epilepsy: diagnostic relationships with DSM-IV psychiatric disorders and the impact of psychosocial burden. *Epilepsy Behav.* 2016;54:142-7.
47. Amri M, Hansen CP. The interictal dysphoric disorder in patients with epilepsy: a doubtful disorder lacking diagnostic tolos. *Seizure.* 2015;24:70-6.
48. Katz R. Briefing document for the July 10, 2008 Advisory Committee to discuss antiepileptic drugs (AEDs) and suicidality. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration; 2008.
49. Hesdorffer DC, Kanner AM. The FDA alert on suicidality and antiepileptic drugs: fire or false alarm? *Epilepsia.* 2009;50:978-86.
50. Hesdorffer DC, Berg AT, Kanner AM. An update on antiepileptic drugs and suicide: do we know any more now? *Epilepsy Curr.* 2010;10:137-45.
51. Olesen JB, Hansen PR, Erdal J, Abildstrom SZ, Weeke PE, Fosbol EL, et al. Antiepileptic drugs and risk of suicide: a nationwide study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19:518-24.
52. Paterno E, Bohn RL, Wahl PM, Avorn J, Patrick AR, Liu J, et al. Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. *JAMA.* 2010;303:1401-9.
53. Blaszczyk B, Czuczwar S. Epilepsy coexisting with depression. *Pharmacol Rep.* 2016;68:1084-92.
54. Rayner G, Wilson SJ. Psychiatric care in epilepsy surgery: who needs it? *Epilepsy Curr.* 2012;12:46-50.
55. Wrench J, Wilson SJ, Blandin PF. Mood disturbance before and after seizure surgery: a comparison of temporal and extratemporal resections. *Epilepsia.* 2004;45:534-43.
56. Becker C, Bouvier E, Ghestem A, Siyoucef S, Claverie D, Camus F, et al. Predicting and treating stress-induced vulnerability to epilepsy and depression. *Ann Neurol.* 2015;78:128-36.
57. Friedman DE, Gilliam FG. Seizure-related injuries are underreported in pharmaco-resistant localization-related epilepsy. *Epilepsia.* 2010;51:43-7.
58. Hamelin S, Kahane P, Vercueil L. Fatigue in epilepsy: a prospective inter-ictal and post-ictal survey. *Epilepsy Res.* 2010;91:153-60.
59. Thompson AW, Miller JW, Katon W, Chaytor N, Ciecchanowski P. Sociodemographic and clinical factors associated with depression in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2009;14:655-60.
60. Lee SA, Lee SM, No YJ. Factors contributing to depression in patients with epilepsy. *Epilepsia.* 2010;51:1305-8.
61. Kwan P, Yu E, Leung H, Leon T, Mychaskiw MA. Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality-of-life ratings in adults with epilepsy. *Epilepsia.* 2009;50:1059-66.
62. Winkler AS, Mayer M, Schnaitmann S, Ombay M, Mathias B, Schmutzhard E, et al. Belief systems of epilepsy and attitudes toward people living with epilepsy in a rural community of northern Tanzania. *Epilepsy Behav.* 2010;19:596-601.
63. Mecarelli O, Capovilla G, Romeo A, Rubboli G, Tinuper P, Beghi E. Past and present public knowledge and attitudes toward epilepsy in Italy. *Epilepsy Behav.* 2010;18:110-5.
64. Hoppe C, Elger CE. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. *Nat Rev Neurol.* 2011;7:462-72.
65. Hesdorffer DC, Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol.* 2012;72:184-91.
66. Tao K, Wang X. The comorbidity of epilepsy and depression: diagnosis and treatment. *Expert Rev Neurother.* 2016;16:1321-33.
67. Agrawal N, Bird JS, Oertzen V, Cock H, Mitchell A, Mula M. Depression correlates with quality of life in people with epilepsy independent of the measures used. *Epilepsy Behav.* 2016;62:246-50.
68. Hermann BP, Trenerry MR, Colligan RC. Learned helplessness, attributional style, and depression in epilepsy. *Epilepsia.* 1996;37:680-6.
69. Hermann BP, Trenerry MR, Colligan RC. Learned helplessness, attributional style, and depression in epilepsy. *Bozeman Epilepsy Surgery Consortium. Epilepsia.* 1986;37: 680-6.
70. Asadi-Pooya AA, Schilling CA, Glosser D, Tracy JI, Sperling MR. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy Behav.* 2007;11:347-50.
71. Alloy LB, Peterson C, Abramson LY, Seligman MEP. Attributional style and the generality of learned helplessness. *J Pers Soc Psychol.* 1984;46:681-7.
72. Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends Neurosci.* 2008;31:464-8.
73. Mazarati AM, Shin D, Kwon YS, Bragin A, Pineda E, Tio D, et al. Elevated plasma corticosterone level and depressive behavior in experimental temporal lobe epilepsy. *Neurobiol.* 2009;34:457-61.
74. Cameron HA, Woolley CS, Gould E. Adrenal steroid receptor immunoreactivity in cells born in the adult rat dentate gyrus. *Brain Res.* 1993;611:342-6.
75. Hall CB, Lipton RB, Tenne H, Haut SR. Early follow-up data from seizure diaries can be used to predict subsequent seizures in same cohort by borrowing strength across participants. *Epilepsy Behav.* 2009;14:472-5.
76. Joëls M. Stress the hippocampus and epilepsy. *Epilepsia.* 2009;50:586-97.
77. Bilevicius E, Yasuda CL, Silva MS, Guerreiro CA, Lopes-Cendes I, Cendes F. Antiepileptic drug response in temporal lobe epilepsy: a clinical and MRI morphometry study. *Neurology.* 2010;75:1695-701.
78. Hesdorffer DC, Lúdvigsson P, Hauser WA, Olafsson E, Kjartansson O. Co-occurrence of major depression or suicide attempt with migraine with aura and risk for unprovoked seizure. *Epilepsy Res.* 2007;75:220-3.
79. Danzer SC. Depresión, stress, epilepsy and adult neurogenesis. *Exper Neurol.* 2012;233:22-32.
80. Mula M, Monaco F. Antiepileptic drugs and psychopathology of epilepsy: an update. *Epilept Disord.* 2009;11:1-9.
81. Piedad J, Rickards H, Besag FM, Cavanna AE. Beneficial and adverse effects of antiepileptic drugs in patients with epilepsy: a summary of prevalence, underlying mechanisms and data limitations. *CNS Drugs.* 2012;26:319-35.
82. Brent DA, Crumrine PK, Varma R, Brown RV, Allan MJ. Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy: a naturalistic follow-up. *Pediatrics.* 1990;85:1086-91.
83. Lopez-Gomez M, Ramirez-Bermúdez J, Campilo C, Sosa AL, Espinola M, Ruíz I. Primidone is associated with interictal depression in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005;6:413-6.
84. Helmstaedter C, Fritz N, Kockelmann E, Kosanetzky N, Elger C. Positive and negative psychotropic effects of levetiracetam. *Epilepsy Behav.* 2008;13:535-41.
85. Mula M, Trimble MR, Yuen A, Liu RS, Sander JW. Psychiatric adverse events during levetiracetam therapy. *Neurology.* 2003;61:704-6.
86. Fakhoury TA, Miller JM, Hammer AE, Vuong A. Effects of lamotrigine on mood in older adults with epilepsy and co-morbid depressive symptoms: an open-label, multicentre, prospective study. *Drugs Aging.* 2008;25:955-62.

87. Labiner DM, Ettinger AB, Fakhoury TA, Chung SS, Shneker B, Tatum WO, et al. Effects of lamotrigine compared with levetiracetam on anger, hostility, and total mood in patients with partial epilepsy. *Epilepsia*. 2009;50:434-42.
88. Mula M, Hesdorffer DC, Trimble M, Sander JW. The role of titration schedule of topiramate for the development of depression in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 2009;50:1072-6.
89. Kanner AM. The treatment of depressive disorders in epilepsy: What all neurologists should know. *Epilepsia*. 2013;54:3-12.
90. Mula M. The pharmacological management of psychiatric comorbidities in patients with epilepsy. *Pharmacol Res*. 2013;54:3-12.
91. Kanner AM, Kozak AM, Frey M. The use of sertraline in patients with epilepsy: is it safe? *Epilepsy Behav*. 2000;1:100-5.
92. Hovorka J, Herman E, Nemcová I. Treatment of interictal depression with citalopram in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 200;1:444-447.
93. Kühn KU, Quednow BB, Thiel M, Falkai P, Maier W, Elger CE. Antidepressive treatment in patients with temporal lobe epilepsy and major depression: a prospective study with three different antidepressants. *Epilepsy Behav*. 2003;4:674-9.
94. Singh T, Goel RK. Evidence in support of using a neurochemistry approach to identify therapy for both epilepsy and associated depression. *Epilepsy Behav*. 2016;16:248-57.
95. Banach M, Popławska M, Błaszczyc B, Borowicz KK, Czuczwar SJ. Pharmacokinetic/pharmacodynamic considerations for epilepsy-depression comorbidities. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1080/17425255.2016.1198319>.



Case Report

Deep-brain stimulation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Clinical and molecular neuroimaging correlation[☆]



Nelcy Oñate-Cadena^a, Marcela Cisneros-Otero^a, Ángel Alberto Ruiz-Chow^a, Alfonso Arellano-Reynoso^b, Luis Fabian Kobayashi-Romero^c, Rodrigo Pérez-Esparza^{a,c,*}

^a Departamento de Neuropsiquiatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Tlalpan, Ciudad de México, México

^b Departamento de Neurocirugía, Programa de Neurocirugía Funcional, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Tlalpan, Ciudad de México, México

^c Laboratorio de Investigación en Adicciones, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Tlalpan, Ciudad de México, México

ARTICLE INFO

Article history:

Received 30 January 2018

Accepted 28 May 2018

Available online 9 July 2018

Keywords:

Obsessive-compulsive disorder

Deep-brain stimulation

Treatment-resistant

Molecular imaging

ABSTRACT

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is defined by the presence of obsessions and compulsions that cause marked anxiety or distress and has been associated with a disruption in cortico-striato-thalamo-cortical circuitry. After treatment, around 50% of patients continue to experience incapacitating symptoms. Deep-brain stimulation has been shown to be an effective therapeutic alternative to regular treatment.

Methods: Case report.

Case presentation: A 54-year-old woman with a diagnosis of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder was treated with deep-brain stimulation of the anterior limb of the internal capsule. Molecular imaging before and after the procedure was obtained and correlated with clinical features.

Conclusions: Deep-brain stimulation may be a therapeutic alternative to regular care in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder and can be correlated to functional changes in suspected anatomical structures.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

[☆] This case report was presented in the medical reunion “X Jornadas de Médicos Residentes de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad”, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, November 15, 16 and 17.

* Corresponding author.

E-mail address: dr.rodrigope@gmail.com (R. Pérez-Esparza).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.05.002>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Estimulación cerebral profunda en el trastorno obsesivo compulsivo resistente a tratamiento: correlato clínico y de neuroimagen molecular

R E S U M E N

Palabras clave:

Trastorno obsesivo-compulsivo
Estimulación cerebral profunda
Resistente a tratamiento
Imagen molecular

Introducción: El trastorno obsesivo-compulsivo se define por la presencia de obsesiones y compulsiones que ocasionan ansiedad y malestar marcados, y se ha asociado con una alteración en los circuitos cortico-estriado-tálamo-corticales. Tras tratamiento, alrededor de la mitad de los pacientes permanecen con síntomas discapacitantes. La estimulación cerebral profunda ha mostrado ser una alternativa efectiva al tratamiento usual.

Métodos: Reporte de caso.

Presentación del caso: Una mujer de 54 años con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo resistente a tratamiento fue tratada con estimulación cerebral profunda del brazo anterior de la cápsula interna. Se obtuvieron imágenes moleculares antes y después de la intervención y fueron correlacionadas con el cuadro clínico.

Conclusiones: La estimulación magnética profunda puede ser una alternativa terapéutica al tratamiento usual en el trastorno obsesivo compulsivo resistente a tratamiento, y puede correlacionarse con cambios funcionales en estructuras anatómicas de sospecha.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a frequent neuropsychiatric disorder defined by the presence of recurrent and intrusive thoughts, urges, or images that may cause marked anxiety or distress (obsessions), as well as repetitive behaviors or mental acts in response to the obsessions in order to reduce the anxiety produced (compulsions).¹ First-line treatment options include the use of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), clomipramine, cognitive and exposure-response prevention therapy.² However, even after pharmacological and psychological treatment, around 40-60% of the patients have persisting and incapacitating symptoms.² The pathophysiology of OCD has been linked to the disruption of cortico-striato-thalamo-cortical (CSTC) loop circuitry, specifically observing hypermetabolism in the orbitofrontal cortex (OFC), anterior cingulate cortex (ACC), and caudate; findings related to the severity and degree of response to treatment.^{3,4} Deep-brain stimulation (DBS), initially used as treatment for movement disorders,⁵ represents a therapeutic alternative to patients with treatment-resistant OCD, with a response rate ranging from 10-67% in blind studies.³

We present the case of a woman with treatment-resistant OCD treated with DBS presenting response after the intervention which correlates with changes in the metabolism of CSTC circuitry as demonstrated by 18-fluorodesoxyglucose positron-emission tomography (¹⁸FDG-PET) before and after surgery. Written informed consent was obtained prior to submission of this report.

Case presentation

A 54-year-old woman was referred to the National Institute of Neurology and Neurosurgery (NINN) in Mexico City with a diagnosis of treatment-resistant OCD. She had a family

history of Steinert myotonic dystrophy syndrome in 3 direct family members, and generalized anxiety disorder. She also had a personal history of hypothyroidism which was correctly treated upon arrival.

She was described by her family as an extremely orderly and perfectionist child, with an extensive vocabulary and detailed conversations, presenting with worries regarding her personal hygiene. When she was 10-years-old, she began exhibiting repetitive behaviors such as jumping in the same place 3 times in a row and counting her steps. These behaviors caused mild distress to the patient when not performed correctly or in a repetitive manner, but did not interfere in her studies and daily activities. Later, she manifested repetitive and intrusive symmetry/order thoughts that evoked anxiety if not followed by constant arranging of her bedroom in a specific pattern. When she turned 15, new obsessions related to contamination appeared, provoking cleaning and self-hygiene compulsions which caused secondary dermatitis and interfered with her activities. At this age, she first consulted a psychiatrist, receiving unspecified pharmacological treatments with null response during the next 4 decades. New obsessions appeared progressively, including catastrophic images, aggressive and violent urges, and she began exhibiting hoarding, storing her deceased brothers' clothing and different types of waste. By her mid-40's, she dedicated her entire time to her obsessions and compulsions and began exhibiting irritability and violent behavior towards her mother and domestic employees when they did not follow her specific routines. Multiple mental-health professionals were consulted, and she received distinct types of treatment, reaching maximum doses and during adequate periods of time (4 selective serotonin reuptake inhibitors, 1 tricyclic antidepressant, 4 augmenting antipsychotics, 2 antiepileptic treatments, and multiple benzodiazepines). Due to non-response, she was referred to our facilities for further evaluation and therapeutic approach.

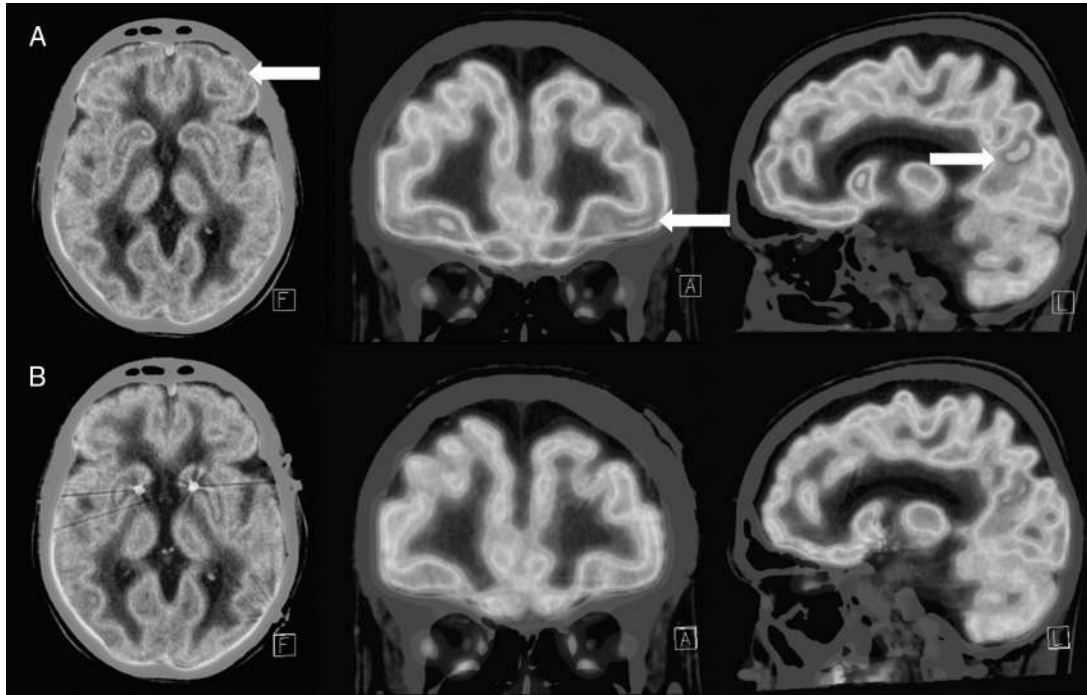


Figure 1 – 18FDG-PET study showing: (A) hypermetabolism in the orbitofrontal cortex, prefrontal dorsolateral cortex, and posterior cingulate cortex (white arrows), and (B) normalization of the metabolism in the same anatomical sites.

Table 1 – Deep-brain Stimulation Parameters and Clinical Correlation.

Evaluation	Target	Voltage (V)	Current (mA)	Impedance (Ω)	YBOCS score	Neuropsychiatric evaluation	
1	LE and RE	NA	1.5	1.439	1058	40	pcNo change after initial assessment New-onset anxious and depressive symptoms Hypomanic symptoms
2	LE	NA	2.0	2.054	982	40	
	RE	NA	2.0	2.197	911		
3	LE	ALIC	4.5	4.095	1098	NA	Remission of anxious, hypomanic, and depressive symptoms No change in OCD symptoms
	RE	ALIC	4.0	4.499	886		
4	LE	ALIC	4.0	3.689	1087	30	Absence of anxious and depressive symptoms Improvement in OCD symptoms
	RE	ALIC	4.0	4.580	870		

ALIC: anterior limb of the internal capsule; LE: left electrode; NA: nucleus accumbens; OCD: obsessive-compulsive disorder; RE: right electrode; YBOCS: Yale-Brown obsessive compulsive scale.

Upon arrival, neuropsychiatric evaluation was limited due to the presence of constant ordering compulsions and productive speech regarding her order and contamination obsessions, but remained insightful. At the time, she was receiving 200 mg of sertraline, 2 mg of risperidone, 15 mg of mirtazapine, 7 mg of clonazepam, and 0.05 mg of clonidine. An initial Yale-Brown obsessive-compulsive scale (YBOCS) score of 40 was calculated. After reviewing her medical history and response to earlier treatments, her case was deliberated by the Psychosurgery Committee of the NINN, and she was offered DBS as a therapeutic alternative for treatment-resistant OCD, which she accepted. As part of her diagnostic and therapeutic-oriented work-up, an ¹⁸FDG-PET was obtained, showing marked hypermetabolism in the OFC, prefrontal dorsolateral cortex, and posterior cingulate cortex (figure A). Bilateral DBS (Medtronic® 3391) was installed with an inhibitory frequency in the nucleus accumbens (NA)

bilaterally. During transurgical stimulation, she presented laughter and an inappropriate affect, which remitted after adjusting the stimulator parameters.

A month after DBS was installed, she was re-evaluated by our team. She presented no response in OCD symptoms, and instead, had developed distressing anxiety and depressive symptoms that elicited violent behavior towards her family members. DBS parameters were adjusted monthly with little response and presenting with a hyper-productive speech (table). Due to non-response and new-onset anxious and depressive symptoms, she was admitted to the Neuropsychiatry Department for further evaluation. After new deliberation by the Psychosurgery Committee, the DBS site was changed to the anterior limb of the internal capsule, bilaterally, and parameters were modified. During the first week, this change was followed by a normalization of her speech, disappearance of depressive symptoms, and improvement in anxiety, with no

improvement in OCD symptoms. After a month, response was observed in OCD symptomatology, with a YBOCS score of 30 (25% change). She no longer presented violent behavior nor depression, and her obsessions and compulsions diminished drastically, being able to perform some of her daily chores. A new ^{18}F FDG-PET was obtained, showing a normalization of the metabolism in the anatomical sites that showed disruption in the first study (figure B).

Discussion

Response-rates for DBS in OCD vary according to the therapeutic target (NA: 10-56%; internal capsule: 50%); with a change in YBOCS scores of 6.8-17.5 after 12 to 21-month follow-up.³ Due to initial non-response and appearance of neuropsychiatric side-effects after stimulation in the NA, the target was changed to the anterior limb of the internal capsule as proven beneficial in earlier studies.⁶ Our patient presented initial improvement in depressive and anxious symptoms (during the first days of the last DBS adjustment), as reported previously.⁷ However, OCD symptoms may have a later response.⁷ Hypermetabolism in CSTC circuitry (specifically OFC, ACC, and caudate) have been associated with clinical changes and response to DBS, finding that was replicated in the present case.³ Interestingly, a euphoric response to site stimulation may predict a better response in OCD symptoms as rated by the YBOCS,⁸ which could be illustrated by this report. Side effects include transient hypomanic states and disinhibition as reported previously,⁹ which we found as an increase in speech production and goal-oriented activity in our patient. Although a 25% reduction in OCD was observed in our patient after 1-month follow-up, increasing response rates may be found after longer observation.^{7,9}

Conclusions

The use of DBS represents potential advantages over ablative procedures such as capsulotomy and cingulotomy (such as less complications⁹), which could be related to neurogenesis, modification of astrocyte activity, increase in cerebral regional flow, and electrotaxis, resulting in neuromodulation.⁷ DBS may be a therapeutic alternative to regular care in treatment-resistant OCD and can be correlated to functional changes in suspected disrupted anatomical structures, although continuous pharmacological treatment is recommended.

Conflict of interests

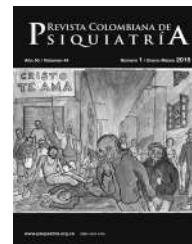
Rodrigo Pérez Esparza has served as a speaker for Johnson & Johnson. The rest of the authors declare no conflicts of interest, including any financial, personal, or other relationship with people or organizations that could influence inappropriately the current report.

Acknowledgements

We would like to acknowledge the PET/CT Molecular Imaging Unit of the NINN for their support in acquiring the images presented and their interpretation.

REFERENCES

1. Obsessive-compulsive and related disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Hirschtritt ME, Bloch MH, Mathews CA. Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *JAMA*. 2017;317:1358-67.
3. Fitzgerald PB, Segrave RA. Deep brain stimulation in mental health: Review of evidence for clinical efficacy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49:979-93.
4. McGovern RA, Sheth SA. Role of the dorsal anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder: converging evidence from cognitive neuroscience and psychiatric neurosurgery. *J Neurosurg*. 2017;126:132-47.
5. Barrett K. Psychiatric neurosurgery in the 21st Century: overview and the growth of deep brain stimulation. *Br J Psych Bull*. 2017;41:281-6.
6. Nuttin B, Cosyns P, Demeulemeester H, Gybels J, Meyerson B. Electrical stimulation in anterior limbs of internal capsules in patients with obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 1999;354:1526.
7. Ashkan K, Rogers P, Bergman H, Ughratdar I. Insights into the mechanisms of deep brain stimulation. *Nat Rev Neurol*. 2017;13:548-54.
8. Tsai HC, Chang CH, Pan JI, et al. Acute stimulation effect of the ventral capsule/ventral striatum in patients with refractory obsessive-compulsive disorder — a double-blinded trial. *Neuropsych Dis Treat*. 2014;10:63-9.
9. Alonso P, Cuadras D, Gabriels L, et al. Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and predictors of response. *PloS One*. 2015;10:e0133591.



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 Editorial Manager (EM), en la dirección: <https://www.editorialmanager.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 EM. 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 EM.

Consulte las instrucciones generales de uso del EM 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/ictrp/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 intoxicacao ocupacional pelo mercúrio metálico: relato de un 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.