



SALME

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

Trastornos
mentales
SEVEROS
Y PERSISTENTES



SECRETARÍA DE
SALUD

Jornadas
estatales
SALME

Obra plástica
DE SERGIO GARVAL

ENERO-ABRIL 2009
2

Campaña Estatal Contra la Depresión

Darle color a la vida ...

¡ es posible !

La depresión es una enfermedad que altera nuestro estado de ánimo, nos hace sentir tristes la mayor parte del tiempo y no nos permite funcionar de manera adecuada.

La sensación de fatiga, soledad, enojo constante y la visión gris que se tiene de las cosas es curable.

¡dale color a tu vida y atiendete!

SERVICIO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

075

01800 227 4747



P R Ó L O G O

La historia de la psiquiatría ha corrido paralela a la presencia de patologías que implican grandes retos clínicos; en un principio nuestro gran dilema era delimitar la psicosis de otros padecimientos, y es este grupo de patologías las que le dieron nacimiento, estructura y definición a nuestro quehacer.

Muchos son los momentos históricos en la psiquiatría que han generado un cambio en el paradigma del conocimiento: Pinel y la liberación de los enfermos mentales, y el más importante desde mi punto de vista: la caracterización de la Esquizofrenia como un trastorno separado de las demás psicosis.

Fue la esquizofrenia primero, el gran reto clínico, después el reto terapéutico, pero, con la aparición de los antipsicóticos, este reto dejó su lugar a la rehabilitación como un proceso terapéutico encaminado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Por todas las razones argumentadas dedicamos el presente número a revisar el panorama del trastorno mental severo y persistente como una acepción más global desde el punto de vista de la rehabilitación, en donde están incluidas un gran número de patologías crónicas como la esquizofrenia.

En este ejemplar encontrarán un panorama amplio que abarca desde la definición del trastorno mental severo y persistente, pasando por la génesis de los delirios, la estigmatización que tienen las personas con el padecimiento, sin olvidar los temas neurobiológicos y la terapéutica farmacológica de los trastornos.

En resumen encontrarán nuestro número muy interesante y global, esperando que sea de su agrado.

Dr. Daniel Ojeda Torres
**Director del Instituto Jalisciense
de Salud Mental**



SECRETARÍA DE
SALUD
JALISCO

Lic. Emilio González Márquez

**GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO**

Dr. Alfonso Gutiérrez Carranza

SECRETARIO DE SALUD

Ing. Guillermo A. Orellana Alonso

DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

Dr. Arturo Múzquiz Peña

DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN

Dr. Miguel Ángel Néñez Molina

DIRECTOR DE REGIONES

SANITARIAS Y HOSPITALES

Dr. Juan Carlos Olivares Gálvez

DIRECTOR GENERAL DE REGULACIÓN SANITARIA

Dra. Elizabeth Ulloa Robles

DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

Lic. Fidel Ortega Robles

DIRECTOR DE ASUNTOS JURÍDICOS

L.C.P. María Antonia Rodríguez Guerrero

DIRECTOR DE CONTRALORÍA

Lic. Paola Lizarraga Salas

DIRECTORA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

**DIRECTORIO DEL INSTITUTO JALISCIENSE
DE SALUD MENTAL**



DR. DANIEL OJEDA TORRES

*Director del Instituto Jalisciense
de Salud Mental*

DR. EDUARDO MADRIGAL DE LEÓN

Subdirector de Desarrollo Institucional

DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA

Director CAISAME Estancia Prolongada

DR. EDUARDO VALLE OCHOA

Director CAISAME Estancia Breve

DR. RAFAEL MEDINA DÁVALOS

Editor

COMITÉ CIENTÍFICO

DR. EDUARDO ÁNGEL MADRIGAL DE LEÓN

DR. EDUARDO VALLE OCHOA

DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA

COMITÉ EDITORIAL

DR. DANIEL OJEDA TORRES

DR. CÉSAR GONZÁLEZ GONZÁLEZ

DR. GUILLERMO GONZÁLEZ MÉNDEZ

DR. ALEJANDRO VARGAS SOTELO

DISEÑO EDITORIAL

D3TallerEDITORIAL/ANTONIO MARTS

antoniomarts@gmail.com

CORRECCIÓN

c&fediciones



contenido

1 Prólogo

3 Dossier: trastorno mental severo

Definición y consideraciones

DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA

6 Estigma y trastornos mentales severos y persistentes.

DRA. SAMANTHA FLORES REYNOSO

10 Psicopatología de los delirios

DR. JAIME QUEZADA CARDIEL

22 Alteraciones cognoscitivas en la esquizofrenia

DR. CÉSAR GONZÁLEZ GONZÁLEZ

DR. EDUARDO ÁNGEL MADRIGAL DE LEÓN

DR. BERTHA LIDIA NUÑO-GUTIÉRREZ

26 Elección y cambio de antipsicóticos.

Prácticas basadas en la evidencia científica.

DR. FRANCISCO PÁEZ AGRAZ

31 Terapia Cognitiva para el tratamiento

de alucinaciones y delirios: supuestos centrales

y propuesta para su implementación

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA

34 Investigación Salme

46 Informativa

Avances en salud 2008

49 Arte

61 Sergio Garval: Exquisitos pepenadores

Cuento: *El vengador enmascarado*

Heliel Nuñez Martínez

Trastorno mental severo

DEFINICIÓN Y CONSIDERACIONES

DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA.

El término de enfermo mental crónico se entiende hoy en día como un constructo que define un extenso grupo de personas, que sufren de una enfermedad mental grave de larga duración. Para categorizar a estos pacientes se ha enfatizado unas veces el tipo de síntomas con que cursa la enfermedad, otras, la evolución que presentan y otras la edad o la duración del trastorno.

3

El cuidado y la atención de las personas con enfermedad mental crónica representa un reto a la capacidad y los recursos de los profesionales y las instituciones de la salud mental (Peszke, 1989). Como en salud mental la palabra *cronicidad* tiene claras connotaciones negativas y estigmatizantes, más recientemente la literatura especializada utiliza el término de **trastorno mental severo (TMS)** para referirse a los trastornos mentales graves, de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad (Gisbert, 2002).

Definir la enfermedad mental crónica, y a las personas que las padecen, es una tarea elusiva, en ocasiones controversial y no exenta de riesgos (Faulkner, 1989). No obstante, en el curso de las tres últimas décadas existe una rica historia de definiciones en torno a la enfermedad mental severa (Bachrach, 1988). La desinstitucionalización y el auge posterior de la psiquiatría comunitaria crearon la necesidad de redefinir esta población. Sin embargo, hasta el momento no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMS y que puedan ser utilizados para determinar su prevalencia y planificar y proporcionar los servicios adecuados (Gisbert, 2002).

Por lo tanto, existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y apoyo comunitario, ya que los trastornos mentales severos, por su gravedad, por su tendencia a la larga evolución y por ser origen de gran número de discapacidades, se constituyen en el mejor auxilio para evaluar si una red de servicios de salud mental ha desarrollado la cobertura necesaria y si opera con la calidad mínima requerida (Molina Leza, 2004).

VÍCTOR HUGO
RAMÍREZ SIORDIA.
Médico psiquiatra,
Director del
CAISAME Estancia
Prolongada.
Profesor adjunto de
psiquiatría, Instituto
Jalisciense
de Salud Mental.

Una de las definiciones más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la definición que incluye el diagnóstico, la duración de la enfermedad y la presencia de discapacidad

Una amplia revisión de la literatura (Schinnar, 1990), encontró hasta 17 definiciones de trastorno mental severo utilizadas en EEUU entre 1972 y 1987, que aplicadas a una población de pacientes de un centro comunitario ofrecían una prevalencia del 4% al 88% en función de que definición se aplicara. Otro estudio realizado en el Reino Unido (Slade, 1996) también demostró una baja consistencia al momento de aplicar criterios prácticos de definición de trastorno mental severo.

Del enfoque sobre el cuidado institucional como elemento crítico para definir la enfermedad mental crónica una de las definiciones más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la definición que incluye el diagnóstico, la duración de la enfermedad y la presencia de discapacidad (Lamb, 1988; Schinnar, 1990). A pesar de utilizar estos criterios, pueden obtenerse grandes diferencias en función del grado de restricción con que se apliquen o a la metodología utilizada para su identificación (Gisbert, 2002).

Diagnóstico

Forma la base para definir la población en riesgo. Incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica) como las esquizofrenias; los trastornos del humor como la depresión y el trastorno bipolar (Schinnar, 1990; Gisbert, 2002). Algunos autores sugieren que las psicosis orgánicas, el abuso de sustancias y el retraso mental deberían ser también incluidos (Test y Stein, 1978). La inclusión de los trastornos de la personalidad en el grupo de trastornos mentales severos es objeto de discusión. Por un lado está la dificultad de su diagnóstico, la variabilidad del curso y pronóstico; pero por otro, sabemos que algunos de estos trastornos cursan con psicosis y graves trastornos de

conducta. Debido a ello estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental, reuniendo condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de trastornos mentales severos (Gisbert, 2002).

Duración

Debido a las diferencias entre los autores respecto a la medida apropiada de tiempo o frecuencia de utilización de los servicios, que constituyen la persistencia del trastorno, la duración de la enfermedad es el más problemático de los criterios.

Algunos autores (Gisbert, 2002) utilizan como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo. Para otros (Schinnar, 2002), el criterio de duración debe reflejar la persistencia de la discapacidad y no sólo la duración de la enfermedad o el tiempo de tratamiento y describen el trastorno mental severo por la historia de dos o más años de hospitalizaciones psiquiátricas o tratamiento ambulatorio, acompañado siempre de discapacidad como consecuencia primaria del trastorno mental.

Discapacidad

Identificada como criterio de trastorno mental severo, deberá ser de una severidad tal que interfiera significativamente con el rol de funcionamiento (Goldman, 1981). Existe acuerdo entre diversos autores sobre el grupo relevante de categorías de discapacidad a considerar y que más de una deberá estar presente (Schinnar, 1990). Hay, sin embargo considerable ambigüedad acerca de las combinaciones apropiadas de categorías y su importancia relativa. Originalmente la discapacidad se determinó por la presencia de al menos 3 de 5 criterios que especificaba el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH, 1987); conducta

Identificada como criterio de trastorno mental severo, deberá ser de una severidad tal que interfiera significativamente con el rol de funcionamiento

que demanda intervención por el sistema de salud mental; leve deterioro en actividades de la vida diaria y necesidades básicas; moderado deterioro en el funcionamiento laboral y social y en actividades no relacionadas con el trabajo. Posteriormente se sustituyeron por la existencia de una disfunción del funcionamiento global medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA 1987), utilizando como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos, o el de moderado (inferior a 50) que indica importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social (Gisbert, 2002).

Conclusiones

No obstante las diferencias aún existentes en el curso de las tres décadas pasadas el concepto y la definición del trastorno mental severo han alcanzado un mayor consenso y validación. La desinstitucionalización y el auge posterior de la psiquiatría comunitaria crean la necesidad de redefinir esta población. Del enfoque en el cuidado institucional como elemento crítico para la definición de la enfermedad mental severa, a una mayor claridad conceptual con criterios como el diagnóstico psiquiátrico, duración de la enfermedad y discapacidad funcional.

Por su gravedad, su tendencia a la larga evolución y por ser origen de gran número de discapacidades los trastornos mentales severos son el mejor auxilio para evaluar si una red de servicios de salud mental ha desarrollado la cobertura necesaria y si opera con la calidad mínima requerida. Existe ya un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar los programas de atención y apoyo comunitario, así como la creación y asignación de los recursos asistenciales indispensables.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Estastistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R, 1987.
- Bachrach L. Defining chronic mental illness. A concept paper. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 383-388.
- Faulkner H, et al. A basic residency curriculum concerning the chronically mentally ill. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1323-1327.
- Gisbert C. (Coord.) Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Cuadernos Técnicos. Madrid, 2002.
- Goldman H, Gattozi A, Taube C. Defining and countining the chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1981; 32: 21-27.
- Molina Leza J, et al. Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. Organización Panamericana de la Salud. México, 2004.
- National Institute Mental Health. Community Support Systems for Persons with Long Term Mental Illness, 1987.
- Peszke M. The chronically mentally ill, residency training, and psychiatry. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1249-1250.
- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisofi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 149-155.
- Schinnar A, et al. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1602-1608.
- Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 1996; 32: 177-184.
- Test M, Stein L. Community treatment of the chronic patient research overview. *Schizop Bull* 1978; 4: 350-364.

Estigma

y trastornos mentales severos y persistentes

DRA. SAMANTHA FLORES REYNOSO

Los griegos dieron origen al término “estigma” para referirse a signos corporales que exponían algo inusual y malo acerca del estatus moral de su portador¹⁵.

En sociología, el estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que a su portador se le vea como «culturalmente inaceptable» o inferior¹⁵.

6

En 1963, Irving Goffman lo caracterizó como un atributo social que cuenta con dos variantes principales:

- “Profundamente desacreditante” (cuando el atributo en cuestión es obvio para terceros) → estigma social;
- “Desacreditado” (cuando el atributo o condición no es obvio para terceros) → estigma internalizado⁹.

Arboleda-Flores y Sartorius lo describen en tres ejes dimensionales: a) Perspectivas (como es percibido), b) Identidades (grupo de pertenencia) Y c) Reacciones (estigmatizado y estigmatizador)¹.

Jones y cols.¹⁷ identificaron seis dimensiones de las condiciones estigmatizantes:

1. Visibilidad,
2. Curso o evolución de la marca que origina el estigma,
3. Interferencia en relaciones interpersonales,
4. Estética,
5. Origen y responsabilidad de la marca; y
6. Percepción de riesgo/peligrosidad.

La visibilidad y percepción de riesgo son las más relevantes.

Estigma de la enfermedad mental

Albrecht y cols.¹² han demostrado que “la enfermedad mental” es una de las condiciones mas rechazadas; en esta, algunos aspectos estigmatizantes principales son:

1. *Alteraciones corporales*: deformidades físicas¹⁵.
2. *Marcas de carácter individual*: voluntad débil, carácter dominante, poseer pasiones no naturales, creencias rígidas o peligrosas y deshonestidad¹⁵.

DRA. SAMANTHA FLORES REYNOSO
Médico psiquiatra egresada del Instituto Jalisciense de Salud Mental, actualmente realiza sub especialidad en el Instituto Nacional de Neuropsiquiatría.

A los pacientes con trastornos mentales se les ve como constitucionalmente débiles, peligrosos y responsables de su propia situación.

Estigma social

La idea de peligrosidad del paciente psiquiátrico²⁰ se presenta con mayor frecuencia contra quienes padecen esquizofrenia (7.29); de quienes solo el 3% se pueden categorizar como peligrosos a pesar de que el 77% de los que son representados en programas televisivos se presentan como tal¹⁷.

La población general tiene poco conocimiento acerca de la enfermedad mental y esto provoca estigmatización³⁰.

Algunas de las condiciones estigmatizantes de la enfermedad mental (síntomas positivos y negativos) que inicialmente describían el comportamiento visto en personas que padecen de esquizofrenia se han extendido al área de las enfermedades psicóticas en general. Los síntomas negativos, también se describen en otros trastornos mentales severos y persistentes (trastornos afectivos, trastornos por abuso de sustancias y enfermedad de Alzheimer)²².

Estigma internalizado

Depende de la naturaleza y severidad del trastorno, la respuesta del individuo a esta y su deseo de revelarlo a terceros⁹.

Los pacientes con trastornos mentales tienen una expectativa generalizada de que la mayoría de la gente los devaluará y discriminará¹⁸; una etiqueta de enfermedad mental da relevancia personal a las creencias del individuo acerca de cómo la mayoría de la gente responde ante los pacientes con trastornos mentales¹⁸.

Aunado a la etiqueta de enfermo mental, el paciente suele avergonzarse de tomar medicación; por creencia de no ser suficientemente fuerte para superar la enfermedad mental y por estigma de efectos secundarios de la medicación¹².

El estigma de la enfermedad mental se compone de tres aspectos principales: estereotipo, prejuicio y discriminación, que se detallan en la **Tabla 1**.

Desarrollo del estigma

Con intención de evitar amenazas al *self*, la percepción de esta amenaza tangible o simbó-

lica provoca una distorsión perceptual que amplifica las diferencias de grupo y se consolida al compartir con terceros dichas amenazas y percepciones¹.

La estigmatización representa un círculo vicioso tanto para el paciente como para sus familiares y los servicios de salud mental^{27,28}.

Paciente: Una marca (anormalidad visible) puede cargarse con contenidos negativos por asociación con conocimiento previo (prensa, películas, memorias); ésta se convierte en el estigma y lleva a discriminación con desventajas en términos de acceso a cuidados, pobres servicios de salud y baja autoestima que pueden llegar a provocar recaídas amplificando la marca estigmatizante^{5,27}.

Familia: Torrey describe tres fuentes principales de estigmatización contra los familiares de enfermos mentales.

1. Se ve al hogar familiar como un sitio habitado por una persona con características altamente ofensivas y potencialmente dañinas.
2. Se culpa y responsabiliza a los miembros de la familia de la enfermedad del paciente.
3. Vergüenza por asociación: la unidad familiar es vista como una extensión de la desviación del paciente.

La familia pierde autoestima y confianza en sí misma lo que dificulta los cuidados del enfermo y traduce emotividad expresada y riesgo de recaída para el paciente.^{3,27}

Servicios de salud: El paciente evita buscar ayuda psiquiátrica y debido a la no búsqueda de ayuda temprana, los pacientes con trastornos mentales son admitidos más tarde de manera involuntaria, con una enfermedad severa, por

Tabla 1. Componentes del estigma social e internalizado en pacientes con enfermedad mental.^{4,6,16,21,25,26}

Estigma	Componentes
Estigma social	<i>Estereotipo:</i> Peligrosidad, falta de voluntad, incompetencia. <i>Prejuicio:</i> Miedo, cólera <i>Discriminación:</i> Rechazo, negativa a emplear, alojar o ayudar.
Estigma internalizado	<i>Estereotipo:</i> Peligrosidad, falta de voluntad, incompetencia. <i>Prejuicio:</i> Baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza. <i>Discriminación:</i> Falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda.

lo que la unidad de psiquiatría o de urgencias es vista como área para pacientes problemáticos para quienes el tratamiento psiquiátrico puede hacer poco. El deterioro de la reputación del servicio lleva a reducción de fondos y dificultad para mantener un buen equipo de trabajo (buena calidad), con pobre desempeño del mismo, llevando así a estigmatización de los servicios psiquiátricos y retraso en el tratamiento, cerrando así el ciclo²⁷.

No a todos se les estigmatiza de la misma manera:

Estudios han demostrado que algunas características personales influyen en la extensión del rechazo social. A los hombres se les estigmatiza más fuertemente que a las mujeres; a más baja clase social, mayor posibilidad de que una persona con enfermedad mental sea excluida de la comunidad. El público rechaza el comportamiento disruptivo, especialmente si es violento. Una historia de hospitalización es más estigmatizante que una de tratamiento ambulatorio¹²; de igual manera el estigma en los trastornos mentales severos y persistentes suele ser mayor que el de los trastornos de breve evolución¹⁷.

Estigma en los trastornos mentales severos y persistentes:

El término trastornos mentales severos y persistentes (TMSP) se refiere a las enfermedades mentales graves (esquizofrenias, trastornos bipolares, trastornos depresivos graves, trastornos paranoicos y otras psicosis) y persistentes en el tiempo que propician un conjunto de problemáticas y necesidades que representan importantes dificultades en el funcionamiento psicosocial autónomo y en la integración social y laboral de quienes las padecen²⁴.

Prevalencia de los trastornos mentales severos y persistentes:

En EU, la prevalencia de los trastornos mentales severos y persistentes va de 2.6% a 5.4% en población general de edad igual o mayor a 18 años.¹¹ En Jalisco la prevalencia de esquizofrenia (uno de los principales TMSP) a lo largo de la vida, es de 1.4 para hombres y de 1.1 para mujeres.²

En SALME, CAISAME-EP se aplicó a 100 pacientes con TMSP la escala de estigma de King y cols en su versión en español (28 reactivos con un valor total de 0 a 112; a mayor puntuación mayor estigma) para evaluar el nivel de estigma internalizado que presentan y se encontró una media de 60.15 en la puntuación total (D.S. 17.17; rango de 25 a 107)¹³.

Trastornos mentales severos y persistentes y su complicación con el estigma:

En los TMSP se enfatizan las dificultades en el desempeño autónomo en comunidad, en la integración social, las capacidades funcionales cotidianas y su autosuficiencia económica¹⁰, que afectan su funcionamiento personal y social, incluyendo su capacidad para solicitar y/o colaborar en su propia atención¹⁹.

La persona con un trastorno de este tipo puede internalizar las reacciones de estigma resultando en depresión, incremento de ansiedad y decremento en el desempeño social, disminución en la auto-estima (8,23) y la adopción del secreto y asilamiento como estrategias de afrontamiento.¹²

El estigma interfiere así con la búsqueda y apego a tratamiento y con la habilidad del enfermo para reintegrarse a la comunidad y puede incrementar la probabilidad de recaídas mediante el incremento del estrés psicosocial.^{14,23}

Referencias:

1. Arboleda-Flores J, Sartorius N. *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions*. World Psychiatry organization. Wiley. England. 2008 pg 213.
2. Becerra B, González G, Páez F, Robles R: Prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida en Jalisco, México. Documento en prensa 2009.
3. Bhugra D: *Attitudes towards mental illness. A review of the literature*. Acta Psychiatr Scand 1989; 80:1-12.
4. Corrigan P, Back E A, Green A, Lickey S, Penn D: Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin* 2001; 27 (2): 219-225.
5. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel J, Campbell J: "Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness". *Psychiatric services* 2003; 54: 1105-1110.

6. Corrigan P, Watson A: Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1(1):16-20
7. Crisp A, Gelder M, Rix S, Meltzer H, Rowlands O: Stigmatization of people with mental illness. *The British Journal of psychiatry* 2000; 177: 4-7.
8. Depla M, De Graaf R, Van Weeghel J, Heeren TJ: The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 146-153.
9. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M: Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *British Journal of psychiatry* 2004; 184:176-181.
10. Escudero de Santacruz, Medina, Santacruz: Un bosquejo de personas mayores con trastorno mental de larga duración. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* 2008; 22 (2): 1132-1138.
11. Estimation methodology for adults with serious mental illness, substance abuse and mental health services administration. Department of health and human services, Federal Register 1999. USA.
12. Fink P, Tasman A: Stigma and mental illness. American Psychiatric press. Washington, D.C. 1992.
13. Flores S, Medina R, Robles R: Relación del estigma con la búsqueda y apego a un tratamiento psiquiátrico en una muestra de pacientes mexicanos con trastornos mentales severos y persistentes. Tesis de especialidad en psiquiatría. SALME, 2009:61
14. Gaebel W, Bauman AE: Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open doors program in Germany. *Can J. Psychiatry* 2003; 48:657-662.
15. Goffman I: Stigma, notes on the management of spoiled identity. Prentice Hall Englewood Cliffs, 1963; N.J. USA.
16. Gray A: Stigma in psychiatry. *Journal of the royal society of medicine* 2002; 95:72-76.
17. Heathertone T, Kleck R, Hebl M, Hull J: The social psychology of stigma. The Guilford press 2000. NY.
18. Hinshaw S: The mark of shame: stigma of mental illness and an agenda for change. Oxford University Press 1999. NY
19. Laviana-Cuetos M: La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología* 2006; 24(1-3): 345-373.
20. Link BG, Phelan Jo C, Bresnahan M, Pescosolido B: Public Conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89:1328-1333.
21. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A M, Aparicio A: La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008; 23(101):43-83, ISSN 0211-5735.
22. Muhlbauer S: Caregiver Perceptions and Needs Regarding Symptom Attenuation in Severe and Persistent Mental Illness. *Perspec in Psych Care* 2008; 44: 99-109.
23. Penn D, Martin J: The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly* 1998; 69 (3): 235-247.
24. Pla d'Atenció i integració Social de les persones amb malaltia mental 1999/2000. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Res es una publicació digital editada por la Asociación Estatal de Educación Social (ASEDES). ISSN 1698-9097.
25. Ritsher J, Otilingam P, Grajales M: Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research* 2003; 121: 31-49.
26. Rüş N, Angermeyer M, Corrigan P: Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* 2005; 20: 529-539.
27. Sartorius Norman, Schulze Hugh: Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the world psychiatry association. Cambridge university press. USA, 2005.
28. Sartorius N: Stigma and mental health. *The Lancet*. 2007; 370: 810.
29. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness: *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 183-190.
30. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J: Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of psychiatry* 1996; 168: 191-198.

Psicopatología de los delirios

DR. JAIME QUEZADA CARDIEL

Introducción

Las personas que sufren delirios presentan problemas familiares, laborales, sociales e incluso legales. Los delirios crónicos no son un problema de salud pública en virtud de ser infrecuentes (cálculos imprecisos señalan 150 paranoicos por 100,000 hab. en

comparación con 1% de esquizofrénicos) pero el impacto del delirio en el funcionamiento y calidad de vida es determinante y probablemente existan más casos. Si bien carecemos de estadísticas diferenciadas de estos delirios englobados en el concepto de TD, hoy sabemos que de 1% a 4% de ingresados en psiquiátricos sufren TD; que la media de edad en su aparición es de 40 años y que es más frecuente en mujeres. La mayoría de estos pacientes están casados, tiene un trabajo más o menos estable y existe cierta relación con la inmigración y el nivel económico-social bajo. Se encuentra en la mayoría de casos uno o varios factores precipitantes del medio ambiente familiar o social de significación personal. La prevalencia de esquizofrenia y psicosis afectivas en familiares de primer grado es más baja que la encontrada en familiares de esquizofrénicos, lo que fundamenta la hipótesis de que el TD no forma parte del *espectro esquizofrénico*. El delirio persecutorio es el subtipo más frecuente y en segundo lugar el de infidelidad. Varios autores (Munro, 1991; Ruden, 1988) señalan que el diagnóstico de TD es estable: menos del 25% de casos evolucionan a esquizofrenia y menos del 10% a psicosis bipolar o del humor.

Delimitación y concepto

En el concepto *delirio* hay dos acepciones generales: 1. Como resultado de un cambio transitorio de la conciencia y cual clásico ejemplo es el *delirium trémens* y 2. Como resultado de una transformación permanente de la personalidad y del significado parcial o general del mundo, cual ejemplo corresponde a la variedad de delirios crónicos. El psicopatólogo Cabaleiro Goas (1966) refiere que la *idea delirante* es el elemento unitario de todo delirio y la define como “un *error* patológico y persistente del pensar, producto de un juicio desviado e irreducible a los argumentos lógicos; juicio falso que se sostiene con intensa *convicción* y por lo mismo incorregible y difícil de influenciar”.

La interconexión de varias ideas delirantes hacen un delirio, definido por A. Vidal (1997) como “resultado de una profunda alteración de la personalidad que produce una pérdida

10

DR. JAIME

QUEZADA CARDIEL
Médico Psiquiatra
y Jefe de Servicios
Clínicos de Jornada
Acumulada en el
Instituto Jalisciense
de Salud Mental,
SALME.

Profesor Asociado
B en Instituto
Tecnológico de
Estudios Superiores
de Occidente,
ITESO.

Profesor de tiempo
variable en la
Universidad Marista
de Guadalajara,
UMG.

Psiquiatra Forense
en DIGPRES de
la Secretaría de
Seguridad de Jalisco
y perito honorario
del Supremo Tribunal
de Justicia en Jalisco.
Investigador
Independiente.

del juicio de realidad, lo que hace que una idea errónea sea aceptada como verdadera, con intensa convicción subjetiva, ininfluenciable e incorregible, desplegándose hasta constituir un auténtico sistema de ideas que se convierten en el eje de la vida del delirante”. Desde aquí podemos decir que algunas creencias normales de importante carga afectiva parecerían delirios pero no lo son en tanto el sujeto logra corregir los juicios falsos desde principios lógicos. Por otro lado una idea delirante es un trastorno del pensamiento y no de la percepción (alucinación).

Así definido un delirio se caracteriza por:

1. Pérdida *del juicio de realidad* o incapacidad para discernir y discriminar lo real de lo irreal o falso.
2. *Contenido casi siempre imposible e irreal* existiendo delirios francamente absurdos e inverosímiles y otros que pueden ser relativamente lógicos y creíbles.
3. *Se convierte en el eje y motivo de vida para el delirante.* Todos los pensamientos y conductas están de alguna manera relacionados al delirio.
4. *Evolución en agudo y crónico.* Los primeros duran escasos días o semanas y los segundos varios meses o años.
5. *Fuente: primario y secundario.* El primario representa el inicio mismo de la enfermedad y el secundario es consecuencia de enfermedad médica orgánico-cerebral identificable.
6. *Estructura o forma* y refiere al modo en que se organiza la trama delirante: *sistematizado y no sistematizado.* Se dice de un ‘sistema delirante’ cuando este tiene “unidad” del núcleo delirante, invariabilidad temática, continuidad en el tiempo, irreductibilidad, verosimilitud del relato y organización coherente. No hay sistematización cuando el delirio tiende a ser confuso, incoherente, multitemático e inverosímil.
7. *Mecanismos:* los elementos básicos relacionan entre si para construir la novela delirante desde los mecanismos *interpretativo, intuitivo, alucinatorio, imaginativo, ilusorio, sugestivo y onírico.*
8. *Contenido* o narrativa delirante.

Delirios en la escuela alemana

Paranoia proviene del griego *noev*, pensar o comprender y *para* que significa “al lado” o “a lo largo de” y se utilizaba como sinónimo de locura en el lenguaje popular del siglo XVIII. Por su parte “delirio” proviene del latín *delira-*

re que significa “salirse del surco” referente al surco que se realiza en la labranza. Desde esta metáfora agrícola original el vocablo encontrará en el siglo XIX su significado en el pensamiento: delira aquel que se encuentra fuera de los linderos o surco de la razón. El vocablo *Wahn* (delirio) deriva de la raíz indogermánica *wen*=buscar, indagar, desear, exigir, esperar, sospechar y el derivado *Wahnsinn* (demencia) significa vacío o vano. Finalmente *Wahnstimmung* es ya un concepto psicopatológico actual y refiere al “humor o temple delirante” en correspondencia con el *predelirio* también bastante utilizado hoy.

Para el siglo XVIII alemán el romanticismo planteó la oposición entre *alteraciones de la afectividad y la inteligencia* y desde ahí Heinroth utilizaba médicamente el concepto de paranoia en referencia a los delirios como trastornos de la inteligencia. De igual forma las filosofías empiristas inspiradas en Hume diferenciaban las *locuras del humor* de las *locuras del entendimiento* y fue en este contexto que también Vögel refería la paranoia al conjunto de locuras. Ya en el siglo XIX la aproximación denotativa al delirio es más consistente en la obra del médico alienista W. Griesinger (1845) quien viene a proponer la *Verrücktheit* como “un delirio sistematizado, progresivo, secundario a un trastorno afectivo y con tendencia a la evolución crónica, que puede o no acompañarse de alucinaciones”. En el cambio afectivo de base Griesinger describió la *frenalgia inicial* como “Un malestar indefinido que en nada se parece a la más viva inquietud de que pueda quejarse la gente sana” que precede a la cristalización delirante (Bercherie P, 1979) y es esta sin duda la primera referencia clínica al *predelirio* (Berrios G, 1996).

A tono con estos postulados Kahlbaum (1864) dirá de la paranoia que “no existe deterioro afectivo ni de las capacidades intelectuales” abriendo el camino a Emil Kraepelin (1883) que vendrá a ordenar en un principio las psicosis como Psicosis Maniaco Depresiva, Paranoia y Demencia precoz (llamada por Bleuler en 1911 *grupo de las esquizofrenias*) de la cual separará en la sexta edición (1899) las parafrenias al tiempo que ofrece la definición clásica y siempre vigente de paranoia: “Desarrollo insidioso bajo la dependencia de cau-

sas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de quebrantar, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción”. El último párrafo referente a la claridad y orden en el pensar y el actuar permitieron separar la paranoia de la demencia precoz (catatonía, hebefrenia y *dementia paranoides*) caracterizadas por un relativo deterioro intelectual (*verblödung*). También va a ubicar las parafrenias en medio de la demencia precoz y la paranoia en tanto la psicosis maniaco-depresiva había sido ya separada de todas las anteriores desde la primera edición del *Lehrbuch* (1883). ¿Qué problema clínico estaba en la base de este avance clasificatorio?

Kraepelin caracterizó el delirio paranoico como una enfermedad constitucional y endógena, sin causa orgánica demostrable, sin deterioro o evolución demencial, de instalación progresiva, no aguda e incurable.

12

Muy temprano la observación y análisis estadístico le permitieron a Kraepelin constatar el sobrediagnóstico de paranoia en 70% a 80% en los pacientes internados y que intentará resolver en las siguientes ediciones del *Lehrbuch*. Al discriminar y clasificar entidades clínicas la polisemia globalizante del término debía disminuir. Pero el proyecto requerirá de la observación prolongada —a veces de toda la vida— de los pacientes a fin de que fuesen el *curso y la evolución* los criterios de separación o diferenciación. No había otro camino: en ese tiempo el modelo anatomo-clínico vigente no ofrecía la fiabilidad de remitir el origen de los trastornos mentales a causas orgánico-cerebrales. Así que el criterio etiopatogénico resultaba insuficiente como punto de partida. Este avance requirió de tiempo (desde 1883 hasta la octava edición en 1913) y de consumada observación, paciencia y reordenamiento semiológico continuo de prácticamente toda la patología mental. Por eso Kraepelin es la referencia obligada en el tema nosográfico-psiquiátrico y sigue vigente aún en el actual desarrollo neurocientífico o “movimiento neokraepeliniano”. Así que para la sexta edición del Tratado (1899) este gran clínico se encontraba en posibilidades de

ofrecer una segunda y definitiva nosología de las grandes psicosis y los delirios integrados en la paranoia:

Paranoia, con cuatro tipos: de persecución, de grandeza, erotomanía y celos

Parafrenia, con cuatro tipos: expansiva, fantástica, confabulatoria e imaginativa

Demencia Precoz: catatonía, hebefrenia y *dementia paranoides*

Psicosis maniaco-depresiva.

Kraepelin finalmente caracterizó el delirio paranoico como una enfermedad constitucional y endógena, sin causa orgánica demostrable, sin deterioro o evolución demencial, de instalación progresiva, no aguda e incurable; con tendencia a la cronicidad y la coherencia.

La otra gran aportación alemana es de Karl Jaspers (1913-2006) con su *Psicopatología General* quien abre toda una legión de psicopatólogos (Gruhle, Mayer Gross, Kurt y Karl Schneider, J Conrad y E Kretschmer, entre otros) que continuaron el estudio clínico de los delirios en el siglo XX. Entre ellos K. Schneider (1946) quien en correspondencia con su maestro refiere la fuente de tres tipos de ideas patológicas:

- Desde una alteración de conciencia y denominada *ideas deliriosas* correspondientes a las formaciones psicóticas del actual *delirium*.

- Desde una alteración de la afectividad y denominadas *ideas deliroides* propias de los trastornos bipolares y depresivos.

- Desde un cambio de la personalidad y denominadas *ideas delirantes primarias*

Resulta necesario remitirse a los conceptos de *comprensibilidad e incomprensibilidad* y de *proceso, desarrollo y reacción* y relacionarlos con esta tipología. Las ideas deliriosas y deliroides —secundarias— serían comprensibles desde cambios respectivos en la conciencia o la afectividad; mientras que las ideas delirantes serían incomprensibles e irreductibles a cambio alguno en esas áreas. En este caso las ideas primarias surgen desde un *proceso* (esquizofrenia) o desde dos formas paranoicas: como *desarrollo* (paranoia) y por lo tanto de un *despliegue* de contenidos desde la personalidad paranoide; o bien como *reacción* o respuesta breve pero delirante (menos frecuentemente prolongada) a la situación vital significativa o *vivencia clave* que la provoca (Kretschmer,

1959). Este *despliegue* marcará la diferencia entre esas dos formas paranoicas: algo existe conformado y contenido en la personalidad. Se irá desdoblado como quien va extendiendo una alfombra. No se ve *el todo* pero allí está. Y si la personalidad paranoide antecede a uno y otra ¿De que depende entonces la rareza con que una *reacción* despliega un desarrollo delirante?

Por su parte el delirio esquizofrénico constituye una *ruptura biográfica* o pérdida de continuidad vital en la historia personal: algo nuevo se ha introducido allí. Aquí no habrá tal despliegue y por lo tanto esa novedad procesual no relacionará en sus causas (material y eficiente: Aristóteles) con eventos vitales significativos aunque estos participen como necesarios precipitantes en la emergencia delirante (Quezada, 2004). Ubicaremos entonces el desarrollo y la reacción paranoicas en *continuidad biográfica* con la personalidad previa (sensitividad, suspicacia, desconfianza, rigidez) y el despliegue de un desarrollo delirante o reaccionará delirantemente frente a acontecimientos vitales significativos. Para resumir no hay mejores palabras que las de Vidal (1997): “Si en el delirio procesual es el propio proceso el que *hace delirante* a la personalidad, en el desarrollo es la propia personalidad la que *se hace delirante*; mientras que en la reacción la personalidad, ante una situación concreta *responde* de un modo delirante”. Ahora relacionemos los conceptos con los delirios y su semiología en breves casos clínicos:

- *Delirio procesal esquizofrénico.*
- *Delirio parafrénico*
- *Desarrollo delirante paranoico*
- *Reacción delirante: Delirio Sensitivo de Referencia*

En el *delirio esquizofrénico* existen alucinaciones psíquicas auditivo-verbales, incoherencia y neologismos; es inconexo y de contenido absurdo e inverosímil. Presentará importante deterioro de la personalidad y no será nunca creíble ni compartido por los demás.

Caso: el joven M, de 24 años, refería hospitalizado que los *escalandros* del gobierno se aliaron con los *sepultureros* y han estado enterrando en las paredes del dormitorio de estancia breve a los enemigos del Papa y son

El delirio esquizofrénico constituye una ruptura biográfica o pérdida de continuidad vital en la historia personal: algo nuevo se ha introducido allí.

conspiradores o enfermos de SIDA. Está seguro de ello por que escucha que “debe averiguarlo por si mismo” o que “allí está ese y debe decir lo que sabe antes de llevarlo al calabozo” aseguraba desde vagas vivencias corporales estar controlado a distancia. Con el raro termino de *escalandros* el paciente se refería a los administradores y directivos de salud que ascendían en la *escala* social pero que según él se comportaban como *malandros* o malandrines y delincuentes. Desde dos referencias hizo un neologismo por contaminación. Los *sepultureros* son los del personal medico que le atendíamos allí.

El *delirio parafrénico* tiende a ser más coherente pero fantástico, sin alucinación auténtica y con imaginaciones variadas. Relatado por el paciente de forma coherente y de contenido megalomaniaco o grandioso, sin deterioro o desintegración de la personalidad.

Caso: La señorita G, de 49 años, médico especialista en radiología oncológica y con varias publicaciones en revistas internacionales. En el inicio de su despliegue delirante refirió, luego de problemas fiscales, que los radiólogos de la localidad ampliamente reconocidos habían conspirado en su contra para plagiarle sus descubrimientos sobre el cáncer y decidió “abandonarlos por traidores y mediocres”. Lo dice con un aire de autosuficiencia y soberbia despectiva incluso hacia el médico, pero de forma coherente a veces dice escucharlos a distancia. Ya psicótica se dedicó a escribir varios libros: uno de poesía, otro sobre efectos del tabaquismo en la salud y un último de régimen de vida saludable que yo conservo como joyas deliriológicas.

El *delirio paranoico* carece de alucinación y es coherente o no absurdo y por lo mismo a veces creíble; es sistemático, progresivo, crónico y sin deterioro de la personalidad. Remite a la definición clásica de Kraepelin. Presentamos un caso del doctor A. Vidal (1997) que hemos preferido por la fidelidad y claridad descriptivas en el proceso de entrada al estadio persecutorio.

Caso: RHM de 43 años, contador público, jefe de sección en una sucursal bancaria de un

banco de primera línea. Viene a consulta acompañado de su esposa. En realidad es la primera vez que el paciente se presenta, luego de reiterados intentos de su círculo familiar, accede a la consulta por sentirse muy presionado, especialmente por su esposa e hijo mayor. Durante la entrevista a solas expresa su malestar con un obstruccionismo activo, deslizando reiteradamente que no necesita ninguna ayuda profesional, luego gira en torno a su actitud y con aparente amabilidad demuestra su desacuerdo tratando de monopolizar el diálogo, dificultando toda interrupción proveniente del entrevistador. Va exponiendo gradualmente las causas de su “problema”, a raíz de un incidente con un gerente del banco hace dos años comienza a notar cambios en la actitud de sus compañeros especialmente en aquellos con cargos directivos: *No lo saludaban como antes o lo hacían por obligación; a la hora del almuerzo trataban de evitarlo; hacían constantes comentarios sobre él.* En esos tiempos encuentra en su escritorio un encendedor que no le pertenece, exige explicaciones con vehemencia y un empleado reconoce el error de haberlo dejado allí por descuido. A partir de este hecho su desconfianza y susceptibilidad se acentuaron: no había actitud del entorno que no estuviera destinada a perjudicarlo. Todo tenía una razón de ser y

...su desconfianza y susceptibilidad se acentuaron: no había actitud del entorno que no estuviera destinada a perjudicarlo.

esa razón era: *están en contra de mí.* Pretendían impedirle ascender cuando un agente próximo a la jubilación abandonara su cargo. Se considera el candidato natural para sucederlo. Gradualmente incluyó en el *complot* a otros protagonistas de menor jerarquía; personal de intendencia y vigilancia espían lo que hacía y comentaban sus horarios, sus movimientos, etcétera. Se volvió retraído y huraño en el trabajo y sólo participaba en las reuniones estrictamente necesarias. Exigió cambio de área con cerraduras nuevas y más seguras. Adquirió un maletín para guardar con clave sus pertenencias y no se separaba de él ni siquiera cuando iba al sanitario. Protagonizó varios episodios de agresividad verbal con sus compañeros y manifestó su desprecio acusándolos del *com-*

plot que organizaban. Cambiaba de recorrido tanto para ir como para regresar a casa. Dos meses después y en un clima de intrigas, sospechas y acusaciones renunció admitiendo *haber sido abierta e injustamente perjudicado por los mediocres e incapaces.*

Una *reacción delirante* es un episodio relativamente breve y dependiente de la situación o contexto situacional relevante y casi siempre de contenido paranoide, circunscrito y con radio de acción no ampliado. Son delirios benignos. La inmigración social y la reclusión carcelaria están en la base de estas reacciones.

El Delirio Sensitivo de Referencia de Kretschmer es *biográfico-situativo* relacionado a una supuesta ofensa o humillación de una *vivencia clave* que desde la *mala conciencia y el sentimiento de inferioridad moral* modificará la desconfianza y la sospecha en suspicacia autorreferencial, conduciendo en escasas semanas al delirio. El paciente cree que otras personas conocen las faltas cometidas y propalan rumores denigrantes que serán conocidos tarde o temprano por mucha gente. El episodio inicia inmediatamente después de una humillación o de algo reprochable y vergonzoso para el enfermo. El delirio es coherente y de mecanismo sensitivo-paranoide, sin alucinaciones ni quiebre de la personalidad. Surge desde la *sensitividad* como rasgo de carácter. Presentamos un caso mixto eroto-maniaco-sensitivo que estudiamos en nuestro servicio de estancia breve mujeres en 1997:

Caso: La señorita M de los A, 39 años, soltera y de origen rural, ayudante de secretaria en la oficina del párroco de un pueblo, daba además catecismo. Retraída y con escasa amigas ni novio. Le describe su hermana como altamente moralista, muy sensible a los comentarios y con tendencia a exagerar las intenciones ajenas; hace años les reprocha a sus familiares las críticas a su soltería y beatitud. Tras incidente con la secretaria respecto de unas constancias de pláticas prematrimoniales hace cuatro meses públicamente la humilló e hizo quedar en mal con el párroco. Se sintió entonces deprimida y dejó de ir a trabajar. Poco después escuchó al sacerdote durante la misa referirse a la moralidad de las solteras y que *la Biblia dice que el hombre no debe estar sólo* y acto seguido intuyó que el padre le dio a entender que *podemos estar juntos.* Durante varias semanas se

quedaba horas en el atrio del templo sentada para observar la entrada y salida de transeúntes: *Si iban por el lado de la oficina entraban con el padre a informarle cosas.* Su hermana le reprochó pensar tanto en *eso* y ahora cree que todo el pueblo sabe que el padre estaría enamorado de ella y todos sabrían de la constante vigilancia de ella al padre, sintiéndose criticada: *todo critican, sobre todo ellas...las vecinas...que soy sucia, pero yo estoy bien con Dios'* y a la pasada murmuran entre ellas *se cuchichean...que ésta es una dejada o que se le pasó el tren... se dicen que es una solterona caliente...* ¿qué les importa? hacen gestos como *de tocarse abajo* o de reproche y de desprecio *por que me tienen envidia.* Seguramente la secretaria habría iniciado todo en su contra. Ocho días antes de su ingreso a hospital no durmió bien, no fue a misa, tenía miedo *a represalias y de la gente que no dejaba de habladurías* soportando incansables críticas, malas caras y desprecios. Internada en estancia breve de nuestro hospital psiquiátrico luego de haberse quedado sentada en la banca del atrio durante dos días completos. La revisión clínica no detectó alucinaciones ni catatonía; tampoco incoherencia ni xenopatía vivencial alguna mejorando con tioproperazina 10 MG diarios y egresada al mes y medio.

Delirios en la escuela francesa

En la Francia del siglo XIX el concepto de *monomanía* (Esquirol, E. 1824) pronto vendrá a corresponderse con la *verrücktheit* de los alemanes. Sin embargo siempre situamos el inicio o momento más importante del estudio clínico-semiológico delirante en Magnan (1883) y su diferenciación entre el *Delirio Agudo Polimorfo* o *boufée delirante* y el *Delirio Crónico de Evolución Sistemática*. La *boufée* es de inicio agudo y duración breve, con terminación rápida y *restitutio ad integrum*. Se dice que aparece *como relámpago en cielo despejado* (Legrain, M.). Es polimorfo por que presenta alucinación y delirio de variada sensorialidad y contenido. Como otras entidades o síndromes clásicos, no corresponde en sentido estricto a un trastorno psiquiátrico de la nosografía actual pero se advierte que un acceso agudo de esas características es frecuente en la consulta de urgencias psiquiátricas y podría diagnosti-

carse como psicosis reactiva breve o psicosis no especificada.

El *Delirio Crónico de Evolución Sistemática* presenta, al igual que la anterior, alucinación y delirio pero puede ser de aparición aguda o gradual que enseguida se organiza en un delirio sistemático ya sea incoherente o bien de relativa coherencia. Es crónico y de curso deficitario, multitemático o de tema único. Como se ve, se trata de una definición muy general y abarcativa de diversas manifestaciones psicóticas y por lo tanto el trabajo aquí va a consistir en *sacar* o extraer de esa célula clínica totipotencial o primordial las diversas formas sintomáticas delirantes en relativa correspondencia con la nosología alemana. De manera que desde un inicio la separación entre agudo y crónico es fundamental para los franceses.

No pasó desapercibido para Magnan que si bien la mayoría de accesos agudos o *boufée* se acompañaba de alucinaciones, había otros sin ellas. Enseguida y una vez que la obra de Baillarguer sobre las alucinaciones ya era conocida fue posible entonces aislar el *Delirio Imaginativo Agudo* y el *Delirio Interpretativo Agudo* sobre la base de la inexistencia de alucinaciones (particularmente auditivo-verbales) y del mecanismo psicológico de base. Los delirios alucinatorios seguirían aun formando parte del delirio crónico de evolución sistemática y encontrarán después su reubicación en la *Psicosis Alucinatoria Crónica*.

Agudo o crónico, con o sin alucinaciones, otros dos principios de clasificación pronto estaban en juego: *contenido* y *estructura*. Ambos en aras de una mayor utilidad clínica y discriminatoria, describiéndose así el *delirio de persecución* de Lasegue (1872), el *delirio de los perseguidores-perseguidos* de Falret (1874) y la *megalomanía* con Foville. De este clínico conocemos el silogismo *sin perjuicio no hay delirio* en importante referencia a que para llegar a la grandiosidad megalomaniaca hay que pasar primero por la persecución.

Al observar esa *diacronía* del delirio crónico en etapas los clínicos franceses perfilaban la *folle razonante* hacia el siglo XX; reafirmaron por otra parte como criterio de demarcación el curso evolutivo de los delirios observando al inicio una etapa previa de *dolor moral* tras la cual el delirio aparece y el paciente se ve instalado

enseguida en la persecución; luego pasando por la megalomanía llegará finalmente a un estadio de relativa estabilización no demencial y también distinto a la esquizofrenia tardía. Observemos por un lado la nítida correspondencia entre ese *dolor moral* y la *frenalgia inicial* de los alemanes y por otro su carácter razonante. Más importante aun: a la *boufée delirante* no le antecede el dolor moral o frenalgia. Aquí van a encontrarse síntomas de tipo histérico, obsesivo, depresivo o maniforme y epilépticos por cierto nada comparables a ese estado de perplejidad y enigma que antecede a la transformación psicótica en sentido estricto. Ahora llamamos nosotros a esa frenalgia inicial *predelirio* y lo ubicamos en la antesala del *brote* (¡vaya metáfora dermatológica para designar un acontecimiento personal tan trascendente!) esquizofrénico. Ahora bien: ¿El predelirio antecede al desarrollo y la reacción paranoicos? Ha sido difícil determinar esto y tal parece que tanto en las tesis de la personalidad paranoide como en la teoría de la Constitución Paranoica (G. Perrin, 1953) no es de observarse el automatismo mental de la perplejidad pre-esquizofrénica. Sin embargo J. Lacan (1955-56) intentando delimitar lo que llamaba *campo paranoico de las psicosis* habló de *fenómenos de franja* como fenómenos de *espu-ma o borde* (equiparados quizá riesgosamente a los *fenómenos elementales* del automatismo mental de De Clérambault) que anteceden a la entrada en la psicosis. Lo lamentable es que en esas clases del Seminario no encontramos los fenómenos de franja desde su diferenciación en la psicosis paranoica y la esquizofrénica. También es lamentable el olvido de las esquizofrenias por parte de Lacan al mantener una postura psicogénética y remitiendo esos síntomas a una ruptura de la *cadena significativa* en una interpretación lingüístico-estructuralista de los síntomas psicopatológicos con la que nunca estuvo de acuerdo la escuela clínica francesa de psiquiatría en su mayor y mejor lograda expresión (Ey H., 1980) para quién estas psicosis delirantes crónicas derivaban de procesos de desestructuración de la conciencia distintos a los procesos de la esquizofrenia.

Aun así la observación clínica detenida de los paranoicos hace ver que efectivamente se pueden detectar fenómenos clínicos de significación personal y persecutoria semanas

o meses previos al *brote* psicótico pero no con esa cualidad enigmática, *oyante* y novedosa o de misteriosa revelación de los fenómenos *apofánticos* y *tremáticos* de la esquizofrenia (Conrad, 1946). La investigación psicopatológica de este tema parece haberse reanudado recientemente con G Berrios de la escuela de Cambridge (Berrios G., 2006).

Finalmente sólo faltaba incluir la antigua pero vigente división entre intelecto y pasiones para enfatizar desde allí los *mecanismos* delirantes. Las lógicas del intelecto y la pasión van a determinar el tipo de delirio en esta escuela:

- *Delirio de Interpretación.*
- *Delirio de Reivindicación o querulancia.*
- *Delirio de Reivindicación de los idealistas apasionados.*
- *Delirio Pasional tipo Erotomanía.*

Un delirio de interpretación (Sérieux y Capgras, 1903) se extiende *en tela de araña* desde las primeras intuiciones hasta la sistematización paranoica de mecanismo interpretativo y de contenido persecutorio y/o megalomaniaco. No presenta pérdida importante del juicio ni deterioro intelectual; es coherente y raramente presenta alucinación. Son relativamente infrecuentes las estereotipias verbales o motoras y en cambio las conductas exageradas o con manierismo excéntrico son frecuentes pero no bizarras o absurdas como en la esquizofrenia. Finalmente en este delirio es de observarse la *dirección doble* en que el paciente parece estar simultáneamente con un pie en la realidad y con el otro en el delirio.

Caso: A varios cafés de céntrica ciudad acudía el señor P, soltero de 62 años, un hombre alto y delgado, tez moreno-clara, cara ovalada, ceño fruncido y con calvicie. Con actitud hipervigilante va cargando una gran bolsa llena de fajos y carteras. Caminaba algo encorvado por la discreta cifosis y movía estereotipadamente la cabeza de un lado a otro con movimientos ondulatorios como si se acomodase el cuello de la camisa, al tiempo que parpadeaba haciendo gestos de sobreeducación y reverencia manierística a su paso entre las mesas. Intentaba vender sus artículos: *fajoooooss, car-teeeeerasss* luego decía con tono gutural, agudo y de corrido: *fajos-y-carteras-compre-usted* inclinandose en una y otra mesa de los comensa-

les a quienes por cierto nunca veía a los ojos. Si se le detenía —como lo hice varias veces antes de hablar con él— para ver lo que vendía, mostraba una cartera y un fajo diciendo mientras se acomodaba el bolsón: *estas están baratas y muy buenas* y tuve que comprarle lo que quería a fin de concederme un encuentro de 10 minutos la primera vez. Mientras vendía observé que levantaba los hombros y musitaba muy bajo cortas frases inaudibles que de principio interpreté como soliloquio alucinatorio por que no iban dirigidas al posible comprador. Simultáneamente miraba una y otra vez a la cajera cada vez que sonaba el teléfono. Interrogado al respecto refirió que *por la cara de la cajera yo sabría si ellos sabían que andaba por allí*. Ellos eran los responsables de que 20 años antes la CFE, *los de la luz, me hayan plagiado o robado mis ideas de ahorro energético utilizando la hidráulica, la energía solar y hasta la luz de noche...todo allí iba a utilizarse en beneficio del País* pero fue despedido. En cada tema que tocábamos aparecía la sospecha e interpretación anticipada sobre los perseguidores: *no son sólo ellos...acá a la vuelta a ese café ya no voy porque según unos juegan ajedrez muy concentrados... planean quizá envenenarme*. La interpretación delirante es generalizada y sin alucinación verdadera, la realidad de este enfermo está llena de percepciones delirantes, ocurrencias e imaginaciones permanentes. Tampoco era coreico ni tomaba antipsicóticos. La extensión *en tela de araña* no dejaba dudas. No mostraba incoherencia y podía hacer algunos juicios apropiados ajenos a las persecuciones. Dice llevar una vida *sin vicios ni elegancias* y así soporta *la envenenadera que siempre se han traído estos* al arrojarle polvos que lo duermen de más en la noche. Su higiene y aliño regulares y algo excéntricos o raros: fajo grueso, pantalón corto, destintado y no presentaba la bizarrería propia de un esquizofrénico. 20 años antes había estado hospitalizado en México, DF durante ocho meses en un delirio interpretativo agudo paranoide y persistente con escasas pseudoalucinaciones. Vivía con su anciana madre a quien incontables veces observé acompañando a su hijo por las calles y cafés céntricos. Ella probablemente también psicótica.

Por su parte *los delirios de reivindicación* (Sé-rioux y Capgras, 1903) se instalan *en cuña* y no

tienen mecanismo interpretativo sino pasional. La *querulancia vindicativa* surge desde un perjuicio sufrido y vivido como injusto e ilegal o bien el paciente se afirma como inventor no reconocido públicamente. Muchas veces el delirio estalla con ocasión de recibir una herencia, un concurso o sorteo que se cree haber ganado, una indemnización insuficiente o el despido laboral injustificado. El enfermo se vuelve demandante y visitador de las oficinas de justicia. En nuestro medio son incontables los casos que llegan a la CEDH o Comisión Estatal de Derechos Humanos y a la Procuraduría de Justicia. En el caso de que algún juicio o queja haya procedido estos enfermos terminan por inconformarse y abren otros. No es raro observar que en ocasiones deciden hacerse justicia por propia mano, caso en el cual un psiquiatra forense deberá dictaminar sobre la condición alienada del detenido. En 1996 con ocasión de una orden por parte de un Subprocurador tuvimos la oportunidad de estudiar un Delirio Hipocondríaco de Reivindicación.

Caso: El señor M, de 43 años, casado, empleado estatal, presentaba trastornos gastro-intestinales que consultó con varios médicos hasta encontrarse un cirujano que le operó dos veces, pero tras la segunda intervención de probables adenomas intestinales, las molestias persisten y su preocupación se incrementa al tener serias dificultades para evacuar. Intuye que le operó *por sacarle dinero* y se torna demandante y agresivo verbalmente con el médico a quien acusó en la procuraduría de fraude y mala praxis, de provocarle otras molestias que no tenía. Durante tres semanas sintió intensa ira y frustración y se sentía muy enfermo aunque no lo estaba. Culpaba al médico de haberle arruinado la vida y llegó a pensar que *alguien había pagado para perjudicarlo*; que las operaciones habían sido *por otra cosa o por nada y me cortó unos nervios que ni caminar bien me dejan...* exagerando las molestias de manera desproporcionada. El estado pasional duraría aun nueve meses después de la operación y sintiendo que *nadie hizo nada*, víctima de graves injusticias acude ahora a la Comisión Estatal de Derechos Humanos a quejarse de la lentitud del juicio y de que *no le daban claras...me daban largas* por que seguramente *el tapaintestinos* allí tenía conocidos, incubando y acrecentando los senti-

mientos de agravio e impulsado por la pasión vindicativa se ve llevado en dos semanas al acto criminal motivo de su detención: espera y vigila la entrada y salida del médico, bien de su casa o del trabajo, controla sus horarios, no habla con nadie pero su esposa refirió que iba a buscar al tapaintestinos, adjetivo que usó incluso en su declaración ministerial. Fue este significativo o fenómeno elemental que hizo sospechar la pasión vindicativa delirante. El caso es que se hizo de un arma de fuego con la que hirió al médico cuando este llegaba a su casa. Al Ministerio Público declaró que *tan solo quería darle un susto y recordarle al tapaintestinos lo que hizo*. Un año después se le tiene reivindicando su derecho a la salud dejando cartas en el despacho del Secretario de Salud. Seguía convencido de que *protegían al tapaintestinos*.

En el caso del *idealista apasionado* (Dide) se trata de reformadores, falsos profetas o sabios científicos o compositores, fanáticos de ideologías e inventores no reconocidos; misántropos cuyos sentimientos adquieren en ocasiones un carácter *exclusivo, absoluto y apasionado* (Dide) encontrando el fundamento de sus delirios en la cerrazón y rigidez o en el activismo político apasionado. En ocasiones el fanatismo extremo los vuelve parasociales o francamente delincuentes y peligrosos: magnicidas, conspiradores o terroristas.

La Erotomanía (Clérambault, 1923) consiste en la creencia de ser amado por personajes de rango social elevado. El curso del delirio es fluctuante, sin alucinaciones, coherente y de mecanismo pasional desplegado en la esperanza, el rencor y el despecho. Presentamos un caso que combina este amor delirante con la reivindicación menos frecuentemente *pura*.

Caso: La señorita B, de 47 años, soltera, contadora y empleada de un despacho contable es traída a consulta por su hermano. Refiere haber iniciado su *desquiciamiento depresivo* hace un año, cuando los homeópatas de la escuela donde estudiaba empezaron a confabularse en su contra. Pasó por un periodo paranoide en que recibía alusiones por la televisión o la radio y en entrevistas con famosos escritores decía captar las insinuaciones directas de Germán Dehesa hacia ella. Luego en un periodo intenso de 3 meses, sintióse observada permanentemente y aseguraba ha-

bían puesto cámaras desde fuera de su casa y dentro para vigilar sus movimientos. No refirió sentirse controlada por fuerza extraña pero la angustia persecutoria generalizada fue la que la trajo al hospital. Cierta día tuvo la intuición de que era Alberto de Mónaco el que había mandado hostigarla o perseguirla y escaso tiempo después *descubrió* en una especie de revelación tranquilizadora que este príncipe en realidad la amaba y por eso la molestaba aunque ella no lo conociera personalmente ni hubiese tenido contacto directo con él. A partir de aquí el delirio persecutorio se apaciguo y vivió enamorada dos años durante el curso de su terapia. Luego al no ver evidencias de su aparición o arribo-llegada ella se siente despechada y pide que el médico extienda un certificado de sanidad mental, desea presentarse en la procuraduría de justicia estatal a demandar no solo a los homeópatas sino a otros familiares y el mismo príncipe a efecto de que averigüemos la causa de tanto hostigamiento. Al fin parece aceptar que el príncipe nunca vendrá y expresa sentimientos de rencor y actitud despectiva al príncipe, aunque no deja de verle ocasionalmente por Internet. Se encuentra actualmente estable y trabajando. Nunca ha presentado alucinaciones ni incoherencia.

Los delirios en el DSM-IV-TR y CIE-10-OMS

La Escuela Norteamericana (APA, 2002) reconoce y codifica tres trastornos: F22.0 Trastorno Delirante; F23.8x Trastorno Psicótico Breve y F24 Trastorno Psicótico Compartido.

Los criterios para F22.0 son presencia de ideas delirantes o *delusions* no extrañas que implican situaciones de la vida real y de por lo menos de tres meses de duración, actividad psicossocial no deteriorada de forma significativa y conductas no raras ni extrañas. Señala los subtipos persecutorio, erotomaniaco, de grandeza, celotípico, somático y mixto. Otros raros delirios son el de falsa identificación o síndrome de Capgras, de Fregoli y la locura compartida o *folie a deux*.

Génesis delirante

En una importante revisión de los aspectos del trastorno delirante (Salavert M. y Col., 2003) se señala que en el 38% de pacientes

se observa un factor precipitante. En el caso de personas casadas con celotipia delirante se encontró que las relaciones extramaritales y los conflictos conyugales correlacionan con accesos agudos de delirio. En mujeres se confirmó la frecuencia mayor de erotomanía que en los hombres y en estos fue mayor el delirio de infidelidad quedando por confirmar el aparente sesgo de género que determina una mayor preponderancia de delirios pasionales en mujeres e interpretativos en hombres.

Puede resumirse diciendo que para los delirios en general existen los siguientes factores de riesgo: sexo femenino, déficit sensorial (hipoacusia) y el aislamiento social, nivel socioeconómico bajo, personalidad premorbida (esquizotípica o paranoide), inmigración, trauma infantil (abuso físico o sexual), infertilidad y por último antecedentes familiares de esquizofrenia.

Podríamos decir que con los factores de riesgo y con los factores precipitantes tan solo se observa lo que antecede o correlaciona con la aparición delirante. Pero cosa distinta es ahondar en los modelos de explicación etiopatogénica que haga comprensibles las causas y mecanismos de formación del síntoma delirio. *Fait primordial* de la psicopatología (Ey H.) que no podemos ahondar aquí remitiendo a un trabajo nuestro (Quezada, 2004).

Diagnóstico

En la evaluación tradicional *categorial y descriptiva* el delirio es considerado un síntoma detectable en instrumentos diagnósticos específicos. El *Present State Examination* (PSE, Wing *et al*, 1974) es uno de los más utilizados y evalúa la frecuencia del delirio en una escala de siete puntos, explora la duración, si es o no monotémico, la sistematización, preponderancia, congruencia con el estado de ánimo, grado de convicción, edad de inicio y posibilidad de que se deba a una alteración orgánica. Igualmente el PANSS (Kay *et al.*, 1988, 1989) o *The positive and negative Syndrome Scale* valora los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia en una entrevista que dura 40 minutos y utiliza una escala de Likert que incluye *contenido* delirante, *estructura* del tema, el grado de *firmeza* con que mantiene el delirio y su influencia sobre las relaciones sociales y de la conducta. Esta escala tiene buenos índices de fiabilidad test-retest

(.80) y de validez concurrente (coeficientes de correlación = .77) entre el PANSS y las escalas de Andreasen (Kay *et al.*, 1987, 1989) que la hacen bastante recomendable. Existen otros instrumentos estandarizados en formato de Entrevista Estructurada de recomendable aplicación (Vázquez, Valiente y Díez Alegría, 1999). También la *Brief Psychiatric Rating Scale* o BPRS (Overall y Gorham, 1962) enfatiza la gravedad de síntomas y consiste en 23 ítems que juzga el estado actual del paciente y de los cuales seis se centran en ideas delirantes. Su aplicación dura 15 a 30 minutos y presenta coeficientes de fiabilidad interjueces entre .56 y .87 y es también muy recomendable.

Durante cualquier entrevista que no incluya estos instrumentos diagnósticos y se desee la detección-evaluación meramente clínica de delirios, resultará entonces muy importante el *modo en que debemos preguntar* al enfermo (Vázquez y Muñoz, 2002) e iniciar con algo como ¿Ha tenido alguna experiencia extraña o desagradable recientemente? ¿Ha tenido la sensación de que algo extraño está sucediendo y le es difícil explicarlo? ¿Tienen las cosas un significado especial para Usted? Luego vienen preguntas más específicas para el conjunto de delirios a consultarse en esta imprescindible obra.

Los desarrollos más recientes sobre la evaluación *multidimensional* (Vázquez, Valiente y Díez Alegría, 1999) toman en cuenta la *convicción* o grado en que la persona cree que una creencia es verdadera; la *Desorganización* o grado de consistencia interna, lógica, y sistematización de la creencia; la *Extravagancia* o grado de rareza en el contenido de la creencia (Hole, Rush y Beck, 1979) y la *Preocupación* o frecuencia con que el sujeto piensa en sus creencias delirantes en un determinado periodo de tiempo (Garety, 1985). La escala *Characteristics of Delusions Rating Scale* (Garety y Hemsley, 1987) es de las más estudiadas y evalúa 11 dimensiones a través de un único ítem. Primero pedimos al paciente que describa su creencia y enseguida le presentamos las 11 dimensiones a evaluar desde frases que debe contestar como *Lo creo absolutamente* a *No lo creo en absoluto*. La aplicación dura 20 minutos y ha mostrado una fiabilidad test-retest alta, con un coeficiente alpha de Cronbach=0.82 y sus correlaciones con otras variables que medían constructos relacionados, fueron también altas

y positivas. Es muy recomendable y práctica al evaluar las principales características dimensionales del delirio con un formato breve de aplicación y comprensión. Se califican en una escala de Likert. Aclaramos que las anteriores escalas e instrumentos no son las únicas en la evaluación dimensional y remitimos a la excelente revisión de Vázquez, Valiente y Diez Alegría, (1999).

Tratamiento

Farmacoterapia: todos los antipsicóticos tienen propiedades antidelirantes y debe elegirse el fármaco apropiado en función de criterios estándar sobre la base de una relación terapéutica con el paciente y su familia, los compañeros de trabajo y a veces los vecinos. Se tiene registro de mayor eficacia con *pimozide* para el delirio somático pero no está disponible en México. De la experiencia nuestra destacan los antipsicóticos atípicos *aripiprazol* a 30 MG diarios, *olanzapina* 10 MG o *amisulprida* 400 a 800 MG observando la disminución en la convicción delirante en dos a cuatro semanas. Empíricamente hemos observado con *amisulprida* + *duloxetina* eficacia en el delirio mixto persecutorio-somático y en el estado delirante comórbido con depresión mayor; mientras que *aripiprazol* + *sertralina* parece ser de mayor eficacia en el nihilismo psicótico y las ideas suicidas. Estas son observaciones de la experiencia personal y faltan ensayos clínicos controlados al respecto. Uso coadyuvante de ansiolíticos en el control de la ansiedad psicótica y la acatisia.

Psicoterapia: el manejo psicológico del delirante es difícil. La regla general es la no confrontación y una actitud activa y recepti-

va por parte del médico. Cuando el diagnóstico es descriptivo-categorial y dimensional se estará en las mejores condiciones para la aplicación de técnicas o estrategias terapéuticas que incidan en las dimensiones permitiendo al paciente verbalizar la preocupación y la ansiedad. Reducir el nivel de desorganización delirante exhortándole a que explique minuciosamente y exprese los contenidos delirantes sin persuadirle a que piense como nosotros. Ocasionalmente puede verse que al pedirle al paciente que describa minuciosamente las características de los perseguidores y haga lo mismo sobre las situaciones concretas donde es perseguido, la convicción y la ansiedad psicóticas disminuyen. Pero no hay que olvidar que la piedra angular en el tratamiento antidelirante son los antipsicóticos.

Debemos conocer las conductas derivadas del delirio y los planes del paciente e identificar en lo posible la subrepticia motivación reivindicativa y conductas de riesgo en que puede derivar. Posteriormente se planteará el tratamiento psicológico especializado: el déficit básico metacognitivo en estos pacientes se define como *incapacidad de descentramiento y comprensión de la mente ajena* y debe tratarse técnicamente por personal capacitado y experimentado. Va existiendo consenso en que el enfoque cognitivo o metacognitivo actual muestra evidencias científicas de cambio en las dimensiones del delirio y en la calidad de vida en general de estos pacientes con las técnicas utilizadas (Semerari A. *et al.*, 2003).

Hospitalización es recomendable en caso de evaluaciones médicas y neuropsiquiátricas o cuando la conducta del paciente es de riesgo o agresividad. Obligada en el paciente potencialmente homicida o suicida y al fin por orden de Autoridad Judicial competente.

Bibliografía

- Asociación Psiquiátrica Americana, APA, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, APA, Masson, Barcelona, España, 2002
- Berrios, G. Fuentenebro de Diego, F. *Delirio. Historia, clínica y metateoría*. Madrid, Trotta, 1996
- Bercherie, P. *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico* Madrid, Manantial, 1979
- Cabaleiro Goas, M. *Temas psiquiátricos*, Madrid, Paz Montalvo, 2ª ed. 1966
- Conrad J. *La esquizofrenia incipiente*, Madrid, Alhambra, 1963
- De Clérambault G. *Oeuvre Psychiatrique*, París, Presses Universitaires de France, 1942
- Jaspers, K. *Psicopatología General*. México, FCE, 1993
- Ey, H. *Tratado de psiquiatría*, Toray Masson, 8ª ed. 1980
- Ey, H. *Estudio sobre los delirios*, Madrid, Triacastela, 1998
- Garety, P. *Delusions: problems in definition and measurement*. British Journal of Medical Psychology, 58, 25-34 1985
- Garrabé, J. *H EY y el Pensamiento Psiquiátrico Contemporáneo*, FCE, México, 2006
- Hole, Rush., A. y Beck *A cognitive investigation of schizophrenic delusions* en Psychiatry, 42, 312-319, 1979
- Kraepelin E. *Las Parafrenias* 1a y 2a parte. Buenos Aires: Polemos.
- Kraepelin E. *Manic depressive insanity and paranoia*. Edinburgh Livingstone, 1921
- Kretschmer, E. *Delirio Sensitivo de referencia*. Madrid, Triacastela, 2000
- Lacan J. Seminario XVI *Las Psicosis*, clase XV-XVI 1955-56, Paidós, Ed, 1981
- Munro, A. *Trastornos y Síntomas Delirantes Persistentes*, en Tratado de Psiquiatría, Tomo I 4.4 Gelder M, N Adreassen y López Ibor Coord., Ars Medica, Barcelona, 2003
- Quezada, J. *Las lógicas del delirio. Historiografía* Órgano Oficial Asociación Psiquiátrica Mexicana, APM, Vol. 19, México DF. 2004 y *La Emergencia Psicótica* en Vol. 20, 2005
- Quezada, J. *Pasado, presente y futuro del loco razonar curado* XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de la Lengua Española. Simposium 'Alucinar y Delirar' V Congreso Internacional de la APJ Colegio Médico, A.C. La Psiquiatría en el siglo XXI: realidad y compromiso. Pto Vallarta Jalisco, México, Octubre, 2006
- Salavert M. *El Trastorno Delirante. Revisando aspectos de la paranoia*. Rev. Psiquiatría Fac Med Berna 2003; 30 (6): 304-313
- Schneider K. *Psicopatología Clínica*. Madrid, Triacastela, 1997
- Semerari A. et al., *Psicoterapia cognitiva del paciente con psicopatología grave* Desclee de Browver, Barcelona, 2003
- Sérieux, P. y Capgras, J. *Las locuras razonantes* (selección de textos dirigido por Graciela Napolitano. Buenos Aires ED La Campana
- Vidal, DA. *Delirios*, en Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, FACN, ALCMEÓN 23 Año VIII-Vol. 6-No 3 – Noviembre 1997
- Vázquez, Valiente y Díez Alegría. *Evaluación del Delirio: desde los sistemas categoriales a la evaluación multidimensional*. En F Silva (ed), *Avances en evaluación psicológica* (pp. 311-360. Valencia: Prolibro ISBN: 84-7986-251-3).
- Velásquez C. y Muñoz, M. *Entrevista Diagnóstica en Salud Mental*, Síntesis, Barcelona, España, 2002

Alteraciones cognoscitivas en la esquizofrenia

22

DR. CÉSAR
GONZÁLEZ
GONZÁLEZ

Médico Psiquiatra,
con subespecialidad
en Psicogeriatría
e investigación
y clinimetría en
psiquiatría. Jefe de
Investigación del
Instituto Jalisciense
de Salud Mental.
Investigador asociado
“A” de la Secretaría
de Salud.

DR. EDUARDO ÁNGEL
MADRIGAL DE LEÓN
Médico Psiquiatra
y Psicoterapeuta.
Profesor Investigador
Titular B del Centro
Universitario de
Ciencias de la Salud
de la Universidad
de Guadalajara.
Subdirector
de Desarrollo
Institucional del
Instituto Jalisciense de
Salud Mental.

DRA. BERTA LIDIA
NUÑO-GUTIÉRREZ
DR. Investigadora
Titular “A” y Jefe de la
Unidad de Investigación
Epidemiológica y en
Servicios de Salud
del Adolescente.
Instituto Mexicano
del Seguro Social.
Delegación Jalisco,
México. Profesora en
la Preparatoria # 5
de la Universidad de
Guadalajara.

DR. CÉSAR GONZÁLEZ GONZÁLEZ
DR. EDUARDO ÁNGEL MADRIGAL DE LEÓN
DRA. BERTA LIDIA NUÑO-GUTIÉRREZ

Introducción

La esquizofrenia desde su categorización se ha asociado a una disfunción cognoscitiva, aunque no todos los autores le dieron la importancia que merece. Hay un grupo de autores como Bleuler quien consideraba que el paciente con esquizofrenia presentaba un defecto en las esferas afectiva y volitiva con una preservación de la esfera intelectual sin embargo, reconoció que al menos un tercio de los pacientes hospitalizados presentaban demencia. En la misma tónica, encontramos un genial clínico como Kurt Schneider quien no le dio importancia al déficit cognoscitivo y centró su interés en los síntomas del primer rango.¹

Kraepelin, anterior a ellos, es el primer autor en describir el deterioro en las funciones intelectuales, reconoció que la orientación, la memoria y percepción estaban relativamente conservadas y otras funciones como la eficiencia intelectual y la atención estaban disminuidas, de ahí partió su concepto de *Dementia praecox*, no obstante, a pesar de considerar el deterioro cognoscitivo como un síntoma básico, dio más relevancia a los trastornos de la voluntad y la emoción en la evolución del padecimiento.^{1,2}

En los últimos años con el desarrollo de las neurociencias, se ha puesto énfasis en el estudio de las alteraciones cognoscitivas como síntomas primarios y permanentes que no mejoran con el tratamiento.

Las investigaciones en los años ochenta aportaron evidencia sobre la alteración bilateral de las funciones fronto-temporales y la conservación de las funciones parietales. Los grupos de investigadores encontraron que las alteraciones en las funciones ejecutivas y en el aprendizaje eran las más importantes.²

Para los años noventa las investigaciones intentaron precisar el tipo de déficit, llegando a establecer una graduación en la afectación de las alteraciones cognoscitivas, encontrando: alteraciones ligeras (habilidades perceptivas, memoria de reconocimiento y confrontación-denominación), alteraciones moderadas (distractibilidad, recuerdo demorado, habilidades visomotoras, memoria inmediata y memoria de trabajo) y alteraciones graves (aprendizaje de series, funciones ejecutivas, vigilancia, velocidad motora y fluencia verbal).

El propósito de la presente revisión es brindar un panorama general de las alteraciones cognoscitivas en la esquizofrenia.

Deterioro cognoscitivo global

Los pacientes con esquizofrenia presentan al momento de su primer episodio psicótico un nivel neurocognoscitivo menor de lo esperado en los sujetos sanos, lo que sugiere un deterioro antes de su primera crisis.

Las funciones cognoscitivas que se encuentran significativamente alteradas son memoria, atención, concentración, funciones ejecutivas, habilidades lingüísticas, espaciales y velocidad psicomotora.

Las alteraciones en las funciones cognoscitivas representan un déficit para los pacientes esquizofrénicos de 1.5 desviaciones estándar por debajo de lo normal, que corresponde a una diferencia de 15 puntos en el coeficiente intelectual (CI) en el *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS). Una diferencia de 15 puntos en el CI marca por ejemplo la diferencia necesaria para que un joven sea capaz o no de completar sus estudios.³

Alteración de las funciones ejecutivas

Antes de considerar los aspectos clínicos de las alteraciones ejecutivas debemos definir claramente el concepto de función ejecutiva.

La función ejecutiva se refiere a la función directiva, gerencial y rectora del cerebro y los componentes de esta son:

Iniciativa, voluntad, creatividad: Capacidad de inventar opciones y alternativas ante situaciones nuevas y capacidad de activar el deseo y la voluntad para la acción.

Planificación y organización: Capacidad de formular hipótesis, realizar cálculos y estimaciones cognoscitivas y generar estrategias adecuadas para la resolución de problemas y conflictos.

Fluidez y flexibilidad: Incluye flexibilidad para retroceder, corregir, cambiar el rumbo de los planes de acuerdo a la verificación de los resultados.

Procesos de atención selectiva, concentración y memoria operativa.

Proceso de Monitoreo y control inhibitorio.

El deterioro o la pérdida de funciones ejecutivas se presentan desde el inicio del orden, aún en casos de primer episodio psicótico y vírgenes a tratamiento. En esta etapa inicial de la enfermedad solo están afectados los parámetros de la memoria de trabajo. Los *déficit* de atención y control inhibitorio comienzan mas tardíamente.

Las alteraciones de las funciones ejecutivas comprometen la capacidad de una persona para mantener una vida independiente, para ayudarse constructivamente y para llevar una vida socialmente productiva con independencia. Los síntomas negativos de la esquizofrenia hablan de una función disejecutiva.

Existen dos componentes de la función ejecutiva que vale la pena estudiar por separado por el impacto en otras manifestaciones psicopatológicas como lo son: la atención y la memoria.⁴

1- Alteraciones de la Atención:

La atención es un proceso automático, activo e indispensable que nos permite fijar y mantener información procedente de canales sensoriales (aférentes) o intra psíquicos (pensamiento, información mnésicas, imaginaria y procesos cognoscitivos como el cálculo, análisis, síntesis, etc.). La atención es una función preliminar de la adquisición de la información, por lo que es indispensable para el registro, mantenimiento y evocación de la misma, es decir, condiciona el proceso de memoria.^{4,5}

La atención tiene 3 objetivos o cualidades básicas:

Fijar un estímulo o canal (atención selectiva o focalizada).

Dividir el procesamiento entre dos estímulos o canales y discriminar los estímulos irrelevantes (atención dividida).

Sostener el proceso en el tiempo (atención sostenida o vigilancia).

Los pacientes esquizofrénicos tienen un bajo rendimiento en las tres modalidades de atención: fallan en la selección y focalización de un estímulo, son incapaces de priorizar la información importante y desear la irrelevante, tienen dificultad en el manejo de dos estímulos diferentes y simultáneos y presentan dificultades en la concentración que aumentan con el esfuerzo continuo.⁶

Un fallo en los mecanismos inhibitorios atencionales parece hallarse en la base de algunos síntomas/signos relacionados con la esquizofrenia. De esta forma, el habla ininteligible o incoherente que presentan algunos pacientes pueden deberse a un fallo en la inhibición de estímulos lingüísticos irrelevantes que se introducen en el discurso, estímulos que el sistema atencional de sujetos normales suelen inhibir en el discurso.⁶

Existen otros dos fenómenos psicopatológicos que pueden ser explicados desde esta óptica, las alucinaciones pueden surgir por una hiperactivación en la red semántica debido a un pobre control atencional ocasionado por un déficit dopaminérgico. Los trastornos del pensamiento también podrían ser causados por diferencias en la inhibición de la información lingüística irrelevante que, como consecuencia, entra en el discurso del paciente y lo convierte en ininteligible.⁶

2. Alteraciones de la memoria.

Los *déficits* de la memoria son frecuentes y configuran un *síndrome amnésico* y un *deterioro selectivo* relativamente más severo que otros síndromes neuropsicológicos y sugieren un compromiso de las regiones frontales y temporo-límbicas.⁷

Los trastornos de la memoria y el aprendizaje parecen estar relacionados con una falla en el uso espontáneo de las claves contextuales, la codificación y la recuperación de la información.

La memoria operativa o activa tiene una gran importancia en la función ejecutiva, pero también en la conformación global del momento de conciencia, ya que se ocupa de la actividad simultánea de representaciones coherentes entre sí. La memoria activa permite los comportamientos en los que existe una demora entre el estímulo y la respuesta y posibilita también, la imbricación ordenada de los distintos elementos de las conductas secuenciales. Su alteración podría deberse a una inadecuada migración neuronal durante el neurodesarrollo en las neuronas de la subplaca cortical, con el resultado de patrones de conexión anormales en las áreas asociativas frontales y temporales. El *déficit* de la memoria activa puede ocasionar una falta en la activación simultánea de los distintos componentes de la memoria episódica, como son la respuesta al qué, dónde y cuándo de un recuerdo.

La memoria visual de los pacientes con esquizofrenia sufre un deterioro tanto en tareas verbales como no verbales. Estudios de reconocimiento de palabras y rostros realizados en pacientes esquizofrénicos, han demostrado un mayor déficit de memoria verbal para las mujeres que para los hombres, lo cual supone un perfil mnésico general mucho más ineficiente en mujeres esquizofrénicas que en hombres con esta enfermedad.

Aunque los esquizofrénicos presentan alteraciones en la capacidad de aprendizaje de información verbal y no verbal (memoria declarativa), pueden aprender habilidades procedimentales que involucran funciones motoras y resolución de problemas.

La memoria de trabajo que es la responsable de retener información por un corto periodo de tiempo presenta alteraciones en la esquizofrenia caracterizados por dificultad para manejar información.

El estudio de la memoria semántica ha permitido demostrar que en la esquizofrenia se produce una impronta semántica indirecta que podría ser responsable de las asociaciones anormales y de la desorganización del pensamiento característico de la enfermedad. Los trastornos de la memoria semántica podrían ser responsables también de las ideas delirantes.

Alteraciones perceptuales

Autores como Klaus Conrad en la década de los 40, comenzaron a plantear la posibilidad que en la esquizofrenia hubiera una alteración en la percepción.

Matussek sostenía que en la percepción delirante existe un aflojamiento o relajación de la estructura natural de la percepción, afirmando que en el delirio se producía una prevalencia de las propiedades esenciales de los objetos, es decir había una incapacidad para abstraer la naturaleza simbólica de estos. Otros autores compararon las distorsiones perceptuales de la esquizofrenia con las alteraciones producidas por sustancias alucinógenas como la mezcalina, en donde las cualidades concretas del objeto percibido son resaltadas.⁸

Actualmente sabemos que en la esquizofrenia las relaciones entre pensamiento y percepción parecen estar afectadas, en particular el procesamiento perceptual, dando lugar a los errores perceptivos. Se considera que en el paciente esquizofrénico existe una capacidad reducida de probar la realidad, un déficit del conocimiento del mundo real y en el registro de las propias intenciones, que hace que los pacientes que sufren esta enfermedad tengan una tendencia a aceptar hipótesis perceptuales inválidas.⁸

Una alteración estudiada en los últimos años y que involucra otras áreas del psiquismo relacionadas con la percepción y el pensamiento como la afectividad, es el reconocimiento de las expresiones faciales de las emociones. Los pacientes que padecen esquizofrenia tienen una dificultad mayor que los sanos y deprimidos para reconocer expresiones faciales. La tristeza la suelen confundir con el miedo, la sorpresa con alegría y miedo, el disgusto con la ira, tristeza y sorpresa y por último el miedo lo confunden con la sorpresa, sin embargo, parece que la alegría y en la ira no tienen dificultades para reconocerlas comparados con población sana y deprimida.^{9,10}

Trastornos del lenguaje

La escasa fluencia del lenguaje esta relacionada con síntomas del síndrome negativo, especialmente con la falta de espontaneidad y la relación deficiente. Los *déficit* sintácticos tienen su origen en la desorganización conceptual y los semánticos con la dificultad en el pensamiento abstracto. Entendiendo el lenguaje como una función cognoscitiva, la dificultad en generar un discurso estructurado gramaticalmente, puede considerarse como un déficit en las capacidades cognoscitivas superiores de atención, síntesis, planificación y supervisión del discurso.^{6,7}

Una explicación para las alteraciones del lenguaje sería considerar que, a medida que disminuye el rendimien-

to atencional, progresivamente predominan las alteraciones pragmáticas, semánticas y sintácticas del lenguaje.⁶

La alteración en la función semántica del lenguaje se manifiesta a través de una dificultad en el pensamiento abstracto, que pone de manifiesto una insuficiente capacidad de generalización y formación de conceptos, y que supone una disfunción complementaria a la desorganización conceptual o disfunción sintáctica.

La desorganización conceptual en la esquizofrenia conlleva la presencia de intrusiones en el lenguaje efémero, que desestructura la coherencia gramatical del discurso, misma que lleva a la disgregación del lenguaje y en casos severos a la incoherencia del mismo.^{6,7,11}

Conclusiones

Existe en la esquizofrenia un deterioro cognoscitivo plenamente documentado en investigaciones recientes. Las alteraciones en las funciones ejecutivas son las más severas, sobre todo en la memoria y atención; estas alteraciones condicionan la presencia de cambios en el contenido (ideas delirantes) y curso del pensamiento (pensamiento desorganizado) que deterioran el lenguaje e impide la comunicación e interacción social.

Las alteraciones perceptuales, generan la aparición de la percepción delirante primaria y los fenómenos alucinatorios en donde se atiende a las características concretas de los objetos dificultando abstracción y simbolización de estos.

Por último, todas las alteraciones cognoscitivas que presenta la esquizofrenia, hacen que el rendimiento intelectual de los pacientes esquizofrénicos sea menor a los sujetos sanos.

Bibliografía

- 1.- Colodrón A. Las Esquizofrenias: "Síndrome de Kraepelin-Bleuler. 2ª Ed. España, Ed. Siglo Veintiuno de España Editores, 1990.
- 2.- Cuesta M J., Peralta V. y Zarzuela A. Neuropsicología y Esquizofrenia. ANALES Sis San Navarra, 2000; 23 (Sup 1): 51-62.
- 3.- Aponte M., Torres P. Quijano MC. Función ejecutiva y cociente intelectual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Acta Colombiana de Psicología, 2008; 11(001):127-134.
- 4.- Lopera R F. Funciones ejecutivas: Aspectos clínicos. Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 2008; 8 (1):59-76.
- 5.- Cohen A S., Saperstein A M., Gold J M., Kirkpatrick B., Carpenter W T., Buchanan R W. Neuropsychology of the Deficit Syndrome: New Data and Meta-analysis of Findings To Date. Schizophrenia Bulletin, 2006; 33 (5): 1201-1212.
- 6.- Fuentes L J. Déficit de atención selectiva en la esquizofrenia. Rev Neurol, 2001; 32 (4): 387-391.
- 7.- López-Mato A, Malagold S. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias, en: Téllez-Vargas J, Lopez-Mato A, Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Bogota, Ed Nuevo milenio editores, 2001: 115-134.
- 8.- Gargulio PA. Aproximaciones experimentales a la disfunción perceptual en la esquizofrenia. Rev Neurol, 2003; 37 (6): 545-551.
- 9.- Pérez-Rincón H, Cortés J, Díaz-Martínez A. El reconocimiento de la expresión facial de las emociones. Salud Mental, 1999; 22 (1): 17-23.
- 10.- Loeches A A., Carvajal M F, Serrano J M., Fernández C S. Neuropsicología de la percepción y la expresión facial de emociones: Estudio con niños y primates no humanos. Anales de psicología, 2004; 20 (2): 241-259.
- 11.- Fuentes L J., Santiago E. Spatial and semantic inhibitory processing in schizophrenia. Neuropsychology, 1999; 13:259-70.

Elección y cambio de antipsicóticos

Prácticas basadas en la evidencia científica

26

DR. FRANCISCO PÁEZ AGRAZ

A partir del redescubrimiento de las propiedades antipsicóticas de la clozapina, que llegó a ser comercializada durante un breve periodo, pues salió del mercado por consideraciones de seguridad,² hubo un parteaguas en la historia de los tratamientos para las psicosis. A partir de ese momento, aparecen en cadena una serie de moléculas que comparten el hecho de ser eficaces en el tratamiento de los síntomas positivos, con probable efecto positivo sobre los síntomas negativos y con menor probabilidad de producir síntomas extrapiramidales (SEP), acatisia, disquinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno y galactorrea que los APG. Se les considera antipsicóticos de segunda generación (ASG)². En la tabla 1 se muestran los ASG con sus afinidades en términos de sistemas de neurotransmisión y sus formas de eliminación (se anotan solo los disponibles en México).

Actualmente, la gran disponibilidad de moléculas antipsicóticas coloca al médico, a las agencias reguladoras, al paciente, a la industria farmacéutica en una situación poco usual con respecto a la elección del tratamiento y a la decisión de cambiarlo si es considerado necesario.

El proceso de elección de un medicamento.

Linden y Cols⁴ estudiaron las razones para la selección de un tratamiento antipsicótico. Resaltan la relevancia de la cuestión y su discusión dentro del proceso de toma de decisiones médicas en general.

No desdeñan el hecho de que muchas decisiones se toman con una sobrecarga laboral y con poco tiempo de reflexión. Agregaría que en el contexto de México (y de muchos

ANTIPSIKÓTICO	PERFIL DE RECEPTORES	VÍAS METABÓLICAS RELEVANTES
Amisulprida	D	Eliminado renalmente inalterado
Aripiprazol	D2, D3, 5-HT	CIP3A4, CYP2D6,
Clozapina	D, 5-HT, □ I, M, H	CIPIA2, CYP3A4, CIP2D6, CYP2C
Olanzapina	5-HT, D, M, □ I, H	CIPIA2, CYP2C
Quetiapina	H, 5-HT, □ I, D	CIP3A4
Risperidona	5-HT, D, □ I, H	CIP2D6
Ziprasidona	5-HT, D	CIP3A4

CIP = citocromo P450; D = dopamina; 5-HT = serotonina; H = histamina; M = muscarínico; □ I = □ I adrenoceptor.

Traducción y adaptación de: Adis Data Information BV (3).

Tabla 1. Perfil de receptores y vías metabólicas relevantes de los antipsicóticos atípicos disponibles en México.

DR. FRANCISCO PÁEZ AGRAZ
Médico Psiquiatra.
Director General del Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud. FOCUS-SALUD-MÉXICO S.C. El autor ha sido conferencista, participado en consensos, colaborado en investigación y recibido apoyo de Eli Lilly, Sanofi-Aventis, Janssen-Cilag, AstraZeneca, Johnson & Johnson, Pfizer y Roche.
focus-salud@mexico.org.

países con sistemas de salud fragmentados), las posibilidades de elegir entre tratamientos está limitada no sólo por los aceptados por la autoridad regulatoria, sino por la disponibilidad real de las opciones en cada unidad de atención. De un año a otro, una molécula puede dejar de ser adquirida y una nueva ser introducida. La elección del primer tratamiento o del cambio a otro es influenciada por razones extra científicas. Bajo éstas circunstancias, lo que se puede sugerir es la documentación seria de las consecuencias de dichos cambios.

Los aspectos teóricos en que se basa la toma de decisión sobre la elección de un fármaco se sustentan en las siguientes dimensiones: *a) el conocimiento teórico de sus características* (conocimiento de los hallazgos empíricos recientes), *b) el conocimiento con base en la experiencia* (lo adquirido sobre la base del uso de una molécula en particular, *c) el conocimiento situacional* (el conocimiento de que un paciente no tolerará un tratamiento en particular bajo ciertas condiciones, *d) la anticipación de la evolución sobre un tratamiento en particular*, *e) el conocimiento de interacción*, en referencia a la situación esperada entre médico y paciente. Así, el psiquiatra toma en cuenta diversos factores para elegir un tratamiento: uno más, la subjetividad del fenómeno conocido como “el estereotipo del fármaco del médico”, sigue siendo objeto de investigación desgraciadamente limitada.

Elección del primer antipsicótico y decisión del cambio

Afortunadamente muchas entidades de salud han investigado en estudios clínicos controlados y sin conflictos de interés la eficacia y seguridad de APG y ASG en condiciones similares. El estudio CATIE⁵ es indudablemente pionero en esta discusión. Tiene como limitante que sólo incluye fármacos aprobados en Estados Unidos y la evaluación de los APG es limitada. Es sin embargo, hasta el momento, la mejor fuente para evaluar ciertas conductas de cambio de antipsicóticos en esquizofrenia.

La información de estudios naturalísticos como el STAR⁶ o el SOHO⁷, complementa en mucho a los ensayos clínicos controlados. Al final,

estos estudios dan sólo una ventaja marginal a los ASG sobre los APG.

Un punto importante a tomar en cuenta es que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su evaluación costo-efectividad de las maniobras para tratar esquizofrenia, estableció que la intervención con mejor relación costo-efectividad en el tratamiento de la esquizofrenia es el uso de un APG más una intervención psicosocial.⁸

Hay que resaltar que las evaluaciones de la OMS, como son dirigidas a asesorar políticas públicas, omiten ciertos elementos. En éste caso, no toman en cuenta la variabilidad en la tolerancia y seguridad de los antipsicóticos en general, situación que en el encuadre clínico es difícil de ignorar.

La evidencia clínica y los consensos recomiendan el uso de alguno de los ASG como tratamientos de primera línea. A pesar de que las condiciones adversas que los caracterizan (incremento en el peso, síndrome metabólico, incremento en el intervalo Q-T en el ECG) superan a las asociadas con los APG (síntomas extrapiramidales, acatisia, hipersalivación, distonía aguda, disquinesia tardía, prolactinemia)⁹.

¿Cambiar o quedarse?

En una editorial Davis y Cols¹⁰ revisan los aspectos generales del dilema, partiendo del hecho de que esta decisión en psiquiatría la hacemos con más información clínica que laboratorial, lo que la hace más compleja.

No dejan de insistir en la información obtenida por CATIE, mas no podemos desdeñar las críticas a dicho estudio. Además no subrayan los síndromes que se han documentado aparentemente asociados al cambio de antipsicóticos.

Essock y Cols¹¹ resaltan que el cambio de medicamentos es parte del tratamiento de una persona con esquizofrenia y que su frecuencia está asociado al contexto en el que el paciente es tratado.

Un aspecto esencial para ellos es que en muchas ocasiones el paciente y su familia insisten en el cambio de medicamento con la esperanza de que se obtendrán efectos adicionales. La determinación del paciente no está sujeta a las reglas de prescripción, mas en el proceso de incorporación de las preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, el clínico sí tie-

ne herramientas que promuevan una conducta razonada¹².

¿Por qué cambiar de antipsicótico?

El cambio de un antipsicótico a otro es un asunto serio. Las razones son al menos: 1) la evidencia es escasa, sobre todo en cuanto a estudios controlados de cambio de un antipsicótico en particular a otro; y 2) los síndromes relacionados con el cambio de antipsicóticos. Sin embargo, la elección del cambio es relevante y el objeto central de ésta revisión.

El cambio de antipsicótico está justificado esencialmente bajo los siguientes argumentos:

a. La falta de eficacia.

Es claro que si un tratamiento farmacológico administrado a las dosis y tiempos recomendados no logra mejorar los síntomas de un episodio psicótico, el cambio de medicamento está indicado.

Sin embargo, hay información que debe ser explorada antes de determinar la falla en el tratamiento. En primer término, el apego al tratamiento (si tomó realmente el medicamento). En segundo lugar, si existió falta de respuesta, o más bien la respuesta fue parcial o diferente de la esperada (por el médico o el paciente). Finalmente, si hay problemas psicosociales alrededor del paciente, incluyendo el consumo de sustancias, que ocultan la eficacia del medicamento.

Estos son algunos de los argumentos que deben ser evaluados antes de determinar la falta de eficacia. Un cambio de medicamento no va a resolver estas cuestiones y sí puede tener consecuencias que no son benéficas para el paciente.¹³

b. Problemas con la tolerabilidad y aparición de efectos secundarios.

De acuerdo a Weiden y Buckley (14), al tomar la decisión de cambiar de medicamento, es deseable evaluar los aspectos que se mencionan a continuación con respecto a los efectos secundarios de los antipsicóticos:

- Establecer que existe una relación causal entre el problema clínico y el medicamento.
- Entender el curso del efecto secundario, especialmente con relación a los riesgos futuros del paciente que recibe el medicamento.
- Entender los riesgos y beneficios de otras intervenciones medicamentosas que no incluyan el cambio de antipsicótico.
- Tener claro los efectos secundarios de otros antipsicóticos, para determinar las ventajas de un cambio de medicamento por la presencia de un efecto secundario.
- Calcular los riesgos de los efectos secundarios inherentes al cambio de antipsicótico.
- Calcular los riesgos de eficacia del cambio de antipsicótico.

Tabla 2. Técnicas para el cambio de antipsicóticos atípicos.

TÉCNICA	VENTAJA	DESVENTAJA	RECOMENDADO PARA
Cambio abrupto de antipsicótico	<ul style="list-style-type: none"> • Rápido • Bajo riesgo de interacción de medicamentos • Menor posibilidad de error médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores probabilidad de reacciones de recaída súbita y/o supresión • Requiere de supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con eventos adversos serios. • Pacientes que cambiarán a formulación de depósito • NO recomendado para pacientes medicados con Clozapina
Cambio gradual de antipsicótico	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo riesgo de reacciones de supresión • Puede aliviar síntomas extrapiramidales 	<ul style="list-style-type: none"> • Peligro de exacerbación de síntomas • Posibilidad de dosis subterapéuticas si el cambio es muy rápido 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con bajo riesgo de recaída
Cambio imbricado	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro para prevenir recaídas • Útil para evaluar apego en pacientes que reciben medicación de depósito 	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones por interacciones de medicamentos • Posibilidad incrementada de continuación de polifarmacia • Potencial incrementado para eventos adversos relacionados con medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes recientemente estabilizados

Adaptación de: Adis Data Information BV,³ y Ganguli.¹⁷

c. Decisión del paciente.

La percepción y la adjudicación de efectos que hace el paciente y/o su familia sobre un medicamento son una realidad poco estudiada, pero el clínico no puede ignorarlas. Sin embargo, la explicación detallada de los riesgos del cambio de medicamentos y de la duda razonable sobre la efectividad de otro tratamiento puede ayudar a que cualquier modificación sea basada en evidencia y con la colaboración del paciente.

El cambio de antipsicóticos. Estrategias y riesgos.

La literatura del cambio de antipsicóticos está llena de conflicto de intereses. Sin embargo, para todas las partes es relevante hacerlo en forma segura. Se enumeran en la bibliografía las revisiones y consensos que se han hecho al respecto y sólo se hará énfasis en las estrategias del proceso de cambiar antipsicóticos y sus riesgos posibles. No se revisarán los cambios que se hacen de un antipsicótico en lo particular a otro (incluyendo sus presentaciones —oral, inyectable, depósito).

Una interesante publicación de Goudie y Cole⁵, a partir de sus estudios de cambio de antipsicóticos en ratas, es la primera en manejar el concepto de estrés inducido por la supresión de antipsicóticos. Así, los autores enfatizan en la necesidad de estudiar la tolerancia, supresión y recaídas asociadas a los antipsicóticos.

Apoyan sus argumentos en la evidencia clínica de que: **a)** *la recaída asociada a la supresión del antipsicótico es de relevancia clínica; b)* *el cambio de antipsicóticos se está incrementando, lo que puede asociarse con efectos de la supresión, a pesar de que no existen guías generalmente aceptadas para el cambio; y c)* *muchos aspectos psicofarmacológicos de la administración crónica de antipsicóticos ha sido poco estudiados.*

La hipótesis de Baldessarini y Cols¹⁶ de que los síndromes de discontinuación de antipsicóticos incrementan el riesgo de recaída viene a lugar. Los autores sugieren que se producen neuroadaptaciones a la exposición prolongada de medicamentos, que facilitan la aparición de los síndromes de supresión.

Las recomendaciones generales del cambio, si se ha determinado hacerlo, son:

- Cambiar a un antipsicótico con un perfil diferente al que se está administrando.
- Tomar en cuenta la salud física del paciente al seleccionar el nuevo tratamiento.
- Evitar la polifarmacia.

En cuanto a los acuerdos publicados de cómo cambiar antipsicóticos, incluyendo sus ventajas y desventajas, la tabla 2 ilustra las tres formas de hacerlo: de manera abrupta, gradual e imbricada. Aunque se requiere acumular evidencia con respecto a los problemas asociados, es un marco de referencia útil para iniciar observaciones clínicas extensas.

Por su parte, la tabla 3 incluye los síndromes asociados a la supresión y rebote que han sido reportados.

Farmacoeconomía del cambio

Con la aparición de los estudios clínicos de economía de la salud (ECES) se patentiza un punto adicional a la falta de información disponible para llevar a cabo un cambio de antipsicótico basado en evidencia. Estos diseños son estudios clínicos observacionales en los que el objetivo central es comparar el costo-efectividad de dos o más tratamientos.

En virtud de que es posible que el investigador decida cambiar al paciente del medicamento A al B o al C, contrario a los estudios clínicos controlados en los ECES está permitido hacer el cambio porque se pueden contestar preguntas farmacoeconómicas adicionales relevantes, tales como la rela-

Tabla 3. Síntomas de supresión comunes como resultado de la interrupción de antipsicóticos y anticolinérgicos durante el cambio de medicamento.

SINTOMA	PERIODO DE TIEMPO USUAL
Supresión anticolinérgica	Primeros días
Acatisia de rebote	Primeros días
Distonía de rebote	Primeros días
Parkinsonismo de rebote	Primera semana
Disquinesia por supresión	Semanas uno a la cuatro

Traducción de: Ganguli.¹⁷

ción costo-efectividad combinada o el cambio en ella bajo diferentes tratamientos¹⁸.

Conclusión

El cambio de antipsicóticos es un tema que se ha colocado en el centro de la discusión científica del manejo de los trastornos mentales en los que están indicados. La mayoría de la evidencia proviene del tratamiento de la esquizofrenia, pero el uso creciente en el trastorno bipolar seguramente aportará recomendaciones adicionales.

Es vital el monitoreo de la evolución de un paciente al que se le ha cambiado el medicamento antipsicótico. Por supuesto que evitar hacer cambios sin reflexión, sin discusión con el paciente y su familia es una responsabilidad a ser compartida y enseñada.

Bibliografía

- Rosenbloom M. Chlorpromazine and the Psychopharmacologic Revolution. *JAMA* 2002; 287: 1860-61.
- Cook PE, Goldberg JO, Van Lieshont RJ. Benefits of Switching From Typical to Atypical Antipsychotic Medications: A Longitudinal Study in a Community-Based Setting. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 870-74.
- Adis Data Information BV. Consider the advantages/disadvantages of different switching methods when changing atypical antipsychotics. *Drugs Ther Perspect* 2005; 21 (12): 20-3.
- Linden M, Pyrkosch L, Phi C, Dittmann RW, Czekalla J. Why Do Physicians Switch From One Antipsychotic Agent to Another? The "Physician Drug Stereotype". *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26: 225-31.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO et al, for the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209-23.
- Kerwin R, Millet B, Herman E, Banki CM, Lublin H, Pans M, Hanssens L, L'Italien G, McQuade RD, Beuzen JN. A multicentre, randomized, naturalistic, open-label study between aripiprazole and standard of care in the management of community-treated schizophrenic patients Schizophrenia Trial of Aripiprazole: (STAR) study. *Eur Psychiatry* 2007 Oct; 22(7): 433-43.
- Haro JM, Edgell ET, Jones PB, Alonso J, Gavart S, Gregor KJ, Wright P, Knapp M, Group SS. The European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) Study: rationale, methods and recruitment. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 222-32.
- WHO CHOICE Summary: Schizophrenia. http://www.who.int/choice/publications/summary_schizophrenia.pdf
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH), 25th March 2003.
- Davis JM, Marder SM, Tamminga SA. Switch or Stay?. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 12: 2032-33.
- Essock SM, Covell NH, Davis SM, Stroup TS, Rosenheck RA, Lieberman JA. Effectiveness of Switching Antipsychotic Medications. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 2090-95.
- Pinto JM, Abellán JM, Sánchez FI. *Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas*. Barcelona: Masson Ed. 2004.
- Lambert TJ. Switching antipsychotic therapy: what to expect and clinical strategies for improving therapeutic outcomes. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (suppl 6): 10-13.
- Weiden PJ, Bucklet PF. Reducing the burden of side effects during long-term antipsychotic therapy: The role of "switching antipsychotics". *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (suppl 6): 14-23.
- Goudie AJ, Cole JC. Switching antipsychotics. Antipsychotic tolerance, withdrawal and relapse: unresolved issues and research implications. *J Psychopharmacology* 2008; 22(7): 815-17.
- Baldessarini R, Viguera A, Tondo L. Discontinuing psychotropic agents. *J Psychopharmacol* 1999; 13: 292-93.
- Ganguli R. Rationale and strategies for switching antipsychotics. *Am J Health-Syst Pharm* 2002; 59 (suppl 8): s22-s26.
- Torrance GW, Drummond MF, Walker V. Switching Therapy in Health Economics Trials: Confronting the Confusion. *Med Decis Making* 2003; 23: 335-40.

Terapia Cognitiva para el tratamiento de alucinaciones y delirios: Supuestos centrales y propuesta para su implementación

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA

Introducción

Las alucinaciones y delirios son síntomas psicóticos positivos que responden adecuadamente a medicación neuroléptica, resultan claras las alteraciones bioquímicas relacionadas que habrán de solventarse para reducirles o eliminarles. Sin embargo, no puede ser ésta la única forma de tratarles: algunos pacientes seguirán presentando los síntomas aún cumpliendo con este tratamiento y muchos de ellos no lo completarán por ser muy susceptibles a efectos secundarios.

31

Afortunadamente hoy se dispone de estrategias psicológicas útiles para tratar estos síntomas. Destacan, en tanto los estudios científicos de su efectividad, las emanadas desde la perspectiva cognitiva. El presente trabajo resume los supuestos teóricos centrales de la terapia cognitiva (TC) para las alucinaciones y delirios para concluir con una guía básica para su implementación que se ejemplifica a propósito de un caso.

Terapia Cognitiva para Alucinaciones y Delirios

Por “terapia cognitivo conductual” se entiende un gran conjunto de modelos y técnicas de intervención, tanto cognitivas como conductuales y afectivas. Así por ejemplo, algunos terapeutas cognitivo conductuales pueden emplear solamente alguna técnica conductual, como la exposición, para el tratamiento de un caso de ansiedad (Marks y Dar, 2000) y otros más han diseñado modelos de intervención en donde integran técnicas cognitivas, conductuales y afectivas, como la terapia racional emotivo conductual (Ellis, 1997).

Muchas de estas técnicas han sido empleadas con éxito para el tratamiento de diferentes problemas presentes en pacientes con trastornos psicóticos. Con base en su minuciosa revisión de la literatura al respecto, Valina y Lemos (2001) concluyen que, en términos generales, se han desarrollado cuatro grandes modalidades de tratamiento para la esquizofrenia: las intervenciones psicoeducativas familiares, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia psicológica integrada, y las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos.

En el presente trabajo nos centraremos en una de las modalidades de tratamiento cognitivo conductual para los síntomas psicóticos que ha demostrado alta efectividad para el tratamiento de alucinaciones y delirios. Se trata de la terapia cognitiva para alucinaciones y delirios, adaptada de la terapia cognitiva estándar de Beck (Clark y Beck, 1997) y la terapia racional emotivo conductual de Ellis (Ellis, 1997), por Chadwick, Birchwood y Trower (1996).

DRA. REBECA

ROBLES GARCÍA

Posdoctorante en

Salud Mental Pública,

CONACYT-UNAM-

Instituto Nacional de

Psiquiatría Dr. Ramón

de la Fuente Muñiz.

Dirección Académica,

Instituto para el

Fortalecimiento de

Capacidades en Salud:

FOCUS Salud México.

Docente en Universi-

dad Iberoamericana y

el Instituto Mexicano

de Psicoterapia Cogni-

tivo Conductual.

Investigadora Nacio-

nal, SNI-CONACYT.

Correo electrónico:

reberobles@hotmail.com

La terapia cognitiva estándar puede definirse como una psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de información evidentes en los trastornos psicológicos (Clark y Beck, 1995), y que determinan, en buena medida, las emociones y conductas que se experimentan en la vida cotidiana (Ver Imagen 1. Modelo cognitivo conductual).

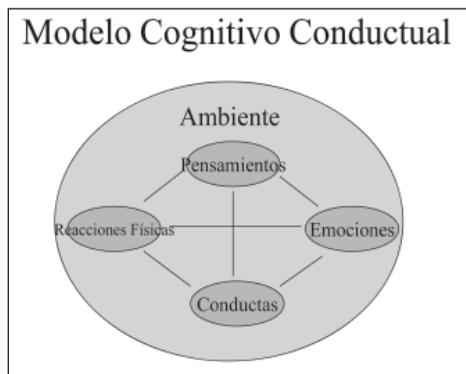


Imagen 1. Modelo cognitivo conductual

32

Chadwick, Birchwood y Trower (1996) decidieron tomar de Ellis su explicación acerca de la relación entre el ambiente (acontecimientos vitales antecedentes o eventos activadores), las creencias (imágenes, pensamientos, etc.) y las consecuencias (emocionales y conductuales, denominada *Modelo ABC* (A=antecedentes activadores, B=creencias (*beliefs*) y C= consecuencias emocionales y conductuales); y las concepciones de fenómenos cognitivos de Beck (imágenes, inferencias, evaluaciones y supuestos disfuncionales).

Desde esta perspectiva, las alucinaciones, los delirios, y los síntomas negativos de la esquizofrenia pueden ser conceptualizados en términos cognitivos, lo que facilita la intervención psicoterapéutica de los pacientes. Así por ejemplo, en el caso del delirio, Díez-Alegría y Muñiz resumen: *Desde el modelo cognitivo se entiende el delirio como una creencia que media en la interpretación de los acontecimientos y por ello favorece que se*

produzcan determinadas emociones. Estas creencias dotan de significado las experiencias del individuo y están relacionadas con los esquemas que han sido aprendidos durante el proceso de socialización. La terapia cognitiva, creando previamente un clima de confianza y cooperación, utiliza el método socrático (a través de preguntas) para cuestionar, en primer lugar, los datos que apoyan la creencia y en segundo lugar la consistencia de la misma, para posteriormente plantear una prueba empírica que sirva de apoyo experimental.

Evaluación cognitiva de delirios y alucinaciones

A continuación se ilustra la aplicación del modelo ABC a propósito de un caso con delirio. Como podrá observarse, se ha registrado primero la situación en la que el paciente experimenta el delirio y emociones negativas e intensas, como la ansiedad; y lo que se ha documentado como pensamientos automáticos son justamente las ideas delirantes del paciente.

La evaluación de las creencias (Delirios) debe incluir: 1) *Su grado de convicción*, 2) *La preocupación que generan*, 3) *Su formación*, y 4) *La evidencia de su existencia*; y deben identificarse también las creencias centrales del paciente y su reacción a la contradicción hipotética

Por su parte, las alucinaciones representan una *voz interna* que se active ante eventos específicos (Ver ejemplo 2: *Ejemplificando un ABC de voces*).

Identificar antecedentes. Los factores que las mantienen, y que entonces deben ser identificados también son: 1) las creencias acerca de las voces, 2) la relación con las voces, y 3) las conductas de afrontamiento.

Así, la evaluación completa del fenómeno incluirá: Identificar antecedentes, identificar contenido de las voces, identificar creencias (pensamientos automáticos), e Identificar emociones y conductas.

Las dimensiones de la voz que habrán de evaluarse incluye: 1) *Identidad*, 2) *Propósito* (Malevolencia / Benevolencia), 3) *Poder / omnipoten-*

Ejemplificando el ABC de los Delirios		
Situación	Pensamientos automáticos	Emociones
Encontrar mi computadora encendida	Ellos tratan de buscar algo para hacerme daño	Miedo (90)
	Ellos pusieron un chip para vigilar me	Enojo (40)
	No se puede confiar en nadie	

Ejemplificando un ABC de Voces		
Situación	Pensamientos automáticos	Emociones
Estoy haciendo una escoba y me equivoco	No puedo hacer nada bien Soy torpe No soy productivo Soy terrible en todo lo que hago Soy un fracasado	Fracasado Eres un idiota

cia, y 4) *Obediencia / desobediencia*. Los mismos Chadwick y Birchwood (1995) desarrollaron un instrumento breve que permite evaluar estas dimensiones en el caso de alucinaciones auditivas (BAVQ, de las siglas de su nombre en inglés: *Beliefs about voices questionnaire*).

Esta medida ya ha sido traducida a nuestro idioma y demostró validez y confiabilidad en pacientes mexicanos. De hecho, el estudio en cuestión se reporta en el apartado de reseñas de investigación SALME de esta revista, pues constituye uno de los trabajos realizados con pacientes del CAISAME EP del propio Instituto Jalisciense de Salud Mental (Robles, Páez, Zúñiga y Rizo, 2004).

Modificación cognitiva de delirios y alucinaciones

Los objetivos centrales de la intervención para delirios son: 1) *Debilitar el delirio* y 2) *Debilitar la evaluación negativa asociada*.

Las técnicas que se utilizan para ello son: a) *cuestionamiento socrático*, b) *probando / reafirmando creencias*, c) *sopesando evidencias*, d) *generando explicaciones alternativas*, e) *experimentos conductuales*, f) *elicitando creencias centrales (con flecha ascendente y/o auto reporte)*, y g) *jerarquizando el temor o sospecha (con uso de imágenes y/o juego de roles)*.

A continuación se ilustran la técnica de sopeso de evidencias a propósito de nuestro hipotético caso con delirio paranoide.

El objetivo central de la intervención para las alucinaciones es disminuir la perturbación que ocasionan mediante la alteración de los significados asociados a las voces. Como puede observarse, el trabajo terapéutico será muy similar al efectuado para el caso de los delirios.

Cabe recomendar el trabajar primero con las creencias más débiles para proceder entonces con las más rígidas. La meta es que el paciente se percate que las voces son auto generadas y reflejan preocupaciones personales.

Referencias

Chadwick, P. y Birchwood, M. (1995). The omnipotence of voices II: The beliefs about voices questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 165, 190-201.

Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. New York: Wiley.

Clark, D. y Beck, A. El Estado en cuestión de la teoría y la terapia cognitiva. (1997). En: I. Caro. *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado en cuestión y procesos terapéuticos*. Págs. 20-35. Paidós.

Diez-Alegría C y Muñoz E. *El delirio: teorías psicológicas e intervención* <http://www.comportamental.com/articulos/46.htm>

Ellis, A. El estado en cuestión de la Terapia Racional Emotiva Conductual. En: Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado en cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós, pp. 20-35.

Marks, J, y Dar, R. (2000). Fear reduction by psychotherapies: recent findings, future directions. *British Journal of Psychotherapy*, 176, 507-511.

Robles, R., Páez, F., Zúñiga, O y Rizo, A. (2004). Estudio de traducción y propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario de Creencias acerca de las Voces BAVQ. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (6), 358-362.

Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (3), 345-364.

Sugerencias

Aquellos clínicos interesados en profundizar al respecto de la terapia cognitiva para alucinaciones y delirios se les sugiere la consulta de: Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. New York: Wiley.

Si se prefiere un texto en nuestro idioma: Perona, S., Cuevas, C. Vallina, O. y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Guía Clínica*. Madrid: Minerva Ediciones.

Investigación SALME en trastornos mentales severos y persistentes

Reseñas: Dra. Rebeca Robles García.

*El estudio epidemiológico de trastornos mentales en el Estado de Jalisco:
hallazgos en torno a la prevalencia de esquizofrenia.*

Introducción:

En 1997 se llevó a cabo un estudio epidemiológico de trastornos mentales en el Estado de Jalisco (Gallardo, Becerra, González y Páez, 1999). Los hallazgos de este trabajo impulsaron la toma de decisiones de las autoridades de salubridad y del Congreso Estatal para crear la instancia de salud mental que coordinara las actividades de prevención y atención que se llevan a cabo en todas las unidades operativas del Estado. Hoy le conocemos como Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME). Ya se había insistido antes en que la epidemiología psiquiátrica es una herramienta útil para lograr la programación racional de servicios de salud mental (Jenkins, 2001). Empero, este fue el primer estudio comunitario de prevalencia de trastornos mentales fuera de la capital de nuestro país.

Método:

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio estratificado según el censo de población ajustada para 1995, de una casa por cuadra de una región seleccionada de acuerdo a la población estimada por unidad geográfica (AGEBS) del Instituto de Estadística y Geografía de México (INEGI). El universo del estudio incluyó los municipios de la zona metropolitana de Guadalajara (Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque y Tonalá) y los municipios de Tepatitlán, Ciudad Guzmán y Puerto Vallarta. Esta selección se hizo en virtud de que representa el 60% de la población del estado de Jalisco. Para el tamaño de la muestra se agregó un 20% de sujetos por la probabilidad de no respuesta.

Un grupo de enfermeras previamente capacitadas, aplicó la versión en español de la CIDI 1.1 para determinar la presencia de algunos trastornos mentales, asignando el diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM III-R. La prevalencia se balanceó según género de acuerdo a la población estimada en el censo de 1995. Se calcularon las razones de momios (*odds ratio*) con un intervalo de confianza del 95% para establecer la potencia de la asociación según sexo.

Resultados:

Participaron 1200 sujetos; 75.4% mujeres (n=905), con una edad promedio de 34.9 ± 13.5 . No hubo diferencias significativas de edad por género. La escolaridad fue de 8.32 ± 4.24 años. La mayoría de los participantes era casado (58.9%). La prevalencia ajustada para esquizofrenia fue de 1.25%. En la tabla que se muestra a continuación se incluyen los datos de prevalencia por género. Como puede observarse, en lo relativo a la esquizofrenia, el riesgo relacionado al género fue ligeramente mayor para los hombres.

Diagnóstico	Hombres	Mujeres	Balance
Esquizofrenia	1.4	1.1	1.25

Conclusiones:

Este —como el resto de datos obtenidos— son congruentes con lo observado en la reciente encuesta nacional mexicana (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro y cols., 2003) y en los de diferentes estudios internacionales que utilizaron metodologías similares. La prevalencia de esquizofrenia parece ser estable a lo largo y ancho del mundo.

Referencia:

Gallardo, H., Becerra, B., González, G. y Páez, F. (1999). *Estudio epidemiológico de los trastornos mentales en el Estado de Jalisco*. Trabajo de investigación presentado en la LIII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Monterrey Nuevo León, Noviembre de 1999.

Evaluación de la funcionalidad, discapacidad y estado de salud de los pacientes SALME con trastornos mentales severos y persistentes.

Objetivo:

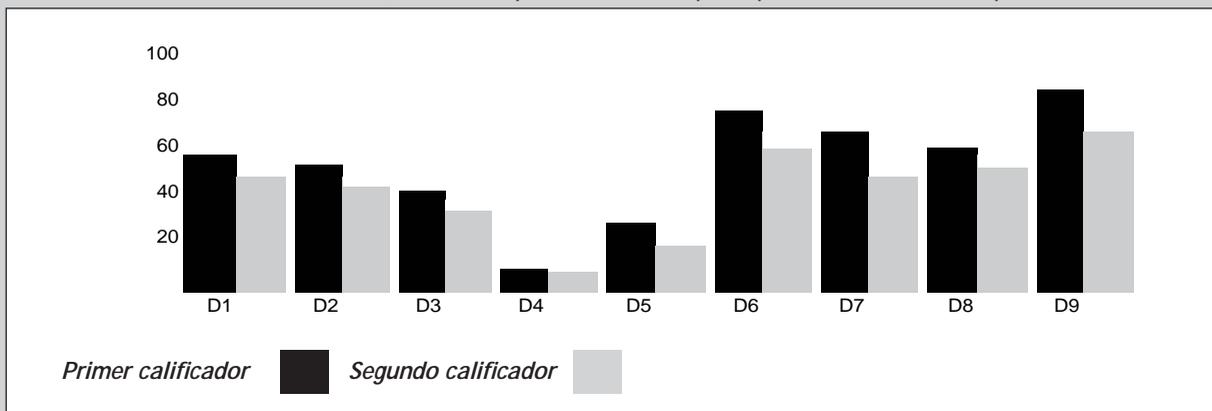
Evaluar a los pacientes hospitalizados en los pabellones de estancia permanente del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada (CAISAME EP) del SALME por medio de: 1) el apartado de “Actividades y Participación” de la lista corta de cotejo de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Estado de Salud de la Organización Mundial de la Salud (AP-LC-CIF); 2) la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), y 3) el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (PHVC).

Resultados:

De un total de 205 usuarios, el 64.9% eran hombres. Tenían una edad promedio de 40.28 ± 14.39 años y se encontraban hospitalizados hacía 18.04 ± 10.29 años. El diagnóstico más frecuente fue el retraso mental severo (29.8%), le siguió el moderado (15.6%), la esquizofrenia residual e indiferenciada (8.3%), y la paranoide (7.8%).

El 26.3% de los usuarios tenían entre 31-40 de puntuación en la EEAG; y el resto mostró una mejor actividad global. El área de mayor deterioro en el PHVC fue la relativa al contacto social interpersonal. Los dominios del AP-LC-CIF con mayor disfunción fueron: Vida Comunitaria, Social y Cívica; Vida Doméstica; Interacciones y Relaciones Interpersonales, Áreas Principales de la Vida. Se concluyó que la evaluación de la discapacidad y funcionalidad de la población asilada en la institución fue de utilidad para impulsar la planeación y desarrollo de instancias y programas de rehabilitación psiquiátrica comunitaria (Robles, Medina, Páez y Becerra, 2007).

Gráfica 1. Actividades, limitaciones y restricción en la participación en escala de 100 puntos



D1= Aprendiendo y aplicando conocimiento; D2= Tareas y Demandas Generales; D3= Comunicación; D4= Movilidad; D5= Auto cuidado; D6= Vida Doméstica; D7= Interacciones y Relaciones Interpersonales; D8= Áreas Principales de la Vida; D9= Vida Comunitaria, Social y Cívica.

Conclusiones:

Entre los hallazgos principales del estudio destaca la evidencia de la barrera que constituye la institucionalización psiquiátrica de los pacientes —y los beneficios que pueden esperarse del modelo de atención comunitaria—, al menos en los dominios que implican interacciones interpersonales o vida doméstica. Lo anterior en tanto las diferencias entre el primer y segundo calificador de los dominios evaluados (Ver *Gráfica 1*). Como puede observarse, la discapacidad es mayor para el primer calificador, que evalúa si el paciente hace actualmente la actividad (en el hospital); en comparación con la del segundo calificador, que implica si el paciente tiene la capacidad para llevar a cabo la actividad sin ayuda, independientemente que actualmente la realice o no. Estas diferencias son marcadas justo en las áreas de mayor discapacidad que están también relacionadas con la vida comunitaria (y no así para la movilidad, por ejemplo).

Referencia:

Robles, R., Medina, R., Páez, F. y Becerra, B. *Functioning, disability and health status among persons with severe and persistent mental disorders institutionalized in Mexico*. Trabajo de investigación presentado en: Conference on “Strengthening Mental Health Research Capacity in Latin America and the Caribbean”. Ciudad de México. México; 6-8 de Diciembre de 2006.

Evaluación de estigma en pacientes mexicanos con Trastorno mental severo

Flores S (1), Robles R (2,3), Medina R (1) y Páez F (2).

1) Instituto Jalisciense de Salud Mental, SSI. / Universidad de Guadalajara. 2) Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: FOCUS Salud México. 3) Posdoctorado Salud Mental Pública CONACYT-UNAM-Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente.

INTRODUCCIÓN

Los griegos dieron origen al término “estigma” para referirse a signos corporales que exponían algo inusual y malo acerca del estatus moral de su portador.¹

En sociología, el estigma es una condición que hace que a su portador se le vea como «culturalmente inaceptable» o inferior.¹

La “enfermedad mental” es una de las condiciones más estigmatizadas; ya que a los pacientes con trastornos mentales se les ve como constitucionalmente débiles, peligrosos y responsables de su propia situación.¹

Estigma social: La población general tiene poco conocimiento acerca de la enfermedad mental; una condición se carga con contenidos negativos por asociación con conocimiento previo y este se convierte en el estigma que lleva a discriminación.⁵

Estigma internalizado: Los pacientes con trastornos mentales tienen una expectativa generalizada que la mayoría de la gente los devaluará y discriminara.²

El estigma de las personas con trastornos mentales severos (TMS) es un fenómeno frecuente que conduce a la discriminación. Su evaluación constituye un prerrequisito para el diseño de estrategias para prevenirle y/o disminuirle.⁴

OBJETIVO

Traducir al español y determinar las propiedades psicométricas básicas de la escala de estigma de King y cols³, en una muestra de pacientes mexicanos con TMS.

MÉTODO

La versión en español de la escala se consiguió mediante el proceso de traducción-retraducción por dos especialistas en salud mental con dominio de ambas lenguas. Se aplicó entonces a 100 usuarios de los servicios de psiquiatría de CAISAME-Estancia Prolongada, Instituto Jalisciense de Salud Mental, SSJ.

RESULTADOS

La mayoría fueron hombres (67%); solteros (62%); desempleados (70%). El diagnóstico más frecuente fue de esquizofrenia (47%).

De acuerdo al análisis factorial estas tres dimensiones, con valores eigen ≤ 1 , explican el 42.79% de la varianza total, y la mayoría de los reactivos se agruparon en el factor teóricamente correspondiente.

Tabla 1. Puntuación promedio de estigma

Escala de estigma	Medidas descriptivas en cada estudio	
	Validación a II castellano n-100	Estudio original de King y cols.
Total	60.15 +/- 17.17	62.6 +/- 15.4
Subescala de discriminación	27.69 +/- 9.73	29.1 +/- 9.5
Subescala de divulgación	22.10 +/- 7.50	24.7 +/- 8.0
Subescala de aspectos positivos	10.36 +/- 3.98	8.8 +/- 2.8

Tabla 2. Índices alpha de Cronbach

Escala de estigma	alpha de Cronbach de la versión en español	alpha de Cronbach de la versión original en inglés
Escala total	0.87	0.87
Subescala de discriminación	0.83	0.87
Subescala de divulgación	0.76	0.85
Subescala de aspectos positivos	0.60	0.64

CONCLUSIONES

La versión en español de la escala muestra adecuadas consistencias internas, similares a las de su versión original(3); así como una estructura factorial congruente, por lo que puede concluirse que se trata de un instrumento válido y confiable para evaluar este constructo en población mexicana.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Goffman I: Stigma, notes on the management of spoiled identity. Prentice Hall Englewood Cliffs, 1963; N.J. USA.
- Hinshaw S: The mark of shame: stigma of mental illness and an agenda for change. Oxford University Press 1999. NY
- King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passetti F, Weich S, Serfaty M. The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. Br J Psych 2007; 190: 248-54.
- Rusch N, Angermeyer M, Corrigan P. Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. Eur Psych 2005; 20: 529-39.
- Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J: Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. British Journal of psychiatry 1996; 168: 191-198.

Trayectorias de atención del trastorno mental severo en Jalisco, México

Flores S. (1), Medina R. (1), Robles R. (2,3), Páez F. (2), Real B. (1), Zamudio A. (1), Hernández P. (1), Díaz B. (1)

1. Instituto Jalisciense de Salud Mental, SSI. / Universidad de Guadalajara. 2. Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: Focus Salud México. 3. Posdoctorado Salud Mental Pública CONACYT-UNAM-Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la fuente.

INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de determinar las trayectorias de atención del trastorno mental severo (TMS) que actualmente reciben tratamiento en el centro de alta concentración de la Secretaría de Salud Jalisco; se encuestó a 100 pacientes con base en una forma ad hoc de la Organización Mundial de la Salud.

OBJETIVO

Determinar las trayectorias de búsqueda de atención de pacientes mexicanos con trastornos mentales y persistentes.

PROCEDIMIENTO

ACERCA DE LAS VARIABLES E INSTRUMENTOS:

Hoja de datos sociodemográficos y clínicos.

Cuestionario de trayectorias de búsqueda de atención psiquiátrica de la Organización Mundial de la Salud.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico de la muestra			
Variable		Medida descriptiva	
Sexo	Masculino	n = 67	67%
	Femenino	n = 33	33%
Estado civil	Casado / unión libre	n = 23	23%
	Soltero	n = 62	62%
	Viudo	n = 08	08%
	Divorciado / separado	n = 07	07%
Ocupación	Estudiante	n = 03	03%
	Empleado	n = 27	27%
	Desempleado / ama de casa	n = 70	70%
Edad		38.85 +/- 11.95 (19 - 78)	
Escolaridad en años cursados		06.92 +/- 3.36 (1 - 17)	



Diferencias de opinión respecto a la institución antes y bajo tratamiento en esta

Opinión	Paciente		Familiar	
	Antes del tratamiento	Una vez en tratamiento	Antes del tratamiento	Una vez en tratamiento
Sitio o personas encargadas del ...				
Cuidado de los enfermos mentales	17%	56%	17%	72%
Cuidado de personas con enfermedades nerviosas o emocionales	9%	26%	14%	24%
Cuidado de "locos" o incurables	49%	13%	33%	3%
Personas agresivas o peligrosas	11%	2%	30%	1%
Sitios similares a cárceles	14%	3%	6%	0%

Razones de retraso en la búsqueda de atención especializada

Razón del retraso	Paciente	Familiar
No sabía con quien acudir	21%	48%
No reconoció los problemas como síntomas de enfermedad	51%	34%
Pensó que nadie podía ayudarlo	4%	6%
Pensó que una persona diferente a un médico podía ayudarlo	3%	5%
Tenía pena de hablar del problema	6%	1%
Le preocupaba pensar que tuviera una enfermedad mental	7%	2%
Temía sobre el tratamiento que le darían	3%	0%
Porque el servicio especializado no estaba disponible.	5%	4%

CONCLUSIONES

Al igual que en muchos países del orbe, para reducir la brecha de atención especializada resulta indispensable la información pública sobre los problemas de salud mental y su tratamiento. En particular, políticas de Salud Mental que incidan en el acortamiento del tiempo en la búsqueda y la calidad de la atención.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Sartorius N. & Harding TW. WHO Collaborative study on strategies for extending mental health care, I: the genesis of the study. American Journal of Psychiatry 1983; 140: 470-1473
 2. Gater R., De Almeida B., Souza E., Barrientos G., Caraveo J., Chandrashekar CR., Dhahphale M., Goldberg D., Al Kathiri AH., Mubbashar M., Silhan K., Thong D., Torres-González F. & Sartorius N. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. Psychological Medicine 1991; 21: 761-774
 3. Goldberg DP. & Huxley P. Mental Illness in the Community: The pathway to Psychiatric Care. Tavistock: London. 1980.

*Evaluación de las Actitudes a la Medicación en pacientes con esquizofrenia:
validez y confiabilidad de la versión en español del DAI.*

Introducción: El DAI es un inventario breve de auto aplicación para evaluar la respuesta subjetiva negativa a los medicamentos antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia, enfocándose, que puede ser utilizado para identificar pacientes con alto riesgo de pobre apego al tratamiento farmacológico prescrito.

Objetivos: 1) Traducir al español el Inventario de Actitudes a la Medicación DAI (Drug Attitude Inventory). 2) Determinar la confiabilidad inter evaluador de la versión en español del DAI. 3) Determinar la consistencia interna de la versión en español del DAI. 4) Determinar la validez convergente de la versión en español del DAI con el Cuestionario de *Insight* y Actitudes al Tratamiento (ITAQ). 5) Determinar la validez convergente de la versión en español del DAI con la evaluación de Buchanan de adherencia a tratamiento. Y 6) Determinar la relación de la puntuación total de la versión en español del DAI y variables sociodemográficas y clínicas.

Método: La muestra se conformó con 80 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de tipo paranoide, indiferenciada, desorganizada o catatónica, de 15 a 65 años de edad, de ambos sexos, que aceptaron de forma voluntaria e informada a participar en el proyecto, y cuyas condiciones clínicas permitieron el llenado de los cuestionarios. Una submuestra de 60 pacientes fue utilizada para determinar la validez convergente entre la versión en español del DAI y una medida de *Insight* al tratamiento denominada ITAQ. Finalmente, con cabe en una submuestra de 20 pacientes se calculó la confiabilidad inter evaluador de la versión en español del DAI.

Resultados: El índice de confiabilidad inter evaluadores de la versión en español del DAI fue de .61 ($p < .001$), y su consistencia interna de .57. El índice de correlación de Pearson entre el DAI y el Cuestionario de *Insight* al tratamiento ITAQ fue de .47 ($p < .01$). Los pacientes con baja adherencia a tratamiento de acuerdo a la medición de Buchanan obtuvieron una menor puntuación en DAI en comparación con aquellos con media y alta adherencia a tratamiento (Ver *Tabla 1*). Los hombres y los usuarios que recibían además ansiolítico o antidepresivo en su manejo presentaron mayor puntuación DAI

Tabla 1: Comparaciones de puntuación en DAI entre personas con alta, media y baja adherencia

ADHERENCIA BUCHANANN	Baja Adherencia	Media Adherencia	Alta Adherencia	Comparaciones significativas (corrección bonferroni)	F	P
DAI	5.41 ± 1.85	6.65 ± 2.37	6.6 ± 1.14	1 < 2 1 < 3	3.17	.047

VERSION EN ESPAÑOL DEL DAI

INTRUCCIONES:

Por favor señale si en su caso son verdaderas o falsas cada una de las siguientes afirmaciones, tachando la letra **V** si es verdadera y **F** si es falsa. Por ejemplo:

Los medicamentos hacen que me sienta mejor **V** **F**

Si Ud. considera que los medicamentos hacen que se sienta mejor tachará la letra "V" de verdadero.

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. Para mí las cosas buenas de la medicina pesan más que las malas | V | F |
| 2. Siento que parezco un "zombi", con la medicina | V | F |
| 3. Tomo la medicina por mi libre elección | V | F |
| 4. La medicina hace que me sienta más relajado | V | F |
| 5. La medicina hace que me sienta cansado y lento | V | F |
| 6. Tomo la medicina solamente cuando me siento enfermo | V | F |
| 7. Me siento más normal con la medicina | V | F |
| 8. Es antinatural que mi mente y cuerpo estén controlados por las medicinas | V | F |
| 9. Mis pensamientos son más claros con la medicina | V | F |
| 10. Estando con la medicina puedo prevenir enfermarme | V | F |

Conclusiones:

La versión en español del DAI demostró ser un instrumento válido y confiable para evaluar las actitudes negativas hacia la medicación antipsicótica en pacientes mexicanos con esquizofrenia, por lo que se recomienda su uso con fines clínicos y/o de investigación en nuestro país.

Referencia:

Robles, R., Salazar, V., Páez, F y Ramírez, F. (2003). Evaluación de la actitud al medicamento de personas con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (3): 138-142.

*Evaluación de las creencias acerca de las voces (alucinaciones auditivas)
en pacientes con Trastorno Mental Severo y Persistente
atendidos en CAISAME EP*

Introducción

Recientemente se ha sugerido que las reacciones ante las alucinaciones auditivas o “voces” son mediadas por las creencias acerca de su identidad, poder, propósito y consecuencias por obedecerlas o no; por lo que los pacientes pueden verse favorecidos con intervenciones cognitivas (Chadwick y Birchwood, 1994; Rector y Beck, 2002). El BAVQ (de las siglas de su nombre en inglés: *Belief About Voices Questionnaire*) es un instrumento de evaluación de las creencias acerca de la identidad, propósito, poder y consecuencias de las alucinaciones auditivas de pacientes psiquiátricos. El **objetivo** de este estudio fue traducir al español y determinar la consistencia interna y validez convergente y factorial del Cuestionario de Creencias acerca de las Voces (BAVQ) en una muestra de pacientes mexicanos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de acuerdo a los criterios del DSM IV.

Método

Dos profesionales de la salud mental con dominio de ambas lenguas llevaron a cabo traducción al castellano y retraducción al inglés, y resolvieron divergencias para acordar una versión final BAVQ en español. Posteriormente, personal capacitado para la tarea confirmó el diagnóstico psiquiátrico con base en la entrevista semi-estructurada SCID y aplicó la versión en español del BAVQ y los inventarios de ansiedad y depresión de Beck a un total de 55 personas de ambos sexos y entre 18 y 65 años, referidas de forma consecutiva por los Centros de Atención Integral en Salud Mental del Instituto Jalisciense de Salud Mental, Secretaría de Salud, Jalisco.

Género	Masculino	n= 38	52%
Edad		33.42 + 11.41 (15 – 63)	
Escolaridad		7.57 + 3.72 (0 – 16)	
Estado Civil:	Soltero	n= 42	76.4%
Diagnóstico	Esquizofrenia paranoide	n= 31	56.3%
	Trastorno esquizoafectivo	n= 12	21.8%
	Catatónica; Desorganizada; Indiferenciada	10.9% (6); 9.1% (5); 1.9% (1)	
Edad de Inicio		22.77 + 7.39 (12 – 47)	
Tiempo de Evolución		11.26 + 8.78 (1 – 33)	
Recaídas		5.17 + 4.07 (0 – 20)	
Escala de voces (BAVQ)		12.20 + 5.12 (6 – 24)	
	Subescala de malevolencia	12.92 + 5.67 (6 – 24)	
	Subescala de benevolencia	3.13 + .96 (1 – 4)	
	Subescala de omnipotencia	19.37 + 6.53 (10 – 35)	
	Subescala de resistencia	15.41 + 6.68 (8 – 31)	
	Subescala de involucramiento		
Depresión (BDI)		16.46 + 8.66 (2 – 39)	
Ansiedad (BAI)		27.97 + 4.80 (11 – 40)	

Resultados

En la siguiente tabla se describen las características sociodemográficas y clínicas del total de la muestra.

Los índices de consistencia interna de la versión en español fueron de .74 a .88, y resultaron similares a los reportados para la versión original revisada. El total de las sub escalas de “Malevolencia” y “Resistencia” correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva evaluada con el BDI ($r = .29, p = .04$; $r = .35, p = .01$, respectivamente), al igual que la “omnipotencia” con la presencia de sintomatología ansiosa según el BAI ($r = .35; p = .01$).

La estructura factorial fue similar a la reportada para la versión original en inglés y congruente con la formulación teórica de los autores.

Conclusiones:

La versión en castellano del BAVQ es un instrumento válido y fiable para evaluar las creencias acerca de la identidad, poder, propósito y consecuencias por obedecer de las alucinaciones auditivas o “voces” en población de habla hispana.

Referencia:

Robles, R., Páez, F., Zúñiga, O y Rizo, A. (2004) Estudio de traducción y propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario de Creencias acerca de las Voces BAVQ. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (6): 358-362.

Evaluación de Habilidades Sociales para el trabajo en pacientes con esquizofrenia

INTRODUCCIÓN

La evaluación de habilidades sociales para el trabajo en esquizofrenia de Tsang y Pearson (EHSTE) se dirige a evaluar específicamente los problemas y necesidades para conseguir y mantener un trabajo de las personas con esquizofrenia, por medio de: 1) *Una escala de auto administración (AA)* que evalúa la percepción subjetiva de los pacientes acerca de su competencia en habilidades sociales relacionadas con obtener y mantener un trabajo; y 2) *Un ejercicio simple de juego de roles* para evaluación por expertos (EE), en donde se observa la ejecución social de los pacientes en la simulación de dos situaciones laborales: solicitar trabajo en una entrevista y pedir autorización a un supervisor para ausentarse en un día cotidiano de trabajo. El **objetivo** del presente estudio fue traducir al español y evaluar la confiabilidad y validez de las formas de AA y EE que integran la EHSTE, en pacientes mexicanos con esquizofrenia.

MÉTODO

Con base en un muestreo no intencional de pacientes atendidos en los servicios de consulta externa y hospitalización del Centro de Atención Integral en Salud Mental del Instituto Jalisciense de Salud Mental se conformó una muestra de adultos de ambos sexos con diagnóstico de cualquier tipo de esquizofrenia, que fue confirmado mediante la entrevista estructurada SCAN. Se completó la AA y EE en el total de la muestra. Adicionalmente, un médico psiquiatra registró el funcionamiento global mediante la escala de la Asociación Psiquiátrica Americana (EEAG) así como otras variables sociodemográficas y clínicas relevantes para el estudio. A los quince días, un sub grupo participó en una segunda aplicación de ambas formas de evaluación de la EHSTE.

RESULTADOS

Participaron un total de 54 pacientes con esquizofrenia. La tabla a continuación presenta una descripción de sus características sociodemográficas y clínicas.

Variables		Medida descriptiva
Género	Masculino	n= 35; 64.8%
	Femenino	n= 19; 35.2%
Edad		36.6 + 9 (19-57)
Escolaridad		7.6 + 3.8 (1-17)
Experiencia laboral previa		n= 42; 77.8%
Tipo de servicios	Consulta externa	n= 29; 53.7%
	Hospitalización	n= 25; 46.3%
Funcionalidad Global (EEAG)		56.24 + 10.12 (35-80)

Los coeficientes Alpha de Cronbach fueron, para la AA=0.69 y para la EE=0.85. Un total de 36 pacientes completaron las evaluaciones inicial y a 15 días, y las correlaciones entre ellas fueron: para AA=0.66, y para EE=0.73, $p \leq .01$. En el total de la muestra, las puntuaciones en la EEAG y EE correlacionaron alta, positiva y significativamente ($r = 0.71, p \leq .01$).

Empero, la relación entre EEAG y AA no fue estadísticamente significativa. Así mismo, la puntuación EE, y no la de AA, fue clínicamente superior en los pacientes atendidos en consulta externa vs. hospitalización ($12.9 \pm$

2.5 vs. 10.72 ± 3.4 ; $t = -2.77, gl = 52, p = .008$); con mejor funcionamiento psicosocial (59.79 ± 8.5 vs. 52.12 ± 8.5 ; $t = 2.97, gl = 52, p = .004$), y entre aquellos que tenía experiencia laboral (12.76 ± 2.55 vs. 8.91 ± 3.53 ; $t = 4.11, gl = 51, p \leq .0001$). No se registraron diferencias por género.

CONCLUSIONES:

Se aporta evidencia de consistencia interna, estabilidad temporal y validez de constructo de la evaluación de habilidades sociales para el trabajo por expertos y mediante la técnica de juego de roles, en pacientes mexicanos con esquizofrenia. Se recomienda que la evaluación de éste constructo en pacientes de habla hispana y con baja escolaridad se haga con base en éste método, pues los formatos de auto aplicación pueden ser una herramienta de cuestionable validez y confiabilidad en esta población.

REFERENCIA:

Robles, R., Medina R., Flores, S. y Páez, F. (2007). Evaluación de habilidades sociales para el trabajo en pacientes con esquizofrenia: Validez y confiabilidad del auto reporte y la técnica de juego de roles. *Salud Mental*, 30(5), 27-32.

Prevalencia y variables asociadas al síndrome metabólico en pacientes con trastorno mental severo y persistente

Introducción:

La aparición de los antipsicóticos atípicos ha volcado la atención a las condiciones médicas asociadas a los trastornos mentales. La mayoría de los estudios al respecto no incluyen pacientes psiquiátricos institucionalizados, en los que se centra este trabajo.

Método:

Se evaluaron a pacientes con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP) atendidos en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, para determinar si cumplían los criterios de SM de la Federación Internacional de Diabetes. Se registraron también las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con esta condición.

Variable	Medida descriptiva
Edad	38.50 + 12.6
Género	
Masculino	148, 66.7%
Femenino	74, 33.3%
Tiempo de hospitalización	
Menos de cinco años	20, 9.0%
De 10 años	32, 14.4%
Más de 10 años	136, 61.3%
Grado de actividad	
Actividad laboral	63, 28.4%
Actividad recreativa	14, 6.3%
Ninguna actividad	145, 65.3%
Tipo de paciente	
Institucionalizado	188, 84.7%
Ambulatorio	34, 15.3%
Uso de tabaco	109, 49.1%
Uso de antipsicótico	173, 77.9%
Típico	108, 48.6%
Atípico	65, 29.3%
Criterios Síndrome Metabólico	
Presión arterial	14, 6.3%
Triglicéridos	50, 22.5%
Uso de antihipertensivo	18, 8.1%
Uso hipolipemiente	27, 12.2%
Síndrome Metabólico	60, 27%
Diagnóstico de Diabetes Tipo II	12, 5.4%

Resultados:

La muestra se integró con 222 pacientes, 188 (84.7%) de los cuales de encuentran institucionalizados. En la siguiente tabla se resumen sus características sociodemográficas y clínicas.

Un total de 60 pacientes presentaron SM, con lo que la prevalencia estimada fue del 27%. Entre los factores asociados de manera clínica y estadísticamente significativa al SM se encontraron: 1) fumar, 2) mayor edad, 3) sexo femenino, y 4) uso de antipsicóticos (Ver tabla anexa).

No existieron diferencias entre los pacientes institucionalizados y ambulatorios, entre aquellos con diversos niveles de actividad, ni entre los que utilizan antipsicóticos típicos o atípicos.

Conclusiones:

La población asilada y ambulatoria con TMSP presenta una alta prevalencia de SM que requiere de atención especial, y que se asocia con factores de riesgo conocidos para esta condición. Resulta interesante que es el uso de antipsicóticos y no el tipo de los mismos, lo que se asocia con el SM; y que la institucionalización no sea un factor determinante en la presentación del síndrome, aunque se sugieren estudios futuros con muestras más amplias de pacientes ambulatorios.

Variable y grupo	Medidas descriptivas y comparativas
Género	N= 31
Mujeres con SM	N= 43
Mujeres sin SM	N= 29
Hombres con SM	N=119
Hombres sin SM	Chi2=12.43, gl=1, p=.001
Edad	41.40+13.31
Con SM	37.43+12.20
Sin SM	T=2.02, gl=97.93, p=0.46
Uso de tabaco	N=40
Con SM	N=20
Sin SM	Chi2=10.15, gl=1, p=.001
Uso de antipsicóticos	N=52
Con SM	N=8
Sin SM	Chi2=3.65, gl=1, p=.05

Referencia:

Medina R, Robles R, Alba A y López-Guerrero J. *Prevalencia y variables asociadas al síndrome metabólico en pacientes con trastorno mental severo y persistente.*

Trabajo de investigación presentado en el XX Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C. Mérida, Yucatán, México: 16 al 20 de Noviembre de 2007.

*Efectividad de un programa psicoeducativo
para pacientes con trastornos mentales severos y persistentes y sus familiares*

Introducción

El objetivo del presente trabajo fue determinar si una intervención psicoeducativa basada en solución de problemas resultaría superior que la puramente informativa para modificar variables asociadas a la esquizofrenia, tales como la disfunción familiar y la emotividad expresada.

Método

Una muestra de familiares y pacientes con esquizofrenia recibieron una sesión informativa sobre la enfermedad, en donde se les invitó a participar en una intervención basada en solución de problemas (Kuipers, Leff y Lam, 2004). A todos se les aplicó antes, después y a los cuatro meses de la intervención, un cuestionario de conocimientos, el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FAD), y la Escala de Emotividad Expresada.

Resultados

Se incluyeron a 41 familiares, 18 de los cuales integraron un grupo experimental (GE) que recibió la intervención, a comparar con el resto que sólo tomaron una sesión informativa (GC).

Variable	Medida descriptiva
Género	
Masculino	n=16, 39%
Femenino	n=25, 61%
Tipo de familiares	
Padres	n=20, 48.8%
Hermanos, sobrinos o primos	n=21, 51.2%

Variable	Grupo intervención N=18	Grupo control N=23	Comparación
Información sobre esquizofrenia	3.66+1.32	3.52+1.03	F=.25, p=.61 T=.38, gl=31.5, p=.70
Emotividad expresada	64.16+11.99	71.00+13.05	F=.02, p=.87 T=-1.4, gl=25.0, p=.15
Disfunción familiar	135.64+21.03	140.92+24.31	F=.37, p=.54 T=-.60, gl=23.8, p=.55

Antes de la intervención, no existían diferencias clínica ni estadísticamente significativas entre los grupos en conocimientos acerca de la enfermedad, disfunción familiar ni emotividad expresada.

En todos los casos hubo incremento del nivel de información al final de la sesión psicoeducativa, y estos cambios se mantuvieron a los cuatro meses de seguimiento. Al finalizar la intervención, el GE demostró, en comparación con el GC: menor disfunción familiar (132.64+23.32 vs. 147.93+19.97, $t=-2.02$, $gl=30.74$, $p=.05$), y emotividad expresada (58.76+10.45 vs. 69.70+12.97, $t=-2.55$, $gl=27.89$, $p=.01$).

Variable	Grupo intervención N=18	Grupo control N=23	Comparación
Información sobre esquizofrenia	4.72+0.57	4.68+0.56	F=.08, p=.77 T=.22, gl=36.27, P=.82
Emotividad expresada	132.64+23.32	147.93+19.97	F=.86, p=.36 T=-2.02, gl=30.7, p=.05
Disfunción familiar	58.76+10.45	69.70+12.97	F=.30, p=.58 T=-2.55, gl=27.8, p=.01

Conclusiones

La intervención psicoeducativa basada en solución de problemas provocó una reducción significativa de la disfunción familiar y la emotividad expresada que caracterizan a los familiares y pacientes con esquizofrenia.

Referencia

Robles R., Medina R., Audiffred RI., Zavala TJ, Esparza C, Fernández JE., Pimentel PE, Velarde R y Valdés G. Intervención psicoeducativa para familiares de personas con esquizofrenia en el Instituto Jalisciense de Salud Mental. Trabajo de investigación presentado en el XVI Congreso Mexicano de Psicología. Puerto Vallarta, Jalisco; 27 al 29 de Septiembre de 2006.

Estudio de costo-efectividad de tratamiento farmacológico de la esquizofrenia

Introducción

La fármaco-economía, definida como la descripción y análisis de los costos del tratamiento con fármacos con relación a los sistemas de salud y a la sociedad, es hoy por hoy, ante las limitaciones de los recursos sanitarios, una herramienta de extrema utilidad para la toma de decisiones clínicas. Desafortunadamente son pocos los estudios al respecto en México. El que aquí se resume es uno de ellos, y afortunadamente se efectuó para evaluar el costo-efectividad del tratamiento farmacológico de uno de los problemas de salud mental más discapacitantes: la esquizofrenia.

En el estudio de costo efectividad se trata de determinar la eficiencia (relación entre costos y efectos) de un tratamiento farmacológico y su comportamiento con la de otras opciones, con el fin de seleccionar aquella con una relación costo/efecto más favorable.

Erróneamente se utiliza como "más barato", mientras que el cociente costo/efectividad es en realidad el costo por unidad de efectividad.

Método

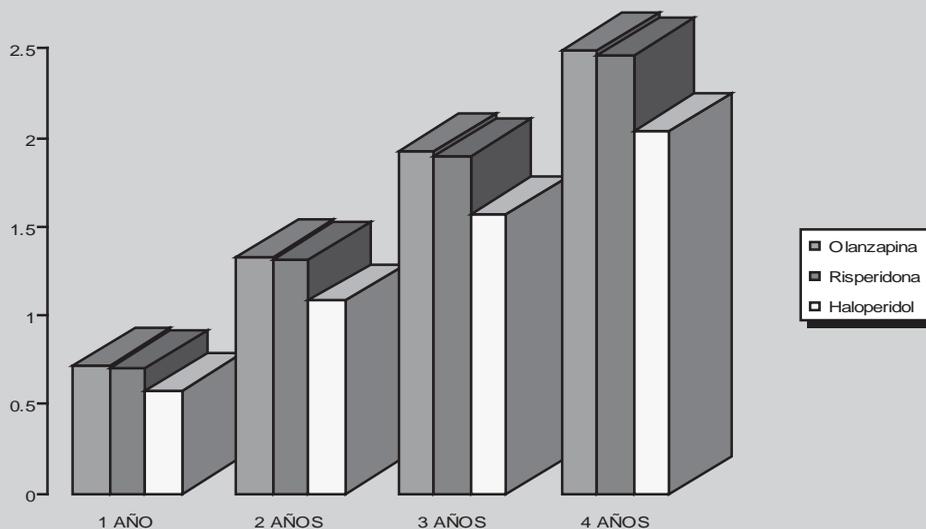
Para comparar los costos en relación a la mejoría clínica alcanzada de diferentes medicamentos antipsicóticos (10 mg de Olanzapina, 15 mg. de Haloperidol, y 6 mg. de Risperidona) se llevaron a cabo simulaciones matemáticas por computadora Markov sobre modelos de transición-estado con costos médicos y eficacia de resultados en cohortes hipotéticas. La estructura y los parámetros se tomaron de los resultados de estudios clínicos, de la literatura médica y del juicio de clínicos expertos; y se simularon los patrones de manejo clínico, los eventos clínicos asociados al tratamiento y los resultados del mismo.

Resultados

Se reportó la costo-efectividad a uno, dos, tres y cuatro años. Como puede observarse los cocientes de costo-efectividad son superiores para el caso de los antipsicóticos atípicos (vs. típico), sobre todo al paso del tiempo, en el que hay mas recaídas y hospitalizaciones subsecuentes.

Conclusiones

Los autores concluyeron que, en nuestro país, el incremento en el gasto del fármaco se justifica en términos de los beneficios adicionales que tiene el perfil de seguridad y eficacia de los atípicos sobre los típicos.



Referencia

Palmer C, Brunner E, Ruiz-Flores L, Páez F, Revicki D. (2002). A cost-effectiveness clinical decision analysis model for treatment of schizophrenia. *Archives of Medical Research*, 33: 572-580.

Sobrecarga en el cuidador de pacientes con esquizofrenia

Introducción

La *sobrecarga* de un cuidador de personas con alguna enfermedad crónica es un fenómeno descrito por primera vez por Sainsbury (1963), y ha sido definida operativamente y explicada desde la Teoría General del Estrés. En este modelo, las respuestas y consecuencias de los factores estresantes que se van presentando al cuidador están mediadas por procesos psicosociales tales como el impacto emocional, la percepción de soporte social y las estrategias de afrontamiento, así, como resultado de la interacción *factor estresante-estrategia de afrontamiento*, el cuidador puede percibir una sensación de *sobrecarga* que irá acompañada de otras consecuencias negativas sobre su salud.

Se estima que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento, y que un alto porcentaje puede presentar niveles clínicamente relevantes de *sobrecarga*. En esta dirección, el trabajo que aquí se resume evaluó la percepción de sobrecarga en el cuidador principal de pacientes con trastornos mentales severos y persistentes que se encuentran en control ambulatorio, así como su relación con diversas variables sociodemográficas y clínicas.

Método

La muestra se conformó con los cuidadores principales y pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que eran atendidos en el servicio de consulta externa del CAISAME estancia prolongada, del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Se confirmó el diagnóstico con la Entrevista Neuropsiquiatría Internacional MINI, y se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Zarit Para Sobrecarga del Cuidador, Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS II), y Escala de Impresión Clínica Global.

Resultados

Entre los hallazgos destaca que: 1) en el 21.7% de la muestra se observó una sobrecarga severa, en el 63.3% una leve, y sólo el 15% no mostró sobrecarga por el cuidado de su familiar; y 2) la sobrecarga correlacionó de forma moderada y estadísticamente significativa con la gravedad de la sintomatología, con la discapacidad asociada de los pacientes, y con el número de horas dedicadas a su cuidado.

Conclusiones

Los hallazgos de este trabajo son congruentes con estudios previos en ámbitos similares que han documentado mayor sobrecarga percibida ante el incremento en morbilidad, recaídas, severidad de psicopatología y dependencia de los pacientes. Además, de acuerdo a los autores, estos hallazgos permiten planear e implementar estrategias de detección y tratamiento que idealmente conlleven a reducir la morbi-mortalidad, los altos costes y el desarrollo de psicopatología en el cuidador principal de pacientes con trastornos mentales severos y persistentes.

Referencia

Figuroa, J.A., Robles, R., Ramírez, V.H. y Medina, R. (2008). Percepción de sobrecarga del cuidador principal de pacientes con trastorno mental severo y persistente en control ambulatorio: variables clínicas y sociodemográficas relacionadas. *Manuscrito para publicación*.

“Avances en salud 2008”

La salud mental en el primer nivel de atención

Relatoría de las jornadas estatales SALME

Dr. Eduardo Madrigal de León

Con el lema *La Salud Mental en el Primer Nivel de Atención*, el Instituto Jalisciense de Salud Mental, a través de la Subdirección de Desarrollo Institucional organizó las Jornadas Estatales SALME, Avances en Salud Mental 2008.

45

Nuestras motivaciones obedecieron al cumplimiento de una de las funciones de este organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud de Jalisco, consistente en la formación de recursos humanos de excelencia, la capacitación y actualización de los diversos grupos de profesionistas, la divulgación del conocimiento propio y ajeno que se genera y las acciones encaminadas a la prevención, promoción y educación para la Salud Mental. Además, conmemorar dignamente el día mundial de la salud mental y también rescatar, y al mismo tiempo proyectar una tradición proveniente del antiguo Hospital Psiquiátrico de Jalisco consistente en organizar al menos una vez por año una jornada de actualización.

Seleccionamos ocho de los principales trastornos mentales que estadísticamente atendemos en mayor cuantía en nuestros dos hospitales y 18 módulos de las principales ciudades del estado. Trastornos depresivo mayor, de ansiedad, demencias, de atención en niños y adolescentes, psicóticos, bipolar, de la alimentación y por abuso de

alcohol y otras sustancias. Presentados por tres expertos que desarrollaron: Panorama epidemiológico, conceptos, actualidades diagnósticas y en el tratamiento, así como el abordaje y manejo multidisciplinar en el primer nivel de atención. En cada uno de ellos participó como profesor al menos uno de nuestros especialistas que trabajan para esta



Dr. Daniel Ojeda Torres



institución, de los que debemos estar muy orgullosos, junto con nuestros invitados, algunos también radicados en esta ciudad y los provenientes de la Ciudad de México, San Luis Potosí, Morelia y Monterrey.

Se presentaron además cuatro simposios con temas de actualidad y alta especialización: depresión y remisión en la actualidad; Estrés laboral, Perspectiva actual de la esquizofrenia, tabaquismo y psiquiatría; dos charlas: Apego al tratamiento en la esquizofrenia y ansiedad, somatización y trastornos del sueño; Dos talleres, el de Psicoeducación para el manejo del trastorno bipolar, a cargo de la Dra. Maritza Leal Isida y el de Comorbilidades médicas e interacciones farmacológicas, con los Dres. Manuel Duarte, Jaime Orozco y Juan Carlos Molina; Además de tres conferencias magistrales, la de inauguración a cargo del Dr. Gerardo Heinze Martín, director del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, quién disertó acerca del suicidio en México y el mundo, presentando el panorama epidemiológico y sobre todo alertando acerca de los factores de riesgo y las posibles acciones que puedan paliar este problema. La conferencia magistral a cargo de la Dra. Silvia L. Cruz Martín del Campo,

farmacóloga e investigadora del CINVESTAV, denominada “Neurobiología de las Adicciones.” Una clara y sencilla explicación del complejo fenómeno de la adicción de cada una de las drogas de abuso, su acción en el cerebro sus sistemas de recompensa y cobro. Finalmente la conferencia magistral a cargo de la presidenta nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana la Dra. Martha Ontiveros Uribe.

La numeralia de las Jornadas Estatales Salme 2008 es la siguiente: 536 inscritos, de los cuales 374 son médicos del primer nivel de atención, de las 13 jurisdicciones sanitarias, servicios médicos municipales de la zona metropolitana de Guadalajara, Sistemas estatales y municipales DIF, Asociación de Médicos generales y también particulares. 40 psiquiatras y especialistas, el resto 122 profesionales de la salud mental, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y licenciadas en nutrición. 58 personas asistieron al taller de Psicoeducación para el manejo del trastorno bipolar y 72 al de comorbilidades médicas. Participaron 40 profesores. 17 invitados nacionales que radican fuera de Guadalajara, nueve profesores radicados en el



estado de Jalisco y 14 profesores de SALME. 19 Coordinadores además.

Aprovechamos también estas jornadas para iniciar la distribución y difusión del primer número de la Revista SALME, que en el mismo sentido que le dimos a las jornadas, seleccionamos en cada número un tema de la patología mental y lo abordamos desde los diversos enfoques, sensibilizando por una parte y reforzando con este contenido la capacitación de los profesionistas no psiquiatras y los usuarios de los servicios de salud.

Industria farmacéutica.

Participaron 16 firmas farmacéuticas: Armstrong, Astrazeneca, Bioquimed, Bristol, Eli Lilly, Glaxosmithkline, Jans-

sen-Cilag, Lundbeck, Medix, Merz, Pfizer, Psicofarma, Roche, Shering-Organon, Sunpharma y Wyeth.

Muchas gracias a todos ellos por su apoyo, sin el cual no podríamos realizar eventos de esta naturaleza. Una relación transparente y respetuosa como la que hemos logrado construir, nos beneficia a ambos y nos permite, de cara al futuro seguir, retroalimentándonos con proyectos conjuntos y respondiendo también a sus convocatorias.

Todos contra la Violencia

LIC. TSP NOEMÍ RODRÍGUEZ NAVARRO Y MTRA. MYRTA FAVIOLA DÍAZ CASTRO

En conmemoración del Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer, en CAISAME Estancia Breve se elaboró un periódico mural informativo. Una de de sus principales intenciones fue informar a pacientes y familiares sobre la aprobación de la nueva ley de **Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia**.

Se compartió una definición amplia de violencia así como los diversos en que esta se puede manifestar, así como los tipos que marca la NOM 190.

Además, realizamos una encuesta anónima a través de gráficas de barras donde determinamos un color a cada tipo de violencia. La intención fue que la persona que leyera la información y quisiera comunicar que estaba viviendo alguna situación de violencia, colocara en la barra una calcomanía del color del tipo de violencia de que ha sido víctima.

48

- *Azul* = Violencia física
- *Rojo* = Violencia psicológica
- *Verde* = Violencia económica y/o patrimonial
- *Amarillo* = Violencia sexual
- *Negro* = Violencia por negligencia y/o abandono

Los días que permaneció el mural, 27 personas manifestaron haber vivido o estar viviendo violencia física, 46 violencia psicológica, 29 violencia económica, 16 violencia sexual y 12 por negligencia y/o abandono. Consideramos que al dar la oportunidad de expresión las mujeres hoy en día tienen más sensibilidad e información para externar sus situaciones de violencia. Sin embargo hay mucho trabajo aún por hacer.

Por otro lado, es importante destacar que para este trabajo se pidió la participación de las mujeres que acuden a nuestro **Taller Psicoeducativo para Mujeres en Situaciones de Violencia**, las que aportaron al mural contundentes frases alusivas como:

La VIOLENCIA aniquila tu vida y las de los demás, di no a la VIOLENCIA.

Mujer NO LO PERMITAS, la violencia destruye a las familias.

La violencia DAÑA la vida de tus hijos y la tuya

La violencia NO DEBE ENTRAR en la familia

Pon un ALTO a la violencia

NO PERMITAS la violencia:
destruye un hogar, un país, un mundo.

Como una medida de protección, dimos a conocer domicilios y números telefónicos de instituciones a las cuales se puede acudir en caso de requerir orientación y/o atención en caso de violencia:

Emergencias	066
Línea Mujer del Estado de Jalisco	33456166
Servicio de Intervención en Crisis	075
Dirección de Atención a la Familia	30304765, 66, 67
Centro de Atención a Víctimas del Delito	36153882 y 36169550
Procuraduría General de la República	39422623-22
Comisión Estatal de los Derechos Humanos:	36691101
DIF (Guadalajara, Tlaquepaque, Zapopan y Tonalá:	30303800
Instituto Jalisciense de las Mujeres	36583170
Procuraduría Social de la Familia:	36993882

Esta experiencia nos fortalece para continuar con entusiasmo hacia una verdadera equidad de género a través de la desnaturalización de la violencia ya que:

NADA JUSTIFICA LA VIOLENCIA

a r t e



exquisitos
pepenadores

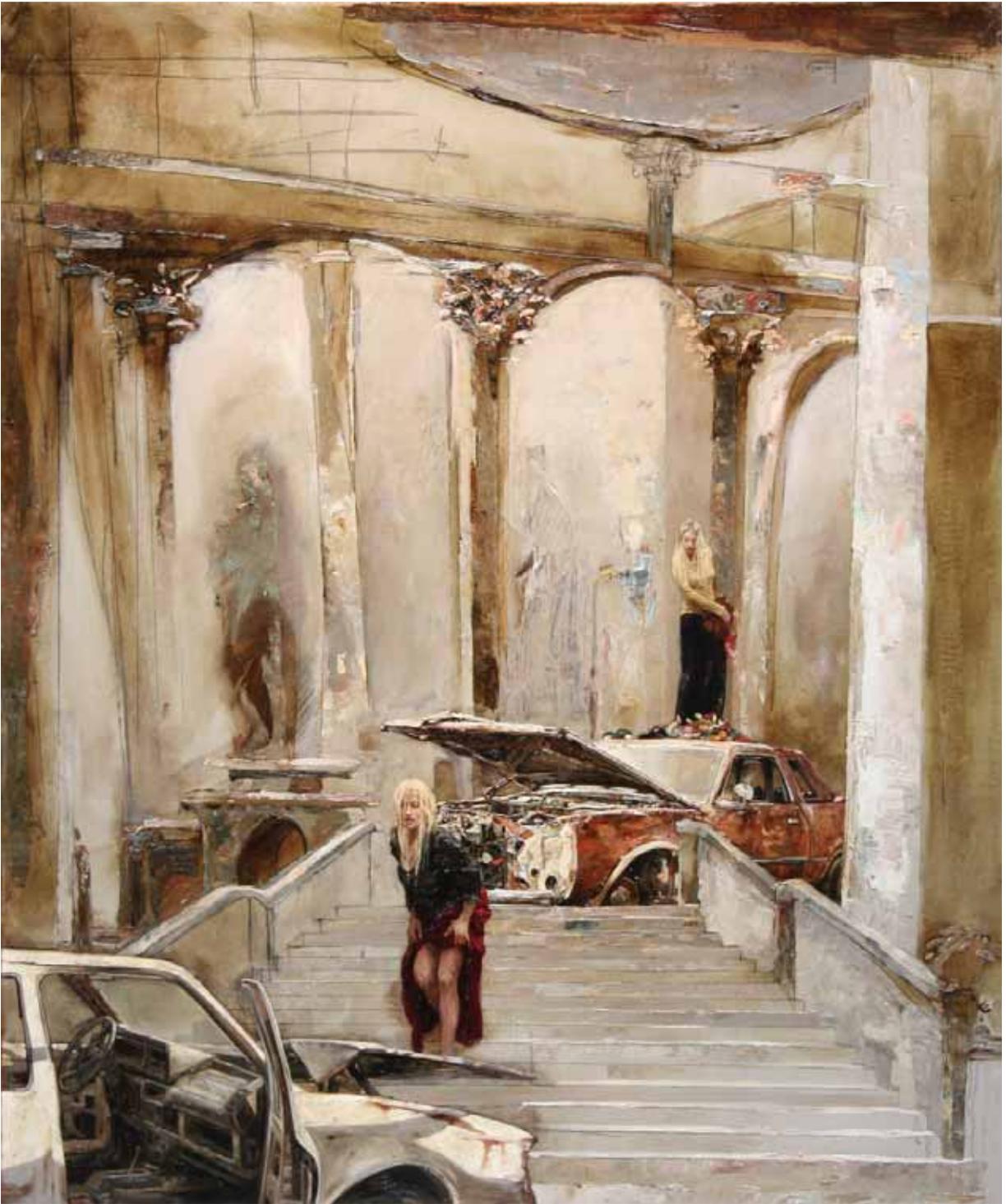
s e r g i o g a r v a l



Exquisitos pepenadores II



Exquisitos pepenadores IV



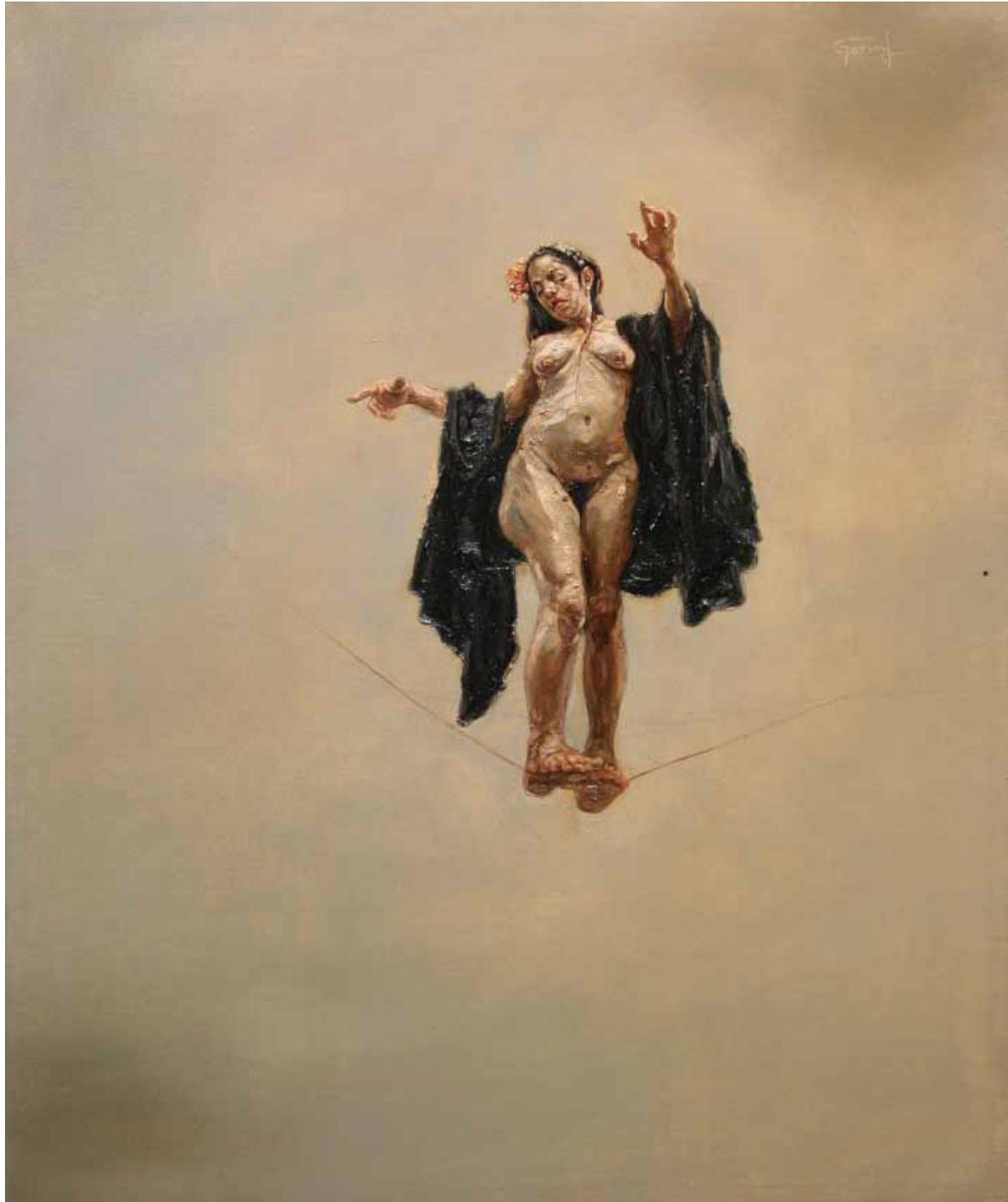
Días de guardar II



Interiores



La cuerda II



La cuerda



La cuerda IV



La cuerda III



La isla III



Naúfrago



Madonna [detalle]

Sergio Garval. Guadalajara, 1968. Es egresado de la carrera de pintura de la escuela de Artes Plásticas de la Universidad de Guadalajara, tomó un curso avanzado de pintura impartido por el maestro Luis Nishizawa, y otro en el Summer Studio Residency New York, School of Visual Arts, Nueva York, Estados Unidos. Ha realizado más de cien exposiciones entre individuales y colectivas, en galerías nacionales e internacionales. Ha obtenido numerosos premios y menciones, entre otros: mención honorífica de pintura, “Salón de octubre” (1994); Segundo Premio de grabado, “Salón de octubre” (1994); Primer Premio de dibujo, “Salón de octubre” (1995). Premio de adquisición X Concurso Nacional de grabado, José Guadalupe Posadas, Aguascalientes (2002); Premio de adquisición, Estampa. X Biental de Estampa y Dibujo Diego Rivera Guanajuato, Guanajuato (2003); “Presea Alfredo Zalce”. Cuarta Biental de Pintura y Grabado Alfredo Zalce. Morelia, Michoacán (2003); Primer premio de adquisición, “I^a. Biental de Dibujo de las Américas, Rafael Cauduro”, Tijuana, B.C., México (2006).

Residente de cuarto año de psiquiatría,
taller de literatura SALME.

El vengador enmascarado

El cartel amarillento con letras moradas anuncia la gran función de lucha libre para hoy a las 6 de la tarde. Después de 4 preliminares, se presenta el platillo principal: en la estelar peleará en la jaula el rudazo *Salvaje*, campeón de peso completo de la colonia, que realmente hace honor a su nombre.

Se le conocen en su invicta carrera iniciada hace 11 años, incontables heridos, 5 inválidos y 3 muertitos, según reza el mito urbano. El salvaje tiene la costumbre de reducir a sus oponentes a una masa sanguinolenta. Es una mole morena de músculos de 1 metro y 80 centímetros, con un tonelaje impresionante, desarrollado



a base de inyecciones de anabólicos, años enteros en el gimnasio y una dieta apta para luchadores de sumo; y a costa de una incoercible disfunción eréctil. De piel lampiña con una incipiente calvicie, a sus 38 años ha perdido sus dientes incisivos superiores. Todo lo anterior sumado a sus tatuajes —una rosa y un cadillac en su brazo izquierdo, una voluptuosa mujer semidesnuda con penacho y otros motivos indígenas en el brazo derecho y un enorme cholo de barba de candado, lentes oscuros y sombrero, en la espalda, del lado derecho, entre otros le dan un aspecto terrible. Acostumbrado desde su infancia a la violencia, actúa como autómatas,

con su naturaleza agresiva desatada y fuera de control. Esto es lo que le ha hecho tan popular y odiado por los fanáticos del barrio y aún de otras partes de la ciudad, que acuden a esa sucia arena sólo para verlo a él, la gran estrella de la destrucción.

El retador es un desconocido enmascarado, llamado *El Vengador*, contratado por el agente de lucha libre, hombre sin escrúpulos, sólo con la intención de contribuir al morbo. De este enigmático gladiador no se conoce la identidad o alguna referencia de su persona.

Esta mañana es como todas las demás para *Perico*. Nada había cambiado en su vida. Despierta todavía con restos de la borrachera de la noche anterior, con un punzante dolor de cabeza, la boca seca y esa sensación siempre presente: —¿estaré viviendo en la realidad o será sólo un sueño?, ¿sólo una pesadilla? En fin. Hay que seguir adelante. Alguien llama a la puerta del vetusto cuartucho de vecindad, casi en ruinas, perdida en las descoloridas calles de aquel barrio del centro de la ciudad. Es un niño, flaco y sucio, de unos 7 años de edad. Como sucedía de vez en cuando, ahí está la nota con el pedido y una fotografía. La tarea en turno. Dice escuetamente: licenciado Scherman, empresario. Avenida de la Aurora 27. Para hoy en la tarde. Memoriza los datos y el rostro, para después quemar con el encendedor ambos objetos. Como siempre, muestra la misma apatía y frialdad, el mismo desgano. A excepción de la lucha libre y el asesinato, nada en la vida le produce ya placer. Él es el retador enmascarado del que nadie sabe nada.

—La lucha es a las 8, más o menos. Creo que para esa hora ya hice el trabajito. Pensó. Tomó mucha agua y 2 *alka seltzer*, remedio que le había recomendado el boticario. Listo. Casi como nuevo. Ahora una buena ducha.

Perico se mira en el espejo del baño. Está listo para seguir cobrándosela a la vida. A sus 32 años es un atleta, con un físico espectacular, fuerte, ágil y potente. Lo había desarrollado tras un año en el ejército, 3 en las fuerzas especiales, 4 en labores de inteligencia para el gobierno, y los últimos 4 dedicándose a un oficio ingrato: ajustador de cuentas y asesino por encargo. Este trabajo le

deja un torturante tiempo libre, en el que se ha dedicado a desarrollarse cada vez más como una máquina asesina, fría y letal, como una manera de compensar su triste pasado, su infancia, cuando era un ser frágil, lleno de temores, maltratado y vejado por su padrastro. Gimnasia, boxeo, nado, artes marciales, tiro, en una vida desahogada, e incluso con algunos lujos. Todo esto le permite su trabajo como matancero. Pero a cambio le pasa una factura cada vez más costosa: el anonimato, una vida gris y solitaria, y muchas cuentas pendientes.

Pero hay algo especial para él. Hacía ya 3 años que aprendía la lucha libre como un arte de su maestro, *El demonio de la oscuridad*, otrora ídolo y ahora sólo leyenda, trasmitiéndole antes de morir todos sus conocimientos. *Perico* había tenido oportunidad ya de mostrar sus habilidades en diferentes lugares del país, siempre bajo el anonimato, desapareciendo luego de sorprendentes exhibiciones de habilidad y fuerza. Poco se conocían maestro y alumno, pero a pesar de no hablar de su vida privada, entablaron una relación semejante a la de un padre con su hijo. Era la única persona que le había amado, y hacía ya seis días que había muerto de un infarto. Desde entonces ha tomado alcohol por primera vez en su vida, hasta sumirse en la inconsciencia, como una forma de ahogar su gran dolor, de caer en el olvido. Es la ebriedad ahora una nueva forma de llenar su terrible vacío existencial, que parece aumentar cada vez más, llenándole de esas ideas de que sería mejor si él no estuviera aquí, en este mundo tan apagado. Esta sensación siempre le ha acompañado, desde sus primeros recuerdos, en los que nunca sintió el amor de su madre, su única familia. De su padre no conserva ningún recuerdo. De su padrastro recuerda los puñetazos y puntapiés, y que a los 15 años llegó de la secundaria y lo encontró a él tambaleándose de borracho, y a su madre con la cabeza partida, al final de las escaleras. —Ella se lo buscó, era una *mula*, una *perra*. A dónde vas cabrón... Espérate Pedro... ¡nooo! 2 certeros tiros fueron suficientes para acabar con el desgraciado. De Pedro nunca más se supo. —Quizá se perdió en la calle, en las drogas... pobre muchacho —Decían las vecinas. Se convirtió entonces en una

sombra, un fantasma, en busca de venganza ante un enemigo ahora imaginario, sin la esperanza de encontrar algún día respuesta a sus porqués.

Al salir del baño, *Perico* se viste con su traje negro Armani, que usaba cuando era miembro del estado mayor. Se perfuma y se guarda al cinto las 2 temibles 38. —Nunca se usa una automática —Se dice a sí mismo—, falla y me lleva la chingada. Y de a 2 es más seguro. Unos lentes oscuros completan su atuendo, haciéndole parecer verdaderamente un emisario de la muerte. Saca su *Mustang 65* rojo de un callejón. Este auto había pertenecido a *El demonio de la oscuridad*, que lo compró en la agencia durante su época de esplendor en la década de

los 60's. A toda velocidad se dirige a la dirección indicada en la nota. Comienza a rondar la casa del empresario y se estaciona enfrente. —Es un trabajo urgente. No hay problema. Para en la tarde ya lo tengo frío y salimos en el noticiero por la noche. Por fin, a las 2 lo ve salir en su deportivo, acompañado de una mujer rubia deslumbrante.

—Es la Maribel, del *escort sexies*. Me acuerdo de los agarrones que nos dábamos en el hotel de la condesa. Y gratis. Ni modo, también me la voy a *chingar*. No puedo dejar testigos. Los sigue discretamente hasta la zona rosa, donde tenían reservación para comer en el *Giovanni's*. A las 4:16 salen trastabillando y riendo alegremente. Habían bebido mucho tinto. Suben al auto



nuevamente. *Perico* se arma de paciencia y los sigue hasta el Fiesta Inn, un hotel 5 estrellas situado en la zona residencial del sur. No tiene ningún problema para entrar detrás de ellos. Escucha el número de habitación y se introduce al elevador 5 minutos después que sus presas. Frente a la habitación 243 toma un profundo respiro, empuña su arma con la mano derecha dentro del saco y toca a la puerta. Abre la mujer, en ropa interior. La encañona tapándole la boca con la palma de su mano izquierda. —¡Si gritas te mueres!. La lleva silenciosamente por la habitación, buscando a su objetivo principal. Hay ruido de agua corriente. Lo encuentra en la regadera. Abre intempestivamente la cortina y le

lanza violentamente a Maribel. El empresario no tiene tiempo de saber qué ocurre. En un instante se encuentran muertos, con una bala en la cabeza y 2 en el pecho cada uno. Sale discretamente por la escalera de servicio. Todo mundo había escuchado las 6 detonaciones, pero no saben de dónde habían venido. —Qué lástima por *la vieja*, estaba *bien buena*. Ni modo. Ahora vamos a luchar un rato. Tira la pistola en una alcantarilla. El arma está *caliente*, no es bueno cargar de esas.

En la fila para entrar a la arena, los asistentes comentan sobre la lucha principal.

—¿Ahora a quién le toca?

—A un desconocido.



En búsqueda del Paraíso

—Va a ser una verdadera masacre.

—Eso espero.

El cartel transcurre sin dificultades, abundan los golpes, las llaves, vuelan los luchadores de ambos bandos, y uno que otro lilo. Lluven las mentadas de madre, los silbidos y abucheos. La arena se encuentra a reventar. Corren las cervezas y suben las emociones, entrando en efervescencia poco antes de la lucha estrella. Por la zona de gradas se prende la bronca. Los de la derecha dicen que le faltaron al respeto a una señora. A la izquierda mencionan que fue porque un señor no se sentaba y le cayó *agua de riñón*. El motivo es lo de menos. Por un momento pierde interés en lo que sucede sobre el ring, pero poco después la situación se calma y vuelven los ojos hacia las incidencias de la lucha.

Perico se encuentra en el vestidor, solo, sombrío como siempre; éste es su estado natural. Nunca sonríe. Se viste con su máscara, traje y capa negros y su capa de lentejuela también negra, obras del mismísimo *Demonio de la oscuridad*. La penúltima lucha ha terminado. Sólo resta esperar el anuncio para salir. —¡Lucharáán...En jaula... a una caída... sin límite de tiempo...!—. Después de una vistosa presentación, llena de juegos de luces y sonido, los focos se prenden. *Perico* observa con detenimiento y curiosidad a su descomunal oponente. —Esta cosa está enorme, nunca había peleado con algo así. Pero de todos modos me lo voy a *madrear*—.

—Le recordamos al público que para esta lucha en jaula no hay reglas, vale todo. Ganará el primero que salga de ella. *El respetable* se entrega a su ídolo, cada quien a su manera, regalándole aprobación y aplausos por un sector, y silbidos y más mentadas, que en estos casos abundan, de otro sector. De cualquier manera todos le adoran. Él responde subiendo a una esquina a la segunda cuerda y tensando sus músculos, en una actitud retadora, sintiéndose el rey del mundo. *El vengador* se despoja de su capa y muestra su excelente físico. Entonces las damas se alborotan, profiriendo gritos y brincos, llegando al extremo de arrojarle su ropa interior. Él permanece indiferente, esperando su momento. Silbatazo inicial. En esta arena, que también cumple funciones como palenque de gallos, casino y

centro nocturno, la ley no existe. La victoria es para el más fuerte. O para el más astuto e inteligente.

Comienzan las hostilidades. *El vengador* salta al ring desde su esquina. *La Bestia* entra pesadamente y es el primero en lanzarse contra el adversario, tratando de arrojarlo violentamente con un golpe de brazo, lanzándole todo el peso de su cuerpo. *Perico* lo esquiva hábilmente y de unas patadas voladoras lo tira y se le encima, aplicándole un tremendo *candado* al cuello. *El Salvaje* rompe el castigo y levanta a su contrincante con gran facilidad, arrojándolo contra la lona en un estruendoso *crash*, para después aplastarle con el codo el pecho, dejándole caer todo su cuerpo. El público se anima, esto es más de lo que esperaban. Por fin alguien está dando batalla al aparentemente invencible luchador. —Este cabrón si está perro. Si me confío me va a joder. Ya estuvo bueno— pensó *Perico*. Rápidamente se levanta y sube a la tercera cuerda lanzándose con otra gran patada voladora sobre la cara de *El Salvaje*. Antes de que éste se levante le aplica el castigo supremo de la lucha libre: *la de a caballo*.

—¿Te rindes hijo de la chingada?—.

—Ni madres. Rompe nuevamente el castigo y faulea a *El Vengador* con el puño cerrado. Éste se retuerce de dolor, pero aún así tiene tiempo de ver cayendo sobre él a *El Salvaje*, tratando de aplastarle con el codo. Alcanza a evadir el golpe rodando hacia un lado, y es ahora él quien faulea a *La Bestia*, que hace un ronco sonido de dolor, semejante al de un animal moribundo, mientras cae pesadamente. El público contiene la respiración y algunas mujeres gritan horrorizadas cuando *El Vengador* toma al rival en posición de *martinete*, tomándolo de cabeza y con un abrazo al tronco, mientras se despide de él, sentenciándolo. —Lo siento papá, era tu destino. Por cabrones como tú y mi padrastró estamos así. Tú si no tienes perdón de Dios. A mí me tocaba despacharte.

Con los ojos desorbitados, *El Salvaje* se estremece y el escalofrío recorre su columna vertebral. Se encuentra paralizado de terror y nada más puede hacer. ¡Blam! Después elevarse, su cabeza se impacta contra la lona, doblando su cuello espeluznantemente. Sólo *Perico* escucha el crujir de las vértebras que se

destrozan, seccionando la médula espinal del enorme monstruo. El público se encuentra extasiado, han presenciado más violencia de la que están acostumbrados. Dificilmente pueden creer lo que ha ocurrido. Alguien reacciona del trance y grita: ¡agárrenlo!

El Vengador trepa y abandona la jaula de un brinco, y aprovechando la perplejidad aún reinante, desaparece entre la multitud y sale a la calle, perdiéndose entre las sombras de la noche, dejando ahí a un cuerpo humano que se retuerce grotescamente.

Este es el fin de la carrera de *El Salvaje*, condenado al igual que alguna de sus víctimas al olvido. —No va a poder mover su cuerpo del cuello para abajo, dicen los médicos. Deja a sus fanáticos sumidos en el abandono, soñando con más sangre y lesiones, huérfanos de la brutalidad, su opio, eso que da sentido a sus vidas vacías, sin futuro ni esperanzas.

Tras una noche que durmió a morir, Perico se levanta casi al medio día. 3 cosas nuevas le regala esta mañana: un terrible dolor en las costillas y el propósito de no volver a probar una sola gota de alcohol. La tercera:

quiere su mente lúcida, la razón limpia, como siempre había acostumbrado hasta la muerte de su gran maestro. Debe estar en las mejores condiciones para disfrutar su suicidio. Su hora está llegando, serenamente. Su situación sigue árida como siempre, pero ahora si es hora de terminar con su pinche vida, esa pinche vida culera y sin sabor, como él la define para sí mismo.

Tocan una vez más a su puerta. Otro niño, lánguido y sucio, le entrega el sobre con la nota y la fotografía del nuevo encargo.

Licenciado Leonardo Rivera. Cerro de la estrella 37, fraccionamiento del bosque. Para hoy.

Después de memorizar los datos y el rostro, de quemar los documentos y realizar el ritual de vestirse y armarse para el trabajo, sale en su *Mustang*. Un extraño júbilo lo invade repentinamente, se siente con gran expectativa. Ahora por fin hay algo que da esperanza a su vida, que le da sentido. Por fin está decidido. —Hoy voy a dejar una bala para mí. Al terminar el día será el momento. Por primera vez se siente reconfortado. Una luz ilumina su senda.



El chango

Síntomas capitales
de la
**Enfermedad
de Parkinson**



Psicofarma

Ofrece inmejorables opciones
terapéuticas para cada una de las
etapas de esta incapacitante
enfermedad



Kinestrel[®]
Amantadina
Tratamiento inicial de la Enfermedad de Parkinson

Cloisone[®]
Levodopa y Carbidopa
El tratamiento establecido de la Enfermedad de Parkinson

Hipokinon[®]
Trihexifenidilo
Anticolinérgico coadyuvante en el tratamiento
de la Enfermedad de Parkinson

Kinex[®]
Biperideno
Prevención y corrección de síntomas extrapiramidales

Clopsine[®]
Clozapina
En Enfermedad de Parkinson, muy útil como
anticolinérgico, adrenolítico, antiserotonínico,
síntomas extrapiramidales, temblor y discinesia tardía

**Mayor tiempo con calidad de
vida en la vida del enfermo de
Parkinson y su familia**