

Revista  
Latinoamericana de  
**PSIQUIATRÍA**

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

**Editorial**

*Ruby C. Castilla-Puente, Fernando Espi-Forcen*

**Consideraciones diagnósticas en depresión bipolar**

*Gustavo Vázquez, Juan José Vilapriño, Leonardo Tondo*

**Estimulación magnética transcraneal: realidad clínica en los  
manejos neuropsiquiátricos**

*Edilberto Peña de León, Arturo López Gutiérrez*

**Consideraciones éticas sobre la publicación de investigaciones  
científicas en la era del covid-19**

*Viviana A. Peskin, Diana Milena Berrio Cuartas*

**Patología dual: actualidad y contexto en América Latina y Colombia**

*Jeffrey González Giraldo, José Rodrigo Granados González*

**Presentación de libros**

*Juan Carlos Rojas F., Cora Luguerocho, Rafael Escobar de Andreis*

**COMITÉ EJECUTIVO APAL 2020 -2022****Presidente***Enrique Bojórquez Giraldo (Perú)***Vice - Presidenta***Marisol Taveras Ulerio (República Dominicana)***Secretaria General***Elizabeth Rivera Chávez (Perú)***Secretaria de Finanzas***Gisella Vargas Cajahuanca (Perú)***Directora de Secciones***Cora Luquercho (Argentina)***Secretarios Regionales**

Países del Cono Sur

*Alejandra Armijo Brescia (Chile)*

Países Bolivarianos

*Rommel Artieda Maruri (Ecuador)*

México, Centroamérica y el Caribe

*Edilberto Peña de León (México)***COMITÉ DE REDACCIÓN****Director***Rodrigo Nel Córdoba Rojas***Miembros***Alexie Vallejo**Angela Vélez T.**Jairo Gonzales**Juan F. Cano R.***COMITÉ EDITORIAL****Argentina***Manuel Vilapriño**Maximiliano Cesoni***Chile***Ulises Ríos Díaz**Leonor Bustamante Calderón***Colombia***José Manuel Santacruz***Cuba***Myriam de La Ossa***Ecuador***Carlos León Andrade***España***Luis Caballero***México***Jesús Ramírez Bermúdez***Perú***Ricardo Bustamante Quiroz***Republica Dominicana***Eddy Peralta***Uruguay***Cecilia Idiarte***Reglamento de Publicaciones** (ver detalle en pág. 39)

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), se publica semestralmente en español, con resúmenes en español e inglés.

Los artículos publicados son trabajos originales de investigación, de revisión, casos clínicos, cartas de editor, editoriales, comentarios de libros publicados, así como temas y actividades sobresalientes relacionados con la Psiquiatría.

**PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL****Argentina**

Asociación de Psiquiatras Argentinos  
*Presidente: Manuel Vilapriño Duprat*

**Bolivia**

Sociedad Boliviana de Psiquiatría  
*Presidente: Claribel Ramírez Hurtado*

**Brasil**

Asociación Brasileña de Psiquiatría  
*Presidente: Antonio Geraldo Da Silva*

**Chile**

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía  
*Presidenta: Daniela Gómez Aguirre*

**Colombia**

Asociación Colombiana de Psiquiatría  
*Presidenta: Andrea Otero Ospina*

**Costa Rica**

Asociación Costarricense de Psiquiatría  
*Presidente: Francisco Golcher Valverde*

**Cuba**

Asociación Cubana de Psiquiatría  
*Presidenta: Miriam de La Ossa O' Reilly*

**Ecuador**

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría  
*Presidente: José Ordoñez Mancheno*

**El Salvador**

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría  
*Presidente: Mario Ernesto Flores Pineda*

**Guatemala**

Asociación Guatemalteca de Psiquiatría  
*Presidenta: Mirna Santos Ruan*

**México**

Asociación Psiquiátrica Mexicana  
*Presidenta: Jacqueline Cortés Morelos*

**Panama**

Sociedad Panameña de Psiquiatría  
*Presidente: José Tejeira Mathiue*

**Paraguay**

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría  
*Presidente: Miguel Ángel Cuellar Hoppe*

**Perú**

Asociación Psiquiátrica Peruana  
*Presidente: José Lining Anticona*

**Puerto Rico**

Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría  
*Presidente: Jesús Saavedra Caballero*

**República Dominicana**

Sociedad Dominicana de Psiquiatría  
*Presidente: Julio Chestaro Breton*

**Uruguay**

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay  
*Presidente: Artigas Pouy Aguilera*

**Venezuela**

Sociedad Venezolana de Psiquiatría  
*Presidenta: Petra Aponte Martínez*

# ÍNDICE

5	<b>Editorial</b> <i>Ruby C. Castilla-Puente, Fernando Espi-Forcen</i>
8	<b>Consideraciones diagnósticas en depresión bipolar</b> <i>Gustavo Vázquez, Juan José Vilapriño, Leonardo Tondo</i>
15	<b>Estimulación magnética transcraneal: realidad clínica en los manejos neuropsiquiátricos</b> <i>Edilberto Peña de León, Arturo López Gutiérrez</i>
19	<b>Consideraciones éticas sobre la publicación de investigaciones científicas en la era del covid-19</b> <i>Viviana A. Peskin, Diana Milena Berrio Cuartas</i>
22	<b>Patología dual: actualidad y contexto en América Latina y Colombia</b> <i>Jeffrey González Giraldo, José Rodrigo Granados González</i>
35	<b>Presentación de libros</b> <i>Juan Carlos Rojas F., Cora Lugercho, Rafael Escobar de Andreis</i>
39	<b>Reglamento de Publicaciones</b>

**Diseño y Diagramación**

**D.I. Pilar Diez** - Estudio de diseño  
mdpdiez@gmail.com / (+53) 011 3373-1054 - Argentina

**[www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio](http://www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio)**

### Sobre el libro *Quijotes de la psiquiatría*. Publicado por la *Sociedad Americana de Psiquiatras Hispanos*

El libro empieza con una frase extraída del libro *Don Quijote de la Mancha* “Al bien hacer jamás le falta premio,” y ese es exactamente el objetivo del Libro: reconocer y rendir un homenaje a los psiquiatras hispanos que trabajan en Estados Unidos, España, América Latina y el mundo hispano. Se concibió en San Francisco, CA durante la reunión de la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA) en mayo de 2019. Después de la repentina muerte de nuestros queridos colegas Jaime Vengoechea y Álvaro Camacho, con mi amigo Fernando Espi (nacido en Murcia, y actualmente profesor de la Universidad de Harvard), quisimos elaborar nuestro duelo a través de la creación de este libro. Quisimos también rendir un homenaje a “El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha”, la obra cumbre de la literatura en española.

Es importante dejar claro, que nuestro libro a diferencia de “El Quijote” no es una novela. Miguel de Cervantes tuvo la gracia de describir las andanzas de ese caballero asombroso, idealista y un poco «fuera de serie». ¿Fuera de serie?, pues sí, don Quijote es diferente, único y muy original. A pesar de encontrarnos con injustas definiciones de “quixotic” (por ejemplo caprichoso, impredecible, etc.) al leer la obra de Cervantes no se puede negar la sabiduría que encierran sus personajes en cuanto a sus comportamientos y formas de pensar. Nos encantó la definición de Don Quijote como la representación del idealismo puro. Un personaje que, a pesar de actuar muchas veces, erráticamente, se lanza a lograr sus objetivos y a condensar el deseo humano de trascender.

La obra de Cervantes tiene 126 capítulos (52 la primera parte y 74 la segunda), comienza cuando Alonso Quijano se apasiona tanto por la lectura de libros de Caballería, que un día decide cambiar su nombre y ponerse el de don Quijote. Junto a su escudero Sancho Panza y su caballo Rocinante, y vestido con una vieja armadura sale en busca de aventuras. El libro está lleno de historias sobre caballeros, princesas, magos y otros personajes muy fantásticos e irreales.

Nuestro libro es modesto. Relata las historias de vida de personajes reales. Y por supuesto, de ninguna manera se compara con la obra maestra de Cervantes. Tiene una sección inicial donde se relata el origen de la latinidad y la hispanidad. Después se dibuja la historia de la psiquiatría hispana o latina y después se entra de lleno en las biografías y entrevistas a los quijotes.

Quisimos resaltar el idealismo proyectado por Don Quijote, el cual vimos plasmado en los más de 100 Quijotes de la psiquiatría hispana que se unieron a nuestro proyecto. Quisimos también rendir un homenaje póstumo a los Quijotes que partieron. A aquellos que dejaron una huella imborrable en las vidas de pacientes, colegas y familias. Que lucharon contra los molinos de viento representados en la inequidad y el estigma. Aunque pudimos contactar a algunos familiares, la mayoría de los datos fueron recopilados de los obituarios, revistas o de los colegas que los conocieron y tuvieron contacto cercano con ellos.

La primera parte de El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha se publica, a comienzos de 1605, en una imprenta de Madrid, que pertenecía a Juan de la Cuesta. Tuvo mucho éxito y pronto se publicaron, también en 1605, una edición más en Madrid, dos en Valencia y dos en Lisboa. En 1615 se publica, también en la imprenta de Juan de la Cuesta, la segunda parte de la obra.

Nuestro libro Quijotes de la Psiquiatría se publica en junio del 2020 solo en español y en vista del gran éxito, se decide hacer una 2ª. Edición en 2022 adicionándole las secciones en inglés.

Esperamos que los jóvenes y la nueva generación de hispanos que quieren dedicarse a la noble profesión de la psiquiatría puedan encontrar algunas respuestas en este libro, en los ejemplos de vida, de lucha, de sacrificio, de éxito y lo aprendido de los fracasos. Sin embargo, solo con el placer de compartir esta aventura con mi amigo Fernando Espí; el poder reconectarme con mis admirados profesores, Doctores Boris Birmaher, Horacio Taborda (QEPD), María Cristina de Taborda, Pablo “Pablito” Rodríguez; el tener el privilegio de rendir homenaje a Alvaro Camacho, “Camachito,” y a mis queridos mentores Dr, Roberto Serpa, Jaime Vengoechea y James Perel, el esfuerzo valió la pena.

En las páginas de este libro están plasmadas las historias de psiquiatras. Algunos contando como asumieron los riesgos de la inmigración y otros donde encontraron la inspiración para seguir sus carreras médicas, enfocadas en el servicio del enfermo mental y sus familias. Queridos profesores (Ayuso, Alarcon, Birmaher, Bobes, Chaskel, Escobar, Grau, Nazar, Ruiz, Santacruz, Tohen, Yunes, etc. ); familias de psiquiatras, padres, hijos, hermanos, (Lopez-Ibor, Vilapriño, Delgado); esposos (Taborda, Ulloa, Alquipian, Remedi, Soria); comprometidos con la salud mental de las mujeres (Rondon, Gaviria, Martinez, Velásquez, etc); con la investigación (Falcone, Espi, Oquendo, Montoya, Volkow, Zarate, etc.); iconos de la psiquiatría española e hispanoamericana: de Puerto Rico (Hector Colon-Rivera, Lewis-Fernández, etc); Cuba (Ruiz, etc); Colombia (Montano, Cordoba, Otero, Gomez, Posada, etc); Bolivia ( Martinez); Perú

---

(Mezzich, Rondon, etc): Ecuador (Valdez, Leon, Delgado, etc); Chile (Silva, Capponi, etc); México (Secin, Alquipian, Ulloa, Sanchez, etc); Argentina (Serfati, Galeno, Nazar, etc) , entre otros, cuentan su vida y sus historias de vida. Se trataron de conservar los diversos estilos con que cada uno de los Psiquiatras- Quijotes presentó sus datos biográficos, describieron sus aventuras, experiencias de vida, o expresaron sus pensamientos en respuesta a la lista de preguntas. Algunos describen las biografías en primera, otros en tercera persona; unos contando con múltiples detalles, otros más reservados, pero todos cumpliendo el objetivo de compartir sus historias de vida, las diversas formas de afrontar los obstáculos y sus logros.

Así como Don Quijote una vez ungido como caballero andante, lo primero que hace es expresar su agradecimiento al ventero que lo ungió, no podría terminar este escrito sin compartir un párrafo del libro que nos inspiró: “De gente bien nacido es agradecer los beneficios que reciben, y uno de los pecados que más a Dios ofende es la ingratitud” Fragmento del de Don Quijote de la Mancha, Capitulo XXI.

**Ruby C. Castilla-Puente**  
**Fernando Espi-Forcen**

# Consideraciones diagnósticas en depresión bipolar

## Diagnostic Considerations in Bipolar Depression

### Gustavo Vázquez

Department of Psychiatry, Queen's  
University School of Medicine, Kings-  
ton, Ontario, Canada;  
International Consortium for Mood &  
Psychotic Disorder Research, McLean  
Hospital, Belmont, MA, USA;

### Juan José Vilapriño

Cátedra de Psiquiatría de la Facultad  
de Ciencias Médicas de la UN Cuyo.  
Co-Director de la Diplomatura de  
Psicofarmacología Aplicada a En-  
fermedades Psiquiátricas de Difícil  
Manejo, Universidad Nacional de  
Cuyo, Mendoza, Argentina

### Leonardo Tondo

Lucio Bini Mood Disorder Centers,  
Roma/Cagliari, Italia.  
International Consortium for Mood &  
Psychotic Disorder Research, McLean  
Hospital, Belmont, MA, USA;

mail: [g.vazquez@queensu.ca](mailto:g.vazquez@queensu.ca)

Artículo por Invitación para la  
Revista Latinoamericana de  
Psiquiatría (APAL)

**Resumen** La depresión en pacientes con trastorno bipolar (TB) presenta importantes desafíos clínicos. Como psicopatología predominante incluso en el TB tratado, la depresión se asocia no solo con un exceso de morbilidad, sino también con la mortalidad por trastornos médicos generales concurrentes y un alto riesgo de suicidio. Sin antecedentes claros de episodios hipo/maniacos en el pasado, el diagnóstico diferencial entre depresión bipolar y unipolar es imposible de lograr siguiendo los criterios de diagnóstico de las clasificaciones actuales. En TB, los riesgos de trastornos médicos, como diabetes o síndrome metabólico, y trastornos cardiovasculares, y las tasas de mortalidad asociadas son varias veces superiores a las de la población general o con otros trastornos psiquiátricos. La tasa de mortalidad estandarizada para el suicidio con BD alcanza 20 veces las tasas de la población general y supera las tasas con otros trastornos psiquiátricos importantes. En el TB, el suicidio está fuertemente asociado con fases mixtas (agitadas-disfóricas) y depresivas, tiempo deprimido y hospitalización. El tratamiento de la depresión bipolar está mucho menos investigado que el de la depresión unipolar, en particular para la profilaxis a largo plazo. La eficacia a corto plazo de los antidepresivos para la depresión bipolar sigue siendo controvertida y corren el riesgo de empeoramiento clínico, especialmente en estados mixtos y especificador de características mixtas.

**palabras clave:** Trastorno Bipolar, Depresión, Diagnóstico, Morbilidad, Características Mixtas.

**Abstract** Depression in bipolar disorder (BD) patients presents major clinical challenges. As the predominant psychopathology even in treated BD, depression is associated not only with excess morbidity, but also mortality from co-occurring general-medical disorders and high suicide risk. In the absence of a clear history of hypo/manic episodes, the differential diagnosis between bipolar and unipolar depression is impossible to achieve by following the diagnostic criteria of the current classifications. In BD, risks for medical disorders including diabetes or metabolic syndrome, and cardiovascular disorders, and associated mortality rates are several-times above those for the general population or with other psychiatric disorders. The standardized mortality ratio for suicide with BD reaches 20-times above general-population rates and exceeds rates with other major psychiatric disorders. In BD, suicide is strongly associated with mixed (agitated-dysphoric) and de-

Los autores no declaran  
conflicto de intereses

*pressive phases, time depressed, and hospitalization. Treatment of bipolar depression is far less well investigated than unipolar depression, particularly for long-term prophylaxis. Short-term efficacy of antidepressants for bipolar depression remains controversial and they risk clinical worsening, especially in mixed states and mixed features specifier.*

**Keywords:** *Bipolar Disorder, Depression, Diagnosis, Morbidity, Mixed Features.*

---

## Introducción

Buscando una mejor comprensión del concepto de trastornos afectivos reiteradamente se cae en el error de simplificar el problema considerando a este complejo grupo de enfermedades como cuadros depresivos con algunas variaciones sutiles entre sí. En la práctica clínica cotidiana, una vez arribado al diagnóstico de episodio depresivo mayor, se intenta determinar si el episodio es primario o secundario, si el individuo sufre un cuadro depresivo ansioso o inhibido, si tiene síntomas psicóticos o atípicos, si su padecimiento es crónico o agudo, si es el primer episodio o ha tenido cuadros similares con anterioridad, entre otras características principales. Sin embargo, no debemos perder de vista que en realidad la distinción diagnóstica más importante que tenemos que hacer a partir del síndrome que porta el paciente es entre la depresión unipolar y la depresión bipolar. En la psiquiatría contemporánea, los trastornos afectivos son unipolares o bipolares y el DSM5, a diferencia de su antecesor, los ha separado en sendos capítulos específicos para acentuar este hecho. Sin embargo la diferencia principal entre ambas entidades clínicas está dada en la presencia histórica o no de episodios maníacos o hipomaníacos: si el paciente los ha sufrido alguna vez, estamos frente a un trastorno bipolar I o II, respectivamente. El motivo de esto es que la depresión mayor sigue siendo, por lejos, el cuadro más prevalente entre los trastornos afectivos y rara vez está ausente, siendo muy poco frecuente y sumamente difícil de encontrar cuadros unipolares puros de exaltación o euforia (maníacos o hipomaníacos).

Los sistemas de clasificación actuales (el DSM-5 y la ICD-11) han propuesto criterios diagnósticos que en general son muy amplios para la depresión mayor aunque más restrictivos para la enfermedad bipolar. Como consecuencia, muchos pacientes deben esperar varios años antes de recibir un diagnóstico correcto. De todas maneras, la última versión del manual

de diagnóstico norteamericano DSM-5, publicado en mayo del año 2013, amplió los criterios tradicionales hasta entonces favoreciendo el diagnóstico de enfermedad bipolar. El verdadero impacto en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades del ánimo resultante de esta modificación aún está por verse.

Hasta el momento, la evidencia existente al respecto es preocupante. En una investigación llevada a cabo en los Estados Unidos por la Depressive and Manic-Depressive Illness National Association sobre una gran población de pacientes bipolares, el 48% había sido diagnosticado como bipolar sólo luego de haber visto a tres o más psiquiatras, el 57% había recibido un diagnóstico incorrecto (44% depresión unipolar y 34% esquizofrenia). En un estudio colaborativo internacional multicéntrico se replican las tasas de demora diagnóstica en países con claras diferencias geográficas y socio-culturales. Además, tanto en Argentina como en el resto del Suramérica, contamos también con estudios recientes que arrojan cifras igualmente alarmantes. Estos estudios muestran que la demora diagnóstica (el tiempo promedio entre el inicio de la enfermedad y el en el cual el paciente recibe un diagnóstico adecuado) fue de 8 a 10 años, con el consecuente retraso tanto en recibir un tratamiento adecuado como incluso en evitar recibir medicación inadecuada y potencialmente nociva. Este último punto en cuanto al diagnóstico precoz es bastante crítico, entre otras razones porque ya que el suicidio en los pacientes bipolares suele ocurrir durante la primera década de la enfermedad. A su vez, el diagnóstico y equivocado y como consecuencia, el tratamiento inadecuado de la depresión bipolar con antidepressivos en monoterapia y sin estabilizantes del ánimo, puede llevar a un aumento en el riesgo de “switch” o viraje (es decir, cuando el paciente con trastorno bipolar pasa de una fase anímica a la opuesta más frecuentemente de la depresión a la hipomanía o manía), y en la potencial aparición de ciclado rápido con la con-

secuente inestabilidad general del cuadro clínico (el paciente presenta cuatro o más episodios afectivos en el lapso de un año). Esto lo pondría con un asterisco

La depresión en el contexto del trastorno bipolar

El diagnóstico de depresión bipolar tipo II en particular es fundamental por las implicancias en el pronóstico que conlleva como entidad propia. Los pacientes bipolares tipo II tienen una mayor tasa de recaídas en múltiples episodios afectivos, especialmente depresivos, y muestran una tasa mayor de intentos de suicidio y de suicidios que los pacientes bipolares tipo I o los depresivos unipolares. Las depresiones bipolares tipo II suelen tener un inicio más temprano en la vida de los pacientes que las unipolares, tienden a cronificarse más fácilmente, poseen características clínicas de atipicidad y tienen menos períodos de eutimia. Además estos individuos tienen un bajo nivel de funcionamiento menor a que los unipolares pero mejor que los bipolares tipo I.

Probablemente esto se encuentra quizás relacionado a la alta frecuencia de cuadros psicopatológicos no afectivos coexistentes (o comórbidos), como los ataques de pánico, las fobias, el abuso de alcohol y de otras drogas, los déficits atencionales y de hiperactividad, los desórdenes alimenticios y los trastornos de personalidad, entre otros.

Uno de los principales factores que llevan al diagnóstico erróneo de depresión unipolar es la ausencia o dificultad para la toma de conciencia o la falta de autopercepción de los síntomas de euforia por parte del paciente. A raíz de que durante los episodios depresivos el individuo tiene una mayor conciencia de sus síntomas afectivos, la evaluación diagnóstica basada solamente en la entrevista con el paciente puede llevar a un subdiagnóstico de la manía y/o hipomanía, por lo que se recomienda siempre que sea posible, utilizar herramientas de rastillaje como el Mood Disorders Questionnaire y/o entrevistar también a un familiar directo o cuidador del paciente depresivo. En este sentido, en un estudio de Keitner y colaboradores sobre los síntomas prodrómicos de los episodios afectivos, los familiares reportaban los síntomas maníacos con el doble de frecuencia en comparación a los pacientes (47% contra 22%), mientras que los síntomas depresivos habían sido informados con la misma frecuencia tanto por los pacientes como por los familiares. Los síntomas depresivos causan un mayor distress que los maníacos o hipomaníacos, por eso los pacientes acu-

den habitualmente a consultar al médico durante las fases depresivas y casi nunca durante la hipomanía. En general los pacientes no recuerdan estos episodios de euforia leve y pasajera, y por supuesto, no los consideran como parte de una enfermedad afectiva sino como un período de bienestar. Sin embargo y con ayuda de los familiares cercanos, debemos indagar en los enfermos depresivos sobre la aparición en su pasado de días o semanas de un estado de ánimo elevado, una actividad desmedida, reducción en las horas del sueño, aumento de energía y proyectos, de gastos inútiles o inadecuados, impulsividad y conductas riesgosas, desinhibidas o inapropiadas sea relacionales o sexuales, que claramente no son parte de la “forma de ser” habitual del paciente. Otra recomendación es que se enfoque el diagnóstico en las modificaciones en los niveles de energía y no en la aparición de determinados episodios clínicos (depresión, hipomanía o manía).

Criterio clínico diferencial entre depresión bipolar y depresión unipolar

Aunque existen muchos libros y trabajos publicados que describen las características clínicas particulares de los cuadros depresivos, muy pocos hacen hincapié en la diferenciación clínica entre los cuadros depresivos unipolares y bipolares. En realidad el diagnóstico de depresión unipolar debe ser un diagnóstico por descarte: primero, por supuesto, tenemos que asegurarnos que no se trata de una depresión secundaria (es decir, por enfermedad médica o por sustancias) y después deberíamos buscar dentro del cuadro depresivo los indicadores de bipolaridad. Lamentablemente, y como lo demuestran numerosas investigaciones, el primer diagnóstico asignado a un síndrome depresivo es el de “depresión unipolar primaria”.

En general, se ha instaurado la idea de que la depresión bipolar se caracteriza fundamentalmente por manifestarse como un cuadro de depresión inhibida. En realidad, como ya se dijo, también se han reportado formas depresivas bipolares con agitación y síntomas mixtos. Es por eso que más allá de la presentación clínica, el diagnóstico diferencial debería basarse además en otros parámetros particulares. En la *Tabla 1* se resumen las características distintivas más relevantes que podemos encontrar en la literatura para ambos trastornos.

Es evidente que ante tal cantidad de características diferenciales habría que tener una gran experiencia y conocimiento de los posibles indicadores clínicos de

**Tabla 1.** Características diferenciales entre la depresión bipolar y unipolar\*

	Depresión Bipolar	Depresión Unipolar
Abuso de sustancias	Muy frecuente	Moderado
Historia de hipomanía/manía	Sí	No
Temperamento	Ciclotímico	Distímico
Distribución por Sexo	Mujeres=Hombres	Mujeres>Hombres
Edad de comienzo	Adolescencia, 20 y 30 años	30 a 50 años
Inicio del episodio	Generalmente agudo	Más insidioso
Cantidad de Episodios	Numeroso	Menor
Duración de los episodios	3 a 6 meses	3 a 12 meses
Episodios de inicio postparto	Más frecuente	Menos frecuente
Episodios psicóticos	Más frecuente	Menos frecuente
Actividad psicomotora	Retardada>agitada	Agitada>retardada
Sueño	Hipersomnía>insomnio	Insomnio>hipersomnía
Historia familiar bipolar	Alta	Baja
Historia familiar unipolar	Alta	Alta

\* modificado de Akiskal 2005; Baldessarini et al 2010; Souery et al 2012.

bipolaridad. Es por ello que para facilitar la detección y en un intento por operacionalizar el diagnóstico de depresión bipolar (es decir, de aquellos cuadros depresivos que en realidad pertenecen al denominado espectro bipolar) Nassir Ghaemi (2003) propone una serie de criterios que siguen las directrices principales de la Tabla 1, y que permiten, más allá de los criterios tradicionales del DSM para los tipos I y II, realizar el diagnóstico de un paciente bipolar. Se ha sostenido anteriormente que el principal desafío en el diagnóstico del trastorno bipolar lo constituye la posibilidad de detectar los episodios de hipomanía en el transcurso de una enfermedad depresiva recurrente. Sin embargo, parece ser que en realidad debemos enfrentarnos con una tarea más difícil aún: llegar a realizar el diagnóstico de enfermedad bipolar no desde la fase

de euforia, sino a partir del polo opuesto, es decir, a partir de los episodios depresivos.

A continuación se enumeran los criterios diagnósticos propuestos por Ghaemi para la detección del espectro bipolar (complementan los criterios actuales del trastorno bipolar tipo I y II especificados en el DSM):

- A.** Por lo menos un episodio depresivo mayor
- B.** Sin episodios hipo/maníacos espontáneos
- C.** Cualquiera de los siguientes más dos ítems del criterio D o los dos juntos más 1 ítem del criterio D:
  1. Historia familiar de 1er grado de Trastorno Bipolar
  2. Inducción de hipo/manía por antidepresivos (ATD)
- D.** Si no hay ningún ítem del criterio C, seis de los nueve ítems siguientes:
  1. Personalidad hipertímica
  2. Episodios depresivos recurrentes (>3)
  3. Episodios depresivos breves (< 3 meses)
  4. Síntomas depresivos atípicos (según DSM)
  5. Episodios depresivos psicóticos
  6. Inicio depresivo temprano (< 25 años)
  7. Depresión postparto
  8. Agotamiento de respuesta ATD
  9. Falta de respuesta a 3 o más pruebas con ATD

Así como la diferenciación entre los cuadros depresivos bipolares y unipolares representa un verdadero desafío para el clínico tratante, el abordaje terapéutico no deja de ser menos complicado aún. El tratamiento específico de la depresión en el contexto de la enfermedad bipolar constituye todo un tema aparte, que será abordado en un capítulo posterior del presente libro. También se remite al interesado en este tema a la lectura de los consensos argentinos de tratamiento del trastorno bipolar. Sin embargo, sería importante resaltar aquí algunas pocas recomendaciones generales: empezar siempre el tratamiento con estabilizantes del ánimo, evitar los antidepresivos en monoterapia, utilizar antidepresivos que han demostrado ser menos nocivos en relación a la producción de viraje o agravamiento de los síntomas mixtos (como los ISRSs y el bupropion) y durante el menor tiempo posible, evitar la indicación de antidepresivos si el paciente tiene (o ha tenido alguna vez) cuadros de switch o de ciclado rápido. La combinación de algunos estabilizantes del ánimo o la inclusión de algunos antipsicóticos atípicos constituyen la opción terapéutica más segura ante la falta de respuesta inicial satisfactoria.

## Los estados depresivos con síntomas mixtos

Los estados mixtos se caracterizan por presentar al mismo tiempo una mezcla de síntomas depresivos y maníacos, y desde la psiquiatría clásica han sido considerados como el elemento unificador de la enfermedad maniaco-depresiva, sugiriendo que la manía y la depresión son expresiones diferentes de una misma enfermedad. Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el episodio mixto exigían la presencia, de manera simultánea, de todos los síntomas necesarios para conformar un episodio depresivo mayor y un episodio maníaco. Clínicamente, sin embargo, es excepcional poder encontrar episodios mixtos con todos los síntomas completos de un episodio depresivo y maníaco al mismo tiempo, y en este sentido, el especificador para síntomas mixtos propuesto por el DSM-5 constituye un avance relevante en el aspecto psicopatológico. De esta manera y en concordancia con las descripciones clásicas (bajo el concepto clínico de “depresión agitada”), es mucho más frecuente encontrar al menos tres síntomas depresivos durante la manía, o tres o más síntomas maníacos durante un episodio depresivo, a excepción de aquellos síntomas que pueden presentarse en las dos fases de la enfermedad (como por ejemplo agitación psicomotora e irritabilidad) y que, según los nuevos criterios para el especificador de características mixtas, no pueden contarse como parte de los síntomas del polo opuesto ya que son considerados superpuestos. (Esto lo cuestionaría, porque excluir esos tres síntomas reduce artificialmente y por convención la naturaleza y dimensión de los síntomas mixtos) Es importante resaltar que estas características clínicas particulares de la depresión bipolar (es decir, con presencia de algunos síntomas del polo opuesto) han sido recientemente confirmadas por los resultados de diferentes e importantes estudios recientemente publicados. Por una parte, en el estudio STEP-BD, se reporta la existencia de depresión bipolar “pura” (es decir sin ningún síntoma de fase hipo/maníaca) en sólo el 31% de los casos agudos; por otro lado, un meta-análisis de los estudios de seguimiento longitudinales confirma que los síntomas hipomaníacos subsindromáticos son los mejores predictores de conversión de la depresión mayor unipolar al trastorno bipolar.

La importancia de los episodios afectivos bipolares con características mixtas se pone de manifiesto si

consideramos su elevada frecuencia en la práctica clínica. Dependiendo de la definición que usemos, del 20 al 74% de los pacientes afectivos padecen episodios bipolares mixtos. Es interesante destacar que estas cifras se han mantenido estables en los últimos 110 años. Kraepelin y Weygandt reportaron, utilizando una definición estrecha, un 20% de estados mixtos entre los pacientes con trastornos afectivos del hospital psiquiátrico de Heidelberg, la cifra se elevó al 60% si se usaban criterios diagnósticos más amplios para el episodio mixto. Estas cifras son prácticamente las mismas que las reportadas en investigaciones más recientes. Siguiendo el concepto teórico de Kraepelin acerca de la combinación de los síntomas de manía y depresión con los temperamentos ciclotímicos, hipertímicos y distímicos, Akiskal (1992) formuló la existencia de tres formas diferentes de episodios bipolares mixtos:

- a. episodio mixto tipo I es en general psicótico y con incongruencia afectiva y surge de la combinación de un episodio maníaco en un paciente con temperamento depresivo;
- b. episodio mixto tipo II no es psicótico y es producido por “tormentas ciclotímicas” dentro de un episodio depresivo mayor, este cuadro sería el resultado de un episodio depresivo instaurado sobre un temperamento ciclotímico; y
- c. uno que se origina a partir de un temperamento hipertímico sobre el que se instaura un episodio depresivo mayor. En general este último cuadro se presenta con agitación, hipersexualidad y taquialia, y suele ser refractario a múltiples tratamientos antidepressivos, mejorando con estabilizantes del ánimo.

Los episodios afectivos con características mixtas pueden incluso presentarse con síntomas psicóticos, conllevan un alto riesgo suicida y poseen un curso crónico. En estos casos la distinción clínica con un episodio depresivo unipolar es prioritaria, y deberíamos ser más cuidadosos en diagnosticarlos como sólo “depresiones ansiosas”, ya que estos pacientes empeoran de manera significativa con el tratamiento antidepressivo en monoterapia, que les genera mayor ansiedad y agitación, insomnio marcado, y en algunos casos, impulsos suicidas. Los estudios más recientes sugieren que serían los episodios afectivos con características mixtas no diagnosticados los “responsables” de la ten-

dencia suicida reportada con la utilización de algunos antidepresivos. En el caso de los niños, podrían poner de manifiesto el sub-diagnóstico de la enfermedad bipolar, en virtud de los trabajos que reportan que hasta el 50% de los preadolescentes que padecen depresión “unipolar” desarrollarán un cuadro de manía o hipomanía si se los sigue en el largo plazo. Aunque los aspectos terapéuticos específicos serán detallados más adelante, podemos anticipar aquí que en general los pacientes que padecen episodios afectivos con características mixtas suelen responder favorablemente tanto al retiro, preferiblemente gradual, de los antidepresivos como a la incorporación de antipsicóticos de segunda generación, al carbonato de litio, a la mayoría de los anticonvulsivantes y/o a la terapia electroconvulsiva (TEC).

### Bibliografía recomendada

1. Akiskal H.S. (1992). The distinctive mixed states of bipolar I, II and III. *Clin Neuropharm* 15 (1): 632-633.
2. Akiskal, H.S. (2005). The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *J Affect Disord* 84, 107-115.
3. Akiskal, H.S., Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am.* 22, 517-534.
4. Akiskal HS, editor. (2003). Special Issue: Validating the Bipolar Spectrum. *J Affect Disord* 73(1-2), 1-209.
5. Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 50, 143-151.
6. Baldessarini R, Faedda G, Offidani E, Vázquez G, Tondo L (2013). Rates of Mood-Switching and of Conversion from Unipolar Major Depression to Bipolar Disorder: a Review. *Journal of Affective Disorders* 148(1):129-35
7. Baldessarini RJ, Undurraga J, Vázquez G, Tondo L, Salvatore P, Ha K, Khalsa H-M, Lepri B, Chang J, Tohen M, Vieta E (2012) Predominant Recurrence Polarity Among 928 Adult International Bipolar-I Disorder Patients. *Acta Psych Scand* 125: 293–302
8. Baldessarini RJ, Vieta E, Calabrese JR, Tohen M, Bowden CL (2010). Bipolar depression: overview and commentary. *Harv Rev Psychiatry* 18:143–157.
9. Dunner DL. (2003) Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord.* 5:456-63
10. Forte A, Baldessarini RJ, Tondo L, Vázquez G, Pompili M, Girardi P. (2015) Long-term morbidity in bipolar-I, bipolar-II, and unipolar major depressive disorders. *J Affect Disord* 178:71-78
11. Ghaemi, N. (2003). The Diagnosis of Bipolar Disorder. Postgraduate Course on Bipolar Disorder. Harvard University. Boston. Mass. USA.
12. Goldberg J.F., Perlis R.H., Bowden C.L., et al. (2009) Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry* 166: 173-181.
13. Goodwin F.K., Jamison K.R. (2007). Manic-depressive illness 2nd ed. New York: Oxford University Press.
14. Gotlib IH & LeMoult J. (2014) The “Ins” and “Outs” of the depressive disorders section of DSM-5. *Clin Psychol Sci Prac* 21:193–207
15. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. *Pharmacological Treatments Can J Psychiatry*; 61(9):540 560.
16. Keitner, G.I., Solomon D.A., Ryan, C.E. (1996). Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Compr Psychiatry*; 37: 362-67.
17. Kim W, Kim H, Citrome L, Akiskal HS, Goffin KC, Miller S, et al (2016) More inclusive bipolar mixed depression definition by permitting overlapping and non-overlapping mood elevation symptoms. *Acta Psychiatr Scand*134(3):199-206
18. Kraepelin, E. (1996). La locura maniaco-depresiva. En La locura maniaco-depresiva, La catatonía, La hebefrenia. Ed Polemos. Buenos Aires. Argentina.
19. Kretschmer, E. (1936). Phsyque and Character. Kegan, Paul, Trench, Trubner, London
20. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, Suppes T, Altshuler LL, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, Grunze H, Leverich GS, McElroy SL, Walden J, Nolen WA. (2005). Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *Am J Psychiatry* 162:1273–1280.
21. Lish, J., Dime-Meenan, S., Whybrow, P. (1994). The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members *J Affect Disord*; 31: 281-94.
22. Lolich M, Vázquez G, Leiderman E. (2010). First psychotic episode in bipolar disorder: clinical differentiation and functional impact in an Argentinean national sample. *Vertex, Vol. XXI:* 418 – 427.
23. Marneros A., Deister A., Rohde A. (1990). The concept of distinct but voluminous groups of bipolar and unipolar diseases. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurol Sci* 240, 77-89.
24. Mazzarini L, Pacchiarotti I, Colom F, Sani G, Kotzavidis GD, Rosa AR, Sanna L, De Rossi P, Girardi N, Bonnin M, Sanchez-Moreno J, Vázquez GH, Gasto C, Tatarelli R, Vieta E. (2009). Predominant polarity and

- temperament in bipolar and unipolar affective disorders. *J Affect Disord* 119: 28–33
25. Miller S, Suppes T, Mintz J, Helleman G, Frye MA, McElroy SL, et al (2016) Mixed Depression in Bipolar Disorder: Prevalence Rate and Clinical Correlates During Naturalistic Follow-Up in the Stanley Bipolar Network. *Am J Psychiatry*; 173(10):1015-1023
  26. Perlis RH. Misdiagnosis of bipolar disorder. (2005) *Am J Manag Care* 11:S271-4
  27. Perugi, G., Ghaemi, N., Akiskal, H. Diagnostic and Clinical Management Approaches to Bipolar Depression, Bipolar II and Their Comorbidities (2006). In *Bipolar Psychopharmacotherapy: Caring for the Patient*. Edited by Hagop S. Akiskal and Mauricio Tohen. John Wiley & Sons, Ltd.
  28. Rosa AR, Bonnín CM, Vázquez GH, Reinares M, Solé B, Tabarés-Seisdedos R, Balanzá-Martínez V, Gonzalez-Pinto A, Sanchez-Moreno J, Vieta E. (2010). Functional impairment in bipolar II: Is it as disabling as bipolar I? *Journal of Affective Disorders* 127: 71-76.
  29. Schneider, K. 1959. *Clinical Psychopathology*. Grune and Stratton, New York.
  30. Souery D, Zaninotto L, Calati R, Linotee S, Mendelewicz J, Sentissi O, Serretti A. (2012) Depression across mood disorders: review and analysis in a clinical sample. *Compr Psychiatry* 53(1): 24-38
  31. Stensland M.D., Schultz J.F., Frytak J.R. (2008). Diagnosis of unipolar depression following initial identification of bipolar disorder: common and costly misdiagnosis. *J Clin Psychiatry* 69:749-758.
  32. Strejilevich, S., Retamal Carrasco, P. (2003). Perception of the impact of Bipolar Disorder and its diagnosis in health centres in Argentine and Chile. *Vertex* (54): 245-252
  33. Strejilevich S, Vázquez GH, Garcia Bonetto G, Cetkovich-Bakmas M, Zaratiegui R, Silva A, Vilapriño JJ, Herbst L, Luppó C. (2010). 2nd Consenso Argentino sobre el Tratamiento de los Trastornos Bipolares. *Vertex (XXI) Suppl 1: 2-55*
  34. Swann A, Lafer B, Perugi G, et al. (2012) Bipolar Mixed States: An International Society for Bipolar Disorders Task Force Report of Symptom Structure, Course of Illness, and Diagnosis. *Am J Psych* 168: 1-12
  35. Tondo L, Vázquez G, Baldessarini RJ. (2010) Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand*. 121(6): 404-414
  36. Vázquez G.H., Strejilevich, S. et al. (2005). Consenso Argentino sobre el Tratamiento de los Trastornos Bipolares. *Vertex (XVI):3-24*.
  37. Vázquez G, Holtzman J, Tondo L, Baldessarini RJ. (2015) Efficacy and Tolerability of Treatments for Bipolar Depression. *J Affect Disord* 185: 258

Vieta E., Suppes T. (2008). Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disord* 10:163-178

# Estimulación magnética transcraneal: realidad clínica en los manejos neuropsiquiátricos

## *Transcranial Magnetic Stimulation: Clinical Reality in the Neuropsychiatric Treatments*

**Edilberto Peña de León**

*Neuropsiquiatra.*

*Director CISNE, México*

**Arturo López Gutiérrez**

*Neurocientífico.*

*Director Brain Lab Neurosciences*

**Resumen** La Estimulación Magnética Transcraneal es el paradigma actual de los procedimientos de neuromodulación, serie de técnicas aprobadas por las instancias regulatorias mundiales para múltiples patologías del área neurológica y psiquiátrica conforme se ha ido avanzando en el descubrimiento de los protocolos de aplicación, de las que destacan la depresión con respuesta inadecuada, el trastorno obsesivo compulsivo y ciertos comportamientos adictivos. En los años por venir seguramente contaremos con nuevas indicaciones para patologías que ya se están manejando off label y que ya es una realidad la mejoría clínica de estos pacientes.

**palabras clave:** Estimulación Magnética Transcraneal, Neuromodulación, Depresión, Ansiedad, Bipolar, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastornos del Movimiento.

**Abstract** *Transcranial Magnetic Stimulation is the current paradigm of the neuromodulation procedures, a group of techniques approved by different regulatory agencies around the world in a serie of diseases in neurology and psychiatry, according the recent advances in the application protocols. The main indications are inadequate response depression, obsessive compulsive disorder and some addictive behaviors. In the next years we will obtain new indications for diseases that right now are managing off label and it's a reality of clinical improvement in these group of patients.*

**Keywords:** *Transcranial Magnetic Stimulation, Neuromodulation, Depression, Anxiety, Bipolar Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, Movement Disorders.*

*Los autores no declaran  
conflicto de intereses*

La estimulación magnética transcraneal repetitiva, por sus siglas en inglés rTMS (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) es un método de neuromodulación y estimulación cerebral no invasiva, segura e indolora que utiliza campos magnéticos pulsados repetitivos de alta potencia para inducir una corriente eléctrica en un área localizada de la corteza cerebral. Cuando se aplica con la suficiente fuerza de campo magnético puede inducir la despolarización neuronal, los diferentes patrones simples estandarizados de actividad pulsada darán como resultado cambios variados, predecibles y duraderos en la actividad funcional de las neuronas corticales.

La rTMS se realiza de manera ambulatoria y sin necesidad de preparativos previos.

Las contraindicaciones son solo ciertas condiciones que aumentan el riesgo de inducción de convulsiones; tener un implante coclear, un marcapasos u otra forma de dispositivo programable magnéticamente y que puede verse afectado por el campo magnético generado con el tratamiento de rTMS.

La estimulación magnética transcraneal se basa en el conocido fenómeno de la inducción electromagnética. El campo eléctrico inducido en el tejido neuronal impulsa corrientes iónicas, que cargan las capacitancias de las membranas neuronales y por lo tanto, desencadenan la activación de las neuronas. La ubicación más probable de la estimulación neuronal en la corteza cerebral es la ubicación del campo eléctrico más fuertemente inducido por la bobina de estimulación. Las estimulaciones duran milisegundos y son tan potentes como lo llega a ser un equipo de resonancia magnética nuclear. Estas descargas son completamente seguras y nunca se han reportado efectos adversos graves a consecuencia de su aplicación.

Los efectos de la rTMS se basan en el principio fisiopatológico de la plasticidad neuronal, el cual dicta que las neuronas que trabajan juntas forman redes de comunicación más sólidas y eficientes. La duración del tratamiento con la rTMS varía dependiendo de las necesidades del paciente, ya que éste es uno de los mejores ejemplos actuales de terapia personalizada.

En general, el tratamiento consta de 4-12 sesiones de entre 15-45 minutos cada una. La potencia, lugar de estimulación, cantidad de estímulos y duración de la terapia varían dependiendo de la edad, situación clínica y disponibilidad del paciente. Los beneficios obtenidos de una sesión de rTMS no se pierden y se mantienen para toda la vida.

Fundamentalmente, se utiliza como base la RMT (*Resting Motor Threshold*), que es una medida de la excitabilidad cortical motora, derivando en el número de trenes de estimulación aplicados en cada sesión de tratamiento, la cual ha aumentado progresivamente. Los estudios iniciales proporcionaron 10 o 20 trenes de estimulación por sesión. Estudios recientes han aplicado 75 trenes por sesión con algunas pruebas incluso superando esto. Finalmente, el número total de sesiones de estimulación también ha aumentado progresivamente. Inicialmente, el tratamiento se proporcionó durante 1 o 2 semanas. En los últimos años, se han realizado ensayos de tratamiento de 6 semanas de duración, y algunos estudios superan incluso este período

La estimulación magnética transcraneal ha sido aprobada por la FDA en los EE. UU. debido a su capacidad para tratar de manera segura y efectiva:

#### **Depresión desde el año 2008.**

(K061053) indicado para el tratamiento de episodios depresivos en pacientes adultos que padecen un trastorno depresivo mayor que no lograron una mejoría satisfactoria del tratamiento previo con medicamentos antidepresivos en el episodio actual.

#### **Depresión desde el año 2013.**

(K122288) indicado para el tratamiento de episodios depresivos en pacientes adultos que padecen un trastorno depresivo mayor que no lograron una mejoría satisfactoria del tratamiento previo con medicamentos antidepresivos en el episodio actual.

#### **Migraña con aura desde 2013.**

(K130556) Indicado para el tratamiento agudo del dolor asociado a la migraña con aura.

#### **Migraña con aura desde 2014.**

(K140094) Indicado para el tratamiento agudo del dolor asociado a la migraña con aura.

#### **TOC desde el año 2013.**

(K183303) destinado a ser utilizado como complemento para el tratamiento de pacientes adultos que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo.

#### **TOC desde el año 2017.**

(DEN170078) destinado a ser utilizado como complemento para el tratamiento de pacientes adultos que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo.

#### **Migraña desde el año 2017**

(K162797) indicado para el tratamiento agudo y profiláctico de la migraña.

### Depresión desde el año 2018.

(K173540) indicado para el tratamiento de episodios depresivos en pacientes adultos que padecen un trastorno depresivo mayor que no lograron una mejoría satisfactoria del tratamiento previo con medicamentos antidepressivos en el episodio actual.

### Adicción al tabaco desde el año 2021.

(K203616 y K200957) Indicado para ser utilizado como una ayuda en el abandono del hábito de fumar a corto plazo para adultos.

### Depresión ansiosa desde el 2021.

(K210201) indicado para el tratamiento de episodios depresivos y para disminuir los síntomas de ansiedad para aquellos que pueden presentar ansiedad comórbida síntomas en pacientes adultos que padecen Trastorno Depresivo Mayor y que no logró una mejoría satisfactoria de la medicación antidepressiva anterior tratamiento en el episodio actual.

### Depresión con protocolo iTBS (intermittent Theta Burst Stimulation) desde 2021.

(K203735) indicado para el tratamiento de episodios depresivos en pacientes adultos con Trastorno Depresivo Mayor que no lograron mejoría satisfactoria del tratamiento anterior con medicamentos antidepressivos en el episodio actual.

Todas las aprobaciones están acompañadas de su número 510(K), que es una presentación previa a la comercialización realizada a la FDA para demostrar que el dispositivo que se comercializará es tan seguro y eficaz, es decir, sustancialmente equivalente, a un dispositivo comercializado legalmente.

También ha sido marcado CE en Europa, indicando que el producto ha sido evaluado por el fabricante y se considera que cumple con los requisitos de seguridad, salud y protección ambiental de la UE para tratar de forma segura estas y otras condiciones y puede utilizarse de manera *Off Label*:

- Enfermedad de Alzheimer
- Autismo
- Trastorno bipolar
- Dolor crónico
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Rehabilitación post-ictus
- Trastorno de estrés postraumático
- Los síntomas negativos de la esquizofrenia

Según PubMed, se han publicado más estudios de TMS en los últimos 5 años que en los 20 años anteriores, y 2013. Actualmente se están realizando ensayos clínicos en todo el mundo que exploran los efectos de la TMS en diversos estados patológicos, incluidos el autismo, la epilepsia, la migraña, el tinnitus, la recuperación de un accidente cerebrovascular, la esquizofrenia, el Parkinson y la enfermedad de Alzheimer entre otros.

En general, la aplicación de TMS de pulso rápido, durante algún tiempo ha sido un área activa de investigación, como una opción terapéutica para los pacientes que no han recibido niveles aceptables de mejoría clínica desde los intentos iniciales de tratamiento con medicamentos antidepressivos convencionales.

¿Por qué debería considerarse la EMT como un método eficaz de tratamiento antidepressivo? Hay varias razones circunstanciales convincentes que abordan esta pregunta. En primer lugar, ahora hay amplia evidencia de estudios de neuroimagen funcional de pacientes deprimidos que implica una reducción de la actividad metabólica en áreas específicas del cerebro, más notablemente la corteza prefrontal izquierda. En segundo lugar, en modelos experimentales humanos, se ha demostrado que la TMS genera efectos en varios criterios de valoración fisiológicos sustitutos que son consistentes con la posible acción antidepressiva, incluido el aumento de la actividad metabólica cerebral en regiones específicas de la corteza, retrasando el inicio del sueño REM, y la normalización de la función del eje suprarrenal pituitario hipotalámico. En tercer lugar, en modelos animales de depresión, se ha demostrado que la TMS produce efectos conductuales consistentes con los que se sabe que predicen la acción antidepressiva en humanos. En cuarto lugar, se ha demostrado que la TMS, tanto en modelos animales como humanos, produce cambios en una variedad de objetivos neuroquímicos y celulares que están implicados en la acción antidepressiva.

La evidencia de la eficacia clínica de la TMS en el tratamiento de la depresión es considerable y abarca más de 30 estudios clínicos controlados en más de 2000 pacientes. Hasta la fecha, estos datos agregados se han examinado en más de diez metanálisis y dos revisiones cualitativas publicadas en la literatura revisada por pares de 2001 a 2011. En general, estas revisiones proporcionan una base bibliográfica coherente, completa y replicada que respalda el uso específico

de la TMS de alta frecuencia prefrontal izquierda en pacientes con depresión resistente al tratamiento.

La EMTr favorece 4 procesos positivos en el cerebro:

1. **Neuroplasticidad:** Respuesta del cerebro para hacer cambios y adaptarse al medio ambiente
2. **Neuromodulación:** Regulación de la actividad eléctrica y/o de secreción de neurotransmisores
3. **Neurogénesis:** Desarrollo neuronal asociado al Factor Neurotrófico
4. **Neuroprotección:** Mejorar el metabolismo neuronal, controlando el balance de radicales libres.

Además, se ha demostrado directamente que el tratamiento con rTMS está asociado con una normalización de la hipoexcitabilidad sobre la corteza prefrontal izquierda y la normalización de la hiperexcitabilidad sobre el hemisferio derecho. Esto es consistente con el hallazgo de que la rTMS aplicada a frecuencias altas (p. ej., 10 Hz) aumenta la excitabilidad en la corteza, mientras que la rTMS aplicada a frecuencias bajas (p. ej., 1 Hz) disminuye la excitabilidad en la corteza. Además de esta investigación PET inicial, los estudios han utilizado una serie de otros métodos para explorar la actividad cerebral antes y después del tratamiento. La investigación que utiliza imágenes de resonancia magnética funcional ha indicado que la rTMS del lado izquierdo de alta frecuencia produce un aumento prefrontal bilateral en la activación relacionada con la tarea.

Dos semanas de rTMS se correlacionaron con el metabolismo global inicial, con una mejor respuesta asociada con un mayor hipometabolismo global inicial. Por el contrario, el hipermetabolismo global inicial se asoció más estrechamente con mayores puntajes de cambio de HAMD después de rTMS de 1 Hz. Los resultados sugieren que los biomarcadores metabólicos cerebrales pueden ser una forma eficaz de optimizar o personalizar la respuesta al tratamiento con rTMS. La respuesta exitosa a la estimulación del lado derecho de baja frecuencia se asoció con reducciones bilaterales en la actividad prefrontal. Estos cambios bilaterales sugieren que la respuesta exitosa al tratamiento con rTMS no está relacionada con un simple reequilibrio de la actividad izquierda-derecha y que la respuesta al tratamiento puede implicar mecanismos alternativos. En este contexto, estudios recientes han sugerido que la respuesta a la rTMS puede estar relacionada con cambios en las vías de la sustancia

blanca en los circuitos prefrontal-subcorticales. Esta investigación sugiere que la respuesta de la rTMS no se relaciona necesariamente con los cambios locales en la actividad cortical, sino que surge a través del fortalecimiento de los circuitos córtico-subcorticales. El fortalecimiento de estas conexiones podría potencialmente permitir que las regiones corticales prefrontales ejecutivas ejerzan un mayor control regulador sobre los circuitos del estado de ánimo subcorticales anormalmente activos.

También vale la pena señalar que la posible gama de técnicas que se pueden utilizar en la aplicación de la rTMS ha evolucionado considerablemente, por ejemplo, con el desarrollo de una variedad de estrategias de neuronavegación para apuntar con mayor precisión a las regiones corticales prefrontales.

## Bibliografía

1. The 510(k) Premarket Notification Database accesada en: FDA Sitio web: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfpmn/pmn.cfm>
2. <https://www.fda.gov/combo-products/guidance-regulatory-information/postmarketing-safety-reporting-combo-products>
3. <https://www.fda.gov/medical-devices/medical-device-safety/medical-device-reporting-mdr-how-report-medical-device-problems>
4. <https://www.fda.gov/medical-devices/device-advice-comprehensive-regulatory-assistance>
5. Cadwell. 1. Principles of magnetoelectric stimulation. In: S. Chokroverty (Ed.), *Magnetic Stimulation in Clinical Neurophysiology*. Butterworth. Boston, 1990: 13-32.
6. Krings, T. • Reinges, M.H.T. • Foltys, H., Cosgrove, G.R. and Thron, A. Multimodality neuroimaging: research and clinical applications. *Neurology and Clin. Neurophysiol.*. 200 I. Number IA.I-12.
7. Oliviero, A. • Di Lazzaro, V., Piazza, O. • Profice, P. Pennisi, M. A. • Della Corte, F. and Tonali, P. Cerebral blood flow and metabolic changes by repetitive magnetic brain stimulation. *J. Neurol.*, 1999. 246: 1164-1168.
8. Aaronson S, Avery D, Canterbury R, et al: Transcranial magnetic stimulation: effectiveness and safety in a randomized, controlled, multisite clinical trial and an open-label extension study (abstract). *Neuropsychopharmacology*
9. Voigt J, Carpenter L, Leuchter A. A systematic literature review of the clinical efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in non-treatment resistant patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*. 2019 Jan 8;19(1):13. doi: 10.1186/s12888-018-1989-z. PMID: 30621636; PMCID: PMC6325728.

# Consideraciones éticas sobre la publicación de investigaciones científicas en la era del covid-19

## *Ethical considerations on publishing research studies in the covid-19 era*

**Viviana A. Peskin**

*Médica Especialista en Psiquiatría*

**Diana Milena Berrio Cuartas**

*Médica Especialista en Psiquiatría*

*Equipo de coordinación Revista  
Sinopsis Digital . Asociación de  
Psiquiatras Argentinos (APSA)*

*mail: [vpeskin@gmail.com](mailto:vpeskin@gmail.com)*

**Resumen** El presente escrito tiene como objetivo pensar cuáles son los aspectos éticos en juego a la hora de publicar investigaciones en el contexto de la pandemia. En la actualidad, los artículos publicados en revistas científicas, son tomados y difundidos rápidamente por los medios de comunicación y discutidos por periodistas y la población general, sin necesariamente contar con todos los elementos para una comprensión e interpretación adecuada de las implicancias. El presente artículo es una reflexión sobre esta temática, presentando algunas preguntas o aspectos y el rol de los comités editoriales a la hora de difundir en la comunidad científica y población general una nueva investigación.

**palabras clave:** Publicaciones Científicas, Investigaciones COVID-19, Información en salud, Ética Editorial, Salud Mental.

**Agradecimientos:**

*Queremos agradecer al Dr.  
Hernán Borisonik por sus  
aportes para el presente manuscrito.*

**Abstract** *This manuscript's goal is to think on ethical aspects that play a role when publishing research in this pandemic context. Currently, published articles in research journals are taken and rapidly shared by the media and discussed by journalists and the general population, without having the necessary elements to comprehend and correctly interpret its implications. This article is a reflexion on this subject, presenting questions and aspects that the Editorial Committees should consider when broadcasting and sharing new research among the scientific community and general population.*

**Keywords:** *Scientific Journals, Research COVID 19 , Health Information, Editorial Ethics, Mental Health.*

*Las autoras no declaran  
conflicto de intereses*

La constante “necesidad” de los medios de difusión de informar a la población sobre la pandemia de COVID-19, los descubrimientos científicos, vacunas, epidemiología y otros tantos elementos que la rodean ha corrido un telón y permitido entrecruzar aspectos del mundo científico, de la investigación, y de las personas que allí se desempeñan. Este corrimiento ha traído aparejado algunos aspectos interesantes para pensar. Por un lado, la puesta en valor de las personas que se dedican a investigar, en muchas ocasiones con recursos insuficientes para sus proyectos, sin por eso renunciar, poniendo en juego la creatividad para alcanzar sus objetivos. Pero también los aspectos éticos implicados, no sólo alrededor de los investigadores y los modos de llevar adelante sus proyectos, de las decisiones que deben tomar, del trato a quienes participan como pacientes de los estudios (en el caso de las investigaciones clínicas), sino también de lo que se publica y difunde: ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde?

Aquello que ocurría tras bambalinas, y se publicaba en revistas científicas sólo accesibles por una élite de expertos en el tema (tanto por cuestiones de léxico y competencias económicas), ahora toma estado público, repercutiendo en aspectos político-económico-sociales y de la salud psicofísica a nivel mundial. Un pequeño estudio con un número de participantes cuestionable, o una metodología poco clara, un análisis estadístico imperfecto, compartido previo a su revisión para ser publicado, puede ser fácilmente tomado por los grandes medios de difusión como un hecho, como evidencia, y al ser publicado masivamente condiciona la opinión pública, las discusiones y la toma de decisiones. La avidez por difundir cada pequeño dato sin el suficiente análisis, evaluación y revisiones previas no aumenta necesariamente la calidad o visibilidad de la información, sino que en ocasiones genera desconcierto y mayor incertidumbre (1).

La elección de las palabras con las que se comunica no es menor y los comunicadores en momentos tan complejos como estos tendrían que, por su formación, conocer el impacto que genera. Como se menciona por ejemplo en un breve texto del Dr. Michael A. Erdek en el sitio de internet del Hasting Center, no es lo mismo hablar de “resultados prometedores” que de “recomendaciones definitivas de tratamiento” (1).

En este contexto, la transparencia es tan central como la ética de quien investiga, escribe, edita y publica (2,3). Dado lo incierto de la situación actual, si las

publicaciones científicas y los editores modifican sus modos de evaluación o los flexibilizan para un artículo en especial, es importante que se aclare en forma explícita. Pero esa laxitud tendría que ser justificada en la idea de que los resultados tendrán una relevancia inmediata en la toma de decisiones en relación a la pandemia actual, como señalan desde la presidencia de COPE (Organización que da guía y apoyo a editores y publicaciones en relación a aspectos éticos) (4). La Asociación Europea de Editores en Ciencia (EASE), en un editorial sobre los estándares a la hora de publicar resultados sobre SARS-Cov- 2, comparte esta postura, pero abriendo la pregunta sobre la posibilidad de aparición de equivalentes a fake news en publicaciones científicas (5).

Desde la Unesco, se elaboró un documento analizando aspectos éticos sobre la investigación en este contexto. Allí se señala una cuestión a tener en cuenta, en relación a la ética sobre la comunicación de resultados: “(...) existe el deber de comunicar (...) los resultados de las investigaciones con la mayor prontitud y difusión posible a través de canales de amplio acceso (...) para informar mejor las respuestas de salud pública a la pandemia, siendo éticamente inaceptable obstaculizar o retrasar la publicación de los resultados de las investigaciones” (6). En este documento, el acento está puesto en la importancia de compartir y difundir las investigaciones realizadas que, desde ya, cumplan con los requisitos metodológicos/éticos. Y en esta línea también se encuentra un documento elaborado por la OMS que plantea que existe una imperiosa necesidad de compartir aquellos hallazgos y/o descubrimientos, para evitar la duplicación de investigaciones en esta situación en la cual los recursos son escasos (7). Pero también afirma que es una “obligación ética de los investigadores compartir la información una vez que cumpla con los requisitos de evaluación de calidad. Frente a la urgencia, admite que no se puede esperar la publicación en revistas científicas, y propone buscar vías para compartir aquella información relevante para la toma de decisiones.

Este delicado equilibrio entre compartir los resultados tan pronto sea posible, pero seguir controles rigurosos para evitar basar decisiones en información poco robusta, se encuentra reflejado en distintas editoriales o artículos de revistas científicas (8,9). Una interesante publicación en Nature Biotechnology (10), enumera beneficios sobre compartir los artícu-

los en repositorios previos a ser evaluados por un comité de pares. Algunos de estos repositorios existían previo a la pandemia (incluso muchos años antes, en ciertos casos), otros son de creación reciente dado el gran incremento en el número de artículos que precisan ser evaluados en este tiempo. Algunos de ellos han modificado sus prácticas con tamizajes rápidos para evitar difundir resultados infundados, pseudo-científicos o que puedan causar daños (11). Volviendo al artículo mencionado, allí se analizan distintos ejemplos apostando a un trabajo en conjunto desde la comunidad científica para dar críticas, devoluciones. Propone que este intercambio también conlleva un aumento de revisión de artículos por pares de un modo informal, favoreciendo la selección o filtrado de aquella información valiosa o rigurosa metodológicamente para utilizar. A su vez, comenta que este contexto de pandemia aceleró los tiempos creando otro escenario posible y rescatando este intercambio entre pares como una experiencia positiva de este escenario adverso. Es cierto que estos artículos compartidos en repositorios como Medrxiv, por ejemplo, sin la rigurosa revisión por pares presentan un disclaimer o descargo de responsabilidad, ya que son compartidos sin la evaluación previa del comité de expertos. Está en la responsabilidad de quién comunica y comparte en medios de difusión esa información, incluir de donde fue obtenido y ser preciso en las aclaraciones correspondientes, la transparencia como pieza importante en la transmisión de la información (12, 13, 14).

## Conclusiones

En estos momentos en donde el entramado social es fundamental para afrontar lo que sucede y lo por venir, aquellos encargados de investigar, editar y comunicar a la población tienen que incluirse en ese entretendido para cumplir su función de un modo ético, ya que forman parte y no pueden pensarse desde un lugar objetivo en un contexto en el que esa no es una posición posible.

La reflexión en torno a las decisiones editoriales de qué publicar, cuándo, cómo, no sólo se basa en su corrección metodológica o gramatical, sino que debiera también incluir sus implicancias socio-políticas económicas, en particular en este contexto de pandemia, donde condiciona a la población general y a su bienestar psicofísico. La necesidad de considerar estos as-

pectos no es nueva, pero en esta pandemia se ha visto amplificada, y cada actor social tendría que reflexionar sobre su lugar para afrontar las adversidades actuales y construir lazos.

## Referencias Bibliográficas

1. Erdek MA. Ethical Responsibility in Publishing Research Results on Covid-19 Treatments. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/ethical-responsibility-in-publishing-research-results-on-covid-19-treatments/>
2. ENRIO. ENRIO Statement: Research integrity even more important for research during a pandemic. Statement 16 April 2020. Disponible en: <http://www.enrio.eu/enrio-statement-research-integrity-even-more-important-for-research-during-a-pandemic/>
3. Quan-Hoang V. Reform retractions to make them more transparent. Nature | Vol 582 | 11 June 2020. Disponible en: <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-020-01694-x/d41586-020-01694-x.pdf>
4. Poff D. Letter from the COPE Chair: April 2020. Disponible en: <https://publicationethics.org/news/letter-cope-chair-april-2020>
5. Bazdaric K, Smart P (2020) ESE and EASE call for high standards of research and editing. European Science Editing 46: e53230. Disponible en: <https://ese.arphahub.com/article/53230/> <https://doi.org/10.3897/ese.2020.e53230>
6. UNESCO. Ética en las investigaciones en tiempos de pandemia de COVID-19. 26 de marzo 2020. Disponible en: <https://es.unesco.org/news/etica-investigaciones-tiempos-pandemia-covid-19>
7. WPA. Ethical standards for research during public health emergencies: Distilling existing guidance to support COVID-19 R&D. WHO Working Group on Ethics & COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/liverecovery-save-of-ethical-standards-for-research-during-public-health-emergencies.pdf>
8. Sridhar D, Majumder MS. Editorials. Modelling the pandemic. BMJ 2020; 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1567> (Published 21 April 2020) Disponible en: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1567>
9. The BMJ opinion. Assuring research integrity during a pandemic. 8 de junio 2020. Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/08/assuring-research-integrity-during-a-pandemic/>
10. Editorial. All that's fit to preprint. Nat Biotechnol 38, 507 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41587-020-0536-x> Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41587-020-0536-x>
11. Kwon D. How swamped preprint servers are blocking bad coronavirus research. Nature. 7 de mayo 2020. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01394-6>
12. biorxiv (página web) <https://www.biorxiv.org/>
13. medrxiv (página web) <https://www.medrxiv.org/>
14. Medrxiv. Frequently Asked Questions (FAQ) Disponible en: <https://www.medrxiv.org/about/FAQ>

# Patología dual: actualidad y contexto en América Latina y Colombia

## Dual Diagnosis: Current Latinoamerican and Colombian Context

### Jeffrey González Giraldo

Médico Psiquiatra, Especialista en  
Adicciones y Patología Dual,  
Miembro del Centro Rosarista de  
Salud Mental (CERSAME),  
Departamento de Psiquiatría,  
Escuela de Medicina y Ciencias de  
la Salud, Universidad del Rosario,  
Bogotá D.C., Colombia

### José R. Granados González

Escuela de Medicina y Ciencias de  
la Salud, Universidad del Rosario,  
Bogotá D.C., Colombia  
Santiago Mateus Abril, Escuela de  
Medicina y Ciencias de la Salud,  
Universidad del Rosario, Bogotá  
D.C., Colombia

**Resumen** La patología dual consiste en la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias. Pese a no ser ampliamente aceptada ni estar incluida en las clasificaciones diagnósticas actuales, existen diversos modelos teóricos sobre la correlación entre las enfermedades que la definen, así como estadísticas sobre los riesgos y peores desenlaces que presentan estos pacientes en comparación con los que solo padecen uno de estos trastornos. De igual manera, hay evidencia de que los modelos de tratamiento que entienden el consumo y la enfermedad mental como un conjunto y no como dos entidades independientes, tal como el modelo integrado o en engranaje, presentan mejores resultados. Por esto en el presente artículo nos enfocaremos en los fundamentos teóricos, epidemiología, riesgos, modelos de tratamiento y opciones terapéuticas disponibles, con el objetivo de informar a los profesionales de la salud y así romper barreras de acceso a la salud que enfrentan estos pacientes doblemente estigmatizados.

**palabras clave:** Patología dual, abuso de sustancias psicoactivas, enfermedad mental & trastorno mental.

**Abstract** Dual diagnosis consists on the coexistence of a mental disorder and a substance use disorder. Although not widely accepted and not included in current diagnostic classifications, there are several theoretical models on the correlation between the diseases that define it, as well as statistics on the risks and worse outcomes of these patients compared to those with only one of these disorders. Similarly, there is evidence that treatment models that understand the substance use disorder and mental illness as a whole and not as two independent entities, such as the integrated or meshing model, have better results. For this reason, in this article we will focus on the theoretical foundations, epidemiology, risks, treatment models and therapeutic options available, with the aim of informing health professionals and thus breaking down barriers to health care access faced by these doubly stigmatized patients.

**Keywords:** Dual diagnosis, comorbidity, substance abuse, mental illness & mental disorder.

Las autoras no declaran  
conflicto de intereses

## Introducción

La patología dual (PD) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la coexistencia en el mismo individuo de trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (Fernández, Fontaba, Díaz, & Pascual, 2020). Sin embargo, el término “patología dual” o “diagnóstico dual” aún es tema de debate, a pesar de haber ganado mayor aceptación en la comunidad científica, de manera que aún no ha sido incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima versión (CIE-11) (OMS, 2022), por lo que se presume que hay un subregistro de esta entidad. Por otra parte el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) incluye categorías tales como trastornos inducidos por el consumo de sustancias, más éstas no abarcan la complejidad de las teorías etiológicas detrás del concepto actual de patología dual (American Psychiatric Association, 2013).

La prevalencia de este trastorno tiene una alta variabilidad, esto probablemente debido a las discordancias poblacionales y métodos diagnósticos utilizados en los diversos estudios. Sin embargo, es evidente la tendencia de altas prevalencias a pesar del subdiagnóstico y tendencias al incremento con los años, con predominio en la población de pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas (Fernández et al., 2020). Por ejemplo, en el Epidemiological Catchment Area (ECA), una serie de estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos con 20291 pacientes entre 1981 y 2005, se encontró en la población con enfermedad mental un odds ratio (OR) de 2.7 para trastorno por uso de sustancias (TUS) con una prevalencia del 29%, e inversamente en población TUS por cualquier sustancia exceptuando alcohol se encontró un OR de 4.5 para el desarrollo de enfermedad mental (Regier et al., 1990). Así mismo el informe del estudio del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA) realizado en el 2015 mostró prevalencias de PD de hasta un 50% sin embargo en contraste el estudio National Comorbidity Survey Replication (NCSR) el cuál usó como instrumento diagnóstico la Composite International Schedule (CIDI) y criterios DSM -IV encontró prevalencias de PD de hasta un 14% (Fernández et al., 2020).

Se ha encontrado una asociación entre el TUS con una gran variedad de trastornos mentales (TM) en diferentes categorías diagnósticas. Entre los TM con

mayor prevalencia de comorbilidad con el TUS se han documentado el trastorno de personalidad antisocial, los trastornos del comportamiento y control de impulsos, trastornos psicóticos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos afectivos con predominio en trastornos de ansiedad (Gonz, 2020; Ortiz Giraldo, Díaz Conejo, Cornejo Ochoa, & Sierra Del Villar, 2017; Regier et al., 1990).

La importancia de la PD radica en su alta prevalencia en relación con su asociación con un peor pronóstico clínico, dificultades en el tratamiento, mayor estigma y deterioro funcional, así como incremento del riesgo de suicidio (Marel et al., 2016; Queensland Health, 2010). Adicionalmente se ha evidenciado un precario acceso al tratamiento de estos pacientes, un reporte estadounidense en 2015 mostró que sólo el 7% de los pacientes recibió tratamiento para ambos diagnósticos, 44% para un diagnóstico y el 55% no recibía tratamiento para ninguno, lo cual puede tener relación con barreras en el acceso a servicios de salud en este caso dada por falta de programas integrales y pobre entrenamiento del personal de salud en el manejo de esta patología (Alfonzo-Bello et al., 2017). Esto conlleva peores desenlaces clínicos, mayores tasas de reingreso y altos costos para el sistema de salud, con requerimiento de intervenciones interdisciplinarias con modelos de atención de mayor complejidad para alcanzar mejores resultados (Alfonzo-Bello et al., 2017). Cabe recalcar que la iniciativa iberoamericana en PD para el mejoramiento de los programas públicos de tratamiento (Alfonzo-Bello et al., 2017) determinó que en los países evaluados en América Latina predomina un modelo de atención dividido entre el abordaje de TUS y otros TM, con limitada responsabilidad por parte de los ministerios de salud y múltiples barreras de acceso dadas por largos tiempos de espera, carencia de programas con enfoque de género, altos costos de atención, desconocimiento de la disponibilidad de programas de tratamiento y escasa oferta de los mismos. Resalta en este estudio tan solo un país (México) reportó cursos de entrenamiento en el manejo de la PD para psiquiatras.

## Epidemiología

Si bien los TM, y el TUS son dos entidades nosológicas distintas, estas están íntimamente relacionadas, son afines y simbióticas entre ellas, y aunque no se ha demostrado causalidad de un espectro frente a otro,

si se ha demostrado que la mayoría de los sujetos que padecen de una de estas dos entidades son proclives a padecer la otra, estableciendo una asociación bidireccional (Marel et al., 2016; Queensland Health, 2010). Adelante veremos un panorama epidemiológico amplio con respecto a estas entidades por separado y posteriormente en contexto de la PD.

Se han documentado cifras variables en cuanto a la prevalencia de vida para cualquier TM desde el 9.1% al 22.5% (Ministerio de salud y protección social & Colciencias, 2016; Regier et al., 1990; Tejada, 2016), así como del 13.5% para abuso y dependencia de alcohol y el 6.1% para otras sustancias. Así mismo, la presentación puede ser con un tiempo de inicio similar del TUS y del TM comórbido, o con uno de estos siendo el predecesor. A continuación se presentan en la *Tabla 1* los patrones de inicio de consumo de SPA en Colombia 2019 (DANE, 2020), y se presentan las edades de inicio de los TM en la *Tabla 2*.

Cómo se mencionó previamente, la prevalencia de la PD es altamente variable en función de los métodos y poblaciones estudiadas, encontrando cifras del 20% al 50% en población extrahospitalaria, contra cifras del 50% al 75% en pacientes hospitalizados, con predominio en aquellos ingresados a instituciones especializadas en los trastornos por consumo de sustancias, en comparación con los pacientes ingresados a instituciones de salud mental (Alfonzo-Bello et al., 2017).

En cuanto a la asociación específica por diagnósticos de TM con la sustancia consumida y viceversa, en la *Tabla 3*, *Tabla 4* y *Tabla 5* se recogen los resultados del estudio ECA (Regier et al., 1990).

Por otra parte, en otros estudios se ha descrito una estrecha relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el consumo de SPA, tal como una prevalencia del 27.8% en 162 pacientes del Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva (España) (Torrico Linares et al., 2012), y se ha descrito que estos pacientes tienen un riesgo 2.5 veces más alto de desarrollar TUS y de 8.8 veces cuando hay comorbilidad con trastorno oposicional desafiante (TOD), con una prevalencia de TUS por alcohol del 45%; y a pesar de que se encontró una reducción del riesgo de TUS de 5.8 veces en los pacientes que reciben tratamiento con estimulantes contra los que no, se perdió el factor protector alrededor de los 18 años (Ortiz Giraldo et al., 2017; Torrico Linares et al., 2012).

Así mismo, los datos publicados en 2010 por Yolanda Torres y colegas (Galvis, Posada, Bareño, & Yajaira, 2010), en una muestra de 4.593 sujetos Colombianos entre los 18 y 65 años, en los que estudiaron la población en busca de asociación entre Trastorno por abuso de sustancias y trastorno de dependencia de sustancias con TM, encontraron que tener un antecedente de trastorno de la conducta, TDHA y la fobia específica, antecedían un trastorno por dependencia de sustan-

**Tabla 1.** Patrones de inicio de consumo en Colombia 2019

Sustancia	Toda SPA	Tabaco	Alcohol	Cigarrillo electrónico	Cannabis	Cocaína	Inhalantes	MDMA	Basuco	Heroína
Edad de inicio	18.8	17	17.8	23.2	18.1	19.2	18.4	20.3	20.3	20
*Punto de corte del 25%	15	15	15	17	15	16	15	17	19	15

NOTA: Adaptado de: DANE. (2020). Boletín Técnico Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias. Ministerio de Justicia, 3(1), 1–34. Retrieved from <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>

**Tabla 2.** Edad de inicio de los trastornos mentales

Trastorno	Trastornos del neurodesarrollo	Trastornos de ansiedad	TOC	TCA	TAEET	Trastornos psicóticos	Trastornos de la personalidad	Trastornos afectivos
Edad pico	5.5	5.5	14.5	15.5	15.5	20.5	20.5	20.5
Mediana	12	17	19	18	30	25	25	31

NOTA: Adaptado de: Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Gonzalo Salazar De Pablo, ..., Yeob, Jong. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 22. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

**Tabla 3.** Prevalencia de vida y Odds Ratios (ORs)\* de trastornos mentales en personas con diagnósticos específicos y de cualquier abuso de sustancias en el estudio ECA

Trastorno comórbido	Alcohol		Otra sustancia		Marihuana		Cocaína		Opioides		Barbitúricos		Anfetaminas		Alucinógenos	
	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR
Cualquier TM	36.6† (1.4)	2.3	53.1 (2.0)	4.5	50.1† (2.5)	3.8	76.1† (7.9)	11.3	65.2† (4.8)	6.7	74.7† (3.9)	10.8	62.9† (4.0)	6.2	69.2† (7.4)	8.0
Esquizofrenia	3.8† (0.6)	3.3	6.8† (0.9)	6.2	6.0† (1.0)	4.8	16.7 (8.1)	13.2	11.4 (3.9)	8.8	8.0 (2.1)	5.9	5.5 (1.6)	3.9	10.0 (4.7)	7.4
Cualquier trastorno afectivo	13.4† (0.9)	1.9	26.4† (1.8)	4.7	23.7+ (2.2)	3.8	34.7† (8.6)	5.9	30.8† (4.7)	5.0	36.4† (4.2)	6.6	32.7† (3.5)	5.7	34.3† (7.4)	5.8
Cualquier trastorno de ansiedad	19.4† (1.0)	1.5	28.3† (1.8)	2.5	27.5† (2.2)	2.3	33.3† (11.0)	2.9	31.6† (4.8)	2.8	42.9† (4.6)	4.5	32.7† (3.6)	2.9	46.0† (8.8)	5.0
Trastorno de personalidad antisocial	14.3† (1.1)	21.0	17.8† (1.6)	13.4	14.7† (1.8)	8.3	42.7 (12.3)	29.2	36.7† (5.3)	24.3	0.3† (4.3)	19	24.5† (3.6)	14.3	28.5† (6.8)	15.6
Abuso/dependencia de alcohol			47.3† (1.9)	7.1	45.2† (2.3)	6.0	84.8† (4.9)	36.3	65.9† (4.7)	12.8	71.3† (3.9)	16.9	61.7† (4)	11.1	62.5† (8.1)	10.9

\*Odds Ratio (OR de tener un trastorno mental comórbido en el grupo expuesto vs el grupo no expuesto (no se muestra) †P<001 (prevalencia en el grupo expuesto vs no expuesto)  
 NOTA: Adaptado de: Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511–2518. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>

**Tabla 4.** Prevalencia de vida y odds ratios (ORs) de trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias en personas con trastornos mentales en el estudio ECA

Trastorno comórbido	Esquizofrenia		Personalidad antisocial		Trastornos de ansiedad		Fobia		Trastorno de pánico		Trastorno obsesivo compulsivo	
	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR
Abuso / dependencia a cualquier sustancia	47.0† (4.0)	4.6	83.6† (2.4)	29.6	23.7† (1.0)	1.7	22.9† (1.0)	1.6	35.8† (2.9)	2.9	32.8† (2.8)	2.5
Cualquier diagnóstico de consumo de alcohol	33.7† (4.4)	3.3	73.6† (2.7)	21.0	17.9† (0.9)	1.5	17.3† (0.9)	1.4	28.7† (3.7)	2.6	24.0† (2.5)	2.1
Dependencia de alcohol	24.0† (3.7)	3.8	51.5† (3.5)	14.7	12.2† (0.7)	1.8	11.5† (0.7)	1.6	21.7† (3.3)	3.3	17† (2.1)	2.5
Abuso de alcohol	9.7 (2.7)	1.9	22.1† (3.0)	5.4	5.8 (0.6)	1.0	5.8 (0.6)	1.1	7.0 (2.2)	1.3	7.0(1.6)	1.3
Diagnóstico de cualquier otra sustancia	27.5† (3.2)	6.2	42.0† (3.1)	13.4	11.9† (0.9)	2.5	11.2† (0.9)	2.2	16.7† (2.9)	3.2	18.4† (2.3)	3.7
Dependencia de cualquier otra sustancia	12.9† (2.6)	4.2	30.8† (3.0)	15.6	6.9† (0.6)	2.4	6.5† (0.7)	2.2	13.3† (2.6)	4.4	11.0† (1.7)	3.6
Abuso de cualquier otra sustancia	14.6† (6.9)	6.9	11.2† (2.2)	5.2	5.0† (0.6)	2.3	4.7 (0.6)	2.1	3.4(1.0)	1.4	7.4(1.7)	3.2

\*Odds ratio (OR) de tener un trastorno comórbido (filas) en el grupo expuesto (Columnas) vs el grupo no expuesto (no se muestra) †P<0.001 (prevalencia en el grupo expuesto vs no expuesto)  
 NOTA: Adaptado de: Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511–2518. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>

**Tabla 5.** Prevalencia de vida y odds ratios (ORs) de trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias en personas con trastornos mentales en el estudio ECA

Trastorno comórbido	Cualquier trastorno afectivo		Trastorno afectivo bipolar (TAB)		TAB I		TAB II		Depresión mayor		Distimia	
	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR	% (SE)	OR
Abuso / dependencia a cualquier sustancia	32.0† (1.4)	2.6	56.1† (4.4)	6.6	60.7† (5.3)	7.9	48.1† (7.2)	4.7	27.2† (2.0)	1.9	31.4† (2.7)	2.4
Cualquier diagnóstico de consumo de alcohol	21.8† (1.4)	1.9	43.6† (4.3)	5.1	46.2† (5.1)	5.6	39.2† (6.5)	4.2	16.5 (1.5)	1.3	20.9 (2.1)	1.7
Dependencia de alcohol	14.9† (1.1)	2.2	27.6† (3.5)	4.6	31.5† (4.6)	5.5	20.8 (5.2)	3.1	11.6 (1.3)	1.6	16.1† (1.9)	2.3
Abuso de alcohol	6.9 (0.9)	1.3	16.1† (3.9)	3.3	14.7 (4.7)	3.0	18.4 (5.7)	3.9	5.0 (0.8)	0.9	4.8 (1.0)	0.8
Diagnóstico de cualquier otra sustancia	19.4† (1.4)	4.7	33.6† (3.9)	8.3	40.7† (5.3)	11.1	21.0 (5.2)	4.1	18.0† (1.8)	3.8	18.9† (2.2)	3.9
Dependencia de cualquier otra sustancia	11.3† (11.0)	4.4	21.8† (3.2)	8.3	27.6† (4.3)	11.1	11.7 (3.6)	3.7	10.7† (1.4)	3.7	10.8† (1.5)	3.6
Abuso de cualquier otra sustancia	8.1† (1.1)	4.1	11.7† (3.1)	5.2	13.1 (4.3)	5.9	9.3(3.9)	3.9	7.3† (1.3)	3.3	8.1 (2.0)	3.6

\*Odds ratio (OR) de tener un trastorno comórbido (filas) en el grupo expuesto (Columnas) vs el grupo no expuesto (no se muestra) †P<0.001 (prevalencia en el grupo expuesto vs no expuesto)

Nota. Adaptado de: Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511–2518. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>

cias en un 100% de los casos con un intervalo de confianza (IC) del 95%, a su vez, el antecedente de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) tipo I, los estados maníacos y el trastorno de pánico antecedían en un 75% de los sujetos un Trastorno de abuso de sustancias, y con menor proporción la depresión mayor con un 51%.

### Factores de riesgo

Los factores de riesgo (FR) para PD, los cuales se comparten en gran medida para el desarrollo de un TM incluyen principalmente la susceptibilidad genética dado por antecedente familiar de TUS o TM, trauma, estrés y vías comunes psicopatológicas para el desarrollo de ambas enfermedades (Castaño Pérez & Sierra Hincapié, 2016; Fernández et al., 2020; Galvis et al., 2010). Estos están en gran medida relacionados con las teorías fisiopatológicas de la patología dual. Sin embargo, otros FR se han descrito, los cuales pueden variar en función del TM al que se haga referencia, tales como sexo masculino, exposición a un entorno con alto consumo de SPA, antecedente familiar de consumo de SPA, bajo nivel socioeconómi-

co, trastornos de personalidad, bajo nivel educativo, exposición a maltrato o abuso sexual en la infancia, exposición a cualquier tipo de violencia y disfunción familiar, entre otros (Castaño Pérez & Sierra Hincapié, 2016; Fernández et al., 2020; Galvis et al., 2010).

### Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio es mayor respecto a la población general tanto en los pacientes con un TM como en los pacientes con TUS, y en una forma de sinergia se incrementa significativamente en la PD (Marel et al., 2016; Queensland Health, 2010). Según el Boletín de salud mental Patología dual en Colombia (2018) (Ministerio de Salud Colombia, 2018) se encontró un riesgo de suicidio del 41% asociado a esta condición. Teniendo en cuenta datos epidemiológicos previamente discutidos, el suicidio en la patología dual constituye un problema de salud pública que requiere prevención e intervención temprana dirigida de forma individualizada.

Para determinar el riesgo se deben determinar si han existido conductas autolesivas con o sin intenciona-

lidad suicida, su tiempo de evolución, riesgo de letalidad, a su vez se deben tener en cuenta los FR no modificables (Género, factores culturales, etc.), los modificables (Estresores psicosociales como el duelo, problemas económicos, etc.) y la historia natural de la enfermedad (Exacerbación de síntomas, intoxicaciones agudas, etc.) (Cwik, O'keefe, & Haroz, n.d.; Marel et al., 2016; Queensland Health, 2010). En contraparte se deben tener en cuenta factores protectores (FP) tales como una buena red de apoyo, cohesión familiar, resiliencia, valores y creencias, buena disposición para la búsqueda de apoyo y atención en salud en caso de necesidad, entre otros (Queensland Health, 2010). Es de gran utilidad clínica apoyarse en escalas validadas para el medio en que se practica (ej. SAD PERSONS), para evaluar objetivamente el riesgo de suicidio en puntos críticos tales como al ingreso, al egreso, por estresores psicosociales del paciente o condiciones que lleven a pensar al clínico que hay un aumento en el riesgo (Ministerio de salud y protección social., 2017). De esta manera se tendrá un apoyo para la toma de decisiones y hará que se vea más justificada la conducta en la historia clínica.

### Riesgo de violencia intrafamiliar

En TUS se ha asociado el consumo a un mayor riesgo de sufrir y perpetuar violencia intrafamiliar, con tasas de hasta el 80% de las mujeres en tratamiento por TUS siendo víctimas de esta situación (Marel et al., 2016). Se debe realizar una evaluación completa e integral del paciente, activar una respuesta coordinada entre los diferentes agentes del servicio de salud así como las autoridades competentes de ser necesario, y se debe hacer énfasis en la evaluación en: 1) identificar el uso de sustancias dentro de una relación de poder para ejercer control por parte del agresor; 2) identificar violencia en cualquier relación puesto que no solo se presenta del hombre a la mujer (aunque es más común), sino también en parejas del mismo sexo, en relaciones no conyugales, en relaciones laborales o puede involucrar también a los hijos (Marel et al., 2016).

Es importante reconocer factores de riesgo asociados a perpetuar o ser víctima de violencia, así como estado de manía, síntomas psicóticos, rasgos de personalidad cluster B o trastorno de personalidad antisocial, recalando a los pacientes con lesiones cerebrales y déficit cognitivo quienes tienen un mayor riesgo tanto de conductas agresivas como de ser abusados (Ma-

rel et al., 2016; Queensland Health, 2010; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020). Por otra parte, están los FR asociados a permanecer en relaciones violentas cómo: miedo a amenazas, represalias, acoso o secuestro, aislamiento o rechazo por su red de apoyo, pérdida del hogar, ingresos, calidad de vida, posesiones o mascotas, repercusiones negativas en los hijos, duelo por la pérdida de una pareja, culpa y autorreproche o el miedo a perder la custodia de los hijos (Marel et al., 2016).

La intervención debe iniciar por la activación del protocolo institucional o nacional según lineamientos locales, dirigido a una atención integral. Se recomienda mantener una buena relación médico-paciente, ser empático, no emitir juicios de valor, darle a entender al paciente que se cree en lo que dice, reforzar la idea de que no es su culpa, reconocer la dificultad de abordar el tema, empoderar al paciente, dejar que este determine el ritmo de las intervenciones, escuchar y atenerse a su voluntad de lo que desea hablar o intervenir, y explorar medios para garantizar en la medida de lo posible la seguridad del paciente (Marel et al., 2016). Y de forma similar al abordaje del riesgo de suicidio, se debe individualizar al paciente, evaluando FR modificables y no modificables, así como los FR de perpetuar o ser víctima de violencia, e intervenir en cada uno de estos factores en función de disminuir el riesgo y mejorar el pronóstico y calidad de vida del paciente (Marel et al., 2016).

Se recomienda también evitar en todos los casos emitir juicios de valor, no revictimizar al paciente, no culpabilizar en su condición de víctima, no intentar acelerar el proceso, no imponer al paciente la conducta a seguir frente al maltrato, no rendirse y manejar la frustración adecuadamente sin dejar que la perciba el paciente en caso de que la situación no avance como se espera (es su proceso y toma sus decisiones) y nunca actuar como intermediario entre el agresor y la víctima (Marel et al., 2016).

### Riesgo psicosocial

Es de gran importancia reconocer que el impacto de la PD no radica únicamente en su componente clínico o biológico, sino en la esfera social por medio del estigma, exclusión e invalidación social (Calderón, 2021; Queensland Health, 2010). Una respuesta frecuente es mantener en secreto el diagnóstico para evitar caer en la crítica y la visión negativa de la sociedad que se asocia tanto al TUS como al TM, por lo cual el paciente

con PD presenta una forma de ‘sinergia’ de estigmatización social (Calderón, 2021). Esto se correlaciona con una perspectiva sociocultural del TUS y el TM como enfermedades crónicas incurables y discapacitantes. Se han descrito múltiples efectos en la vida del paciente, los cuales se presentan en la *Tabla 6*.

Lo anterior, sumado a una menor introspección y adherencia al tratamiento, así como mayor frustración del personal de salud por una menor respuesta al tratamiento o percepción de falta de mejoría, dificulta establecer una buena relación médico paciente y por consiguiente la respuesta y continuidad del tratamiento.

### Otros riesgos

Se debe reconocer que el TUS y la PD se pueden asociar a un mayor riesgo de ser víctima de abuso sexual, maltrato físico o psicológico, o en general aumenta la vulnerabilidad psicosocial, así como la biológica al aumentar los riesgos en materia de salud (relaciones sexuales sin protección, inyectables, conductas de riesgo asociadas al consumo, etc.) (Calderón, 2021; Queensland Health, 2010).

En el caso de haber menores de edad involucrados es importante recalcar que el TUS y la PD no conllevan necesariamente en maltrato o negligencia, pero si aumentan significativamente el riesgo de incurrir en estas situaciones y deben identificarse, prevenir e intervenir oportunamente (Queensland Health, 2010).

### Teorías de causalidad

Existen tres teorías principales respecto a la patología dual, que se describirán a continuación en la *Tabla 7* (Fernández et al., 2020; Gonz, 2020; Marel et al., 2016).

### Diagnóstico

Al momento de diagnosticar al paciente con PD se debe hacer una evaluación completa tanto del TUS como del TM, según el contexto agudo o crónico, buscando determinar tanto la evolución de los síntomas como patrones de consumo, sustancia de impacto, riesgos actuales (p. ej. Abstinencia y suicidio), estresores psicosociales, tratamientos previos y su eficacia (de ambos diagnósticos), intentos previos de suspender el consumo, la relación entre el consumo y otra sintomatología, la etapa del tratamiento en que se encuentra (ver *Tabla 9*) el grado de deterioro funcional en la vida del paciente y facilitar el acceso a los diferentes servicios de salud mental y consumo de sustancias bajo el principio de “no wrong door” (no hay puerta equivocada) (Queensland Health, 2010; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020). Este principio consiste en direccionar a los servicios pertinentes sin importar cual sea el servicio al que consulta el paciente, para eliminar barreras en la atención en salud.

Para complementar la evaluación clínica es importante primero el uso de paraclínicos para determinar

**Tabla 6.** Riesgos psicosociales y efectos del estigma asociado a la patología dual

Áreas afectadas	Efectos
Salud	Mayor riesgo de recaída, mayor frecuencia de hospitalización y de conductas autolíticas, así como de los intentos de suicidio, mayor sintomatología positiva y negativa y miedo al contagio de enfermedades infecciosas.
Sociofamiliar	Mayor riesgo de agresión y conductas violentas, sobreprotección y/o dependencia hacia la familia, sobrecarga de los cuidadores o familiares, aislamiento social, miedo y/o desconfianza por terceros y limitación en relaciones por prejuicios sobre enfermedades de transmisión sexual.
Laboral / académica	Bajo rendimiento académico, dificultad para conseguir y mantener un trabajo y discriminación por parte de los empleadores.
Derechos	Limitación en mecanismos de participación social, dificultad de toma de decisiones sociopolíticas, dificultad de acceso a la vivienda y empleo y pérdida de roles sociales.
Barreras de acceso a la salud	Negativa a acudir a los servicios de salud, acudir de manera tardía estos y el rechazo y/o falta de sensibilización por profesionales de la salud.
Psicológicas	Baja autoestima y autoeficacia, reacciones emocionales negativas, auto estigmatización, inseguridad, ansiedad y sensación de ‘no encajar’.

NOTA: Adaptado de: Calderón, C. (2021). El Estigma En Personas Con Patología Dual Como Barrera De Acceso Y Adherencia En Recursos Tratamentales-Asistenciales. Norte de Salud Mental, XVII (65), 34–47.

**Tabla 7.** Teorías explicativas de la patología dual

Teorías	Explicación	
Teoría de causalidad directa	El TUS como consecuencia de un TM	También conocida como la teoría de automedicación, se basa en que un paciente con PD consume SPA debido a una aparente mitigación de los síntomas del TM secundaria. De la misma manera, esta teoría también explica que en ciertas enfermedades mentales los pacientes tengan una menor capacidad de reconocer y emitir juicios de valor sobre su consumo, de manera que puede aumentar la frecuencia de consumo o la dosis empleada, aumentando el riesgo de desarrollar un TUS.
	El TM como consecuencia de un TUS	Se refiere a que la intoxicación aguda y la abstinencia por consumo de SPA pueden inducir una gran variedad de síntomas y TM como la depresión, TAB, ansiedad y episodios psicóticos. Por ejemplo, la abstinencia severa al alcohol puede causar síntomas depresivos, ansiosos e incluso episodios psicóticos. Así mismo las SPA pueden inducir desordenes neurocognitivos, disfunción sexual y trastornos del sueño. Eventualmente estos síntomas pueden reducirse e incluso desaparecer cuando se suspende el consumo, más en algunos pacientes pueden persistir a pesar de esto.
Teoría de causalidad indirecta	Esta teoría explica que hay una relación causal entre una de las dos patologías con un factor de riesgo o catalizador para el desarrollo de la otra patología. Un ejemplo de lo anterior se representa con un consumo temprano de SPA, lo que a su vez incrementa el riesgo de deserción escolar y laboral y a su vez esto puede repercutir en otros aspectos de la vida del paciente (p. ej. desempleo, disfunción familiar, exposición a eventos traumáticos, etc.), lo que aumenta el riesgo de desarrollar un TM (p. ej. ansiedad o depresión). Por último, estas adversidades asociadas al TM pueden incrementar la severidad del TUS.	
Teoría de factores comunes	Esta teoría habla de la presencia de factores biológicos y biopsicosociales comunes para los TM y TUS. Estos factores incrementan el riesgo de padecer ambas patologías, se han descrito varios factores que pueden explicar esta teoría como el nivel socio-económico bajo, déficits neurocognitivos, presencia de trastornos de la conducta en la infancia y trastorno de la personalidad antisocial. También se ha documentado la posibilidad de que una vulnerabilidad genética eleva el riesgo de desarrollar PD.	

NOTA: Creación propia a partir de: Fernández, J. J., Fontaba, J., Díaz, S., & Pascual, F. (2020). Encuesta nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastornos por uso de sustancias y de otro trastorno mental. (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, Ed.). València. Y de Marel, C., Mill, K., Rosemary, K., Gournay, K., Deady, M., Kay-Lambkin, F., . . . Teesson, M. (2016). Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings. *Allergo J Int*. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792347/pdf/40629\\_2015\\_Article\\_74.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792347/pdf/40629_2015_Article_74.pdf)

o descartar una causa o comorbilidad orgánica que pueda generar o impactar en la sintomatología del paciente. Por otra parte, es de gran utilidad clínica el uso de escalas, tanto generales como específicas para cada sustancia, con el propósito de facilitar y objetividad los diagnósticos, riesgos y la severidad del consumo. Entre las primeras están: el ASSIST, escala de la OMS para determinar el uso problemático de sustancias; la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI para evaluar la presencia de diagnósticos del Eje I respecto al DSM-IV; y la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV) para el diagnóstico de TM y TUS respecto al eje I del DSM-IV, incluyendo dos diagnósticos del eje II (trastornos de personalidad límite y antisocial) (Hasin, Trautman, & Endicott, 1998; Queensland Health, 2010; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020). Así mismo, según la sustancia de impacto se recomienda utilizar las escalas correspondientes, en las cuales no profundizaremos en el presente artículo.

## Tratamiento

El tratamiento de la PD es un reto para el personal de salud por su evolución tórpida asociada a un mayor impacto biopsicosocial, dados los riesgos ya expuestos previamente y su asociación con una mayor severidad psicopatológica, menor adherencia al tratamiento, mayor severidad del consumo. Es decir que ante la comorbilidad del TM y TUS tendremos un peor pronóstico y por lo tanto la intervención que requiere será de mayor complejidad (Fernández et al., 2020).

Otro obstáculo para el tratamiento es el diagnóstico inicial tardío o erróneo que conlleva un tratamiento inoportuno o inadecuado uno de los dos diagnósticos e interacciones negativas para el paciente. Los programas de tratamiento para PD deben contar con acceso fácil y rápido a los profesionales de salud, según el principio de “no wrong door”, dando una atención integral, debido a la alta frecuencia de consulta de ese tipo de pacientes, para superar las barreras de acceso, dirigido de forma individualizada a impactar en los

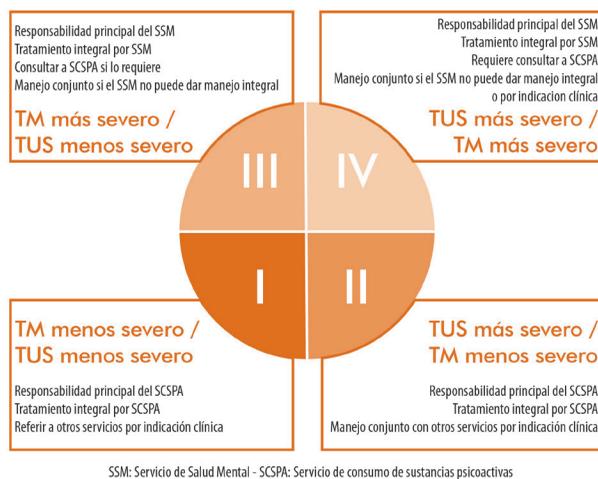
determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta los recursos disponibles y expectativas del paciente (Fernández et al., 2020).

Al día de hoy no hay un consenso acerca de las estrategias adecuadas de manejo farmacológico, psicosocial ni del lugar donde debería realizarse el tratamiento. Sin embargo, pese a su pobre pronóstico, se benefician de tratamiento para el TM y el consumo de sustancias, y las estrategias disponibles se presentarán a continuación (Fernández et al., 2020).

En cuanto modelo de tratamiento básico efectivo para PD, este debe incluir accesibilidad, integralidad, continuidad de cuidados y regirse por el concepto de la medicina basada en la evidencia. Existen múltiples modelos de atención para los pacientes con PD, los cuales se presentan en la *Tabla 8*.

El modelo integral es el que tiene mejor efectividad y mejor pronóstico en el tratamiento de la PD. Esta presenta distintas ventajas sobre los otros modelos de tratamiento, ya que tener un solo equipo terapéutico ayuda a que haya un solo punto de contacto, adicionalmente otros beneficios son la coordinación del equipo terapéutico para determinar objetivos comunes, coherencia en el tratamiento a nivel interno y un enfoque en la interacción entre el TUS y el TM (Ma-

rel et al., 2016). Por otra parte, además del modelo de atención del que hagamos parte, se debe clasificar al paciente según el modelo de cuadrantes presentado en la Ilustración 1 y según la etapa del tratamiento presentada en la *Tabla 9*.



**Ilustración 1** Modelo de los cuatro cuadrantes

Adaptado de: Queensland Health. (2010). Queensland Health Dual Diagnosis Clinical Guidelines: co-occurring mental health and alcohol and other drug problems. Retrieved from [https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/AU\\_Queensland-Health-Dual-Diagnosis-Clinical-Guidelines-co-occurring-mental-health-and-alcohol-and-other-drug-problems-2010.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/AU_Queensland-Health-Dual-Diagnosis-Clinical-Guidelines-co-occurring-mental-health-and-alcohol-and-other-drug-problems-2010.pdf)

**Tabla 8.** Modelos de tratamiento empleados en el manejo de la patología dual

Modelo de tratamiento	Explicación
Tratamiento Secuencial	El paciente es tratado para una patología considerada como primaria, seguido del tratamiento para la segunda patología. En este modelo el TUS es usualmente considerado como el trastorno primario, sin embargo, cada caso debe ser individualizado y en algunas ocasiones puede ser tratado con el TM como patología primaria. En este modelo los tratamientos se vinculan por medio de la referencia, es decir que solo cuando el paciente este estable o asintomático para el trastorno primario, será referido para el tratamiento de la afección considerada como secundaria al servicio correspondiente. Este modelo se ha relacionado con un incremento en el número de ingresos al servicio de urgencias y de hospitalizaciones.
Tratamiento en paralelo	La PD es tratada en simultaneo, sin embargo, los tratamientos son administrados de forma independiente para cada patología. El tratamiento para el TUS es prescrito por un servicio diferente al que se administra el tratamiento para el TM. Los mayores inconvenientes de este modelo de tratamiento son falta de comunicación entre el equipo terapéutico, problemas logísticos y mala coordinación en las citaciones de los pacientes.
Modelo Escalonado	Este modelo consiste en la adaptación flexible de la intensidad del tratamiento según la gravedad del caso. Usualmente se inicia con un tratamiento menos intensivo y costoso, que se escalona a uno más intensivo a medida que pasa el tiempo, dado que no responda satisfactoriamente al previamente instaurado.
Modelo integrado	Se trata la PD simultáneamente por un mismo equipo terapéutico coordinado. Este modelo permite la explorar la relación entre el TUS y el TM en el paciente. Aunque este modelo se considera el ideal, no está ampliamente disponible.

NOTA: Creación propia a partir de: Marel, C., Mill, K., Rosemary, K., Gournay, K., Deady, M., Kay-Lambkin, F., . . . Teesson, M. (2016). Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings. *Allergo J Int*. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792347/pdf/40629\\_2015\\_Article\\_74.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792347/pdf/40629_2015_Article_74.pdf)

**Tabla 9.** Intervención por etapas

Etapa	Definición	Intervención
Precontemplación	No se reconoce un problema ni se desea realizar un cambio en el consumo en los próximos 6 meses.	Se debe hacer un enganche por medio de una alianza terapéutica. Se busca hacer manejo de la crisis, psicoeducación y resolver las necesidades inmediatas del paciente sin una confrontación que dificulte este vínculo terapéutico, debido a las posibles malas experiencias previas del paciente con el sistema de salud y pobre auto eficacia.
Contemplación	Se reconoce que hay un problema, más no se está comprometido con realizar un cambio o se considera realizarlo en los próximos 6 meses.	Se debe utilizar la entrevista motivacional dirigido a no culpabilizar al paciente sino al consumo de las consecuencias negativas en su estilo de vida, hacer balance de beneficios del tratamiento y consecuencias negativas del consumo, explorar las metas del paciente y tratamiento para las comorbilidades.
Preparación	Se han empezado a realizar cambios en el consumo sin considerar abstinencia o se considera realizar un cambio en los próximos 30 días.	Se debe utilizar la entrevista motivacional y planificar el cambio en el consumo, identificando hallazgos positivos en intentos previos, posibles obstáculos y estrategias para afrontarlos, siempre con escucha activa y empática de las preocupaciones del paciente.
Acción	Se han realizado cambios en el comportamiento, comprometido con el tratamiento y con cese del consumo entre 1 día y 6 meses.	Explorar las redes de apoyo del paciente, estrategias de afrontamiento, fomentar la autoeficacia, atender las preocupaciones del paciente y ser empático con las dificultades que se presenten.
Mantenimiento	Ha cesado el consumo por más de 6 meses y las intervenciones van dirigidas a prevenir la recaída.	Se debe hacer énfasis en consecuencias positivas del cambio, así como resaltar las consecuencias negativas que tenía el consumo, mantenimiento al paciente motivado y normalizar la discusión del afrontamiento de recaídas y situaciones desafiante para fomentar la auto eficacia.
Recaída	Si bien no es reconocido como una etapa del tratamiento, es de gran utilidad darle un valor positivo en el contexto de la PD.	Se debe mostrar empatía, reconociendo la recaída como una fuente de aprendizaje y parte del proceso, haciendo énfasis en las motivaciones, obstáculos y éxitos del tratamiento para fomentar la auto eficacia.

NOTA: Creación propia a partir de: Mayor, L. S. (2013). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología*, 13(2), 129–142. Y de: Queensland Health. (2010). Queensland Health Dual Diagnosis Clinical Guidelines: co-occurring mental health and alcohol and other drug problems. Retrieved from [https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/AU\\_Queensland-Health-Dual-Diagnosis-Clinical-Guidelines-co-occurring-mental-health-and-alcohol-and-other-drug-problems-2010.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/AU_Queensland-Health-Dual-Diagnosis-Clinical-Guidelines-co-occurring-mental-health-and-alcohol-and-other-drug-problems-2010.pdf)

## Terapia farmacológica

El tratamiento farmacológico es de uso común y se recomienda en el tratamiento de la PD, preferiblemente combinado con otras modalidades de tratamiento psicoterapéutico que será discutido más adelante. Si bien el tratamiento psicoterapéutico ha demostrado buenos resultados, se debe recalcar que la recomendación es el tratamiento combinado, puesto que el manejo farmacológico inicial muestra un adecuado control sintomático que se complementa a largo plazo con la psicoterapia (Fernández et al., 2020). Los fármacos utilizados para el TUS se pueden clasificar como agonistas, antagonistas e interdictores o aversivos, y su elección dependerá de los factores descritos en adelante (Fernández et al., 2020).

El manejo farmacológico debe ser prescrito por un profesional experto en este campo, preferiblemente un psiquiatra, y su inicio debe basarse en la historia clínica del paciente, tratamientos previos y su efectividad, así como el tratamiento instaurado en la actua-

lidad (Marel et al., 2016). Al momento de la prescripción se deben tener en cuenta: Posibles interacciones con otras sustancias prescritas y no prescritas; riesgo de comorbilidades orgánicas asociadas al uso crónico de SPA; y potencial dependencia y abuso de los fármacos prescritos. Este debe ser individualizado, teniendo en cuenta la sustancia de impacto y otras sustancias que consume el paciente, así como la etapa del tratamiento en que se encuentra y el TM comórbido padece el paciente (Queensland Health, 2010).

Es también fundamental evaluar y fomentar la adherencia al tratamiento, ya que si bien muchos de los fármacos empleados para el control del TM son efectivos para el control sintomático (p. ej. ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo), estos tienen potenciales efectos adversos que pueden reducir la adherencia a los mismos. Por esto se debe explicar al paciente en términos claros los efectos terapéuticos y posibles efectos adversos para llegar a un acuerdo sobre el camino a seguir, con base en

las preferencias del paciente, lo cual es especialmente importante para las personas que padecen de TM graves como trastornos psicóticos, TAB y trastornos depresivos graves (Marel et al., 2016).

Se ha propuesto la herramienta SIMPLE para recordar diferentes intervenciones basadas en evidencia que pueden mejorar la adherencia a la intervención presentadas en la *Tabla 10* (Marel et al., 2016).

### Tratamiento no farmacológico

Existen múltiples abordajes psicosociales disponibles para los TM así como para el TUS. Estos incluyen la entrevista motivacional, terapia cognitivo conductual, terapia dialéctica conductual, prevención de recaídas, mindfulness, manejo de contingencias y terapia de grupo (Marel et al., 2016; Queensland Health, 2010). Estas se presentan en más detalle en la *Tabla 11*.

### Conclusiones

Si bien la PD no es del todo aceptada en la comunidad científica y carece de una categoría diagnóstica en los

sistemas diagnósticos nosológicos utilizados, hay amplia evidencia epidemiológica de la asociación bidireccional entre TUS y TM con un marco teórico sobre la relación entre estas dos. Esto gana validez conforme a la evidencia del beneficio que presentan estos pacientes con un abordaje diagnóstico y terapéutico integral, especialmente desde el modelo de atención integrado, buscando impactar en ambos diagnósticos en simultáneo con una adecuada comunicación entre los diferentes actores del equipo terapéutico. Si bien el pronóstico clínico es menos prometedor en el caso de la comorbilidad, un tratamiento farmacológico combinado con estrategias psicosociales que impacten en los determinantes sociales de la salud de forma individualizada para cada paciente puede mejorar el pronóstico y severidad de ambos diagnósticos. Sin embargo, es crítico eliminar las barreras para la atención inicial de la PD, con base en una mayor capacitación del personal de salud para su reconocimiento y remisión a centros especializados con la capacidad de tratar tanto un TM como el TUS.

**Tabla 10.** Herramienta SIMPLE para la intervención del paciente con patología dual

<b>S</b>	Simplifying regimen characteristics (simplificando características del régimen)	Consiste en ajustar tiempos, frecuencia y dosis del régimen farmacológico a las actividades de la vida diaria del paciente, así mismo brindar la posibilidad de algunas ayudas (alarmas, o pastilleros).
<b>I</b>	Impairing Knowledge	Discutir claramente con el paciente usando lenguaje claro y adaptado a su contexto, sin sobrecargar a los pacientes de información o instrucciones. Se recomienda brindar panfletos cartillas o información escrita a lo que se discute verbalmente.
<b>M</b>	Modifying patients beliefs (modificar creencias del paciente)	Discutir claramente con el paciente usando lenguaje claro y adaptado a su contexto, sin sobrecargar a los pacientes de información o instrucciones. Se recomienda brindar panfletos cartillas o información escrita a lo que se discute verbalmente.
<b>P</b>	Patient and family communication (comunicación con el paciente y la familia)	Emplear una toma de decisiones compartida en que participe el paciente. Hacer uso de recordatorios por medios electrónicos o por el teléfono. Escuchar al paciente activamente, evitando interrumpirlo. Incluir a la familia o círculo social mientras sea apropiado.
<b>L</b>	Leaving the bias (dejar el sesgo)	La evidencia ha encontrado escasas asociaciones, o ninguna asociación, a la adherencia al tratamiento con respecto a la raza, el sexo, el nivel educativo, estado civil, ocupación, ingresos u origen étnico y cultural.
<b>E</b>	Evaluating adherence (evaluar la adherencia)	Preguntar al paciente simple y directamente sobre su adherencia, sin juzgar sus resultados o respuestas. El conteo de pastillas, o medición de niveles farmacológicos en sangre u orina también pueden ser de utilidad.

NOTA: Creación propia a partir de: Marel, C., Mill, K., Rosemary, K., Gournay, K., Deady, M., Kay-Lambkin, F., ... Teesson, M. (2016). Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings. *Allergo J Int*. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792347/pdf/40629\\_2015\\_Article\\_74.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792347/pdf/40629_2015_Article_74.pdf)

**Tabla 11. Modelos terapéuticos no farmacológicos de la patología dual**

Modelos terapéuticos	Descripción
EM	Constituye un método de entrevista dirigida, centrada en el paciente, que busca fomentar la motivación y compromiso con el cambio con base en la búsqueda no confrontacional de la ambivalencia en el paciente. Esto quiere decir, identificar discordancias, por ejemplo, entre sus objetivos y el consumo (p. ej. Estudiar, trabajar, etc.). De esta manera se busca dirigir al paciente a tomar la decisión de hacer el cambio por sí mismo.
TCC	Hace énfasis en la relación entre los pensamientos, emociones y comportamientos. En el TUS indaga también la relación entre los sentimientos y el consumo, para el desarrollo de estrategias de afrontamiento de emociones negativas. Esta ha demostrado ser tan eficaz como el tratamiento farmacológico en algunos TM y se recomienda su uso en conjunto con este para la PD.
TDC	Esta se deriva de la TCC para el manejo de los pacientes con trastorno de personalidad límite y riesgo suicida crónico, basado en la validación y la dialéctica. Se ha convertido en el 'gold standard', y hay evidencia de su efectividad en pacientes con trastorno de personalidad límite y consumo de sustancias, teniendo en cuenta la gran asociación entre estas condiciones. Otros principios de esta son la resolución de problemas, estilística y la auto eficacia, y se apoya en herramientas como la regulación de emociones, tolerancia a la frustración, mindfulness y efectividad interpersonal.
Prevención de recaídas	Las recaídas son un riesgo constante tanto en el TM como en el TUS, directamente relacionado con los factores de riesgo psicosociales del paciente, así como el TM en sí mismo. Una recaída de cualquiera de los dos diagnósticos puede llevar a la recaída del otro. Por tanto, se deben realizar las intervenciones ya mencionadas en esta etapa (Tabla 9), con énfasis en normalizar la discusión e la recaída, viéndola como fuente de aprendizaje y oportunidad para establecer un nuevo plan de tratamiento con estrategias de afrontamiento para los obstáculos identificados, así como una oportunidad para fomentar nuevamente la motivación del paciente.
Mindfulness	Consiste en una técnica de meditación basada en el concepto de atención plena por el momento presente, aceptando sin juzgar la experiencia. Es de gran utilidad para identificar e interrumpir pensamientos automáticos. Un ejemplo de estos es en un paciente con ansiedad, dada la asociación automática de craving y ansiedad en que cada una exacerba a la otra.
Manejo de la contingencia	Consiste en el refuerzo positivo de conductas deseadas como pruebas de orina negativas, atender a la consulta o una adecuada adherencia al tratamiento. Es particularmente efectivo en consumidores de cocaína u opioides, especialmente en mantenimiento con buprenorfina en pacientes con depresión mayor.
Grupos de apoyo	La pertenencia a grupos de apoyo de forma consistente y por largos periodos se asocia a un mejor pronóstico y mejores desenlaces. Se recomienda atender a grupos de apoyo para PD, grupos de recuperación para PD e intervenciones grupales, siempre evitando confrontaciones que generen estrés que pueda empeorar el TM de base, o teniendo en cuenta la presencia de ansiedad social o limitadas habilidades sociales que dificulten este abordaje.

\*EM = entrevista motivacional; PD= patología dual; TCC = terapia cognitivo conductual; TDC = terapia dialéctica conductual; TM = trastorno mental; TUS = trastorno por uso de sustancias.

Nota. Creación propia a partir de: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders TIP 42. Retrieved from [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA\\_Digital\\_Download/PEP20-02-01-004\\_Final\\_508.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-01-004_Final_508.pdf)

## Bibliografía

- Alfonzo-Bello, L., Szerman, N., Marín-Navarrete, R., Arribas-Ibar, E., Pérez-Lopez, A., Babín, F., & Medina-Mora, M. E. (2017). Ibero-American initiative for dual disorders to improve public treatment programs. *Salud Mental*, 40(6), 249–255. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.032>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association. DSM. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Calderón, C. (2021). El Estigma En Personas Con Patología Dual Como Barrera De Acceso Y Adherencia En Recursos Tratamentales-Asistenciales. *Norte de Salud Mental*, XVII(65), 34–47.
- Castaño Pérez, G. A., & Sierra Hincapié, G. M. (2016). Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 108–117. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.005>
- Cwik, M. F., O'keefe, V. M., & Haroz, E. E. (n.d.). Suicide in the pediatric population: screening, risk assessment and treatment. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1693351>
- DANE. (2020). Boletín Técnico Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias. Ministerio de Justicia, 3(1), 1–34. Retrieved from <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>
- Fernández, J. J., Fontaba, J., Díaz, S., & Pascual, F. (2020). Encuesta nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastornos por uso

- de sustancias y de otro trastorno mental. (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, Ed.). València.
8. Galvis, Y. T. De, Posada, J., Bareño, J., & Yajaira, D. (2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 14–35.
  9. Gonz, G. (2020). Patología dual . Definición , historia y recursos y Breve reseña histórica La atención a la salud mental experimentó un punto de inflexión cuando, 81–96.
  10. Hasin, D., Trautman, K., & Endicott, J. (1998). Psychiatric research interview for substance and mental disorders: Phenomenologically based diagnosis in patients who abuse alcohol or drugs. *Psychopharmacology Bulletin*, 34(1), 3–8.
  11. Marel, C., Mill, K., Rosemary, K., Gournay, K., Deady, M., Kay-Lambkin, F., ... Teesson, M. (2016). Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings. *Allergo J Int*. Retrieved from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792347/pdf/40629\\_2015\\_Article\\_74.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792347/pdf/40629_2015_Article_74.pdf)
  12. Mayor, L. S. (2013). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología*, 13(2), 129–142.
  13. Ministerio de Salud Colombia. (2018). Boletín de salud mental Patología dual en Colombia, 2–9. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin7-salud-mental-patologia-dual-versionf.pdf>
  14. Ministerio de salud y protección social. (2017). Guía De Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Ministerio de Salud Y Protección Social, (60), 46.
  15. Ministerio de salud y protección social, & Colciencias. (2016). La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (Vol. 45). <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>
  16. OMS. (2022). CIE-11 - CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Retrieved May 25, 2022, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
  17. Ortiz Giraldo, B., Díaz Conejo, R., Cornejo Ochoa, J. W., & Sierra Del Villar, G. A. (2017). Trastorno por uso de sustancias en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad que reciben estimulantes. *Acta Neurológica Colombiana*, 33(4), 307–311. <https://doi.org/10.22379/24224022171>
  18. Queensland Health. (2010). Queensland Health Dual Diagnosis Clinical Guidelines: co-occurring mental health and alcohol and other drug problems. Retrieved from [https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/AU\\_Queensland-Health-Dual-Diagnosis-Clinical-Guidelines-co-occurring-mental-health-and-alcohol-and-other-drug-problems-2010.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/AU_Queensland-Health-Dual-Diagnosis-Clinical-Guidelines-co-occurring-mental-health-and-alcohol-and-other-drug-problems-2010.pdf)
  19. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511–2518. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>
  20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders TIP 42. Retrieved from [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA\\_Digital\\_Download/PEP20-02-01-004\\_Final\\_508.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-01-004_Final_508.pdf)
  21. Tejada, P. (2016). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: Prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Revista Salud Bosque*, 6(2), 29–40. Retrieved from <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/download/2017/1526/3383>
  22. Torrico Linares, E., Vélez Moreno, A., Villalba Ruiz, E., Fernández Calderón, F., Hernández Cordero, A., & Ramírez López, J. (2012). TDAH en pacientes con adicción a sustancias: análisis de la prevalencia y de los problemas relacionados con el consumo en una muestra atendida en un servicio de tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*, 14(3), 89–95. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70050-8](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70050-8)

# PRESENTACIÓN DE LIBROS

---

## LA TRAVESIA DE VIVIR

Ramón Eduardo Lopera

**“Relatos breves de amor a la vida y al servicio”**, que sitúa al lector plenamente en lo que va a encontrar en el libro de 175 páginas, con un archivo fotográfico al final. Nueve Editores, febrero 2022, su primera edición. Una foto del autor en la Caratula, sentado en un pupitre, con bolígrafo en mano, quizás atento a recibir un dictado, foto que data del año 1973 es decir cuando tenía 7 años de edad, y con fondo de un pueblo a lo lejos. La mirada la interpreto melancólica, expectante, acorde a una voz interior que le dice, “no puedo fallar”, sus labios apretados dan cuenta de sus preocupaciones, a esas alturas ya tiene montando su primer negocio con la reventa de dulces a sus compañeros y familiares; caigo en cuenta que su bolígrafo también puede estar listo para anotar sus deudores, saldos a favor o sus pequeñas deudas. En la contraportada, hay unas huellas tenues, de esas que quedan al andar en una playa, en este caso de río, como el epígrafe del poema de Machado, con el cual da el banderazo, la señal de un comienzo.

Ramón Eduardo inicia su texto, que como en el Génesis del antiguo testamento, da cuenta de sus ancestros tanto de la línea paterna como la materna, sin dejar de nombrar los genes familiares que nos generan vergüenza y por lo común ocultamos en cada familia, “los frenéticos o extraviados”, siempre excluidos y marginados. Nos deja claro su origen “Humilde”, pues vive a la orilla de una quebrada, de esas que en el invierno se desborda y llega el agua a la altura de sus camas. Son 15 hermanos, padre y madre, camas compartidas, el que se enferma gana la atención con privilegios como un huevo tibio al desayuno para su recuperación. Entonces Ramoncito da sus primeros pininos en la actuación, simulando estar más enfermo de lo real, y me temo que, de no haber sido descubierto por su tía, Ramoncito aun estaría en la cama degustando de su delicioso huevo tibio, digo yo, como una posibilidad de los tantos caminos que nos depara el destino. Esta bella y sentida referencia nos dice del tono y color afectivo de su libro, y así de esa misma manera expone en cada etapa de su ciclo vital, sus logros, temores, penas y vergüenzas, hasta sus actuales y primeros 55 años de vida, ósea, como en las series de Netflix hay tela para rato, quizás un segundo libro.

El estilo literario es adecuado para el género del libro. Son relatos cronológicos, cortos contundentes, divididos por capítulos, cada uno con un título que a veces no da cuenta del tema principal que trata, o por lo menos a mí me hubiera gustado llamar ciertos capítulos de otra manera.

La historia no tiene incoherencias, pero sí contradicciones naturales de todo sujeto que ha sido arrojado al mundo; un ejemplo de ello, cuando dice “ellos no estaban tan presentes (referencia a los primos enfermos mentales), era como si no existieran para mí”. Sin embargo, anota que fueron fundamentales para su decisión de ser médico y posteriormente psiquiatra, luego sí estuvieron muy presentes, tanto el temor a la locura, como “el temor a enfermarme o morir de manera temprana en una condición de desesperanza y sufrimiento”, y hacen que Ramoncito se convierta en el Dr. Lopera de bata blanca, muy tieso y muy majo.

O, que tal cuando su amiga Neuro-psicóloga le ha diagnosticado un “déficit de atención”, con pruebas en mano, surgiéndome la pregunta, ¿es posible una subcategoría que dé cuenta un déficit de atención para todo, menos en los temas de dinero? Aún recuerda que Marta su hermana, su mejor cliente en su primer emprendimiento de la infancia, le debe 10 centavos de una gaseosa de tamarindo.

Considero que arrincona un poco su capacidad de fantasear, en aras de resaltar más lo real como se presente, cuando dice “Mi experiencia de vida me permite concluir que la expresión real de ella es más generosa que la producción imaginaria de mi mente”. Yo por el contrario interpreto que gracias a su gran producción imaginaria se ha permitido cambiar la expresión real de su vida. Cuando su casa se inundaba por el desborde de la

quebrada, Ramoncito dice “veía la calamidad como un juego, tanto que mi fantasía era que pudiéramos salir en botes de la casa a navegar”.

Estoy totalmente convencido que uno puede empatizar con sus personajes, en especial me sucedió con Don Milo, su padre, y solo fue necesario el relato de dos vivencias muy significativas y oportunas: “Llegué en bus a mi pueblo desde Manizales y me encontré a mi papa en el parque principal de la Ceja. Con una sonrisa le dije “Pá...Pase a Medicina”. “Ambos orgullosos y felices, deambulamos a nuestra casa...” o en otro pasaje cuando su padre percibe que Ramoncito tiene una pena amorosa, que no duerme bien y es necesario levantarse temprano a trabajar, el padre hace de reloj y le dice “Es hora de levantarse” (es un gesto, no hay más palabras)...” recuerdo esa madrugada, su mirada compasiva y cariñosa, el delicioso olor y sabor de ese café que preparo con tanto esmero. Desde ese momento mi tristeza se quedó atrás.”

La narración es fácil de entender y sus argumentos son todos de influencia oriental, de la literatura de auto superación, libros espirituales, siempre iluminado por sus maestros sensei, también por Mario Alonso Puig, Sergio Fernández, Coello y el que busca en la India, además de los hermanos de la orden de San Juan de dios, los sacerdotes de la iglesia de su pueblo y otros más de alta alcurnia y sombreros puntudos obispaes.

Su relato cursa paso a paso por cada una de las etapas del ciclo vital, sin proponérselo conscientemente, Ramón lo invita a uno a recordar, a preguntarse, ¿y en esa edad en cambio yo que hacía? Y a veces, no es bueno compararse, pues Ramón tiene el cielo ganado con creces, en cambio uno at portas del infierno, pues si su primer negocio fue vender dulces, el mío fue alquilar revistas suecas pornográficas, en fin, hacia la mitad del libro no seguí ese paralelo pues salía muy mal calificado, en cambio sí me sentí identificado cuando Ramón le echó mano a una botella de vino, me dije ese es mi hombre, sin embargo pronto se arrepintió, yo le hubiera dicho, parcero eso que hizo es bíblico pues el mejor vino siempre se reserva para el final de la fiesta, pero no, un cura le dio por regañarlo y se cago en todo. Mientras que Ramón oye la música a lo lejos, a través de la ventana de un manicomio un viernes, uno está en la rumba plena y ve a través de la ventana del bar el lúgubre hospital psiquiátrico, pudiendo estar los dos cantando con Bacilos la canción Tabaco y Chanel.

El Dr. Lopera con su libro me ha dado lecciones importantes, por ejemplo, pude concluir que en nuestro quehacer profesional, se puede ver claramente como en un buen negocio de servicio, podemos crecer juntos, mediante un acuerdo empático, donde los dos ganamos, yo lo acompaño a pensarse, ese es mi trabajo, donde yo invertí capacitándome, por lo tanto tiene un valor económico, no hay espacio para el pudor y la vergüenza, cobramos por saber escuchar, y seguimos siendo apóstoles, cumplidores de la misión y nuestro trabajo se traduce en obras, y ahí si me vi con el Dr. Lopera caminando y cantando como buenos peregrinos hacia el cielo soñado.

También me di cuenta con su lectura, que nadie como Ramón Lopera entiende y asume con vehemencia, la ideología de izquierda o por lo menos desde la línea de la teología de la liberación, sin darse cuenta claro está, eso lo asustaría mucho y él desde el principio nos ha advertido que sufre de temores. Pero siempre cuestiona cosas tan importantes (ver el capítulo; No haber sido Salesiano), la gran diferencia de la educación pública en comparación de la privada, esta última para los pocos privilegiados del país, de alto nivel y apertura, pensada para formar gobernantes, en cambio la pública, constreñida, de pobre nivel, sin aperturas filosóficas, no vaya a ser que piensen, está hecha para obedecer, formando el pueblo para ser sometido, para caminar en el rebaño. Y a Ramón le toco luchar con perseverancia y esmero para poder saltar de lo público a lo privado y lo logro felizmente.

Como no pensar que Ramón Lopera, camina por la misma orilla que su amigo Alfredo Montenegro, pues toda la vida ha pensado en el Otro, siempre tratando de incluirlo en el colectivo social, acercándose a su sufrimiento, al dolor de la orfandad, a liberarlo del resentimiento que se mastica cuando hay hambre, desesperanza y soledad. A Ramón le duelen las desigualdades, las injusticias, la marginalidad. Lo que pasa es que a Ramón no sé dónde le ensañaron el lenguaje del neo-liberalismo, y termina traduciendo, engolosinado un poco a mi precario entender, con frases como negocio, mercadeo, “Ventajitas” o comisiones, proyectos, empresas, emprendimiento, competencias, entonces después nadie le cree, que sigue la vida “al estilo de Jesús”, que para los que lo conocemos, sabemos que es así sin duda alguna.

Totalmente de acuerdo con Ramón el escritor, quien refiere que escribir las emociones en un papel, “lo negativo se diluye tal como lo hace un cubo de hielo que se torna en agua, dentro de un recipiente, la escritura como experiencia purificadora, es una purga, una forma de limpieza y liberación...”, también sabe del poder y el em-

brujo de las palabras, fue suficiente “Hasta mañana y que sueñes con las Cristinitas”, fue suficiente para caer como un pollo, redondo a los pies, de su amada esposa, quien le ha dado ya dos hijos, los cuales ya han tenido sus primeros emprendimientos, a su vez desde la primaria misma.

Ahora queridos lectores espero que con esta sencilla y humilde reseña de “La travesía de vivir”, los haya motivado suficiente para la compra y su lectura, y si me preguntan, con cual capítulo del libro me quedo, sin pensarlo dos veces, pues me divertí como enano loco y desahuciado, con el que titula “El bailarín”. En el concurso de baile “El Pirulino”, al estilo Pedro Escamoso, que tenía como premio un tiquete para Filadelfia, el Dr. Lopera ya residente, se plantea unas estrategias, que si un despistado asesor de esta cantidad de aspirantes a la presidencia las acogiera, asegurarían de una, ese tan anhelado puestico. Y no cuento más, pues como en las buenas películas, se debe dejar el misterio provocador.

Si tuviera oportunidad de verme con el afamado escritor de su prima obra, le preguntaría porque nos deja sin saber cómo fue el doloroso final de mi querido Don Milo y porque nunca hablo de su experiencia vivida con el psicoanálisis.

**Juan Carlos Rojas F.**

---

## **VOLVER A PENSARNOS**

### **Salud mental, política y pospandemia**

**Santiago Levín**

*Ediciones Futurock, Buenos Aires, 2022*

Volver a pensarnos es un libro urgente sobre política y salud mental escrito en el impreciso límite entre la pandemia y la pospandemia; un suceso inédito que nos obligó a reflexionar sobre qué nos hace humanos, cuál es nuestra relación con el sufrimiento y cómo desarrollarnos en un sistema injusto que, además, nos abruma con expertos y fórmulas mágicas para alcanzar la tan ansiada felicidad.

Una idea hilvana este conjunto de ensayos breves: hay un sufrimiento humano inevitable que viene con nuestra vida cultural; pero hay otro, contra el que debemos rebelarnos, que deriva de un diseño inaceptable que es preciso desarticular y volver a pensar.

El libro propone pensar en una salud mental situada en un momento histórico, en una concepción de sujeto y en un sistema social y político que la determina. Porque salud mental es, también, ocuparse de pensar el mundo y nuestros modos de vivir en él.

El primer libro del autor fue *La psiquiatría en la encrucijada* (Eudeba, 2018), un libro sobre historia y epistemología de la psiquiatría, que toma lo esencial de su tesis de doctorado defendida a fines de 2017 en la facultad de medicina de la Universidad de Buenos Aires y que llevó como título “Estudio crítico de la declinación de la propuesta de paradigma biorreduccionista para la psiquiatría contemporánea”.

Si aquel primer libro es un texto académico, el presente (que es el segundo) pretende encontrar lectores y lectoras en el gran público, porque su finalidad no es hacer un aporte original a la teoría a partir de la investigación universitaria sino contribuir a una reflexión colectiva, política, acerca del modo en que nuestro mundo está diseñado. El libro está organizado como una sucesión de breves ensayos que van de lo cercano a lo lejano y viceversa, en un día y vuelta en el que no faltan ni lo autobiográfico y ni lo filosófico, siempre desde la perspectiva de un médico psiquiatra que se aventura en el territorio de la comunicación social

**Cora Luguercho**

*Secretaria de Secciones, APAL*

*Vicepresidenta, APSA*

## VIVIR DOS VECES

**Juan Carlos Rojas**

El libro incluye una serie de textos, que sin duda guardan relación, pero se concentran en diferentes temáticas y donde hay prosa, poemas y hasta comentarios de fútbol. Yo, resaltaría a nivel general, que los temas son bien tratados, con un lenguaje impecable, y que reflejan a un autor comprometido con las causas sociales y que hace un acertado manejo del humor para describir ciertas situaciones. Y nos muestra, que su propósito no es descubrir el alma de sus pacientes, sino su propia alma. Destaco el gran afecto por sus amigos, quizás también “pacientes” para quienes no duda en hacer un homenaje.

“Siendo cada hombre el fondo mismo de la poesía, la inspiración personal, subjetiva, porque en cada canto va ya una esperanza y una pena, ya una dicha y un desengaño, ya una sonrisa y una lágrima”. César Vallejo

“Quienes vivimos para el goce, vivimos dos veces: relacionándonos con el mundo, con humor y poesía. Y escribiendo sobre lo vivido”. Como nos dice el mismo autor y esto explica el título del libro.

“Una crónica de vida, las fracciones de tiempo, las experiencias, la búsqueda de respuestas, el tiempo, la noche y las conversaciones con los amigos, reflexiones compartidas en distancias mínimas. Describo y simbolizo mi entorno, con una apuesta política que ha bebido de la literatura y el cine, hacia un espacio común, con las pequeñas cosas, con la libertad y el afecto que conllevan las utopías y la soledad. Son mis reacciones a las diversas entonaciones que tienen algunas metáforas.” Del autor

El libro de Juan Carlos me convence de que va con todo, que no se detiene en pequeñeces y que sus palabras, parafraseando a López Velarde, nacen de la combustión de sus huesos, si no, no tendrían sentido.

Juarroz, por ejemplo, dice: “Yo escribo simplemente porque amo la vida”. Y agrega: “la poesía consiste, de alguna manera, en dar a todas las lenguas, las palabras que les faltan, las palabras que el idioma común no puede decir”.

Eliot, citado por Juarroz nos dice: lo que se puede decir en prosa, hay que decirlo en prosa, porque se dice mejor en prosa. ¿Qué es lo que queda para la poesía? Lo que no se puede decir en prosa, lo que no se puede decir de otra manera.

Y creo que esto intuitivamente lo ha entendido Juan Carlos, que es capaz de sacar un libro donde incluye, creo que, en forma acertada, prosa y poesía.

**Rafael Escobar de Andreis**

# REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

*apalrevista@gmail.com*

---

## CUESTIONES GENERALES

La Revista Latinoamericana de Psiquiatría, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América latina, es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en: <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm>, en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309>, en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este Reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

### *Originalidad*

Los manuscritos enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría serán aceptados en el entendimiento de que son materiales originales, no publicados previamente, ni enviados simultáneamente para ser publicados en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

### *Autoría*

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor. Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de

### *Agradecimientos*

Para la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados.

Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de “Agradecimientos” pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.

### **Transferencia de derechos y envío del manuscrito**

El envío de un artículo a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría supone que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos ceden a la revista el derecho de publicación y reproducción posterior.

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

### **Aclaración de conflictos de intereses**

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado “Agradecimientos”.

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título “Declaración de conflictos de intereses”, los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará “El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses”.

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

### **Preservación del anonimato de los pacientes**

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

### **Consentimiento informado**

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado “Materiales y Métodos” una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

### **Proceso de revisión de manuscritos**

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso de evaluación. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico pueden solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores, modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

### **Envío de trabajos**

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Casos clínicos y Artículos científicos de controversia o de opinión.

Todos los trabajos deberán enviarse, vía correo electrónico, a la dirección: [apalrevista@gmail.com](mailto:apalrevista@gmail.com). Los textos deben presentarse en el programa Word. Es importante que no incluyan macros ni ningún tipo de plantillas. Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

## Tipos de trabajos

**a) Investigación original:** describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

**b) Revisión:** estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado “Referencias”)

**c) Casos clínicos:** son textos breves en los que se presenta uno o varios ejemplos de casos clínicos de una determinada patología. El artículo debe incluir un resumen en español y en inglés con sus correspondientes Palabras clave y Keywords, respectivamente; luego comentar las generalidades de la patología en cuestión, su semiología habitual, epidemiología, criterios diagnósticos, eventual etiología y tratamiento y, por fin ejemplificar con uno o varios casos originales diagnosticados por el autor. El trabajo debe incluir una breve bibliografía.

**d) Artículo científicos de controversia o de opinión:** son trabajos en los que se presentan o discuten temas científicos particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo número o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

## ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

### Instrucciones generales

Todos los materiales enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría para su publicación serán escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo “Palabras clave” y “Keywords” se especificarán 5 (cinco) palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden.

Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

## Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

## Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos, entre paréntesis, a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas"- No usar supraíndices para las citas bibliográficas.

### Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2).

Referencias bibliográficas

1.- *Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. Arch Gen Psychiatry 1992, 49: 782-787.*

2.- *Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol 1986, 6: 274-278.*

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en

<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm>

## Se ilustran a continuación los principales casos:

### Artículos de revistas

#### 1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

*Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. VERTEX 2005; XVI (59): 130-132.*

#### 2. Autor corporativo

*The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4.*

#### 3. Suplemento de un volumen

*Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Supl 1:275-82.*

### Libros y otras fuentes de información impresa

#### 4. Autores individuales

*Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.*

#### 5. Editor(es) como autores

*Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.*

#### 6. Capítulo de libro

*Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors.*

*Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.*

## 7. Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editors. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.*

## 8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholz O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5. Material No publicado*

## 9. En prensa

Leshner AI. *Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1996.*

## Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. *Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996]; 1(1): [24 pantallas]. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>*

## Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

## Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el CD), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

## Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

## Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

### Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

### ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

#### Hoja de título

- Título.
- Autor o autores.
- Títulos académicos.
- Lugar de trabajo y/o institución de pertenencia.
- Dirección postal.
- Dirección de correo electrónico.

#### Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

#### Resumen en inglés

- Título en inglés.
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas.

#### Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

#### Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

#### Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

#### Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?

2022 número 2  
Edición especial volumen 21

