

Cúpula

Revista

Vol. 26, Nº2, Año 2012

Publicación Oficial del Hospital Nacional Psiquiátrico

Nº2



San José, Costa Rica



www.ccss.sa.cr



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO

REVISTA CÚPULA

Julio – Diciembre

Vol. 26, Nº 2, Año 2012



Editado por

*Biblioteca Médica Dr. Gonzalo González Murillo
Hospital Nacional Psiquiátrico*

San José, Costa Rica



REVISTA CÚPULA

Cúpula surge por iniciativa del Dr. Abel Pacheco de la Espriella y el Prof. Fernando Centeno Güell en 1975.

El primer texto se publicó en el Departamento del Ministerio de Educación Pública. Su nombre hace honor a la cúpula del antiguo Hospital Manuel Antonio Chapuí, declarado Monumento Nacional en 1974.

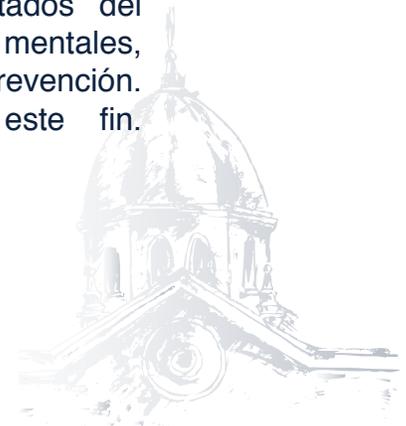
A partir de 1977 un Consejo Editor inicia la coordinación con la Imprenta Nacional para hacer una publicación periódica cuatrimestral con un nuevo formato de la revista y reglamento de publicaciones.

En un inicio el financiamiento se obtuvo por anuncios comerciales, contribuciones personales y aporte de la CCSS. En 1988, se incluyeron sus costos en el presupuesto general del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Cúpula está inscrita en el Catálogo General de Publicaciones y en el Registro de la Propiedad Intelectual. En la actualidad su distribución es a nivel nacional.

El nombre de la revista hace honor a la cúpula del antiguo Hospital Manuel Antonio Chapuí, símbolo de la historia más íntima de la Psiquiatría en Costa Rica y declarado Monumento Nacional en 1974.

Su objetivo principal es difundir los resultados del proceso de investigación en los trastornos mentales, los progresos en tratamiento y su prevención. Las creaciones literarias complementan este fin.





COMITE EDITOR

MLs. Silvia Navas Orozco, Coordinadora
MPs. Orietta Norza Hernández
Dr. Mariano Vargas Pardo
Dra. Johanna Elizondo Granados

DISEÑO DE LOGOTIPO Y PORTADA

Mariela Rodríguez Brenes

REVISIÓN FILOLÓGICA

Bach. Giselle Rojas Núñez

PRESIDENTES HONORARIOS

Profesor Fernando Centeno Güell
Dr. Abel Pacheco de la Espriella

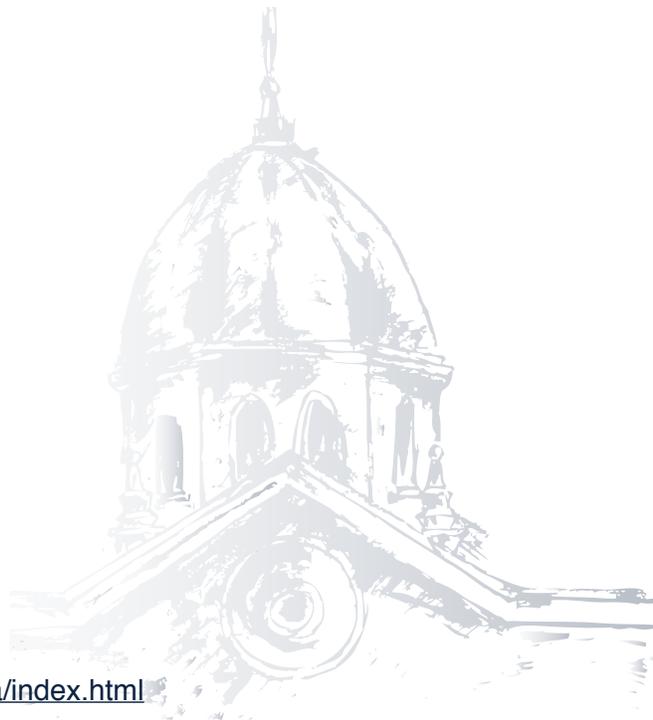
APOYO LOGÍSTICO Y ADMINISTRATIVO

Mls. Rocío Pérez Brenes

Tel/Fax (506) 2290-2644

Email: bmpsiquiatrico2304@gmail.com

<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/index.html>



Revista

WM1

R454r

Revista Cúpula. Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital Nacional Psiquiátrico. Vol. 1 N° 2 1975 – San José, C.R.: El Hospital.

Semestral

ISSN 1659-3871

1. Psiquiatría-Publicaciones periódicas. I. Título.

Los criterios expresados en los artículos, son responsabilidad exclusiva de los autores, y no necesariamente representan el criterio del Comité Editor de la Revista, ni las políticas del Hospital Nacional Psiquiátrico.



CONTENIDO

EDITORIAL

Dra Lilia Uribe López	6
-----------------------------	---

CASO CLÍNICO

Disociación como defensa al trauma: Caso de Fuga Disociativa Angie Madrigal Bonilla	9
--	---

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Abordaje de la depresión: intervención en crisis Wendy Navas Orozco, María Jesús Vargas Baldares	19
---	----

La adolescencia en personas adoptadas Elmer Valverde Alfaro	36
--	----

Autismo infantil María Jesús Vargas Baldares, Wendy Navas Orozco	44
---	----

REFLEXIÓN

¡Atrévase a cambiar y antoje a otros! Elba Elena Hidalgo Pérez	59
---	----

A través de mis ojos Pamela Villarreal Valverde	61
--	----

POEMAS

Cuando se dice adiós Walter Chavarría Álvarez	65
--	----

El caminante Walter Chavarría Álvarez	66
--	----



EDITORIAL

En Costa Rica a pesar de los avances médicos y en derechos humanos, la población con discapacidad asociada a la enfermedad mental continúa estigmatizada y segregada.

Las enfermedades mentales que llevan a discapacidad son principalmente Las Esquizofrenias, Los Trastornos Afectivos y algunas Psicosis Orgánicas.

Las Esquizofrenias y Los Trastornos Afectivos en su mayoría inician en personas previamente sanas, en la adolescencia o adultez joven, se presentan en brotes que sin tratamiento se prolongan de uno a seis meses y pueden repetir varias veces al año. Después del brote van dejando deterioro.

El deterioro que frecuentemente se acumula después de varias recaídas se relaciona con: Descuido del aseo personal, indiferencia a las normas sociales, retraimiento social, empobrecimiento del lenguaje, incongruencia afectiva, pérdida de interés, falta de un plan de vida, ociosidad, entre otros.

A mediados del siglo pasado con el descubrimiento de los primeros psicofármacos que permitieron eliminar una gran cantidad de síntomas y prevenir recaídas, se empezó a modificar la evolución natural de la enfermedad hacia el deterioro y desde entonces no es necesario que los enfermos y enfermas mentales sean aislados, encerrados, ni dejados en abandono. Sin embargo para

que esto suceda es necesario el compromiso tanto de la familia en buscar la ayuda de los especialistas al inicio de la enfermedad, solicitar enseñanza en el seguimiento y expectativas de la enfermedad, compromiso del personal de salud en un abordaje integral que se convierta en un apoyo a la familia y a la o el usuario para prevenir recaídas, lograr adherencia al tratamiento, mantener la integración al sistema de educación formal y empleo y para potencializar las habilidades individuales de las personas enfermas e influir en la sociedad para abrir las oportunidades de desarrollo y disminuir el estigma.

Después de que se produce la discapacidad el abordaje es más complejo y por consiguiente más oneroso. Debe de brindarse un proceso de rehabilitación que ayude a recuperar habilidades perdidas y desarrollar nuevas y este proceso debe ofrecerse en la comunidad para que esta se involucre, disminuya el estigma y brinde las oportunidades necesarias para una verdadera inclusión social.

Las personas con discapacidad asociada a la enfermedad mental tienen los mismos derechos que las demás personas. En Costa Rica se ha legislado para que esto sea respetado y para que tengan igualdad de oportunidades. Pero aun se les niegan varios derechos por ejemplo: El derecho a vivir en familia, (matrimonio, adopción, procreación, salud sexual y reproductiva). El derecho a



vivir en comunidad (Asistencia domiciliaria y servicios comunitarios).

El derecho a Igualdad ante la ley a la no discriminación. El derecho al estudio. El derecho al trabajo. Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información. Respeto a la Privacidad.

Bajo el pretexto de que la manifestación de las diversas patologías mentales son poco comprensibles y de difícil manejo y un pequeño porcentaje de las o los enfermos puede ser extremadamente agresivo, su atención no es asumida por el primer nivel de salud, sino por los hospitales psiquiátricos lo que retrasa el diagnóstico y fomenta el abandono.

El Hospital Nacional Psiquiátrico hace esfuerzos para cambiar el paradigma de atención a las personas que sufren de enfermedad mental crónica y es así como ha logrado reducir en gran número las camas asilares, reubicando personas que se encontraban en abandono en el hospital, en hogares con sus familias o en albergues, esto con el apoyo del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. En coordinación con El Ministerio de Educación Pública abrió un programa de Educación Formal, actualmente con cien cupos desde alfabetización hasta bachillerato. Creó un programa de seguimiento a las personas desinstitutionalizadas, para facilitar su inserción social. Está implementando una Red Nacional de Esquizofrenia que permite capacitar y fortalecer al primer nivel de atención en el abordaje a personas con enfermedad

mental y así lograr que se brinde el seguimiento desde su propia comunidad. Ha facilitado la participación social apoyando la formación de organizaciones no gubernamentales tanto de usuarios y usuarias como de colaboradores y actualmente esta contribuyendo con la implementación de una cooperativa que permita la empleabilidad, tema en el que existe el mayor rezago.

Aun así, es triste ver cómo a pesar de todos los adelantos científicos de la medicina, el Sistema Nacional de Salud de Costa Rica, con respecto a la atención en psiquiatría, continua funcionando con un paradigma tradicional, biologicista y proteccionista, diagnosticando la enfermedad tardíamente, sin involucrar a la familia ni a la sociedad en un abordaje integral, sin abrir oportunidades de participación, excluyéndolos al enfermar del sistema formal de educación, sin oportunidades laborales, ni de recreación, ni de asociación y si no es por esfuerzos aislados, aun las personas que sufren enfermedad mental continúan deteriorándose, siendo abandonadas por sus familias y recibiendo todo el estigma social, el que se fortalece con el amarillismo y desinformación de los medios de comunicación.

La reflexión que debemos de hacer es, si estamos viviendo en democracia, no se merecen las personas que sufren de enfermedad mental, mayores oportunidades para obtener y mantener una mejor calidad de vida, ese es el reto y su éxito solo será posible con el esfuerzo de todas las personas e instituciones del país.



En este segundo número de la revista Cúpula, usted encontrara los siguientes artículos:
- Caso clínico: Disociación como defensa al trauma: caso de fuga disociativa, escrito por la Angie Madrigal Bonilla, residente de segundo año del Posgrado de Psicología Clínica CENDEISSS-UCR.

En la sección revisión bibliográfica, se presentan tres artículos: Abordaje de la depresión: intervención en crisis, presentado por la Dra. Wendy Navas Orozco, Funcionaria del Área de Salud 3 Desamparados y la Dra. María Jesús Vargas Baldares, Funcionaria del Hospital Nacional Psiquiátrico.

En el segundo artículo, el Dr. Elmer Valverde Alfaro, residente de tercer año del Posgrado de Psiquiatría CENDEISSS-UCR, nos presenta la revisión bibliográfica titulada La adolescencia en personas adoptadas.

En este tercer artículo, nuevamente las profesionales en Medicina María Jesús Vargas Baldares y Wendy Navas Orozco, publican otra revisión bibliográfica sobre un tema de actualidad, Autismo Infantil.

En la categoría reflexiones se presentan dos escritos: El primero se titula ¡Atrévete a cambiar y antoje a otros! de Elba Elena Hidalgo Pérez, estudiante de Geología y Educación Especial de la Universidad de Costa Rica.

La segunda reflexión se titula “A través de mis ojos” y es presentada por la estudiante

de Medicina de la Universidad de Costa Rica Pamela Villarreal Valverde.

Finalmente, en la sección literaria se presentan dos poemas titulados “Cuando se dice adiós” y “El caminante” del Máster en Salud Mental Walter Chavarría Alvarado, Funcionario del Servicio de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Dra. Lilia Uribe López.

Psiquiatra

***Jefe del Servicio de Rehabilitación
Hospital Nacional Psiquiátrico***



DISOCIACIÓN COMO DEFENSA AL TRAUMA: CASO CLÍNICO DE FUGA DISOCIATIVA

Angie Madrigal Bonilla*

RESUMEN

La disociación es entendida como aquel proceso en el que las experiencias y los sucesos psicológicos normalmente relacionados están desprendidos entre sí y dan lugar a una distorsión de la experiencia aprendida con alteraciones sutiles y profundas en la interpretación del significado de los sucesos personales e interpersonales.

La relación entre Trauma y Disociación, se define como un mecanismo de defensa, en el cual el papel inicialmente adaptativo de la disociación, es amortiguar el impacto de la experiencia traumática, sin embargo, se convierte en un proceso desadaptativo que interfiere seriamente en el funcionamiento normal de la persona, ya que al entrar en trance que tienen tanto los pacientes de TEPT como los que padecen de cuadros disociativos es que deja de ser voluntario: entran en trance en forma automática y sin control alguno, y éste adquiere vida propia. En esto consiste el mecanismo de disociación.

A continuación, se describe un caso clínico que refleja dicho mecanismo.

Palabras clave: Disociación, Fuga Disociativa, Trastorno Histriónico de Personalidad, Trauma.

ABSTRACT

Dissociation is understood as the process in which the experiences psychological events usually related are torn apart and give rise to a distortion of the learned experience usually accompanied with alterations in the interpretation of the meaning of personal and interpersonal events, those alterations varies in profundity

The relationship between Trauma and dissociation, is defined as a defense mechanism, in which the initially Adaptive role of dissociation, is used to cushion the impact of the traumatic experience, however, becomes a maladjusted process which interferes seriously with normal person's functioning, since being in a trance due to PTSD or a dissociative phenomena is never voluntary: In both cases they come into trance automatically and without any control, as they were alive by itself. This is the dissociation mechanism.

This article is a clinical case presentation case related to dissociative phenomena related to PTSD

Key words: Dissociation, Dissociative fugue, Histrionic Personality Disorder, trauma

*Máster en Psicología Clínica. Residente de primer año del Programa de Posgrado de Psicología Clínica UCR-CENDEISSS, email: angie.madrigal@gmail.com



CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre de masculino de 48 años que ingresó a nuestro centro médico, referido de un centro hospitalario del tercer nivel del área metropolitana, por sintomatología disociativa e intento de autoeliminación severo por intento de ahorcamiento.

Al llegar a nuestro centro médico refiere llamarse Juan e indica desconocer datos de su historia. Se muestra desorientado y suspicaz al entorno. Conforme avanza su internamiento, indica recordar llamarse de otra forma y ser ciudadano de un país del norte pero su origen es Latinoamericano, logra aportar algunos datos, los cuales coinciden con su identidad, según la investigación de Trabajo Social en la Embajada correspondiente por su condición de extranjero.

De esta manera, se aclara historia longitudinal, donde se recopila datos tales como:

El usuario reside en el extranjero, es pensionado por invalidez hace 10 años y recibe ayuda de su país.

Comenta dentro de sus antecedentes patológicos personales, poseer una hernia discal con compresión radicular, para lo cual ingiere tratamiento con opiáceos. Dicha lesión se da durante su servicio militar hace 20 años. En esa ocasión, sufrió también de una crisis de ansiedad. Cuenta con control psicoterapéutico, el cual no mantiene actualmente, pero sí asiste a control con psiquiatría.

Refiere ser hijo único de ambos padres, descarta complicaciones durante el embarazo y/o parto. No precisa si tuvo retrasos en su desarrollo psicomotor ni en el control de esfínteres. Recuerda que en la edad escolar,

era buen estudiante pero se describe “como reservado y de pocos amigos”.

Su madre muere de cáncer cuando éste tenía 10 años de edad, por ello, recuerda esta época como difícil. Posteriormente, su padre se casa con otra mujer, quién tenía 10 hijos. Manifiesta que su padre lo dejó viviendo solo. La relación con su madrastra la describe conflictiva; así como con su padre donde impresiona con un vínculo distante. Posteriormente al completar sus estudios secundarios, decide trasladarse a vivir a un país de Norteamérica, en compañía de un familiar. Ingresa a las Fuerzas Armadas de ese país, realizando tareas en el área de comunicación, donde su responsabilidad era traducir y enviar códigos secretos de ubicación, entre otras. Refiere que durante esta época, se sentía muy tenso, provocándole un “colapso”, que lo precipitó un internamiento en un Hospital de la Armada por 10 días. No se enlistó de nuevo, y se dedicó a trabajar en Fábricas durante un año. Sin embargo, debido a su lesión lumbar, se incapacitó.

En cuanto a las relaciones interpersonales, señala que ha tenido varias parejas, y convivió en unión libre con una mujer durante dos años; quién cuenta con una niña de dos años, producto de una relación previa. No obstante, la relación de pareja se disuelve hace 10 años; el usuario se refiere a esto, como una experiencia “muy dolorosa” y considera que esto ha repercutido significativamente en su vida social. Precisamente, su padre también fallece hace 10 años.

La tía abuela que lo asume, se enferma de cáncer cuando éste todavía era un adulto joven, causándole la muerte al poco tiempo. Esta tía constituyó una persona significativa en la vida del usuario, señala que aún “le duele su muerte”.



Acostumbra cambiar constantemente de lugar de residencia, sin ninguna causa específica, argumenta: ¡me gusta!”. Actualmente comenta que hace 6 meses está sufriendo de “hostigamiento sexual”, por parte del casero que administra los apartamentos donde vive. Estos acosamientos consisten en propuestas sexuales, el usuario indica que al no corresponderle, lo hostiga con otras cosas, como revisarle sus pertenencias. En relación a esto, detalla que en una ocasión despertó en su casa, luego de varios días de no recordar nada, durante este tiempo afirma que el casero le quitó varias cosas de su apartamento, cuando despertó le dijo que le había impuesto una “orden de desalojo por no pagar la renta”. Agrega que este hombre lo vigila y se ríe de él.

Comenta que esta situación incrementó su nivel de estrés, al punto de ocasionarle alteraciones en el patrón del sueño y alimentación, labilidad afectiva y aumento del malestar físico.

Dice que ha establecido denuncias en contra el casero, pero no existe aún una resolución legal. Comenta que ante estas circunstancias surgieron deseos de morir, sin estructurar un plan determinado; así como deseos de “partirse en mil pedazos y hacer mil cosas a la vez”. No obstante, indica que se paraliza, aunque sus intenciones son “salir corriendo en varias direcciones a la vez”.

Para lo anterior, ha tenido tratamiento psiquiátrico, pero no recuerda el nombre de su médico. Actualmente desconoce cómo llegó a nuestro país, ni cuánto tiempo ha permanecido acá. Afirma que su último recuerdo es en camilla del hospital San Juan de Dios, donde le estaban suturando su herida.

No obstante, comenta que anteriormente había tenido una experiencia similar con una

psicóloga que lo veía en su país de residencia, cuando al acudir a la cita, la psicóloga le mencionó que “él había cancelado la cita por teléfono, y que tenía una voz extraña como de otra persona”, y le dijo palabras soeces, por lo cual decidió no atenderlo más. Agrega que posteriormente acudió a otro especialista, quién le práctico hipnosis clínica, pero no recuerda que sucedió ni por qué dejó de asistir.

Además recuerda experiencias de ser saludado por gente desconocida en vía pública, que afirmaban conocerlo.

Cabe destacar que Trabajo Social realizó una investigación, donde los datos son coincidentes con los brindados por la Embajada, y se descartó procesos legales pendientes en su estado de Residencia ni en otros. Por lo cual, al parecer no se encuentra evidencia de posibles ganancias secundarias a su escape de su país de Residencia. Así mismo, las pruebas psicológicas evidencian confiabilidad dentro de los resultados.

Al encontrarse orientado en tiempo, espacio y persona; se inicia proceso de evaluación psicodiagnóstica en lo referente a pensamiento y personalidad, con el usuario. De esta forma, se comienza con la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 y Test Rorschach.

En relación a actitud, apariencia y conducta al momento de la evaluación, se evidencia normobúlico, con lenguaje comprensible y tono de voz adecuado. Mantiene contacto visual y un trato respetoso. Impresiona afecto eutímico de fondo ansioso. Discurso coherente, pensamiento real, taquipsíquico y circunstancial. Se descartan alteraciones sensorio-perceptivas. Niega Ideación Suicida e Ideación Homicida al momento de la valoración.



Consciente, orientado globalmente, con atención normovigil y normotenaz. Evidencia recursos intelectuales conservados al igual que las funciones cognitivas superiores, aunque reporta episodios amnésicos; juicio crítico apropiado, Insight parcial sobre las razones que mediaron para su internamiento.

Los resultados de las pruebas a nivel general refieren que el usuario posee capacidad para pensar en forma lógica y coherente. Muestra un afecto depresivo, así como rasgos de personalidad centrados en sí mismos, con preocupaciones frecuentes a nivel somático, actitud demandante, lo que se ve reflejado en el desarrollo de relaciones sociales interpersonales. El análisis detallado de las pruebas aplicadas permite observar lo siguiente:

A nivel de **pensamiento**, el Test de Rorschach muestra que el usuario es capaz de percibir el entorno de manera realista. Sin embargo, ante períodos de estrés muy elevados podría mostrar alteraciones de pensamiento en forma encubierta, tal como lo refleja la subescala Sc 6 del MMPI-2 (Experiencias sensoriales extrañas, T= 79), donde el usuario reporta sentimientos de cambio de la percepción del yo; a la vez en algunas ocasiones podría presentar distorsiones a nivel de su imagen corporal. Lo anterior, es congruente con lo comentado por el usuario a lo largo de las sesiones de evaluación.

En cuanto al afecto, se evidencia a través del Test Rorschach y MMPI-2 (escala de Depresión, T=83) que el usuario es susceptible a episodios depresivos. En el MMPI-2, la subescala Depresión subjetiva, (T=76) refleja negación de alegría, falta de energía y desesperanza. Así mismo, el MMPI-2 también refleja en la sub escala de Retardo psicomotor

(T =76) tendencia por parte del usuario a mostrar enlentecimiento en su ejecución de diversas actividades, disminuyendo su eficacia.

A través del Rorschach se muestra que el estrés situacional crea más demandas de las que el usuario puede hacer frente con sus capacidades de adaptación y afrontamiento, esto puede reducir su nivel usual de efectividad para resolver problemas. El exceso de estrés impuesto sobre la preexistencia de pocas capacidades de afrontamiento, desencadenan un estado de vulnerabilidad. De esta manera, al poseer pobre control de sus emociones, en circunstancias percibidas como amenazantes, el usuario podría estar propenso a mostrar desorganización, ansiedad, y sintomatología depresiva.

Así mismo, en relación al **concepto personal**, de acuerdo al Test de Rorschach tiende a valorarse a sí mismo desfavorablemente, lo cual recrudece sus episodios de depresión, provocando actitudes negativas hacia sí mismo y una sensación de insatisfacción personal.

Por otra parte, la prueba MMPI-2 en la escala de Hipocondriasis, (T=78) refleja en el usuario preocupación constante centrada en la salud y su funcionamiento somático. Sin embargo, es importante recalcar que el usuario tiene una condición médica real en la columna vertebral, lo cual intensifica dichas preocupaciones. De la misma manera, la escala Histeria conversiva (T=93) y Lasitud- Malestar (T =76) señalan que pese a la preocupación que podría manifestar el usuario en el funcionamiento físico y mental, se esfuerza por mantener una buena apariencia con el objetivo de no hacer evidente a otros su necesidad de atención y falta de seguridad. Así, la prueba MMPI-2 evidencia que el usuario podría utilizar como



estrategia de resolución la conversión del afecto; además tiende a utilizar el mecanismo de defensa de racionalización.

Lo anterior repercute en las **relaciones interpersonales**, donde se puede apreciar en el Test Rorschach una limitada capacidad para establecer vínculos cercanos con otros, aunque el usuario demuestre interés en la interacción social.

DISCUSIÓN

La disociación es entendida como aquel proceso en el que las experiencias y los sucesos psicológicos normalmente relacionados están desprendidos entre sí y dan lugar a una distorsión de la experiencia aprendida con alteraciones sutiles y profundas en la interpretación del significado de los sucesos personales e interpersonales.

Ha sido descrita desde hace 100 años, cuando Freud colaboró con Breuer para escribir un tratado sobre la histeria, al mismo tiempo Janet escribió acerca de la disgregación de la personalidad. En esa época, Freud y Breuer declararon que lo que se denominaba una “doble consciencia” era una descripción errónea del proceso de represión y una debilidad del yo. Por su parte, los discípulos de Freud, llevaron el psicoanálisis al mundo anglófono, al mismo tiempo que Breuer acuñaba el término de esquizofrenia (“mente dividida”), y el trabajo de Janet fue eclipsado, ya que las divisiones en la mente disociativa se combinaron con la esquizofrenia. No fue hasta la década de 1980 cuando empezó a corregirse este error con una nueva literatura sobre lo que se llamó Personalidades Múltiples.

Actualmente, no existen buenos modelos experimentales de represión, mientras que la evidencia de disgregación de los procesos mentales o disociación conforman una literatura científica creciente. El psicoanálisis y la psiquiatría contemporánea se apartan de la teoría estructural de Freud, ello, yo y superyó, y están incluyendo estudios sobre la Teoría del Vínculo.

De esta manera, una confluencia de trabajos de diferentes disciplinas han llegado a la conclusión de que un “modelo de la mente” es el de los “estados de la mente” como los bloqueos básicos de la mente.(4)

Ante estas circunstancias, es posible que la disociación referida a procesos de despersonalización, desrealización, microamnesias, confusión de Identidad y alteración de la identidad, puedan ser suscitados como consecuencia de un evento traumático.

TRAUMA – DISOCIACIÓN

Al hacer alusión al trauma, es remontarse en la historia donde han quedado numerosos recuerdos o “heridas de la humanidad” de eventos dolorosos registrados como huellas de nuestra memoria. Investigar el trauma psicológico es enfrentarse cara a cara con la vulnerabilidad del ser humano, que queda a expensas ya sea de un evento de la naturaleza o del “mal” promovido en la raza humana. Es por ello, que al hablar de trauma nos referimos a su origen griego, que quiere decir “herida. (7)

En numerosos trabajos se ha afirmado que el trauma agudo o crónico es un antecedente común de los fenómenos disociativos. Cuando se produce un acontecimiento traumático, en



numerosas ocasiones aparecen reacciones agudas de tipo disociativo, normalmente de corta duración, que tienden a desaparecer de forma espontánea. (6)

Este tipo de reacciones ayuda a la persona a preservar el control en una situación en la que su integridad física y psicológica se ve amenazada. Sin embargo, en otras ocasiones los síntomas disociativos ocurren de forma periódica provocando un estrés significativo en la persona que los padece. (6)

Por su parte, Solvey y Ferrazano, indican que ante estas categorías, el usuario podría presentar la presencia de insensibilidad al dolor, despersonalización y desrealización, síntomas también presentes en procesos de disociación. (7)

De esta forma, Gabbard (4) señala lo siguiente en referencia a la asociación de criterios diagnósticos de la disociación y experiencias de trauma:

1. Las experiencias abrumadoras asociadas a amnesia disociativa y fuga disociativa pueden estar relacionadas con sentimientos intensos e intolerables, intenso conflicto intra psíquico, circunstancias externas terribles o sucesos traumáticos explícitos.
2. Las experiencias abrumadoras asociadas al trastorno de identidad disociativa casi invariablemente implican un trauma en la infancia, como malos tratos, abandono, circunstancias externas terribles o enfermedad médica y tratamiento dolorosos. La confusión o la alteración de identidad se asocian al trastorno de identidad Disociativa y en los casos de fuga Disociativa que implican la

formación de una identidad alternativa. En la amnesia Disociativa y en los casos de fuga Disociativa sin la formación de una identidad alternativa, la identidad se ve afectada porque el sentimiento de sí mismo del individuo, varón o mujer, está distorsionado por el fracaso en integrar información importante o conflictos intra psíquicos o sentimientos intensos e intolerables.

Al apreciarse la comorbilidad entre los síntomas de disociación y eventos de trauma, es importante retomar la psicobiología de las áreas cerebrales implicadas en las respuestas del individuo. En referencia a esto, Le Doux acota lo siguiente:

“Cuando cierta región del cerebro se daña, animales y humanos pierden la capacidad para apreciar la significación emocional de ciertos estímulos sin pérdida en la capacidad para perder el estímulo. La representación perceptual de un objeto y la evaluación de la significación emocional de ese objeto son procesados por separado en el cerebro”

En esta línea, Frewen y Lanius, en el artículo “Neurobiología de la disociación: unión y desunión de mente- cuerpo – cerebro”, realizan una revisión de estudios de la correlación neutral de las experiencias disociativas valoradas por neuroimagen funcional a través de tomografía por emisión de positrones (PET) y Resonancia Magnética (RMf) con referencia a las definiciones psicológicas de organización de Van der Kolk, disociación primaria, secundaria y terciaria.

Disociación Primaria: se refiere a la intrusión en la consciencia consciente de recuerdos traumáticos fragmentados, principalmente en forma sensorial más que verbal: “Los



recuerdos del trauma se experimentan inicialmente como fragmentos de los componentes sensoriales del suceso como imágenes visuales, sensaciones olfatorias auditivas o cinéticas u oleadas intensas de sentimientos”.

Los hallazgos existentes están generalmente de acuerdo con las observaciones clínicas que sugieren que, en lugar de procesar los recuerdos traumáticos de manera reflexiva, las respuestas disociativas primarias en el TPET implican revivir de forma emocional y fenomenológicamente los recuerdos traumáticos como si estuvieran ocurriendo en el momento del recuerdo. Estas experiencias pueden corresponder a la hiperrespuesta inicial de la amígdala a los estímulos desencadenantes de miedo del trauma, aumentando temporalmente la salida de asociaciones sensoriales registradas en las regiones somatosensoriales occipital y parietal, y suplantando la influencia sobre la consciencia de asociaciones simbólicas mediadas por el lenguaje y que inducen afecto menos inmediatamente. El aumento de la salida de representaciones de memoria sensorial traumática puede superar la entrada de estímulos talámicos sensoriales sobre la corteza, lo que da lugar a distorsiones de la percepción derivadas de la memoria traumática que invaden la consciencia.

Disociación secundaria: refiere el “abandono” mental del cuerpo y la observación de lo que ocurre desde cierta distancia durante los momentos del trauma.

El autor subraya que este distanciamiento psicológico de la propia consciencia consciente limita el dolor y el distrés y “saca

a las personas fuera del contacto con sus sentimientos y las emociones relacionadas con el trauma, los anestesia...”. Las respuestas disociadas secundarias no mostraron el aumento significativo de la frecuencia cardíaca típicamente asociada con las respuestas de revivir disociaciones primarias. Esta respuesta sugiere una posible supresión reforzada de los circuitos de emoción límbica en la disociación secundaria. Sin embargo, el aumento de la activación del lóbulo temporal en la disociación secundaria es consistente con la hipótesis que establecen un paralelismo entre la despersonalización inducida por un trauma psicológico y las experiencias provocadas por la epilepsia del lóbulo temporal. De esta forma, en las experiencias disociativas secundarias, en combinación con la actividad distribuida temporoparietal, es consistente con una supresión del afecto corporal.

Disociación Terciaria: se refiere al desarrollo de “estados del yo que contienen una experiencia traumática o identidades complejas con patrones cognitivos, afectivos y conductuales distintivos.” También afirman que los estados o las identidades pueden representar diferentes emociones o diferentes componentes de una o más experiencias traumáticas y son centrales al perfil diagnóstico de trastorno de identidad Disociativo. Se sabe poco acerca de la neurobiología subyacente a la disociación terciaria. Hallazgos claves recientes observan que la desorganización del vínculo y el trauma relacional que ocurre precozmente en la infancia son predictores importantes de experiencias disociativas, declaradas posteriormente durante la adolescencia y la vida adulta. Estos hallazgos probablemente son paralelos a la naturaleza plástica y



susceptible del micro arquitectura del cerebro en este período formativa del desarrollo. Se necesitan futuras estudios de la neuroimagen de la disociación terciaria.

INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Al indagar la incidencia de la disociación en distintas patologías se evidencia investigaciones, donde sobresale el estudio de la prevalencia de los trastornos disociativos en los pacientes psiquiátricos extra hospitalarios.

En este estudio se muestra una prevalencia de un 29% de trastornos disociativos quedando sub registrada a nivel ambulatorio. Dicha incidencia se incrementa en población de condición socioeconómica baja. El aumento de experiencias disociativas entre la población de clase media y clase baja de la localidad en estudio, es consecuencia de experiencias de riesgo social, que podría vulnerabilizar al individuo, para propiciar mecanismos disociativos. (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt y Lipschizts, (3)).

En esta misma línea, el estudio denominado "Patología psiquiátrica en pacientes con crisis no epilépticas psicógenas derivadas a una unidad de epilepsia de un hospital general", se evidencia que de una muestra de 46 usuarios que consultaron en el Hospital Clínico de Barcelona, se registró una tasa de antecedente de experiencias traumáticas del 30, 43% con un sub registro de experiencias disociativas (1).

Por otra parte, en el artículo "Trastornos disociativos en mujeres con trastorno alimentarios", no se concluye resultados contundentes en relación si la presencia de trastornos disociativos son exclusivos en

mujeres con trastornos alimenticios, esto debido al reducido tamaño de la muestra, sin embargo sí se aprecia que en la muestra total de 34 mujeres, un 47% reportan antecedentes de abuso sexual y presentan a su vez, síntomas disociativos. No obstante, los autores aclaran que un 53% no presentan experiencias de abuso sexual, pero si son claros los procesos de disociación (3). De esta manera, a través de estudio de Oberst, Baltá, Sánchez y Rangil se aprecia la correlación del trauma de índole sexual y/o doméstico con mayor incidencia de la sintomatología Disociativa. (3)

En relación a esto, Solvey y Ferrazano destacan que hasta hace algunos pocos años se subestimaban la frecuencia e intensidad de los hechos de violencia que son una rutina habitual en la vida cotidiana, doméstica y sexual de muchas mujeres. En los años setentas Ann Burgess y Linda Holstrom describieron los efectos psicológicos de la violencia suscitada a partir de las experiencias dadas en la Sala de Emergencias del Hospital Boston, donde fueron estudiados 92 mujeres y 37 niños sobrevivientes de abuso sexual y violación (7).

A partir de este estudio, se describió el "síndrome de víctima de violación", donde se ve que estos pacientes experimentan la violación como un episodio que pone en riesgo su vida, con miedo a la mutilación y a la muerte, sufriendo de insomnio, náuseas, hiperalerta y pesadillas; así como síntomas disociativos o de anestesia. Estos cuadros se asemejan a los padecidos por los veteranos de guerra que estuvieron en combate (7).

Después de 1980, cuando se legitimó el concepto de estrés postraumático, se pudo ver claramente que el síndrome psicológico observado en sobrevivientes de violación,



violencia doméstica (mujeres o niños golpeados) e incesto era el mismo que el observado en veteranos de guerra. Los tres estudios comenzaron a fundamentar el concepto de trauma psicológico (7).

CONSIDERACIONES FINALES

En el caso clínico que se presentó la sintomatología clínica disociativa debutó posterior al regreso del usuario de la Guerra. Sin embargo, en su historia clínica se registran antecedentes asociados a experiencias traumáticas durante la infancia, tal como la muerte de la madre, dificultades de socialización, vínculo distante con su figura parental y posterior abandono de éste, los cuales generaron carencias afectivas, reduciendo sus capacidades de afrontamiento, esto sumado a estresores ambientales que intensifican los niveles de estrés situacional. Añadido a factores heredofamiliares con predisposición a padecer de ansiedad y depresión, incrementando el riesgo y la vulnerabilidad del usuario.

De esta forma, creció en medio de relaciones marcadas por maltrato psicológico, negligencia, abandono y duelos no resueltos. Lo anterior fomentó en el usuario un patrón de desconfianza básica, como resultado de un vínculo primario inseguro con sus figuras parentales (de acuerdo a la Teoría del Apego, del Bolwby), provocando una imagen de sí mismo frágil y vulnerable, percibiendo el mundo como amenazante. A partir de experiencias de crianza lo llevan a dudar de la disponibilidad y respuesta de las figuras de apego, hacia el cual se desarrollan sentimientos de desamparo.

Pese a esto, cuenta con recursos intelectuales y el apoyo de una tía abuela que constituyen factores protectores, que le ayudaron a enfrentarse a circunstancias adversas. Sin embargo, ante la pérdida de su tía, decide en enlistarse en el servicio militar como una manera de buscar “protección y amparo” en el Gobierno; así como desarrollar grupos de pertenencia que le brinden status y reconocimiento.

No obstante, las experiencias de fracaso laboral inciden en niveles de estrés significativos que superan su capacidad de afrontamiento, debido a que se encuentra con una realidad distinta a sus expectativas, generándole frustración y provocando desorganización y recrudeciendo sus conflictos internos.

Ante experiencias de dolor el usuario ha optado por utilizar estrategias de disociación para disminuir su malestar, así como lo manifiesta Spiegel en 1986 (7) el papel inicialmente adaptativo de la disociación, es amortiguar el impacto de la experiencia traumática, sin embargo, se convierte en un proceso desadaptativo que interfiere seriamente en el funcionamiento normal de la persona. De alguna manera, ante experiencias de dolor intenso el ser humano busca estrategias de sobrevivencias, algunas mal canalizada, en un intento de automedicación para obtener el alivio buscado.

De esta forma, el caso clínico que nos ocupa evidencia el mecanismo de disociación a nivel terciario, por cuanto el usuario desarrolla un estado del yo capaz de adquirir vida propia, trasladándose de un país a otro, contando con recursos de sobrevivencia.



Las pruebas psicológicas utilizadas para la valoración del usuario, constituyeron pruebas válidas y confiables para identificar rasgos de personalidad y alteración de pensamiento, las cuales fueron útiles para clarificar en el usuario la presencia o no de psicosis y/o trastornos de personalidad, evidenciando en él experiencias disociativas y no otras patologías mentales.

Si bien existen instrumentos válidos a nivel de evaluación psicológica para la detección de síntomas disociativos, éstos no logran discriminar sintomatología diferencial entre el cuadro disociativo y otras patologías.

A partir del caso expuesto, se determina que es preciso ampliar la investigación a fin de aclarar los factores personales como lo son aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y funcionamiento de personalidad. A la vez, los factores ambientales que desencadenan la probabilidad de procesos disociativos ante experiencias de trauma.

De esta manera, el clínico podrá determinar factores de riesgo y protectores en los usuarios, así como realizar diagnósticos diferenciales, y/o identificar comorbilidades entre entidades clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baillés, E., Pintor, L., Torres, X., Fernández – Egea, E., De Pablo, J., y Arroyo, S. Patología Psiquiátrica en pacientes con crisis no epilépticas psicógenas derivados a una unidad de epilepsia en un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2004; 32 (1-2-3): 76- 81
2. Chefetz, R.. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica: Trastornos Disociativos: una ventana abierta a la psicobiología*. Masson. España. 2006; 29 (1).
3. Foote, B, Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. y Lipschitz, D. Prevalencia de los trastornos disociativos en los pacientes psiquiátricos extrahospitalarios. *The American Journal of Psychiatry*. 2006; 9 (6): 332-338.
4. Gabbard, G. *Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos: Tomo II*. Washington: American Psychiatric Publishing. 2009.
5. Lescano, R. *Trauma y EMDR: un nuevo abordaje terapéutico*. 1° ed. Buenos Aires: EMDRIA Latinoamérica, 2004.
6. Oberst, U., Baltá, M., Sánchez, L. y Rangil, T. Trastornos disociativos en mujeres con trastornos alimentarios. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 2001; 28 (2): 284-290.
7. Pérez, S. y Galdón, J. Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2003; 8 (2): 85-108.



ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN: INTERVENCIÓN EN CRISIS

Wendy Navas Orozco*
María Jesús Vargas Baldares**

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y que provoca mayor discapacidad, con gran impacto en la comunidad, incluso mayor que muchas enfermedades médicas crónicas. Los pacientes deprimidos pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y también en su calidad de vida.

La depresión puede tener diversas patogénesis, bioquímicas, neurofisiológicas, lo mismo que climáticas y psicógenas, todas las cuales son interdependientes.

La intervención en crisis de la depresión es un aspecto fundamental y una herramienta básica en el conocimiento de todo clínico, debido que esta es una condición común en la población y uno de los mayores motivos de consulta.

Realizar una entrevista empática, activa y eficiente, será el primer paso del éxito de la intervención, debido a que este contacto con la persona en crisis es fundamental para su desarrollo.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión sistémica de la bibliografía existente acerca del abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión, incluyendo la intervención en crisis de la misma, la cual incluye las diferentes formas de psicoterapia.

Palabras clave:

Depresión, abordaje, intervención en crisis, entrevista, diagnóstico, tratamiento, psicoterapia

* Médico general. Área de Salud 3 Desamparados. EBAIS Guido 1. e-mail: wendyn@costarricense.cr

** Médico general. Servicio de Urgencias. Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS. e-mail: marjvb@yahoo.es



ABSTRACT

Depression is one of the most common psychiatric disorders and causes more disability, with great impact on the community, more so than many other chronic medical conditions. Depressed patients may experience severe deterioration in routine activities and also on their quality of life.

Depression may have different pathogenesis, biochemical, neuropsychological, like weather and psychogenic causes, which are interdependent.

Crisis intervention for depression is a fundamental and a basic tool in the knowledge of all clinical, because this is a common condition in the population and one of the biggest reasons for consultation. Conducting an interview sympathetic, active and efficient is the first step to success of the intervention, because this contact with the person in a crisis is critical to their development.

The aim of this paper is to perform a systematic review of existing literature on the diagnostic and treatment approach of depression, including intervention in crisis itself, which includes various forms of psychotherapy.

Key words:

Depression, approach, crisis intervention, interview, diagnosis, treatment, psychotherapy





INTRODUCCIÓN

El término depresión tiene sus orígenes en la cultura griega, cuando Hipócrates desarrollo su teoría de los 4 humores, entre los cuales se encontraba la “bilis negra” o en griego, melancolía. Este estado se refería a la falta de energía, al constante malestar y tristeza. El uso de este término realmente referido a un trastorno psicológico del estado de ánimo data del siglo XVIII en Inglaterra. (1)

En el decurso del siglo XX el concepto de depresión sufrió una gran variación porque se ha llegado a reconocer como una enfermedad recurrente e incluso en algunos casos crónica. (2)

Actualmente, tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, como la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), categorizan los episodios depresivos en función de su gravedad, por suma de síntomas y por tiempo de duración del cuadro, descartando formas cualitativamente diferentes en los trastornos depresivos. (3)

En cuanto a la definición de crisis, existen muchas de ellas. Slaikou, en su libro *Intervención en crisis* publicado en 1996, la describe como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. (4)

Para Brito, en un artículo publicado en el año 2000, la crisis se siente como un abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro que todavía no está constituido. (5)

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión, en la era actual, puede considerarse el trastorno psíquico más frecuente y que provoca mayor discapacidad en la población general. Las repercusiones personales, familiares, laborales y socioeconómicas son evidentes, la calidad de vida del individuo y de su familia se ve afectada habitualmente de forma más intensa que en otras enfermedades crónicas. (2, 6)

La prevalencia anual es estimada, según datos de Zarragoitia (2010), se encuentra entre un 2-3% para los hombre y un 8% para las mujeres. (2)

Según la OMS la depresión es la principal causa de discapacidad. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. (1, 7)

La OMS indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo. (1, 8, 9) Los pacientes con depresión presentan discapacidad similar o mayor a la que se presenta en otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, artritis y diabetes mellitus, aunque su habilidad para integrarse dentro de la sociedad es peor. (1, 3, 10) El índice de mortalidad es casi el doble. Es importante recordar también el impacto que esta enfermedad tiene en la calidad de vida de los pacientes, siendo la enfermedad que más influye en el empeoramiento de la salud de la población. (1, 3)



La depresión impone una carga importante en países industrializados, tanto en términos de gastos en los recursos dirigidos al tratamiento médico de la enfermedad como en términos de las pérdidas en la productividad consecuencia del absentismo, el retiro temprano y la prematura mortalidad. (1, 3)

ETIOLOGÍA

En la génesis de la depresión participan factores biológicos, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. Hasta el momento, las causas de dicha disfunción sináptica no han sido develadas en su totalidad, pero parecen existir factores genéticos y ambientales. (1)

Los neurocientíficos, en las últimas décadas, han empezado a examinar cómo el cerebro da forma a las experiencias y recuerdos para generar el amplio y variado repertorio de emociones que determinan lo que somos, lo que deseamos y lo que no deseamos ser. Una de las áreas cerebrales más importantes que se puede ver afectada por la emoción y el estrés es el hipocampo, siendo una pieza clave para integrar la respuesta cognitiva, neurohormonal y neuroquímica a la emoción y al estrés. (9)

Desde hace años se cree que la exposición a un estrés duradero tiene relación con el inicio de un episodio depresivo. (9)

Se acepta que el sistema inmunológico y el cerebro se intercomunican a través de una red de señales mediadas por el sistema endocrino. La activación del sistema inmunológico parece estar asociada con la génesis del estrés y la depresión. La hipersecreción de citocinas puede ser un mecanismo a través del cual el estrés puede inducir estados depresivos. (9)

El factor de liberación de corticotrofina (CRF, por sus iniciales en inglés) proporciona un vínculo entre la clásica hipótesis monoaminérgica de la depresión y la moderna bioquímica cerebral. (9)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión mayor está basado en un interrogatorio hecho al paciente en donde se exploran criterios sobre su estado de ánimo, actividades cotidianas y pensamientos constantes. (1)

De acuerdo con el DSM-IV el término trastorno depresivo mayor indica un episodio depresivo presente al menos durante dos semanas, en el que se presentan síntomas como descenso del humor o de la capacidad para experimentar placer, pérdida de peso, hipersomnia o insomnio, enlentecimiento o agitación psicomotoras, fatiga, ideas de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Se debe descartar que estos síntomas no sean debidos a una enfermedad médica o al consumo de sustancias, o explicados por la presencia de un duelo. (1, 11)



CUESTIONARIOS DE SCREENING

El diagnóstico de depresión aplicando instrumentos de screening es muy inestable en cortos periodos de tiempo. Al menos la cuarta parte de los pacientes que satisfacen criterios para un probable diagnóstico de depresión en el screening, no los satisfacen tan solo dos semanas después. Esto ocurre debido a que los cuestionarios no incluyen información sobre la intensidad y consistencia de las quejas; no diferencian entre un estado emocional temporal y un cuadro morbo más estable, ni son capaces de distinguir un trastorno depresivo del malestar psíquico o el sufrimiento. Por lo anterior está claro que los cuestionarios de screening no deben ser un método diagnóstico. (3)

Ezquiaga, menciona que los cuestionarios de depresión miden en realidad lo que podríamos calificar como ánimo negativo, sufrimiento emocional o malestar psíquico, y que los pacientes con este “estado de ánimo”, pero no necesariamente con un trastorno depresivo, tendrían peor pronóstico en la evolución de algunas enfermedades médicas. (3)

La utilización de los instrumentos de screening en la clínica diaria, especialmente recomendados en atención primaria, se debería restringir sólo a pacientes con mayor riesgo de padecer episodios depresivos, dado que la administración sistemática de dichos instrumentos incrementa significativamente los costos sanitarios, comportan un número excesivo de falsos positivos y es muy dudosa la mejoría del pronóstico de los casos positivos. (3)

LA ENTREVISTA DEL ENFERMO CON DEPRESIÓN:(6)

La entrevista debe ser amplia y cuidadosa. Se debe evaluar la conducta suicida, aislamiento social, alcoholismo o abuso de drogas, estrés reciente y mala salud. Inicialmente se ejecutan preguntas genéricas, abiertas, que vayan delimitando la queja principal, conforme avanza el diálogo se pasa a preguntas cerradas que delimiten el problema desencadenante de la crisis. Se realiza la recolección de síntomas (intensidad, frecuencia y variabilidad) prestando especial atención a la manifestación del afecto y la presencia de signos y síntomas vegetativos (hiperinsomnia, insomnio, vitalidad o nivel de energía, etc.). Durante la entrevista se intenta escudriñar posibles factores estresantes y desencadenantes de la crisis

LA ENTREVISTA INICIAL:(12)

La entrevista es una de las herramientas clínicas más útiles para realizar el diagnóstico. Es un elemento que permite acercarse al paciente y poder intervenir en favor de su necesidad. Específicamente en el abordaje de personas depresivas que acuden por atención, la entrevista debe tener como objetivo los siguientes aspectos:

1. Identificar si existe riesgo suicida.
2. Identificar si la persona se encuentra en condición de riesgo.
3. Evaluar presencia de síntomas ansiosos.
4. Indagar respecto a redes de apoyo o factores protectores a los que acudir en ese momento.
5. Explorar los pensamientos inmediatos respecto a la situación actual.

La identificación de estos aspectos permitirá brindar una atención integral y efectiva.



CURSO Y PRONÓSTICO (6)

Los síntomas suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes del comienzo del episodio existe un período prodrómico con síntomas ansiosos y depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración del episodio es variable, lo habitual es que sin tratamiento dure de 6 a 9 meses o más independientemente de la edad de inicio.

En la mayoría de los casos se produce una remisión completa de los síntomas, retornando la actividad al nivel premórbido.

En un 20-30% de los casos algunos síntomas depresivos persisten durante meses o incluso años y se asocian con incapacidad o malestar. En un 5-10% el curso es crónico, la depresión mayor persiste durante 2 o más años. En torno a un 60% de los casos que remiten recaen en un plazo de 3 a 9 años. En las dos terceras partes se produce una remisión completa (recuperación interepisódica). En una tercera parte no hay remisión o ésta es tan sólo parcial (recuperación parcial interepisódica).

Fuera de contextos psiquiátricos y de salud mental, se ha observado que los trastornos depresivos, incluso aquellos que cumplen criterios de episodios depresivo mayor, son significativamente menos graves y frecuentemente autolimitados, con resolución espontánea en unas semanas. (3)

Ezquiaga, señala que la mayoría de los trastornos depresivos menores (46-71%) remiten espontáneamente sin tratamiento, un 13-27% progresa a un trastorno depresivo

mayor y el resto mantiene un curso crónico. (3)

La existencia de antecedentes personales y familiares afectivos incrementa el riesgo de cuadros depresivos potencialmente más severos y con peor pronóstico si no son tratados. En atención primaria, la carencia de un soporte social adecuado y los acontecimientos vitales desfavorables parecen ser los principales factores de riesgo de mala evolución de los trastornos depresivos menores. Mientras que la severidad del síndrome depresivo es el principal predictor de evolución de los trastornos depresivos mayores. (3)

A menudo persisten síntomas después de las intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas para el tratamiento de la depresión mayor, a pesar del bienestar referido por el paciente. (7)

Remisión parcial se define como la presencia de algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, no suficientes para cumplir totalmente los criterios o la ausencia de síntomas significativos tras un episodio depresivo mayor durante un periodo menor de 2 meses. (7, 11) La remisión completa se refiere a la ausencia de síntomas significativos de depresión durante un tiempo determinado (al menos 2 meses). (7, 11)

La recaída es un episodio clínico separado del previo por menos de 6 meses y la recurrencia por más de 6 meses. (7, 10)

La respuesta puede considerarse en el momento que se inicia la remisión parcial, y ésta supone que el paciente presenta una clínica



depresiva sin cumplir criterios del episodio. La remisión parcial puede ser espontánea, aunque se tiende a asumir que es secundaria a la efectividad del tratamiento ensayado. La ausencia de evolución de la remisión parcial a la remisión total plantea la necesidad de ensayar nuevas estrategias terapéuticas. (7)

El 80% de los pacientes en remisión parcial presenta uno o más síntomas residuales (SR) asociados a déficit en el funcionamiento psicosocial. (7)

La verdadera naturaleza de los SR sigue siendo polémica y seguramente multifactorial. Algunas causas incluyen tratamiento inadecuado, comorbilidad con otros procesos somáticos o trastornos mentales, incapacidad psicosocial, mayor gravedad inicial y mayor duración del episodio, envejecimiento. Los cinco SR más frecuentes son disminución del placer o el interés, estado de ánimo triste, trastornos del sueño, astenia y molestias físicas y/o dolores crónicos. (7)

Los SR son significativos por las consecuencias que pueden acarrear y por los factores que con tanta frecuencia se les asocia. Estos síntomas indican el primer escalón de otros más graves como la recidiva episódica y la cronicidad. (7)

ESTIGMATIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

En el momento de realizar la intervención a personas que presentan cuadros depresivos, se debe tomar en cuenta la variedad de los síntomas y la intensidad de los mismos.

Es importante tomar en cuenta que el episodio depresivo puede iniciarse sin desencadenante

o puede estar precipitado por algún acontecimiento de naturaleza negativa como el fallecimiento de un familiar, separación de pareja, pérdidas económicas o cambio de domicilio.

Jorquera, en el libro *Tratando trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos*, publicado en el año 2009, señala que generalmente las personas que consultan por depresión, ya sea por iniciativa propia o por indicación de otro profesional, habitualmente no refieren los síntomas afectivos como motivo principal de la consulta o del tratamiento que buscan, sino que acostumbran referirse a éstos como la consecuencia física, ambiental o relacional a la que atribuyen la causa de su malestar y de los problemas concomitantes. Esta situación constituye su problema y es la causa de su estado. (12)

Estos detalles permiten dilucidar la importancia de un correcto y eficiente abordaje psicoterapéutico, debido a que la diversidad de factores y las diferencias en los tipos y grados de los cuadros depresivos, demandan una adecuada estrategia de intervención para cada caso en particular.

Es importante tomar en cuenta que el interés del paciente por visitar un clínico no reside generalmente en la búsqueda de opciones que le ayuden a mejorar su estado, si no en la necesidad de narrar a alguien “que le entienda” su situación particular en busca de alivio emocional y en el mejor de los casos, en busca de un consejo para modificar esa situación ambiental, este entorno o relación específicos que causan su malestar. (12)



Lo importante es que acuda por ayuda, ya que esto permitirá hacer un abordaje de la situación y determinar el grado de afectación que trae. Siempre con el objetivo de identificar aspectos como presencia de ideación suicida, pensamientos de muerte, sentimientos de desesperanza, nivel de funcionalidad en el ámbito relacional, familiar, social, dificultades a nivel cognitivo, comportamental, afectivo, social e interpersonal. Este mapeo de la situación proveerá de las herramientas para establecer el abordaje inmediato de la crisis que lo ha traído a consulta.

La intervención en crisis puede desarrollarse en diferentes lugares, desde un centro médico hasta el hogar de las personas afectadas. Esta actividad se caracteriza por su orientación hacia metas concretas y debe centrarse en el problema planteado. (13)

En la práctica clínica existen escasas diferencias en el abordaje habitual de las reacciones emocionales depresivas: los trastornos depresivos menores o los cuadros depresivos severos. Los médicos de atención primaria serían la piedra angular del sistema sanitario en la identificación y abordaje de estos trastornos. Se insiste en que un número excesivo de pacientes no son diagnosticados, y no reciben el tratamiento adecuado, y se han subrayado y criticado las ciertas actitudes de algunos médicos, que consideran la mayoría de los trastornos depresivos que atienden como comprensibles y justificables. (3)

Dentro del abordaje de la depresión se incluye el manejo de los SR. La fase de continuación del tratamiento tiene lugar 16-20 semanas después de lograr la remisión

completa. El objetivo de este tratamiento es prevenir recidivas durante el periodo de vulnerabilidad que sigue inmediatamente a la recuperación de los síntomas. Lograr una buena adherencia terapéutica es una de las mayores aportaciones que puede hacer el médico de atención primaria para disminuir la presencia de SR. (7)

Íntimamente relacionado con el abordaje de la depresión se añade una situación que en muchos casos pasa totalmente inadvertida, la cual es la cuestión referida a la estigmatización que se presenta en estos pacientes. Los pacientes deprimidos no sólo se encuentran sometidos al sufrimiento que ocasiona la propia depresión que están padeciendo, también la incompreensión de las personas que les rodean y en no pocas ocasiones los prejuicios y el estigma asociado.

El estigma puede estar definido como una actitud perjudicial atribuible a personas que tiene una enfermedad mental que puede resultar en prácticas discriminatorias que interactúan para crear y perpetuar desigualdades sociales, desventajas y tratamiento discriminatorio de personas que tienen un desorden mental. (2)

El término de estigma abarca problemas de conocimiento (ignorancia), actitudes (prejuicio) y comportamiento (discriminación). El estigma es una marca o signo de deshonra usualmente produciendo como respuesta a actitudes negativas para su portador. (2)

Se plantea que el estigma puede ser una causa principal de preocupación para las personas que sufren de depresión.



Mejorar el conocimiento público acerca de la depresión puede tener éxito sobre los efectos de la estigmatización, además de buscar ayuda de manera anticipada. Es importante una psicoeducación del entorno del paciente para reducir su sufrimiento y disminuir las situaciones de estrés que puede implicar un mayor riesgo suicida. Las actitudes sociales estigmatizantes sirven para reforzar conductas de no adherencia al tratamiento como son los efectos adversos, la creencia de que no se necesita la medicación, sentirse mejor o creer que el tratamiento no es útil. (2)

Los sujetos que no han sido tratados con depresión piensan que ésta se puede fingir y que es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en personas débiles y con poca vitalidad, mientras que los que han sido tratados tienen una opinión significativamente distinta.

La pobreza, el origen indígena, el vivir en medio rural, el ser trabajador informal o desempleado y el ser analfabeto son factores que incrementarán el potencial del estigma asociado a problemas de salud mental como barrera de acceso a los servicios de salud. (2)

El estigma de la enfermedad mental nos afecta a todos. Genera sufrimiento en las personas que la padecen y sus familiares, creando importantes dificultades para los profesionales que atienden a estas personas en su rehabilitación psicosocial e impide que la sociedad se beneficie de la aportación que estos individuos pueden hacer en términos laborales y sociales.

La declaración de Helsinki, del año 2005, de la OMS estableció la lucha contra el estigma

asociado a la enfermedad mental como uno de los cinco puntos básicos del programa de Europa. El Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea, del año 2005, fomenta la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad y señala la estigmatización como factor clave en este punto.

La OMS ha recomendado campañas educativas para el público general con la finalidad de mejorar la conciencia sobre la depresión y así optimizar el acceso a los cuidados de salud y combatir el estigma que acompaña a dicha enfermedad. (2) Los programas de salud pública deben estar enfocados a reducir el estigma valorando las dimensiones de responsabilidad, antipatía y amenaza. Una estrategia podría involucrar una explicación causal para la depresión que incorpora componentes sociológicos y biológicos para el público general.

Las personas con desórdenes mentales identifican la discriminación del empleo como experiencias de estigma más frecuentes. Existen prejuicios que dificultan tanto el tratamiento y la recuperación como también su inserción laboral. Quedar excluido de la actividad laboral crea privación material, erosiona la confianza en sí mismo, crea un sentido de aislamiento y marginación y es un factor de riesgo crucial para la incapacidad mental. (2)

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN

La depresión afecta el sistema de pensamiento del paciente, alterando los procesos cognitivos y/o distorsionándolos en mayor o menor



medida. Las depresiones leves son tratadas con psicoterapia, mientras que las depresiones moderadas y graves sin síntomas psicóticos necesitan de antidepresivos y psicoterapia en forma conjunta para poder revertir por completo el trastorno depresivo. (15)

Los antidepresivos modifican y mejoran el estado anímico en general, sin cambiar la manera de pensar y de solucionar las conflictivas que presentan estos pacientes. Debido a ello, los casos de depresión y sin un tratamiento psicológico adecuado no tiene la posibilidad de revertir el sistema de pensamiento que lo ancla y lo mantiene en la depresión. Sin embargo, en ocasiones, a la inversa sucede lo mismo, a un paciente con un trastorno depresivo mayor, realizar únicamente un tratamiento psicológico le puede resultar insuficiente.(15)

ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entre las conductas generalmente aceptadas como recomendables para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la depresión en el marco de atención primaria se incluyen las siguientes: screening desde la consulta con un test validado sencillo a personas con riesgo, confirmación y especificación diagnóstica sobre la base de entrevista clínica según criterios del DSM-IV o mediante derivación a psiquiatría; tratamiento específico con psicofármacos y, probablemente psicoterapia en el ámbito especializado, más algunas otras intervenciones inespecíficas complementarias. (14)

Pérez-Franco propone, en un artículo divulgado en el año 2006 en la Revista Atención Primaria, alternativas para el abordaje de los problemas de salud mental, incluidos los trastornos depresivos: (14)

1. *Clasificación orientada a la práctica:* Se puede clasificar el malestar que requiere intervenciones no específicas, malestar que requiere intervención y trastornos psiquiátricos mayores.
2. *Contextualización:* La valoración completa de pacientes en el contexto y una perspectiva integral de todos los factores conocidos que se asocian con la depresión.
3. *Entrevista clínica y aproximación diagnóstica narrativa:* Una buena entrevista clínica suele incluir las preguntas mínimas de los test diagnósticos validados, más la descripción de los hechos en los términos de sus actores implicados, y hace del diagnóstico un proceso en permanente cambio, evitando la pasividad del encasillamiento, con el valor añadido de resultar terapéutica por sí misma.
4. *Aplicación de los métodos habituales de gestión de la incertidumbre en medicina de familia:* Incluyen participación de los pacientes en un trabajo conjunto de resolución de problemas; utilización del reconocimiento de patrones, tendencias y regularidades de las presentaciones clínicas de un paciente a lo largo del tiempo; sentido común; una buena alianza terapéutica entre el médico y el paciente, y empatía.



5. *Abordaje de la depresión como un problema de salud crónico*: Intervenciones pequeñas pero continuas. Incluye reforzar las conductas útiles, explicar a los pacientes su posible evolución, programar revisiones, controlar o seguir la evolución a largo plazo, prevenir recaídas, participar en grupos de autoayuda, facilitar la educación para la salud con pequeños consejos, así como el debate individual y colectivo sobre ítems de interés en el proceso dado.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la última década se ha experimentado un incremento, a veces indiscriminado, en el uso de antidepresivos, como demuestra el hecho de que aproximadamente la mitad de los pacientes a los que se prescriben antidepresivos no están realmente deprimidos. La frecuente prescripción de antidepresivos para aliviar los síntomas displacenteros propios de las reacciones emocionales normales y de los trastornos adaptativos no se puede justificar, ya que éstos no han mostrado efectividad en estos trastornos menores. (3)

Los antidepresivos se asignan a grupos tomando como base las sustancias químicas cerebrales sobre las cuales estos tienen efecto. (1)

- *Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)*: Inhiben la recaptación del neurotransmisor serotonina. Bastante seguros en caso de sobredosis. Los efectos secundarios más frecuentes son los relacionados con el aparato digestivo: náuseas, vómitos, diarreas. También son frecuentes cefaleas, nerviosismo e insomnio. Se han descrito efectos

extrapiramidales y disfunciones sexuales. (1)

- *Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)*: Inhiben la acción catalizadora de la monoaminoxidasa. Su uso es irreversible porque ejercen una acción inhibitoria duradera (2 semanas). Puede causar efectos secundarios graves como debilidad, vértigo, cefalea y temblores. Hay medicamentos y alimentos que pueden causar una reacción peligrosa. (1)
- *Inhibidores de la recaptación de dopamina y/o noradrenalina*: El prototipo es el bupropión. Su acción noradrenérgica puede provocar hiperactividad, inquietud e insomnio. (1)
- *Antidepresivos tricíclicos*: Es importante solicitar electrocardiograma y estudios de presión arterial previos a su administración. Los efectos clínicos de estos medicamentos usualmente no se ven antes de quince días y la adherencia frecuentemente es minada por los efectos anticolinérgicos (constipación, sequedad de mucosas orales, dificultades de acomodación visual), gastritis y aumento de peso. (1)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Existen diversas formas de abordar la depresión. Al ser una condición multifactorial, el abordaje debe ser integral. Debido a que el tratamiento para la depresión solamente con fármacos no ha sido suficiente para los pacientes se ha intentado acompañar los medicamentos con diferentes terapias. (1)



Es importante tomar en cuenta que existen diversas opciones de tratamiento y es necesario evaluar a cada paciente de forma objetiva para poder definir cual es el tratamiento más efectivo, recordando que la mejor opción es un abordaje multidisciplinario. (1)

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se habla de diferentes factores psicológicos subyacentes de las enfermedades mentales y como consecuencia directa de su formulación se proponen diferentes alternativas terapéuticas, sostenidas en la enorme diversidad de enfoques teóricos que interpretan la realidad del comportamiento humano. (15)

Según Chamorro, en la Guía e manejo de los trastornos mentales en atención primaria publicada en el año 2004, se trata básicamente de una psicoterapia breve de apoyo, cuyas características esenciales incluirán: (6)

1. Establecer una relación empática con el paciente.
2. Actitud comprensiva, no sermonear.
3. Brindar un soporte emocional adecuado.
4. Proporcionar una explicación racional para los síntomas del paciente.
5. Asociar como parte de la misma enfermedad los síntomas emocionales (tristeza, anhedonia), cognitivos (dificultades de concentración, fallos de memoria), biológicos (insomnio, hiporexia, anergia, fatigabilidad).
6. Ofrecer información sobre el tratamiento y pronóstico.

7. Insistir en el carácter temporal y cíclico de estos procesos.
8. Conseguir un apoyo familiar y social adecuado.
9. Establecer objetivos realistas en función de la fase evolutiva.
10. Trabajar la reincorporación laboral como estrategia terapéutica en las fases finales de la recuperación.
11. Evitar las altas por sorpresas.

TRATAMIENTO BASADO EN EL LOGRO DE OBJETIVOS

Focaliza la atención del terapeuta en la consecución de determinados objetivos a cumplir, algunos de manera secuencial, durante el transcurso del tratamiento. (15)

1. Detener la caída: Los pacientes sumidos e la enfermedad están expuestos a una sensación de caída y de agravamiento de los síntomas de manera constante. El principal objetivo de esta etapa es detener este proceso de caída, para lo cual es necesario que el paciente se sienta comprendido en su dolencia, que el paciente comprenda lo que le sucede, crear un vínculo paciente-terapeuta formar un equipo de trabajo, y convocar a los familiares del paciente.
2. Remisión de la sintomatología: La interpretación que hace un paciente sobre lo que le sucede es la que lo lleva por el camino de la depresión y la modificación de esas interpretaciones serán las que le posibiliten modificar su estado depresivo. El paciente tiene que comprender que su manera de pensar es uno de los factores más importantes de su depresión y que en



tanto y en cuanto continúe pensando de la misma manera su estado anímico no se modificará. Salir de la depresión implica pensar y sentir de una manera diferente.

3. **Fortalecimiento y mantenimiento del estado anímico:** Esta etapa es un momento crítico del tratamiento. El paciente ha adquirido un cierto grado de bienestar que, en la mayoría de los casos, lo hace sentirse mejor de lo que en realidad está. El paciente, comienza a sentir confianza en sí mismo y cree que ya se encuentra preparado para enfrentar todo lo que le toque vivir. Si bien su sintomatología ha remitido, las posibilidades de volver a padecer los síntomas de depresión todavía están presentes. La tarea del profesional en esta etapa está dirigida a fortalecer la correcta interpretación de la realidad y alentar al paciente a mantener una perspectiva adecuada que le permita sentirse bien.

ENFOQUES PSICOLÓGICOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES EN CRISIS DE PACIENTES DEPRIMIDOS (6)

1. Psicoterapia de apoyo: Se caracteriza en contener la ansiedad del paciente, ofreciendo un espacio de escucha y empatía para orientarlo acerca de cómo afrontar los eventos precipitantes de la crisis. El estilo es dialogado. Resulta básico crear una atmósfera favorable para una buena relación médico-enfermo, donde este último se siente con la confianza suficiente para hablar libremente y sentirse escuchado. Se pueden ofrecer explicaciones así como el intento de clarificar el problema e identificar posibles conflictos asociados. Se investigan posibles soluciones y se ofrecen sugerencias o consejos para tranquilizar o ayudar en las decisiones al paciente, tanto en aspectos personales, familiares o profesionales. El riesgo derivado de ello, y que se intenta evitar, sería generar una relación de dependencia extrema entre el paciente y el terapeuta.
2. Psicoterapia interpersonal: Se dirige a identificar los síntomas depresivos y los factores precipitantes. Aborda las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. Su racionalidad supone una causalidad biopsicosocial y una limitación en la capacidad de adaptación o manejo del estrés psicosocial o interersonal. El terapeuta ocupa un rol activo, de apoyo, esperanzador y no-neutral.
3. Psicoterapia cognitivo - conductual: Se realiza para identificar las creencias y las actitudes distorsionadas acerca del evento precipitante y de sí mismo. Buscar el origen de los síntomas en el entorno del paciente y la forma en que se ha enfrentado a estos. Está dirigida a la modificación de comportamientos y pensamientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual. El énfasis de este tipo de terapia está puesto más en el “qué tengo que hacer para cambiar” que en el “por qué”. La relación terapeuta-paciente es de colaboración, se comprometen a trabajar con un objetivo común. Tiende a fomentar la independencia del paciente, se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el



entrenamiento de habilidades intersesión. Está centrada en los síntomas y su resolución. Pone énfasis en el cambio y en la resolución de problemas.

4. Psicoterapia dinámica: Nace el psicoanálisis. Se realiza una entrevista centrada en la empatía y la escucha atenta. Se indaga sobre los posibles conflictos pasados que estarían interfiriendo en el individuo como factores precipitantes. El objetivo es la autonomía del individuo. Este tipo de psicoterapia considera que el cambio se produce a través de un vínculo con el terapeuta, en el desarrollo y análisis de la transferencia

TERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA DE LA DEPRESIÓN

Según Bellak, en el *Manual de psicoterapia breve* de 1993, la depresión se considera el síntoma principal en más de la mitad de las personas que van a clínicas de consulta externa. Existen diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión: a) Problemas con la regulación de la autoestima, b) Súper Yo severo, c) Intra-agresión, d) Sentimiento de pérdida, e) Sentimientos de desilusión, f) sentimientos de engaño, g) Oralidad y hambre de estímulo, h) Narcisismo, i) Negación, j) Relaciones objetales

En la psicoterapia breve de la depresión es importante localizar la presencia y grado de los factores antes descritos, y buscar los comunes denominadores entre la situación precipitante y las circunstancias históricas (16).

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS EN EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN

El tratamiento combinado (TC) en salud mental hace referencia a la aplicación conjunta de dos modalidades terapéuticas diferentes. En general el TC alude al empleo conjunto de algún tipo de psicoterapia y a un tratamiento psicofarmacológico.

El uso del TC tiene como objetivos los siguientes: (17)

1. Aumentar la magnitud de respuesta a los tratamientos, es decir, lograr un beneficio más completo en la reducción sintomática o en el mejoramiento de su funcionamiento diario.
2. Aumentar la probabilidad de respuesta, lograr que la mayor cantidad posible de pacientes se beneficien del abordaje implementado.
3. Incrementar la amplitud de respuesta. La medicación actúa más rápidamente que la psicoterapia, mientras que la psicoterapia muestra efectos más amplios y duraderos.
4. Promover la aceptación de cada monoterapia. Gracias la medicación, algunos pacientes pueden ser más tratables psicoterapéuticamente y, viceversa, la psicoterapia puede favorecer la aceptación y adherencia a los tratamientos farmacológicos o tolerar sus efectos adversos.

La forma en que se puede llevar a cabo la combinación de tratamientos puede variar: (17)

1. *Combinación simultánea*: Aplicación conjunta de dos modalidades terapéuticas



desde el inicio del tratamiento, en la fase aguda. En las guías de tratamientos (NICE 2004) se muestra un consenso para este tipo de combinación en pacientes crónicos y complejos.

2. *Combinación secuencial:* Aplicación de dos modalidades terapéuticas en diferentes fases del tratamiento. Se busca mejorar los logros alcanzados por el tratamiento utilizado durante la fase aguda. Esta modalidad se aplica en aquellos pacientes que no han alcanzado respuesta, han alcanzado una respuesta parcial o tienen SR.
3. *Combinación alternada:* Cambio de una modalidad terapéutica a otra, en la etapa de mantenimiento de un tratamiento. Para prevenir recaídas y recurrencias. Su aplicación es para los pacientes en remisión que se encuentran en un riesgo de alto de experimentar una recaída o una recurrencia. Esta estrategia de combinación se aplica principalmente en pacientes con depresión mayor recurrente.

CONCLUSIÓN

En el heterogéneo universo de los trastornos depresivos es necesario establecer qué abordajes, biológicos y/o psicoterapéuticos son más eficaces, pero también más eficientes, en el tratamiento de los pacientes con distintos perfiles sindrómicos, tanto en atención primaria como especializada. Los criterios diagnósticos actuales intentan establecer los cuadros afectivos con más significación clínica.

Lo primero que se debe hacer para tratar a un paciente es ubicar en qué tipo de terapia

debe estar de acuerdo con sus necesidad. Recordar que en términos generales, el tratamiento combinado de psicofarmacología y psicoterapia ha mostrado resultados superiores a la monoterapia en diferentes situaciones clínicas.

Los pacientes con depresión deben enfrentarse no sólo al sufrimiento emocional y físico que conlleva la enfermedad sino también al estigma social. Esto supone un obstáculo para desarrollar su vida personal, profesional y familiar con normalidad dificulta la adherencia al tratamiento, un factor clave para superar la depresión. La opinión pública piensa que la depresión es simplemente un estado de ánimo que afecta a personas débiles de carácter.

La intervención en crisis es todo un arte que debe desarrollarse de forma adecuada a fin de proveer a la persona en dificultades de las herramientas básicas para que identifique su situación y logre salir adelante.

La finalidad de la intervención en crisis, es aprovechar esta experiencia traumática y dolorosa con el fin de utilizarla para el crecimiento emocional y psicológico de la persona.

Es indispensable en el abordaje de la depresión identificar los factores de riesgo y factores protectores en los que se encuentra la persona o las que podría enfrentarse debido a la gravedad de su situación. Esta condición debe ser detectada y trabajada de forma adecuada y eficiente por el terapeuta, tomando en cuenta en todo momento la importancia de



la preservación de la vida del usuario y las personas involucradas en la crisis.

Las diferentes modalidades de atención proveen de estrategias variadas, las cuales pueden empelarse según el tipo y grado de crisis y nivel de depresión de la persona.

Es importante contar con el conocimiento y las recomendaciones respecto a cómo abordar eficazmente la depresión, teniendo presente como uno de los aspectos más importantes, el hecho de realizar una entrevista desde una posición empática y comprensiva, con escucha atenta, libre de prejuicios y facilitando al usuario un ambiente seguro en el cual pueda libremente hablar de su situación.

También es importante tener en cuenta que luego del abordaje en crisis, siempre debe recomendarse la continuidad del proceso terapéutico. La meta principal de la intervención en crisis es la de preservar la vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unikel G. Tratamiento psicosocial y farmacológico de la depresión. Mexico Quarterly Review [en línea] 2010 [accesado el 2 de agosto de 2012]. 1(4). Disponible en: www.admin.udla.mx
2. Zarragoitia Alonso I. La estigmatización en la depresión. ALCMEON. 2010; 16(3): 254-265
3. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, et al. "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2011; 31(111): 457-475
4. Slaikeu KA. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2ª Edición. México: Editorial El Manual Moderno; 1996
5. Brito, Cabtree LR. Aplicación de la logoterapia en la intervención en crisis. Revista Mexicana de Lgoterapia. 2000; 3: 46-56
6. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona, España: Ars Médica; 2004
7. Lozano Ortiz JA. Síntomas residuales y tratamiento de la depresión. SEMERGEN. 2009; 35(1): 43-49



8. Greden JF. The burden of recurrent depression: Causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(22): 5-14
9. Heinze G. Nuevos retos en el abordaje de la enfermedad depresiva. APAL [en línea] [accesado el 2 de agosto de 2012]. Disponible en www.psiquiatria.com
10. Keller MB. Long-term treatment of recurrent and chronic depression. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62: 3-5
11. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Barcelona, España; 2002
12. Jorquera HA. Tratando trastorno distímico y otros trastornos depresivos crónicos. 1ª Edición. Madrid, España: Ediciones Pirámide; 2009
13. Haber J. Psiquiatría. Texto básico. Barcelona, España: Salvat Editores, S.A.; 1983
14. Pérez-Franco B, Turabián-Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? *Aten Primaria*. 2006; 37(1): 37-39
15. Antonini C. Depresión. Tratamiento basado en el logro de objetivos. En 8vo Congreso Virtual de Psiquiatría. [en línea] [accesado el 2 de agosto de 2012] Interpsiquis febrero 2007. Disponible en www.psiquiatria.com
16. Bellak L. Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia. 2ª Edición. México: Editorial El Manual Moderno; 1993
17. Garay CJ, Fabrissin JH, Korman GP et al. Combinación de tratamientos y complementariedad terapéutica en el abordaje de los trastornos depresivos. *Anu Investig* [en línea] 2010. [accesado el 2 de agosto de 2012]; 17: [pp41-48] Disponible en: www.scielo.org.ar





LA ADOLESCENCIA EN PERSONAS ADOPTADAS PEOPLE TAKEN IN ADOLESCENCE

Elmer Valverde Alfaro*

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual las personas están en una búsqueda de identidad; proceso que puede ser particularmente difícil en ciertos grupos; uno de estos podría ser el de las personas que han sido parte de un proceso de adopción, el cual lleva por lo general detrás de sí una serie de condiciones que pueden favorecer la aparición de condiciones de salud mental desfavorable. Este trabajo, por medio de una revisión bibliográfica, busca identificar la presencia de condiciones que puedan favorecer la patología mental en personas adolescentes adoptadas y ver la influencia que el proceso de adopción tuvo en ellos.

Palabras clave: adolescencia, adopción, enfermedades mentales.

ABSTRACT

Adolescence is a stage of life where people are in a search for identity, a process that can be particularly difficult in certain groups, one of these could be the people who have been part of a process of adoption, the usually leading behind him a series of conditions that can favor the development of mental health conditions unfavorable. This work, through a literature review seeks to identify the presence of conditions conducive to mental pathology in young people taken and see the influence the adoption process had on them.

Key words: adolescence, adoption, mental diseases.

* Medico residente de tercer año de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, Hospital Nacional Psiquiátrico, email: elmervcr@gmail.com





INTRODUCCIÓN

El ambiente juega un papel importante en el desarrollo de cada individuo, sea para su fortalecimiento o su retroceso.

Esto se puede hacer patente en las personas que por alguna razón son reubicados de sus hogares de origen, llevándolos a vivir en nuevos hogares donde tendrán un ambiente diferente al que los vio nacer, y se espera que este sea una fortaleza en su desarrollo, pero que puede ser además un generador de patología.

La mayoría de los niños y adolescentes que son reubicados provienen de familias con un alto grado de disfunción generado por la presencia de consumo de drogas; la presencia de patología mental, violencia en todas sus formas, ambientes socioeconómicos adversos, entre otros; fuentes todas que en si mismas pueden llevar al sujeto a desarrollar una dificultad que le permita adaptarse al medio social.

Sin embargo, también este ambiente puede no ser tan favorable en la familia de destino de la persona adoptada, o pro el contrario, se puede dar un cambio radical en la forma en que la persona es criada, lo que tenderá a la mejoría en a estructura personal del individuo. Mas esta mejoría no es segura, pues la carga genética que la persona ya posee es un elemento que no se puede variar, sobre todo en el caso de las enfermedades mentales, y esta puede desarrollarse en una patología aunque el ambiente sea adecuado para la crianza del niño o niña.

Diferentes aspectos han sido mencionados en la literatura como predictores de una adaptación exitosa al proceso de vivir en una nueva familia, y también son varias las complicaciones que son mencionadas de este nuevo proceso.

PROCESO DE ADOPCIÓN

La adopción se define como el proceso a través del cual se incorpora un niño a una familia compuesta por uno o más adultos que no son los padres biológicos, pero que la ley reconoce como tales. (1)

Esta puede ser cerrada, o sea, que interrumpe los contactos con la familia de biológica, o también puede ser abierta, en la cual periódicamente el niño tiene contacto con la familia de origen. (1)

La adopción infantil ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de ser un servicio para las parejas que no tienen hijos, a ser un servicio para los niños, centrado en sus necesidades y la capacidad de los potenciales padres para cubrirlas. (1)

Esta ha implicado la adopción de niños con enfermedades mentales, discapacidades médicas, mayores de 5 años entre otros; de igual forma, los potenciales padres se han extendido a personas que tienen menor condición socioeconómica, personas que viven solas y parejas del mismo sexo. (1)

Alrededor de 2,5 millones de menores de 18 años son adoptados cada año, siendo un 52% de estos adoptados por personas que no tienen vínculo con ellos, el resto son adoptados por otros familiares. (1)



Algunos autores han mencionado que en el proceso de adopción se dan tres etapas entre padres e hijos: Luna de Miel o pseudoadaptación, periodo de prueba e incorporación o rechazo. (2)

Se considera que estas etapas se relacionan con los pequeños progresos que el niño va realizando en la relación con los padres, como en los progresos que los propios padres van realizando con la aceptación del niño. (2)

La incorporación de un niño en una familia adoptiva implica una adaptación mutua en la que tanto el niño como los miembros de la familia deben poner en juego habilidades y estrategias que faciliten esa integración de forma plena. (3)

En estas situaciones, la comunicación interpersonal juega un papel primordial, ya que de ella dependerá la adaptación del menor al círculo familiar. Sin lugar a dudas el proceso de incorporación va a generar cambios en la dinámica familiar, ya que implica insertar a un niño dentro de un nuevo contexto totalmente desconocido para él con creencias, costumbres y valores diferentes, hay que tener en cuenta que estos niños dependiendo de su edad pueden poseer recuerdos de sus padres biológicos, o de diferentes centros de protección en los que han estado e incluso de otros padres si la adopción fracasó y, por lo tanto la adaptación puede tornarse compleja. (3)

Como aspecto importante, se debe considerar que la adopción, si bien es cierto puede estar orientada a la solución de los problemas de un niño o niña, puede también ser la fuente que le genere a este problemas emocionales y de comportamiento.

Esto esta sustentado por teorías como la ecológica sistémica humana, señalada por Bronfenbrenner, y citada por Taiwo, la cual expresa que los factores ambientales, tales como las relaciones familiares, económicos y políticos pueden influir en la niñez y su posterior desarrollo. (4)

Por otro lado se encuentra la teoría del apego de Bowlby, citada también por Taiwo, la cual habla de la importancia de la relación del niño y la madre en los primeros 5 años de vida como factor determinante de las futuras conductas del niño. (4)

Por otra parte se encuentra la vulnerabilidad genética el niño, la cual incide en la presencia o no de condiciones como el retardo mental, aunque es claro que su influencia se ve acrecentada o disminuida por el factor ambiental. (1)

Es complicado predecir la calidad de la relación que se puede establecer entre el adoptado y los adoptantes, lo que hace indispensables que se descarten condiciones de los padres que puedan resultar patológicas, tales como las demandas que se dan en un contexto patológico, ante evidencia de conflictos conyugales, reacciones o pérdidas recientes entre otras. (1)

Diferentes características de la familia se han identificado como predictores de una capacidad de adaptación adecuada de la familia al niño, por ejemplo: (1)

- El contexto de la solicitud de adopción: si se da en un contexto patológico o no.
- La no evidencia de conflictos conyugales.



- Presencia o no de pérdidas de hijos recientes.
- La presencia o no de enfermedad mental en los posibles padres adoptivos.

A este respecto es importante mencionar que las expectativas que los padres presentan juegan un papel bastante importante en lo que respecta a la adopción. (2)

Se debe tomar en cuenta que los padres en ocasiones pueden esperar que el niño o adolescente adoptado llegue a llenar el espacio de un hijo que no pudieron tener o que ha fallecido. (1, 2)

En muchas ocasiones, este proceso es precedido por todo un proceso de reflexión y de duelo por parte de la pareja, en la cual se experimentan disyuntivas sobre: permanecer con o sin hijos, la decisión de adoptar y la comunicación de esta decisión a las familias y la asesoría profesional. (5)

De las parejas que no pueden procrear se deben considerar otros aspectos relacionados a la concepción que “no pudo ser” tales como: el *baby shower* que o se pudo realizar, el no asistir a un control prenatal ni vivir la experiencia del parto, rituales o condiciones humanas que son socialmente importantes y que al no vivirse con un niño adoptado pueden ser generadores de culpa o frustración en los padres. (5,6)

En este caso se debe analizar muy bien la motivación de los padres acerca de la adopción, pues puede generarse una concepción errónea de la adopción y una expectativa falsa que de al traste con todo un

proceso y perjudique tanto al adoptando como a los potenciales padres.

Otra de las expectativas de los padres esta relacionada con su papel dentro de la crianza del nuevo miembro, ya que en una sociedad tradicional el varón cumple como proveedor y la mujer cumple como “la esposa y madre abnegada”. (5)

Mas en estos tiempos en que la condición económica de las familias ha cambiado y en ocasiones se hace necesario que ambos progenitores deban salir a trabajar, se puede caer en el conflicto de los padres sobre si es lo mejor tener un niño adoptado al que no le pueden dedicar el adecuado tiempo no tener el niño que llene sus propias necesidades. (5) Esto se da sobre todo ahora en que, como se mencionó antes, mas familias de mas bajos recursos acceden a la adopción de niños y a veces lo hacen por ser un compromiso con un niño que es hijo de un familiar de alguno de los dos, lo que motivaría a estudios mas ampliados sobre las condiciones e de esta pareja.

No menos frecuente es el hecho que se da en el cual una pareja decide adoptar a un niño como “un medio para hacerle un bien a la sociedad” o para que “complemente a los hijos de ellos”. (5)

Esto se ha hecho patente sobre todo en los casos de desastres en los cuales se llevan a niños ya adolescentes huérfanos a otros países con fines de una “adopción humanitaria”, de igual forma cada vez son mas las celebridades que adoptan uno o mas niños, aunque tengan los propios.



Ambas condiciones ameritan una evaluación profunda, pues la motivación en este caso de los padres puede no ser adecuada y al final, termina siendo un conflicto padres hijos lo que se genera.

Además, no se puede olvidar la expectativa que tiene los padres sobre el niño o adolescente que se va a adoptar en lo que respecta a su salud física o mental, sus costumbres, el potencial contacto con los padres biológicos entre otros. (1, 5, 6)

Esto dado que al no tener claro en muchos casos el origen del niño, en los padres surgen dudas sobre los temas que se mencionan en el párrafo anterior, y estos deben ser evacuados según sea posible y se cuente con la información, para que así se pueda favorecer la adaptación de los padres al niño. (1, 5, 6)

También se ha logrado identificar en los niños aspectos que influyen en la adaptación de ellos al proceso de adopción: (1)

- La edad del niño en el momento de la adopción.
- La alteración del niño previo a la adopción.
- Las características del vínculo con los padres biológicos, hermanos y otros cuidadores previos al proceso de la adopción.
- La adopción por personas conocidas o ajenas al medio familiar.
- La adopción por padres de su mismo país, etnia y entorno cultural.

Es importante esta evaluación pues se corre el riesgo de que los padres perciban al niño

o niña como un “objeto” que busca subsanar problemas entre ellos o rellenar el espacio de un hijo ausente, siendo esto por lo demás algo que puede alterar las relaciones del niño y ser causa de patológica.

De la misma forma los factores del niño que va a ser adoptado deben ser debidamente evaluados, pues se puede caer en el riesgo de generarle un daño al niño más que un beneficio si no se logra una adaptación adecuada a su nuevo entorno.

Pueden también evaluarse los resultados descritos en procesos de adopción en niños según la edad en la que esta se dio:

Estudios en diferentes países como Estados Unidos, Suecia, Reino Unido y Nueva Zelanda han demostrado que los niños adoptados a edades más tempranas presentan mejor desarrollo que los niños adoptados mas tardíamente. (1)

Se considera que esta diferencia se debe que los niños mas tempranamente adoptados no estuvieron tan expuestos a factores estresores en relación con niños mas tardíamente adoptados. (1)

En estudios de autores como Fergusson, se expresa que hasta un 95 % de los niños adoptados en la lactancia no abandonaron el hogar antes de los 18 años, y que un 80% de los padres que adoptaron niños están satisfechos con el proceso.(1)

Por otra parte, se dice que a partir de los seis meses de edad el riesgo de que un niño adoptado sufra un trastorno emocional y del



comportamiento comienza a incrementarse. (1)

Esto es común en países como Costa Rica, donde los diferentes procesos legales y administrativos previos a la reubicación de un niño son factores que retrasan su proceso de adopción.

Estos niños ya han sido expuestos a problemas en cuanto al vínculo, cuidados, abusos, negligencia y otros con los padres, cuidadores de albergues y otros, lo que los hace más vulnerables y con mayor riesgo de presentar psicopatología.

LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ADOPTADOS EN LA CLÍNICA

Se ha demostrado que existe un aumento en la consulta de niños y adolescentes adoptados, de hasta 2 a 6 más que en grupos etarios similares que no son adoptados. (1,9)

Los problemas por los que mayor consultan estos niños son. El trastorno de déficit atencional con hiperactividad, trastorno de conducta, síntomas aislados de conducta (robar, mentir otros), trastornos de aprendizaje. (1,9)

Algunos autores se han planteado si esta demanda de atención responde a una prevalencia mayor de patología en este grupo de niños o si más bien responde a la solicitud de las familias más frecuentemente. (1)

Mas otros estudios si han demostrado la clara relación en la presencia de patología, sobre todo trastornos de conducta, entre los

niños adoptados, que han sufrido abuso o secuelas de negligencia en la infancia antes de la adopción con respecto a niños que no presentaron estas condiciones antes de la adopción. (7, 8, 9)

Esta asociación se ha encontrado incluso en estudios de gemelos que fueron separados al nacer donde uno sufrió maltrato y el otro no. (10)

Si es importante destacar que se ha encontrado una clara relación en la satisfacción, tanto de padres como de los hijos del proceso de abandono, con la presencia o no de patología en los niños. (8)

NECESIDADES DE LOS NIÑOS Y LOS PADRES POST ADOPCIÓN

Son muchas las necesidades que adoptantes y adoptados presentan después de la adopción. Las áreas de problemas más frecuentes tienen que ver con temas jurídicos, de salud, de desarrollo, de problemas de conducta, de dificultades en relación con el apego, de temas que tienen que ver con las pérdidas, de comunicación sobre adopción y de búsqueda de orígenes. Mientras que, como es lógico, los temas jurídicos son abordados por juristas y los temas de salud por pediatras, los profesionales de la psicología tienen un protagonismo muy especial respecto a todos los demás asuntos, en algunos de los cuales intervienen también los profesionales del trabajo social (por ejemplo, para algunos aspectos de la búsqueda de orígenes). (11)

Las necesidades post-adopción varían en función de la composición familiar, de la edad



de los adoptados y del tipo de problemas y necesidades que éstos presentan, y en muchos casos no son necesidades *solamente* de padres e hijos, sino son necesidades de todo el conjunto familiar. (12)

Por lo que a la composición familiar se refiere, la investigación ha documentado mayores necesidades de apoyo por parte de familias monoparentales, así como en aquellas en las que coexisten hijos biológicos con adoptados. (12)

Respecto a la edad de los adoptados, el criterio fundamental, más que la edad per se, es la combinación de edad con adversidad: como es lógico, cuando la historia inicial de un niño o una niña ha estado marcada por las experiencias negativas y cuando éstas se han prolongado en el tiempo, típicamente acumulándose unas sobre otras, las necesidades son mayores y más prolongadas. (12)

Con frecuencia, los adoptantes buscan ayuda entre los profesionales de la psicología clínica (por ejemplo, en relación con las dificultades de apego) o entre los de la psicología escolar (por ejemplo, en relación con las dificultades de aprendizaje). En ellos trabajan profesionales de la psicología y del trabajo social, aunque no parece temerario decir que el papel de los profesionales de la psicología es predominante en este ámbito. (11)

CONCLUSIONES

La adopción es un proceso que busca en la actualidad solucionar problemas relacionados a una población vulnerable como los son los niños y adolescentes, que se puede dar tanto por la vía formal como informal.

Esta conlleva una serie de factores ambientales, que, conjugados con la genética de la persona menor de edad que se adopta, pueden llevar a que esta presente padecimientos mentales, siendo particularmente frecuente el caso de los problemas de conducta, y sus comorbilidades asociadas como el abuso de sustancias.

También hay muchos elementos de la dinámica de las personas y las parejas que dentro de los elementos del ambiente son particularmente importantes para el sano desarrollo del individuo adoptado y la satisfacción de los padres adoptivos.

Estas consideraciones se deben tener presentes en el momento en que se hace una evaluación para la adopción de una persona, y en este el personal de salud puede ser determinante aportando conocimiento acerca de las enfermedades y su relación con el ambiente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soutello C, et al. Manual de psiquiatría del niño y el adolescente, Primera edición, Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2011: 281-289.
2. Fernandez M. descripción del proceso de adaptación en adopciones especiales: Dificultades y cambios observados por los padres adoptivos. *Anales de Psicología* 2002; 18 (1): 151-168.
3. Velásquez L, Adela Salom R. La comunicación interpersonal dentro de la dinámica familiar ante el reto de la adopción. *Telos*, 2008; 10 (1) : 122-138.
4. Taiwo AO. Predictors of psychopathology among Nigerian adolescents: the role of psychosocial, demographics, personality and medical condition reports domains. *African Health Sciences* 2011; 11(2): 228 – 239.
5. Mayorga M. Desarrollo del Vínculo en familias adoptivas desde la perspectiva de los padres. Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica. 1999: 44-62.
6. Chacón A. La experiencia subjetiva de la adopción en la pareja con esterilidad: una sistematización teórico conceptual desde la perspectiva psicodinámica. Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica. 2003: 29-33.
7. Van der Vegt E, van der Ende J, Ferdinand R, Verhulst F, Tiemeier H. Early Childhood Adversities and Trajectories of Psychiatric Problems in Adoptees: Evidence for Long Lasting Effects. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37: 239–249.
8. Nilsson R, Rhee SH, Corley RP, Rhea SA, Wadsworth SJ, DeFries JC Conduct Problems in Adopted and Non-adopted Adolescents and Adoption Satisfaction as a Protective Factor. *Adopt Q.* 2011; 14(3): 181–198.
9. Hernández-Muela S, Mulas F, Téllez de Meneses M, Roselló B. Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. *Rev Neurol* 2003; 36 (1): 108-117.
10. Bemmels HR, Burt SA, Legrand LN, Iacono GW, McGue M. The heredability of life events: an adolescents twin and adoption study. *Twin Res Hum Genet* 2008; Jun 11(3): 257-65.
11. Palacios J. La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles del Psicólogo*, 2009; 30 (1): 53-62.
12. Palacios J. Después de la adopción: necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de Psicología*, 2007; 38 (2): 181-198.



AUTISMO INFANTIL

María Jesús Vargas Baldares*

Wendy Navas Orozco**

RESUMEN

El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por una alteración cualitativa de la interacción social. El término autismo fue utilizado por Kanner en 1943 para hacer referencia a un cuadro de inicio temprano con una afectación profunda del funcionamiento y un desinterés por el mundo externo.

El autismo no es una enfermedad, sino más bien un desorden del desarrollo de las funciones del cerebro. Los síntomas de autismo suelen aparecer durante los primeros 3 años de la niñez y continúan a través de toda la vida. Aunque no hay cura, el cuidado apropiado puede promover un desarrollo relativamente normal y reducir los comportamientos no deseables.

El objetivo de esta revisión es definir y abarcar en términos generales datos sobre etiología, clínica, diagnóstico y abordaje de los pacientes dentro del espectro autista. Dirigida a profesionales en salud para realizar una detección e intervención tempranas y mejorar el pronóstico de estos pacientes. Los autistas pueden tener relaciones afectivas y se les puede construir un mundo más acogedor para ellos, para lo cual es necesario saber en qué consiste el autismo, tarea nada fácil.

Palabras clave: Trastorno generalizado del desarrollo, trastorno del espectro autista, autismo, definición, etiología, clínica, diagnóstico, manejo

ABSTRACT

Autism is a pervasive developmental disorder characterized by qualitative impairment in social interaction. Kanner used the term "autism" in 1943 to refer to cases with early onset symptoms, a deep involvement of the performance and an uninterest in the outside world. Autism is not a disease but rather a developmental disorder of brain function. Symptoms of autism usually appear during the first three years of childhood and continue throughout life. Although there is no cure, proper care can promote relatively normal development and reduce undesirable behaviors.

The aim of this review is to define and cover in general etiology, clinical, diagnosis and approach on the autism spectrum disorders. Aimed at health professionals for an early detection and intervention and improved prognosis of these patients. Autistic people can have relationships and we can build a more welcoming world for them, which is necessary to know what is autism, not an easy task.

Key words: Pervasive developmental disorder, autism spectrum disorder, autism, definition, etiology, clinic, diagnosis, management

* Médico general. Servicio de Urgencias. Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS. e-mail: marjvb@yahoo.es

**Médico general. Área de Salud 3 Desamparados. EBAIS Guido 1. CCSS. e-mail: wendyn@costarricense.cr



INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro autista (TEA) representan 3 de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV), e incluyen al trastorno autista (TA), síndrome Asperger (SA) y TGD no especificado (TGD-NE). (1,2,3,4)

El autismo es una forma relativamente rara de psicopatología de la infancia (5). Es un trastorno del desarrollo que conlleva a la aparición de diversas anomalías durante el crecimiento del individuo, como alteración de las interacciones sociales, anomalías de la comunicación verbal y no verbal, actividad imaginativa empobrecida y un repertorio de actividades e intereses característicamente restringidos y repetitivos. (6,7).

El término autismo es muy utilizado en la población general para referirse a niños que parecen “vivir en su propio mundo”, sin embargo las investigaciones realizadas en estos niños indican que son víctimas de una alteración biológica causante de que su mente difiera mucho de la de los individuos sin patología. (8)

DEFINICIÓN DEL TRASTORNO AUTISTA

Los TEA se definen como una disfunción neurológica crónica con fuerte base genética que desde edades tempranas se manifiesta con una serie de síntomas que se basan en la tríada de Wing: interacción social, comunicación y ausencia de flexibilidad en el razonamiento y comportamiento. (1)

El autismo es un trastorno del desarrollo que persiste a lo largo de toda la vida. Se hace evidente durante los primeros 30 meses de vida y da lugar a diferentes grados de alteración del lenguaje y la comunicación, de las competencias sociales y de la imaginación. Estos individuos también presentan actividades e intereses de carácter repetitivo y estereotipado, movimientos de balanceo y obsesiones insólitas hacia ciertos objetos o eventos. En algunos casos existen individuos que pueden llegar a ser agresivos contra sí mismos y contra los demás. Son pocos los casos de autismo que tienen la capacidad suficiente para vivir con un grado importante de autonomía, la mayoría requiere de gran ayuda durante toda la vida.

Dentro de los TGD se incluyen el TGD-NE, que se refiere a aquellos niños que presentan impedimentos severos y penetrantes en las destrezas sociales recíprocas asociado a déficit en el lenguaje o presencia de comportamientos estereotipados o intereses restringidos o actividades que no cumplen los criterios completos para un TA o un SA. (1,2) El síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo de la infancia también están incluidos en el DSM-IV dentro de los TGD, pero no son considerados TEA, pero deben tomarse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial. (1,2,9)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El término autismo fue utilizado por primera en el lenguaje de la psiquiatría por Eugenio Bleuler, en 1911, para describir pacientes con esquizofrenia que presentaban retraimiento o desapego de la realidad, pérdida del sentido



de la realidad y pensamiento esquizofrénico. (4,9,10)

Leo Kanner (1943), un psiquiatra de la Universidad de John Hopkins, fue el primero en describir el autismo como un síndrome, en un pequeño grupo de niños que demostraron una extrema indiferencia hacia los demás. Estos pacientes tenían problemas del contacto afectivo, inflexibilidad conductual y comunicación anormal. A partir de esta descripción, fue reconocido como una entidad diferente de la esquizofrenia. (2,3,4,8,9,10,11) Hans Asperger (1944), un pediatra austriaco que desconocía el trabajo de Kanner, reportó niños con síntomas similares a los pacientes de Kanner, con la excepción de que las habilidades verbales y cognitivas eran mayores. Esta condición la consideró como un trastorno de personalidad y la denominó "psicopatía autista". (2,4,8,9,12) Asperger murió en 1980 sin que su trabajo fuera reconocido. Un año después de su muerte, Lorna Wing dio crédito por primera vez al síndrome descrito por él y sugirió que esta condición debía ser considerada como una variante del autismo, menos grave, que ocurría en niños con lenguaje y cognición normal. (9) En 1996, Wing propuso el término "trastorno del espectro autista". (13)

EPIDEMIOLOGÍA

Los TEA son bastante comunes. En un estudio del 2004, mencionado por Johnson (2007) en Pediatrics, revela que 44% de los médicos de atención primaria reportan que al menos 10 niños a su cargo pertenecen a los TEA. Por esto, es muy importante que los médicos de atención primaria reconozcan los signos

tempranos del autismo y así puedan realizar una detección y abordaje oportunos. (2)

Según Johnson (2007), estudios publicados a inicios del nuevo milenio concluyen que la mejor estimación de prevalencia de TEA en Europa y Norteamérica es aproximadamente de 6 por 1000, siendo mucho más frecuente en el sexo masculino, en una proporción 4:1. (2,3,4)

Los casos de autismo han aumentado en los últimos años, lo cual puede ser producto de imprecisiones en el diagnóstico; identificación de niños con desórdenes genéticos no relacionados con TEA, como el síndrome de Down, que tienen criterios que se solapan con los TEA; y por último, el diagnóstico de un miembro de la familia que orienta a que el hermano mayor también lo puede padecer. (2)

ETIOLOGÍA

Posterior a la descripción realizada por Kanner (1943), muchos especialistas supusieron que los niños autistas decidían separarse "conscientemente" de un mundo hostil, poco estimulante, similar a los esquizofrénicos. Siguiendo esta línea se consideró a la familia como el factor determinantes en el origen del autismo. (10) Con el tiempo esta teoría fue descartada. En la actualidad, posterior a varios estudios se ha determinado que el autismo es una disfunción física del cerebro que provoca discapacidad en el desarrollo. Es un trastorno cerebral complejo que afecta la coordinación, sincronización e integración entre las diferentes áreas cerebrales. Las alteraciones esenciales de estos trastornos se justifican por múltiples anomalías cerebrales, funcionales y/o estructurales. (14)



En el estudio de las causas del autismo se han desarrollado varias teorías, que tratan de explicar el origen del síndrome autista. Ninguna de ellas por sí sola lo ha logrado. En la actualidad se considera que su etiología es multifactorial. A pesar de que los TEA son condiciones del neurodesarrollo con fuertes fundamentos genéticos, su etiología exacta aún es desconocida. (2)

ETIOLOGÍA GENÉTICA

Dentro de los factores genéticos que participan en la etiopatogenia del autismo se han descrito al menos 10 genes que se multiplican e interactúan entre sí mostrando una gran variación fenotípica. (2,3,6)

También se ha señalado la relación causal entre algunos síndromes neurogenéticos y el autismo, como por ejemplo el síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, fenilcetonuria, síndrome de alcoholismo fetal, síndrome de Rett, entre otros. (2)

ETIOLOGÍA NEUROBIOLÓGICA

En los últimos años se han ejecutado esfuerzos para esclarecer las bases neurobiológicas de los TEA. En los individuos con TEA se reportan alteraciones del crecimiento cerebral que se originan durante el periodo prenatal y persisten a lo largo de toda la vida. También se ha descrito aumento de la serotonina en niños con TA que altera el funcionamiento cerebral. Otras investigaciones hablan de alteraciones en el cerebelo, específicamente en el número y tamaño de las células de Purkinje, que sugiere un trastorno evolutivo en las relaciones sinápticas. (2)

Estudios de neuroimágenes, con resonancia magnética, evidencian aumento del volumen cerebral, alteraciones en la corteza cerebral y en el sistema límbico. También existen hallazgos inmunológicos que demuestran niveles de inmunoglobulina A bajos y una actividad deficiente del sistema del complemento. (2)

ETIOLOGÍA PSICOLÓGICA

La teoría psicógena (ambiental-emocional) se centra en explicar al autismo desde una postura psicoanalítica. Parte de la idea de un autismo inducido, producto de las primeras relaciones madre-hijo. En este enfoque se da por un hecho que el niño autista, al nacer, es potencialmente normal, y que por pautas defectuosas de crianza por parte de los padres se desarrollan los síntomas. Afortunadamente, esta teoría carece de sustento empírico. (8,10) Las teorías psicológicas más actualizadas y que se han empleado para explicar el problema son:

- Teoría socioafectiva: Descrita por Kanner y luego replanteada por Hobson (1989). Describe que los autistas carecen de los componentes constitucionales necesarios para interactuar emocionalmente con otras personas, y permiten la “configuración de un mundo propio y común” con los demás. Esto trae como consecuencia la ausencia para reconocer los pensamientos y sentimientos propios de los demás, y una severa alteración en la capacidad de abstracción y de sentir y pensar simbólicamente.
- Teoría cognitiva: Descrita por Lesli y Frieth. Las deficiencias cognitivas se



deben a una alteración, responsable de que los niños puedan desarrollar el juego simulado y que puedan atribuir estados mentales con contenido a otros (metarepresentacional).

- Teoría cognitivo-afectiva: Las dificultades sociales y de comunicación tienen origen en un déficit afectivo primario, que se halla estrechamente relacionado a un déficit cognitivo. Según Mundy (1986), esto explica las dificultades en la apreciación de los estados mentales y emocionales de los otros.

El autismo aparece en estrecha asociación con otros trastornos clínicos y médicos, como rubéola materna, anomalías cromosómicas, lesiones cerebrales precoces y crisis convulsivas infantiles, entre otros. Los trabajos de epidemiología y de neuropsicología han demostrado la estrecha correlación del autismo con el retraso mental, en clara relación, a su vez con disfunciones fisiológicas. Todos estos datos encajan con la hipótesis de un autismo causado por una anomalía cerebral definida. (8)

FACTORES AMBIENTALES

Los TEA son considerados principalmente de origen genético, sin embargo los factores ambientales pueden modular su expresión fenotípica. La edad avanzada de los padres ha mostrado asociación con este trastorno, posiblemente debido a mutaciones de novo espontáneas o a la impronta genética. Los factores ambientales externos pueden actuar como teratógenos del sistema nervioso central en los inicios de la vida gestacional. (2)

- Periodoprenatal: Los factores ambientales teratogénicos (ejemplo: talidomida o ácido valproico, enfermedades maternas como rubéola) tienen gran posibilidad de jugar un rol en el desarrollo del cerebro fetal a través de los factores maternos.
- Periodo perinatal: Se han investigado los efectos que podría tener el peso al nacer, la duración de la gestación, y las complicaciones durante el parto, como riesgo para padecer autismo, sin embargo los hallazgos no son consistentes.
- Periodo postnatal: Se han propuesto posibilidades etiológicas que ocurren luego del nacimiento, en particular la vacuna sarampión-rubéola-paperas (SRP) y las vacunas que contienen mercurio. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos en el 2001, posterior a una revisión epidemiológica concluyó que no existe evidencia de asociación causal entre la vacuna SRP y el autismo. Así como tampoco para el caso del aumento en la concentración de mercurio. A pesar de esta evidencia, los padres de niños con autismo, en un 54%, creen que el trastorno fue causado por las vacunas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los padres son los primeros en detectar los síntomas, los cuales inician entre los 18 meses y los 2 años de edad. Un grave déficit de las habilidades sociales y patrones restringidos, repetitivos y estereotipados del comportamiento, intereses y actividades son las principales características de todos los TEA, mientras que el retraso significativo en el lenguaje es característico sólo del TA y del TGD-NE. (2,3)



Los criterios diagnósticos según el DSM-IV se describen en la tabla 1. (1)

No existen signos o síntomas patognomónicos para el autismo, no obstante, algunos de los déficits sociales tempranos parecen ser alertas para su diagnóstico. Los déficits sociales ocurren de forma temprana y pueden ser específicos, pero también pueden ser sutiles y difícilmente reconocidos por los padres. (2)

El SA puede pasar desapercibido hasta que el niño ingresa a la edad escolar, cuando los maestros notan dificultades en la interacción con sus pares. (2)

Aproximadamente 20%, de los casos con TEA, presentan los síntomas de autismo tras un periodo de desarrollo normal que dura entre 12 y 24 meses. Luego se produce una regresión cognitiva que afecta en primer lugar el lenguaje. Esta regresión puede darse de forma gradual o súbita. Este curso clínico característico del autismo funciona como un llamado de atención para el médico quien debe considerar su diagnóstico y abordarlo adecuadamente. (2,3,6)

DÉFICIT DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Los déficits sociales aparecen en los primeros 2 años de vida, y a menudo pasan desapercibidos por los padres. Estos niños con frecuencia no buscan conexión con los demás, se sienten satisfechos estando solos, ignoran la suplica de atención por parte de sus padres, y rara vez realizan contacto visual o intentan obtener atención de los otros con gestos o vocalizaciones. (2)

Tabla 1. Criterios diagnósticos de autismo

1. **Un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3., con por lo menos 2 de 1, y uno de 2 y de 3:**
 - Alteración cualitativa de la interacción social manifestada al menos por 2 de los siguientes:
 - Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales (contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social)
 - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel del desarrollo
 - Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos
 - Falta de reciprocidad social o emocional
 - Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por 2 de los siguientes:
 - Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (sin intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación)
 - En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
 - Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
 - Ausencia del juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel del desarrollo
 - Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por los menos mediante 1 de los siguientes:
 - Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, en intensidad u objetivo
 - Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - Manierismos motores estereotipados y repetitivos
 - Preocupación persistente por partes de objetos
2. **Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos 1 de las siguientes áreas, antes de los 3 años de edad: 1) Interacción social, 2) lenguaje utilizado en la comunicación social o 3) Juego simbólico o imaginativo**
3. **El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil**

El déficit en la atención conjunta parece ser la característica más distinguida de los niños más pequeños con este trastorno. La atención conjunta se define como un comportamiento espontáneo que ocurre cuando el niño disfruta compartiendo un objeto (o evento) con otra persona mirando hacia atrás y hacia delante entre los dos. El desarrollo de otras habilidades, el desarrollo de la atención conjunta es paso a paso y ocurre en las etapas iniciales del desarrollo, en los primeros meses de la vida. (2,8)

La escucha, en estos niños, parece ser “selectiva”, ya que pueden oír y poner atención



a sonidos del ambiente pero no a las voces humanas. No tiene la habilidad adecuada de desarrollar relaciones apropiadas con sus pares, de acuerdo a edad y capacidad de lenguaje. Tienen pocos o ningún amigo, y cuando lo tienen la relación puede evolucionar sólo en torno a sus propios intereses especiales. Tienen dificultad para entender la perspectiva de los demás según la teoría de la mente, la cual se define como la conciencia de que los pensamientos y emociones de los otros son independientes de los propios, así como también la capacidad que nos permite inferir estados de ánimo o de la mente según el comportamiento externo de los otros. (2,8)

DÉFICIT DE COMUNICACIÓN

Los niños que son diagnosticados tardíamente con TA o TGD-NE en general presentan retraso en el habla. La falta de lenguaje verbal se considera como un sello característico del autismo, especialmente si se acompaña de ausencia del deseo de comunicarse y de esfuerzos compensatorios no verbales para ello, como gestos. En algunos casos puede existir algo de lenguaje, el cual no es fluido y puede ser como un guión o estereotipado (ecolalia). (2)

Los niños con autismo no son capaces de combinar palabras para decir frases u oraciones que transmitan un verdadero significado. Estas alteraciones del lenguaje generalmente presentan déficits tempranos del habla que si son detectados a tiempo pueden facilitar el diagnóstico temprano. (2,6) Dentro de los signos de anomalías en el lenguaje se describen:

- Falta de una mirada apropiada
- Falta de expresiones cálidas y de disfrute con la mirada
- Falta de alternancia de vaivén entre el padre y el niño
- Falta de reconocimiento de la voz de la madre
- Hacer caso omiso a las vocalizaciones
- Retraso del inicio del balbuceo
- Reducción o ausencia del uso de gestos pre-verbales
- Falta de expresiones tales como “oh oh”
- Falta de interés o de respuesta a cualquier enunciado neutral

SÍNDROME DE ASPERGER

En el caso de los niños con SA las anomalías en el lenguaje son leves, por lo que con frecuencia se atrasa el diagnóstico hasta la edad pre-escolar o escolar temprana, cuando sus incapacidades para hacer amigos comienzan a ser una preocupación. Los niños con SA son bastante verbales acerca de un determinado tema de interés, pero son incapaces de expresar sentimientos sencillos o reconocer los sentimientos y puntos de vista de los demás. (2)

Estos niños tienen un gran déficit en el uso social del lenguaje. Tienen dificultad para iniciar una conversación, elegir un tema a discutir, en la interpretación y uso del lenguaje corporal durante la conversación, la capacidad de terminar una conversación, entre otros. Su lenguaje puede parecer raro, egocéntrico sin escucha a respuesta resultando en un monólogo monótono. Los niños con SA presentan un compromiso importante en la habilidad del razonamiento de lo abstracto, interpretar y entender metáforas, bromas, ironía, mentiras, gestos, expresiones faciales, etc. (2)



HABILIDADES DE JUEGO

La ausencia o retraso significativo en la destreza para realizar juegos de simulación asociado a la presencia de un juego persistente sensorio-motor (morder, girar, golpear, manipular) y/o rituales son característicos de los TEA. El juego de estos niños a menudo es repetitivo y carece de creatividad e imitación. Los niños con TEA con frecuencia se contentan con jugar solos durante horas, requiriendo poca atención y supervisión. En el caso de los juegos de persecución estos individuos disfrutan más el aspecto sensorio-motor que el aspecto social. Esto debido a que tienen problemas para interactuar en grupos y cooperar con las reglas sociales de juegos más sofisticados. Por lo anterior, en muchas ocasiones son ignorados, victimizados con burlas y acosados por sus compañeros. (2,8)

PATRONES DE CONDUCTA, INTERESES Y ACTIVIDADES ESTEREOTIPADOS, RESTRINGIDOS Y REPETITIVOS

Los niños con TEA pueden exhibir comportamientos atípicos como manierismos, apego inusual a ciertos objetos, obsesiones, compulsiones, conductas autolesivas y estereotipias. La mayoría de estas conductas son inofensivas, pero a veces se pueden tornar problemáticas ya que evitan que el niño realice alguna tarea o aprenda nuevas habilidades. Hay que recordar que las estereotipias y/o movimientos o conductas anormales no son específicas de TEA, éstas también se puede presentar en casos de retraso mental profundo y/o graves déficits sensoriales. Estas alteraciones, en el caso de los TEA, se manifiestan por lo general después de los 3 años de edad. (2)

La perseverancia o continuación de un discurso o juego a un grado excepcional o más allá de un punto deseado, es común en los niños con TEA. Es común que estos niños protesten enérgicamente cuando se ven obligados a realizar alguna transición en una actividad o tema de interés. Estas protestas rápidamente pueden escalar a rabietas severas y prolongadas que pueden llegar a la agresión o conductas autolesivas. Las conductas autolesivas pueden ser precipitadas por la frustración durante intentos fallidos de comunicación, transiciones, ansiedad de un nuevo ambiente, fatiga, aburrimiento, trasgresiones del sueño o dolor. La presencia de conductas autolesivas, agresión y otros comportamientos extremos puede impedir que el niño participe en actividades integradas de la comunicación con sus pares y causa estrés importante en la familia. (2)

DIAGNÓSTICO: Vigilancia y tamizaje

En el abordaje de los TEA, es fundamental ejecutar un diagnóstico adecuado y temprano debido a las implicaciones que esto tiene en el pronóstico, en la utilización y planeación de los servicios médicos y educativos, así como la elección de programas de intervención y consejo genético. (4,9)

En la actualidad no existe ningún “marcador biológico” del autismo. Sin embargo, cada vez más se va profundizando en el estudio de los rasgos conductuales que son específicos del autismo y que se pueden observar a los pocos meses de edad. Lo anterior, facilita la posibilidad de realizar el diagnóstico en niños menores de 24 meses por un profesional experto. Las alteraciones en el área social



y comunicativa son esenciales para llevar a cabo una detección precoz del trastorno. (4)

Existen diversos factores que atrasan la atención y detección de estos niños. Entre estos motivos se encuentran: (9)

- Co-existencia con retraso mental, déficit de atención, tics, entre otros
- Clasificaciones de DSM-IV y CIE-10 no enfatizan lo suficiente el cambio en la expresión de síntomas a lo largo del desarrollo, describen los criterios que se presentan a los 4-5 años de edad
- Variabilidad clínica existente de un caso a otro, en cuanto a lenguaje, coeficiente intelectual y ajuste psicosocial
- Falta de especificada de algunos síntomas
- Dificultad para evaluar el lenguaje y la socialización en niños pre-escolares que están en proceso de adquisición de estas habilidades
- Dificultades para entrevistar niños en etapas tempranas del desarrollo
- Escaso conocimiento sobre los síntomas del autismo por parte de los educadores, médicos generales y psicólogos

La vigilancia del desarrollo del niño debe realizarse de forma preventiva en cada visita de control durante la infancia. En este proceso de detección se debe recabar y atender las preocupaciones de los padres, obtener información acerca del historial del desarrollo del niño. Es esencial identificar los factores de riesgo (como antecedentes familiares de TEA) y factores protectores para el autismo, y documentar todo el proceso y los hallazgos encontrados. Las diversas

investigaciones, descritas por Muñoz –Yunta (2006), han revelado que los padres tienen preocupaciones válidas acerca del desarrollo de sus hijos, aunque siempre es necesario ejecutar una cuidadosa interpretación de estas preocupaciones, dentro de las cuales se describen las principales en la tabla 3. (4) Es importante recordar que la falta de preocupación de los padres no significa que el desarrollo del niño es típico y adecuado. Por todo esto, es necesario utilizar una estrategia sistemática de vigilancia en todos los niños. (2,4)

En el caso de que existan múltiples factores de riesgo o el screening (tamizaje) resultó positivo para TEA se debe proveer a los padres de educación sobre el trastorno y su manejo, y el niño debe ser referido a un centro de educación especial y realizar una evaluación audiológica en caso necesario. Dentro de la exhaustiva evaluación del niño con sospecha de TEA se deben realizar varios elementos para determinar el nivel de funcionamiento del niño y realizar un diagnóstico adecuado: (2)

- Historia de salud, desarrollo y conductual del niño
- Exploración física completa
- Evaluación psicométrica y/o del desarrollo
- Determinación de la presencia de criterios diagnósticos del DSM-IV-TR
- Asesoramiento y educación a padres
- Laboratorios y pruebas de gabinete complementarias para determinar una probable cause o una condición co-existente



Tabla 2. Preocupaciones expresadas por los padres antes de los 24 meses

Área	Manifestaciones observadas por los padres
Comunicación	No responde a su nombre No puede expresar lo que desea Retraso del lenguaje Ha dejado de usar palabras que decía No va hacia donde se le señala No sigue las instrucciones orales A veces parece sordo Unas veces pare oír y otras no No señala con el dedo No mueve la mano para indicar despedida
Socialización	No sonríe socialmente No tiene contacto ocular Parece preferir estar solo Coge las cosas por sí solo Está en su propio mundo No sintoniza con os padres No se interesa por otros niños
Conducta	Tiene muchas rabietas Es hiperactivo No cooperativo Oposicionista No sabe como utilizar los juguetes Apego inusual a ciertos juguetes u objetos Tiende a alinear objetos Repite las cosas una y otra vez Es muy sensible a ciertos sonidos o texturas Tiene movimientos anormales Anda de puntillas

Para un diagnóstico y evaluación adecuados debe incluirse información de múltiples fuentes, ya que el desempeño del niño puede variar de un ambiente a otro y entre los diferentes cuidadores.

CURSO Y PRONÓSTICO

Los TEA, como otros trastornos del neurodesarrollo, no son curables, y por ello requieren de un manejo crónico. Aunque las secuelas son variables y las características específicas del comportamiento varían con el tiempo, la mayoría de los casos de TEA permanecen dentro del espectro autista

hasta la adultez, y sin tener en cuenta su funcionamiento intelectual, continúan experimentando problemas para vivir de forma independiente, conseguir trabajo, en las relaciones sociales e interpersonales y de salud mental. (15)

El pronóstico en estos casos, va a depender de muchos factores y usualmente no se puede predecir durante la primera infancia. Un peor pronóstico se asocia a falta de atención conjunta, ausencia de un discurso funcional, retardo mental, convulsiones, comorbilidades médicas o psiquiátricas y síntomas severos de autismo, especialmente aquellos asociados a indiferencia. Los factores asociados a un mejor pronóstico incluyen la temprana identificación del trastorno resultando en una temprana incorporación en programas de intervención y de educación especial. (2)

Las secuelas en los adultos parecen relacionarse mejor con el nivel cognitivo-adaptativo que la severidad de los síntomas autistas. Se ha observado que las personas con una inteligencia y funcionamiento adaptativo normales y con síntomas autistas leves generalmente tienen un mejor pronóstico. Aquellos con retardo mental o discapacidad intelectual y síntomas severos de autismo tienen un peor pronóstico, en comparación con los que tienen habilidades cognitivas-adaptativas normales y síntomas severos de autismo que presentan un mejor pronóstico. Se cree que los casos de SA tienen un mejor pronóstico que aquellos con otros TEA, ya que el SA por definición tienen una inteligencia normal. (2)



MANEJO

El objetivo principal del tratamiento de TEA, es minimizar las características principales y los déficits asociados, y así obtener una mejor calidad de vida con la mayor independencia factible. Dentro del objetivo del manejo de estos pacientes, es aliviar el estrés que este trastorno les provoca a los familiares y/o cuidadores. (15)

INTERVENCIÓN TEMPRANA

El paso siguiente al diagnóstico será la planificación y aplicación de un programa de intervención, el cual debe ser individualizado y diseñado de acuerdo con las necesidades, habilidades y dificultades de cada niño. (4)

CONSEJO GENÉTICO

El consejo genético es importante por el riesgo de recurrencia en hermanos, aún cuando la evaluación de la etiología sea negativa, esto debido a que la historia positiva de síntomas de TEA en hermanos aumenta el riesgo de padecerlo, aproximadamente 10 veces más.

INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Las estrategias conductuales y terapias de habilitación son las piedras angulares del manejo de los TEA. Estas intervenciones dirigen la comunicación, las destrezas sociales, las habilidades para la vida diaria, el arte del juego y el ocio, los logros académicos y reduce los comportamientos maladaptativos. (15)

A partir de la década de 1970 diversos psicólogos han coincidido en que las técnicas de modificación conductual son una poderosa herramienta para enseñar habilidades

escolares y de vida cotidiana a los niños autistas y que han ayudado a las familias en su trato con estos niños. (8,10)

Educación se define como promoción de la adquisición de destrezas y conocimientos para que el niño pueda lograr su independencia y responsabilidad personal. La educación abarca tanto el aprendizaje académico como la capacidad de adaptación a la sociedad, incluyendo las habilidades sociales, de comunicación. (15)

Dentro de la educación para estos niños, se encuentran las técnicas de modificación conductual que tienen como objetivo disminuir o erradicar si es posible, las conductas erráticas que presentan estos niños, considerando la relación con el medio y los estímulos externos a los cuales se enfrenta día con día. Con este tipo de tratamiento se han observado mejorías duraderas. (10)

Debido al significativo deterioro que presentan los autistas en el habla y el lenguaje, también se les ofrece terapias dirigidas a estos problemas, obteniendo resultados acertados, ya que se ha descrito que la mayoría de estos niños pueden desarrollar un discurso útil de acuerdo a la edad cronológica. (15)

Los déficits en las destrezas sociales son los más característicos dentro de los TEA, por lo que es importante abordarlos durante el tratamiento por medio de diferentes estrategias conductuales que enseñan pericias sociales. Dentro de estas terapias se les da entrenamiento en lo referente a la atención conjunta, debido a que el obtener esta



habilidad predice el desarrollo del lenguaje social. Incluido en este rubro, se encuentra la participación de la familia que puede colaborar y facilitar tanto la atención conjunta como otras pericias de la interacción social a través de las actividades diarias del niño. (15)

En el caso de la terapia ocupacional, que también juega un papel trascendental en el manejo de estos niños, se promueve el desarrollo del cuidado personal y logros académicos. (15)

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

Luego de varios estudios y ensayos terapéuticos, los terapeutas se percataron de la trascendencia que tiene la aportación de los familiares del niño como parte del abordaje, para una mejor respuesta al tratamiento. Se llegó a esta conclusión debido a que la familia, principalmente los padres, son los responsables en gran parte del tiempo, del cuidado y educación del niño autista, además que la mayoría de los casos inician la adquisición de las habilidades sociales en el hogar por medio de la interacción con los otros miembros de la familia en el día a día. (10)

MANEJO MÉDICO Y FARMACOLÓGICO

Otro elemento fundamental del abordaje de los pacientes con TEA es el manejo médico, el cual colabora en la mejoría de la calidad de vida de estos niños. El manejo médico abarca tanto el control de rutina y el tratamiento de enfermedades agudas, como el manejo de otros trastornos mentales que acompañan al trastorno y otros problemas no médicos. (15)

Los niños con TEA deben tener el mismo control de salud que cualquier otro niño y los mismos

beneficios de las actividades de promoción de la salud, incluyendo las inmunizaciones. Igualmente, también requieren de la atención de los inconvenientes que se presenten relacionados con las condiciones etiológicas de fondo, como los síndromes neurogenéticos, epilepsia, entre otros. (15)

Para el adecuado y efectivo cuidado médico de estos niños es indispensable una historia clínica completa, exploración física y pruebas complementarias necesarias. También es importante tomar el cuenta el contexto del paciente para el correcto tratamiento: (15)

- *Problemas gastrointestinales:* No es clara la relación existente entre estos síntomas y los TEA. Sin embargo, siempre que se hallen presentes es razonable realizar una endoscopia para evaluar el tracto gastrointestinal.
- *Trastornos del sueño:* Son muy frecuentes en niños y adolescentes con TEA, lo cual afecta tanto al paciente como a la familia. Cuando es posible identificar una etiología clara, el manejo es orientado hacia la causa. Cuando no hay una causa médica identificable, se recurre a las intervenciones conductuales. Cuando las medidas conductuales no dan resultado, es posible utilizar fármacos hipnóticos como benzodiazepinas, antihistamínicos, etc., para el tratamiento del insomnio.
- *Comportamientos desafiantes:* En los niños y adolescentes autistas es común la presencia de conductas problemáticas que pueden llegar a conductas agresivas y autolesivas. En algunos casos, la causa



de estos comportamientos puede ser los factores médicos, y el reconocimiento y tratamiento de estas condiciones médicas puede eliminar la necesidad de utilizar psicofármacos. También es primordial considerar los factores ambientales que pueden precipitar estas actuaciones.

- *Psicofarmacología:* El empleo de psicofármacos se debe considerar en aquellos casos que se han agotado las medidas conductuales, modificación de los factores ambientales y tratamiento de las posibles causas médicas, o en los cuales haya comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Actualmente no hay suficiente literatura para establecer un consenso en el manejo farmacológico de los TEA. Estudios realizados en Estados Unidos, descritos por Myers (2007), sugieren que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los antipsicóticos atípicos, estimulantes y los agonistas alfa-2-adrenérgicos son los más comúnmente prescritos para niños con TEA. Se debe recordar, que a la hora de prescribir un medicamento, es fundamental tener conocimiento de las indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos, interacciones medicamentosas y si es necesario la monitorización de niveles sanguíneos periódicos.
- *Medicina complementaria y alternativa:* Muchas familias con niños autistas acuden al tratamiento con medicina alternativa. Por ello, es importante que los profesionales en salud aprendan como evaluar la evidencia disponible que apoye

o descarte el uso de estas intervenciones, y proporcionar esta información a la familia, para que reconozcan cuales terapias tienen sustento científico y cuales son inefectivas y pueden producir un daño físico, emocional y económico tanto para el niño como su familia.

SOPORTE FAMILIAR

El abordaje y manejo de los TEA no sólo deben ir enfocados al niño, sino también a la familia del paciente. Hay que recordar que los padres juegan un papel muy importante en la efectividad del tratamiento, además que los familiares de un niño con TEA experimentan más estrés y depresión que la población general. El apoyo para la familia y asegurar su salud física y emocional es extremadamente importante para el manejo de los TEA. (15)

Los médicos y otros profesionales en salud pueden proveer apoyo a los padres por medio de educación sobre el autismo, dando una guía anticipatoria, entrenamiento para el adecuado manejo del paciente, asistiéndolos en la obtención de recursos informativos, dando apoyo emocional por medio de las estrategias tradicionales como la escucha empática y abogando por las necesidades del niño y sus hermanos. (15)



CONCLUSIÓN

Con la reciente conciencia pública sobre las enfermedades, los padres son más propensos a plantearse una preocupación sobre el autismo. Después de múltiples estudios se ha llegado al consenso de que la etiología del autismo es multifactorial donde juegan un papel, la variedad genética y los factores ambientales.

El autismo es un trastorno difícil de abordar por cualquier profesional de la salud, al desconocer su origen y la forma en que se puede prevenir y manejar.

El médico tiene el importante papel de realizar la temprana identificación de los niños con autismo por lo que debe ejecutar una conducta de vigilancia con cada niño que llega a control y en cualquier otro momento cuando los padres expongan una inquietud acerca de un posible caso de autismo.

El autismo es una condición crónica que requiere intervenciones médicas y no médicas, siendo común la coexistencia con otros problemas psiquiátricos. Incluido en el abordaje del autismo, es esencial el rol que tienen los familiares en su evolución.

Es importante recordar que el manejo de estos pacientes también debe involucrar a la familia, por el grado de estrés mental que ésta presenta.

No existen 2 niños con autismo exactamente iguales, cada uno tendrá su propia constelación de síntomas, lo que conlleva a desafíos en el diagnóstico y abordaje de estos pacientes.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª Edición. Barcelona, España; 2002
2. Johnson CP, Myer SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007; 120(5): 1183-1215
3. Martos-Pérez J. Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Rev Neurol* 2006; 42(2): S99-S101
4. Muñoz-Yunta JA, Palau M, Salvadó B, et al. Autismo: Identificación e intervención temprana. *Acta Neurol Colomb* 2006; 22(2): 97-105
5. Schreibman I, Mill J. Autismo infantil en: Ollendick TH, Hersen M. *Psicopatología infantil*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca; 1986
6. Benítez Burraco A, Autismo y lenguaje: Aspectos moleculares. *Rev Neurol* 2008; 46(1): 40-48
7. Muñoz-Yunta JA. Guía médica y neuropsicológica del autismo. Barcelona, España: Fundación Autisme Mas Casadevall; 2005
8. Frith U. El autismo. Autismo: Hacia una explicación del enigma. 2ª Edición. Madrid, España: Editorial Alianza; 2009
9. Albores Gallo L, Hernández Guzmán L, Díaz Pichardo JA, et al. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental* 2008; 31: 37-44
10. Bautista Mercado E, Sifuentes Romero N, Jiménez Santa Cruz B, et al. Padres de familia y su inclusión en la evaluación y tratamiento conductual del autismo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 2008; 10(1): 49-62
11. Kanner I. Autistic disturbance of affective contact. *Nerv Child* 1943; 2: 217-250
12. Folstein S, Rosen-Sheidley B. Genetics of autism: Complex A etiology for a heterogeneous disorder. *Nat Rev Genet* 2001; 2: 943-955
13. Cortés M, Contreras M. Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses). *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(5): 418-426
14. Wing I. The definition and prevalence of autism: A review. *European child and adolescent psychiatry* 1993; 2: 61-74
15. Myers SM, Johnson CP. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2007; 120(5): 1162-1182



ATRÉVASE A CAMBIAR Y ANTOJE A OTROS!

Elba Elena Hidalgo Pérez*

El inicio de una vida representa un evento determinante para la sociedad. Tras el paso de un individuo por el mundo, éste cambia y también provoca un cambio en las personas y las cosas con las cuales tiene la oportunidad de compartir. El complejo proceso de desarrollo integral de una persona, que empieza a darse incluso antes de la concepción y no termina hasta la muerte; ejerce influencia y se ve influenciada por las condiciones ambientales en las cuales se desarrolla. Desde un enfoque holístico se puede decir que el ser humano es a su vez productor y producto de dichas condiciones biopsicosociales en las cuales se desenvuelve.

El aporte que cada individuo brinda es determinante en el actuar y el pensar de todos los demás, su actitud y su aptitud ante las situaciones que se le presentan, sin importar su complejidad, permiten vislumbrar nuevas alternativas y acciones de cambio.

Como parte de la comunidad humana, cada individuo socialmente comprometido a la búsqueda y la defensa del bien común, debe tener la capacidad de comprender las condiciones en las cuales se desenvuelve la otra persona, así como, sus necesidades, sus intereses y sus limitaciones, ya que, estas determinarán sus posibilidades.

Además, debe entender la importancia de la promoción de una actitud solidaria y empática, que le permita a cada persona identificarse como un actor esencial en el proceso de concientización y tolerancia social. Para lograr dicho objetivo, la empresa social, de la que todos inevitablemente formamos parte, debe emprender la ardua labor de comprometerse al respeto por la individualidad de cada persona; y cada individuo, por el respeto de sí mismo como un ser integral, en todas las áreas de la convivencia intra e interpersonal; de ésta manera lograremos un mundo empático, comprometido, en el cual todos y todas tienen oportunidad de ser y crecer en una atmósfera de oportunidades, de respeto, cambio y de solidaridad.

*Estudiante de Geología y Educación Especial, Universidad de Costa Rica, 2012.
Correo electrónico: elba.hidalgo@ucr.ac.cr





Puede decirse que no se trata solamente de un cambio de enfoque, sino que se trata de una evolución paradigmática en la concepción del otro y la otra, y de la amplia gama de acciones que podemos emprender para el mejoramiento de la calidad de vida de todos y todas. Aunque para algunos o algunas esta postura pudiese parecer algo utópica, sin duda alguna, la transformación de nuestras ideas y por ende de la humanidad debe empezar por un actor del cambio y ese individuo puede ser usted o yo.

¡Atrévase a marcar la diferencia! Dese usted mismo la oportunidad de crecer, de avanzar, de vivir relaciones interpersonales plenas mediante el fortalecimiento de la tolerancia y el respeto de las particularidades de cada persona. Sin importar si esa persona es su pareja, su amigo, su paciente o su familiar, permítale ser, hacer y expresarse; esté atento al escuchar y preparado para comprender sus capacidades y limitaciones. Recuerde: aunque una persona manifieste alguna condición que lo “limite” física, intelectual o emocionalmente, su calidad humana permanece intacta, por lo cual, merece cariño y respeto.

Hubo una vez dos hormigas exploradoras, en una competencia, a ambas se les asignó como reto cruzar un río caudaloso. La primera, decidida a ganar y orgullosa de hacerlo por ella misma, decidió lanzarse encima de una hoja seca, al caer, una gran gota cayó en su ingeniosa arca y la hundió; la segunda, hizo exactamente lo mismo y logro cruzar con vida al otro lado, victoriosa festejó su gran hazaña desconociendo el peligro que había corrido.

***¡Algunas veces no depende de nuestra capacidad,
sino de las circunstancias!***





A TRAVÉS DE MIS OJOS...

Pamela Villarreal Valverde*

Aquella noche del mes de abril, al caer la noche, después de que todos se habían marchado tomé la decisión... la que cambiaría el resto de mi vida. Todo pasó muy rápido y después al despertar estaba en un lugar cuyas paredes eran blancas, hombres de bata blanca y mi memoria también era blanca, no recordaba nada. Ni siquiera los últimos minutos, después de convertir mi decisión, en acción.

Junto a mí, con mi mano en sus manos, estaba ella, el ángel que me salvó, ella me arrebató de la muerte... A ella debo, lo que mis sueños valen.

Pasé días incontables, noches largas y visitas de hombres que decían _“No estás bien, debemos de llevarte a otro lugar. Estarás ahí hasta que te recuperes y sepamos porque lo hiciste”_

Mi vida, si se podía llamar así, transcurrió entre cuatros paredes, como única compañía una cama y una ventana... Una ventana que

no dejaba de mostrarme el mundo exterior, días sin sol, grises y lluvia que no dejaba de caer. Los días se juntaron y se convirtieron en meses. Junto aquella ventana se me dio mi diagnóstico. Era un trastorno mental, llamado: “trastorno bipolar”.

Mi primer reacción fue preguntarme: ¿estoy loco, qué es eso? ¿Porque me dio a mí?...

El trastorno bipolar es una perturbación del estado de ánimo, que alterna en episodios de depresión y episodios de alegría, de forma muy marcada. Entonces, en ese momento, ya era un “Bipolar” o ¿seguía siendo una persona? ¿Cómo sería sobrellevar la enfermedad, el tratamiento, la recuperación?... Surgieron muchas preguntas, en realidad, sólo preguntas y ninguna tenía respuesta, en ese momento.

* Pamela Villarreal Valverde, Estudiante de Medicina, Universidad de Costa Rica. Trabajo Comunal 505 de la Universidad de Costa Rica, 2012. San José, Costa Rica. Correo electrónico: pamela.villarreal@ucr.ac.cr



Algunas de estas preguntas fueron las siguientes:

¿Cómo sería volver al mundo, siendo otro?

¿Sería aceptado por mi familia y amigos?

¿Podría trabajar o soy un incapacitado?

¿Puedo enamorarme y tener una pareja?

¿Podría llegar a recuperarme? Y un sinfín de preguntas más... que creo no podré mencionar. Pensaba simplemente que la enfermedad mental era algo terrible y que mi vida se había acabado. En realidad, en parte la enfermedad mental es terrible, pero mi vida no estaba acabada...

Había vuelto a nacer, esta vez con algo que debía resolver: lograr una recuperación o rehabilitarme... Primero debía borrar de mi cabeza el estigma, de que las personas que padecen de un trastorno mental están destinadas a ser una carga, que no soy una enfermedad, sino una persona que tiene una discapacidad.

¿Qué es entonces rehabilitación? ¿Qué debo hacer para lograr alcanzarla?

Primero investigar qué es la rehabilitación y darle un concepto personal, porque no todos nos rehabilitamos de la misma manera. Esto depende en gran parte de la persona y de la enfermedad. Sin embargo, sea cuál sea la enfermedad, hay que buscarle un sentido a la vida y ese es el primer paso: encontrar un proyecto de vida.

La rehabilitación es la fase del proceso que se encarga de atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con miras a restituir a la persona su funcionalidad social y laboral de forma integral. Obviamente, debía tener un seguimiento estricto de la medicación.

Luego, informarme a mí y a mi familia sobre la enfermedad, con el objetivo de aumentar la comprensión de mi situación y los síntomas, disminuir la emoción expresada y mejorar las habilidades de comunicación entre nosotros.

Todo se veía oscuro, era un túnel y yo caminaba dentro de él...

Con el tiempo, con mucho tiempo invertido, logré encontrar una "estabilidad en mi enfermedad", según mis médicos me "veía bien", pero no lo creía así. En mi interior seguía luchando con un sentimiento de incapacidad. A pesar de que mi familia y amigos que me rodeaban compartían la opinión de mis doctores, "estás bien", más yo no lo sentía así. ! Yo era el que tenía que sentirse bien!, pero para eso necesitaba tiempo.... Necesitaba aceptarme a mí mismo, algo que con el tiempo fui logrando. Pensé seriamente que de alguna forma había conseguido iniciar mi verdadero proceso de rehabilitación, empezando a ver las cosas de otro modo.

Esto no era cuestión de días, de algunos pensamientos, o de algunas acciones aisladas. La salida de ese laberinto oscuro, llevaría semanas, muchos pensamientos y definitivamente muchas acciones.



Mi intención era esa, debía encontrar esos pensamientos y convertirlos en acción, pero debía regresar al pasado, debía buscar en mi interior las cosas malas que habían pasado y desde ahí podría ver como había logrado salir de ese túnel, casi sin darme cuenta. Primero descubrí que en este proceso había logrado adquirir un compromiso personal del tratamiento.

A esa verdad llegué, cuando descubrí que en aquel momento en que dejé los medicamentos, estaba bien, pero al sufrir una recaída y sentirme mal o peor que al principio, debí acudir nuevamente al tratamiento. “Descubrí que aunque la medicación no tiene efectos notables en cuanto a su función, es imprescindible”

Siete años después, puedo decir que me demostré que con un fiel sentido de la responsabilidad, con ganas y mucha fe, uno puede salir de ese túnel oscuro. Posteriormente descubrí que durante todas esas vivencias negativas, tenía un fuerte rechazo hacia mí. Me odiaba y odiaba todo aquello que me rodeaba. Esa mezcla de sentimientos provenía de ignorancia. Me sentía una persona inferior, por padecer esa enfermedad, pensaba que los individuos con trastornos mentales eran malos y por tanto, yo debía ser igual de malo.

Finalmente, no veía ninguna recuperación. Con esto, me di cuenta que el problema era que no podía aceptarme a mi mismo y no tenía una visión clara del futuro, bueno en realidad, no creía tener un futuro, era desolador. Cada vez me sentía perdido en ese túnel.

Cuando una persona se siente inferior busca señales exteriores que le confirmen esto, y desgraciadamente, en la enfermedad mental, estas señales abundan. Además, la gente y uno mismo se compara: ! El yo de ahora y el de antes!

Sin embargo, encontré salida. Primero, no sé cómo dejé de odiarme a mi mismo y empezar a amarme, ¡Nuevamente! Luché contra el estigma, impuesto por la sociedad, y empecé a derribar esos estereotipos y dejé los prejuicios. Las personas con enfermedades mentales no son malas ni deben estar encerrados en una institución o que son seres inferiores. El problema de esto, es que las personas, muchas veces ni siquiera saben que conocen a más de uno, que padece alguna enfermedad mental.

Cuando derribé ese muro de ignorancia y me di cuenta que yo estaba equivocado y las personas también. Que muchos de los individuos con enfermedad mental son buenos al igual que el resto, logré quererme a mi mismo y aceptarme. Finalmente, otro de mis mayores problemas, era no creer que esto tendría salida.

Nadie me dijo: “¡Tranquilo! ¡No es cosa de magia! O de un día para otro, si sigues el tratamiento y te cuidas un poco, tendrás un futuro prometedor y podrás vivir una vida plena.” Nadie me dijo que tenía que cuidarme, dejar de fumar, comer bien, hacer ejercicio. Pero ahora eso no importa, porque luego de entenderlo, empecé a cuidarme mucho y esto me hace sentir orgulloso.



Pude salir adelante, pero lo logré gracias a la determinación que tuve, enfrenté mis miedos y le encontré un sentido a la vida.

¡La vida misma, es el sentido de la vida!... La vida es magia y el amor un truco, el amor a mí, a lo que me rodea, a mi familia y amigos...

Yo viví esto y lo superé. Tal vez estés viviendo algo parecido. Y si yo lo logré, también puedes hacerlo... Con fe y muchas ganas...

Ahora tengo una familia, una bella esposa y una hija adorable. Empecé una carrera de pianista y en los ratos libres escribo. Plasmó mis pensamientos. Y acá te conté la historia de mi vida.

¡La enfermedad mental a través de mis ojos!





CUANDO SE DICE ADIÓS

Walter Chavarría Álvarez*

Tan frecuente es decir adiós, que hasta parece sencillo; lo dices al despedirte al llegar cada mañana, cuando un romance se acaba, o por social protocolo al concluirse la reunión.

Pero no, no es nada fácil, ni es tan simple, cuando decir adiós parece definitivo, cuando decirlo sugiere concluir de un solo golpe con lo que ya mucho hace inició y ha constituido parte esencial de tu vida; compartir tantos afectos y un sin fin de pensamientos con quienes por mucho tiempo has llamado tus amigas(os) o si mejor lo prefieres tus afines compañeras(os).

Cuando se dice adiós, pareciera que proyectos, ideales, y tantos sueños fueran cosa del ayer, que a los seres más queridos pronto dejarás de ver.

Afloran tantos recuerdos de lejanos a recientes, de innumerables eventos que has podido compartir; brindis en bodas, cumpleaños, risas, también llantos, discusiones de trabajo, acuerdos y desacuerdos, anécdotas jocosas, entre tantas muchas otras.

Cuando se dice adiós, se humedecen las pupilas y una lágrima cuatrera indiscreta se desliza lentamente en tus mejillas, se remueven sentimientos muy cautamente guardados, que hasta llegado el momento han pasado inadvertidos.

Cuando se dice adiós enmudecen las palabras, se trastornan los sentidos, tiemblan un poco las manos, y hasta resecan los labios. Algún chiste disimula el emotivo momento y entre quebradiza voz brotan al fin unas frases, que aunque dichas con esfuerzo son siempre muy bien sentidas.

No... no es fácil el adiós, ni para quien se va ni para quien se queda y menos fácil resulta cuando tanto aprecio se siente por quien se aleja.

*Máster en Salud Mental. Funcionario del Depto de Enfermería. Hospital Nacional Psiquiátrico



EL CAMINANTE

Walter Chavarría Álvarez*

He cruzado mil caminos, por muy lejanos lugares
Muchos veranos e inviernos, incluso en algunos bares
Buscando, saben muchachos, lo que no tenía perdido
Tanto, tanto he recorrido y tanta gente he conocido
Que creo estar convencido de que he hallado mi destino.

Me duelen los pies un poco, mucho más mi corazón
Por amores que han dejado en mí gran desilusión
Más si lo quieren saber no me arrepiento por eso,
Pues ileso he resultado de lo mucho que les cuento.

He aprendido no por viejo, es por mucho que he vivido
Y no es que quiera jactarme con todo lo que les digo
Lo que quiero es compartir mis consejos como amigo
Que de algo le han de servir al que inicia su camino.

Así como a la cabeza no solo el sombrero es bueno
Para esto de caminar no solo bastan los pies,
Ya que tienes que saber que estos no caminan solos
Es bueno reconocer quien camina hoy a tu lado.

Pues es mejor andar solo que no mal acompañado
Y si es que cuenta te has dado, hacia donde te diriges
Hay caminos ten cuidado que parecen ser muy llanos
Más aunque parecen claros son muchas veces oscuros.

Sigue enfrente a tus instintos y a tu voz interna escucha
Va orientando tu camino aunque atente incomodarte
Por si no lo has comprendido es tu "yo", consejero aliado
A quien debes responder, pues siempre estará a tu lado

Hay caminos pedregosos que los pies te destrozan
Pero debes transitar, no existen rutas alternas
Son problemas muchas veces que la vida te presenta.

*Máster en Salud Mental. Funcionario del Depto de Enfermería. Hospital Nacional Psiquiátrico



**REVISTA CÚPULA DEL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO “MANUEL ANTONIO CHAPUI”
SAN JOSÉ, COSTA RICA A.C.**

INSTRUCTIVO DE PUBLICACIÓN

1. La Revista Cúpula del Hospital Nacional Psiquiátrico “Manuel Antonio Chapui”, es una publicación semestral cuya temática esta orientada al campo de la Psiquiatría, Salud Mental y Áreas Afines.
2. En casos especiales, podrán publicarse números extraordinarios que se designarán edición especial.
3. Su distribución se hará en forma gratuita, a las personas o entidades que la soliciten mediante boleta de suscripción y previa aprobación del Consejo Editor con el respectivo aval de la Dirección General del Hospital. Además, se harán los depósitos de ejemplares establecidos por la ley a la Biblioteca Nacional así como el envío de ejemplares a las Bibliotecas que conforman el Sistema de Bibliotecas de la CCSS y otras Unidas de Información, según lo considere pertinente el Comité Editor, dentro y fuera del país.
4. Los trabajos enviados serán: Trabajos de investigación, Casos Clínicos, Revisiones bibliográficas, Ensayos, Sección Literaria, Reseñas de Libros, Entrevistas y Notas al Editor.
5. El artículo presentado debe ser original e inédito, y se debe presentar dos copias impresas, y una copia electrónica (CD o llave maya), en formato Word, con letra arial tamaño 12 a espacio sencillo, justificación completa y en dos columnas.
6. El manuscrito tendrá el siguiente formato de contenido: un título, autor (es), resumen en español y en inglés Abstract, introducción, desarrollo, conclusiones y referencias bibliográficas. Los trabajos de investigación deben llevar además materiales y métodos, resultados, discusión, agradecimientos, anexos, cuadros y figuras.
7. Las publicaciones de estudios o investigaciones deben realizarse según las regulaciones éticas establecidas y contar con el visto bueno del Comité de Bioética del Centro de Trabajo donde se realizó la investigación.
8. Las publicaciones deben respetar el derecho a la privacidad de las personas con trastorno mental; no se deben utilizar descripciones, fotografías y otros detalles que contribuyan a su identificación salvo autorización del mismo, sus padres o tutor.



9. El manuscrito se presentará en papel bond, tamaño carta, impreso por un solo lado y con la debida numeración de páginas en la esquina superior derecha.

10. Las referencias bibliográficas se enumerarán consecutivamente siguiendo el Sistema de Orden de Mención (Citation-order-system) en una lista titulada "REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS". Se identificarán en el texto mediante números arábigos entre paréntesis del mismo tamaño que el texto. No se debe usar notas al pie de página.

11. La longitud del manuscrito no sobrepasará la cantidad de 20 páginas.

12. En caso de que el artículo sea presentado por dos o más autores, se deberá presentar una nota en la cual se señale expresamente el nombre y orden de los autores. Esta nota y la solicitud de publicación debe venir firmada por todos y cada uno de los autores del artículo.

13. Por cada artículo que se publique, el autor (es) recibirá (n) 5 ejemplares de la revista.

14. Las opiniones emitidas en los trabajos que se publican son de responsabilidad exclusiva del autor (a) o autores (as)

15. El Comité Editor se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos para su publicación.

16. Todos los artículos son analizados y revisados por el Consejo Editor quienes determinan si el manuscrito cumple con los

lineamientos establecidos. Luego se procede a enviar el trabajo a dos revisores anónimos, que no conocerán el nombre del autor o autores del artículo.

17. Todos los trabajos aceptados para publicarse, pasan a ser propiedad de la Revista Cúpula. No se devolverá el manuscrito al autor (es), quien debe guardar copia de su trabajo, el Comité Editor no se hace responsable de daños o pérdidas del mismo.

18. Sólo se recibirán aquellos artículos que cumplan con el formato y la temática indicados. Los artículos que no se ajustan serán devueltos.

19. Los artículos se deberán enviar o entregar a la siguiente dirección: Comité Editorial "Revista Cúpula". Biblioteca Médica Dr. Gonzalo González Murillo Hospital Nacional Psiquiátrico, Pavas. Telfax. 22-90-26-44. Correo electrónico: **bmpsiquiatrico2304@gmail.com**

