

Revista  
Latinoamericana de  
**PSIQUIATRÍA**

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

**Editorial**

*Rodrigo Córdoba Rojas*

**Plan de acción de la WPA 2020-23:  
un camino a seguir para el futuro trabajo de la WPA**

*Afzal Javed*

**Mensaje de inicio de gestión**

*Enrique Bojórquez Giraldo*

**La creación estética: más allá de la empatía y de las  
neuronas espejo**

*Carlos Rojas-Malpica, Miguel Ángel De Lima-Salas,  
Alberto Velasco, Rodrigo Córdoba Rojas*

**¿Corresponde a los médicos de primer contacto  
atender a pacientes con trastornos depresivos?**

*Bernardo Ng*

**La inclusión laboral como meta en el tratamiento  
de las personas con trastornos mentales establecidos**

*Martha Patricia Saavedra García*

**Trastornos de ansiedad y covid 19**

*Sara Gilda Argudín Depestre, Miriam de la Osa O'Reilly*

**Nivel de desesperanza en pacientes hospitalizados  
con úlcera de pie diabético en un hospital público de Lima**

*William Aguilar-Rivera, Wilmer L. Fuentes-Neira,  
Rafael Delgado-Arroyo, Cristina Maya-Vázquez*

# 1

Volumen 20  
2021

# Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

## COMITÉ EJECUTIVO APAL 2020 -2022

### Presidente

*Enrique Bojórquez Giraldo (Perú)*

### Vice - Presidenta

*Marisol Taveras Ulerio (República Dominicana)*

### Secretaria General

*Elizabeth Rivera Chávez (Perú)*

### Secretaria de Finanzas

*Gisella Vargas Cajahuanca (Perú)*

### Directora de Secciones

*Cora Luquercho (Argentina)*

### Secretarios Regionales

Países del Cono Sur

*Alejandra Armijo Brescia (Chile)*

Países Bolivarianos

*Rommel Artieda Maruri (Ecuador)*

México, Centroamérica y el Caribe

*Edilberto Peña de León (México)*

## COMITÉ DE REDACCIÓN

### Coordinador

*Rodrigo Nel Córdoba Rojas*

### Miembros

*Alexie Vallejo*

*Angela Vélez T.*

*Jairo Gonzales*

*Juan F Cano R.*

## COMITÉ EDITORIAL

### Argentina

*Manuel Vilapriño*

*Maximiliano Cesoni*

### Chile

*Ulises Ríos Díaz*

*Leonor Bustamante Calderón*

### Colombia

*José Manuel Santacruz*

### Cuba

*Myriam De La Ossa*

### Ecuador

*Carlos León Andrade*

### España

*Luis Caballero*

### México

*Jesús Ramírez Bermúdez*

### Perú

*Ricardo Bustamante Quiroz*

### República Dominicana

*Eddy Peralta*

### Uruguay

*Cecilia Idiarte*

## Reglamento de Publicaciones (ver detalle en pág. 48)

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

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

# 1

Volumen 20  
2021

# Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

## PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

### Argentina

Asociación de Psiquiatras Argentinos

*Presidente: Santiago Levin*

### Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría

*Presidente: Cesar Oliva Castrillo*

### Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría

*Presidente: Antonio Geraldo Da Silva*

### Chile

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía

*Presidente: Lientur Taha M.*

*Secretaria General: Alejandra Armijo Brescia*

### Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría

*Presidente: José Manuel Santacruz*

### Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría

*Presidente: Francisco Golcher Valverde*

### Cuba

Asociación Cubana de Psiquiatría

*Presidenta: Miriam de La Osa O' Reilly*

### Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

*Presidente: José Ordoñez*

### El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

*Presidente: Mario Ernesto Flores*

### Guatemala

Asociación Guatemalteca de Psiquiatría

*Presidenta: Mirna Santos Ruan*

### México

Asociación Psiquiátrica Mexicana

*Presidente: Bernardo Ng*

### Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

*Presidente: Miguel Ángel Cuellar Hoppe*

### Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana

*Presidenta: Elizabeth Rivera Chávez*

### Puerto Rico

Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría

*Presidente: Esgardo Prieto Agostini*

### República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría

*Presidenta: Marisol Taveras Ulerio*

### Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

*Presidente: Luis Villalba*

### Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

*Presidenta: Petra Aponte Martínez*

# ÍNDICE

5	<b>Editorial</b> <i>Rodrigo Córdoba Rojas</i>
6	<b>Plan de acción de la WPA 2020-23: un camino a seguir para el futuro trabajo de la WPA</b> <i>Afzal Javed</i>
9	<b>Mensaje de inicio de gestión</b> <i>Enrique Bojórquez Giraldo</i>
10	<b>La creación estética: más allá de la empatía y de las neuronas espejo</b> <i>Carlos Rojas-Malpica, Miguel Ángel De Lima-Salas, Alberto Velasco, Rodrigo Córdoba Rojas</i>
19	<b>¿Corresponde a los médicos de primer contacto atender a pacientes con trastornos depresivos?</b> <i>Bernardo Ng</i>
26	<b>La inclusión laboral como meta en el tratamiento de las personas con trastornos mentales establecidos</b> <i>Martha Patricia Saavedra García</i>
37	<b>Trastornos de ansiedad y covid 19</b> <i>Sara Gilda Argudín Depestre, Miriam de la Osa O´Reilly</i>
40	<b>Nivel de desesperanza en pacientes hospitalizados con úlcera de pie diabético en un hospital público de Lima</b> <i>William Aguilar-Rivera, Wilmer L. Fuentes-Neira Rafael Delgado-Arroyo, Cristina Maya-Vázquez</i>
46	<b>Presentación de libros</b> <i>Rodrigo Córdoba Rojas</i>
48	<b>Reglamento de Publicaciones</b>

## **Diseño y Diagramación**

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

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

Me llena de orgullo presentar, como director, un nuevo número de la revista de APAL y el primero en la presidencia del Dr. Enrique Bojórquez y su nueva junta directiva, de quienes hemos recibido un importante apoyo. Creo que la posibilidad de tener un órgano de difusión que presenta la realidad e identidad de la psiquiatría latinoamericana es suficiente razón para hacer de nuestra publicación, que ha crecido a la par de nuestra sentida APAL, un importante órgano de debate y difusión.

Sera una revista que abarque diferentes temas, con un espíritu plural, amplio, participativo y democrático, como han sido los postulados de nuestra asociación.

Sin duda, los momentos que atraviesa el mundo con la situación asociada a la pandemia por covid 19 y en particular nuestro continente, donde se han hecho más visibles nuestras profundas grietas sociales, lo que, sin duda, ha afectado la salud mental de todos los casi 400 millones de habitantes de nuestro continente. Tarea grande para los cerca de 25000 psiquiatras de América Latina y los profesionales en salud mental, para entender mejor este proceso y ayudar a descifrar y ofrecer soluciones para que mejore la calidad de vida de las personas.

Debemos esforzarnos para llevar nuestra revista, a los más altos estándares de calidad y difusión científica, que nos una y permita compartir los avances en psiquiatría en cada uno de nuestros países.

Que sea el medio para difundir los diferentes eventos, reuniones e investigaciones que se hagan en cada uno de nuestros países.

En este número presentamos colaboración de diferentes países, así como el plan de trabajo de la asociación mundial de psiquiatría (WPA), en cabeza de su presidente, Dr. Afzal Javed; el de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), presentado por nuestro presidente, Dr. Enrique Bojórquez.

Sea la oportunidad para invitar a los colegas de la salud mental, a presentar sus trabajos y experiencias, con la certeza que sus resultados y observaciones, le permitirán a todos los colegas y pares del continente, sumar conocimientos que redundaran en beneficio de los pacientes.

Creo que nos esperan retos importantes, como la lucha contra el estigma, la detección temprana e intervención precoz de las enfermedades mentales, articular un modelo integral de salud mental y una gran cantidad de temas, que permitirán desarrollar nuestra profesión y contribuir en el esplendor de la psiquiatría latinoamericana.

**Dr. Rodrigo Córdoba Rojas**

*Coordinador de redacción*

# Plan de acción de la WPA 2020-23: un camino a seguir para el futuro trabajo de la WPA

## Afzal Javed

*MBBS, MCPS, D.PSYCH (Londres),  
BOARD CERT.PSYCH (Reino Unido),  
FRCPsych. (Reino Unido),  
M.PHIL (Edimburgo),  
Presidente de la Asociación  
Mundial de Psiquiatría  
afzalj@gmail.com*

La WPA aprobó su Plan de Acción para el trienio 2020-23 en su última Asamblea General celebrada en octubre de 2020. El Plan de Acción define las direcciones para el trabajo futuro de la WPA con referencia a las necesidades y prioridades emergentes en diferentes áreas de la salud mental desde una perspectiva mundial (1).

Existe una evidencia creciente de que los problemas de salud mental están aumentando, pero el hecho también es que solo una minoría de personas con trastornos mentales recibe algún tratamiento o intervención a pesar de un reconocimiento generalizado de la importancia de la salud mental (2). Sigue existiendo una gran necesidad de mejorar el acceso a la atención de salud mental de alta calidad en todos los países y de apoyar a los profesionales de la salud mental en sus importantes funciones como médicos, proveedores de servicios directos, formuladores de políticas y partidarios de los trabajadores de la salud en los sistemas de atención primaria y comunitaria.

WPA ([www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)) trabaja dentro de una perspectiva internacional que se centra específicamente en mejorar la cobertura de las intervenciones para tratar los trastornos mentales, prevenir los trastornos mentales y promover el bienestar mental, incluso mediante la formación pertinente de los profesionales de la salud mental y otros.

El plan de acción actual de WPA analiza varias áreas específicas que necesitan atención con aportes de varios de sus componentes. Los objetivos clave del plan de acción de la WPA incluyen:

- Promover la psiquiatría como especialidad médica en áreas clínicas, académicas, de investigación y promover la salud mental pública como principio rector.
- Destacar el papel específico de los psiquiatras en el trabajo con otros profesionales en los aspectos sanitarios, de salud pública, legales y sociales de la atención.
- Asegurar el compromiso positivo de la WPA con las sociedades miembros y los componentes de la WPA, los profesionales de la salud mental y los trabajadores de la salud en general.

Además, las características sobresalientes del próximo plan trienio incluyen la promoción de la psiquiatría en áreas clínicas, académicas y de investigación, promoviendo la salud mental pública como un principio rector para nuestras prácticas futuras, destacando el papel de los profesionales de la salud mental y los psiquiatras en particular en el trabajo con otros profesionales involucrados en la atención médica, legal y social en general y asegurando el compromiso positivo de la Asociación con las Sociedades Miembro y sus otros componentes.

La salud mental es una parte importante de la salud general tanto de los niños como de los adultos. Sin embargo, existen lagunas significativas en lo que sabemos sobre la mejor forma de tratar las enfermedades mentales en niños y jóvenes (3). Dado que los trastornos mentales son la causa más común de discapacidad en los jóvenes, el hecho de no abordar los problemas de salud mental de niños y adolescentes, incluidos los trastornos del desarrollo e intelectuales, especialmente en entornos de bajos recursos, se suma significativamente a los principales problemas de salud pública aumentando las consecuencias.

La combinación de enfermedades físicas y trastornos mentales es un desafío creciente en nuestros sistemas de salud. La comorbilidad supone un problema importante en la práctica y la prestación de los sistemas de salud en el mundo actual y los enfoques de enfermedad única no pueden abordar este problema de manera adecuada (4). Existe una amplia evidencia de que las comorbilidades añaden una mayor carga al aumento de la esperanza de vida y añaden una exposición más intensa a los factores de riesgo, en particular el tabaquismo, el abuso de alcohol, la inactividad física y la obesidad. Los enfermos mentales con enfermedades físicas comórbidas se enfrentan a problemas físicos, sociales y emocionales complejos. Por lo tanto, es importante abordar los problemas de comorbilidad como una prioridad.

El Plan de Acción 2020-2023 apoya firmemente el trabajo epidemiológico que explora la prevalencia de comorbilidades físicas en personas con problemas de salud mental y el desarrollo de pautas para el trabajo conjunto con profesionales no psiquiatras, la detección temprana de las comorbilidades físicas en pacientes con enfermedades mentales y el reconocimiento temprano de problemas de salud mental en el contexto de enfermedades médicas crónicas. Las estrategias para enseñar y capacitar a los profesionales de la salud mental y otros profesionales de la salud sobre estos temas se considera una prioridad para el trabajo futuro de la WPA.

El desarrollo de capacidades en el cuidado de la salud mental requiere asociaciones entre diferentes partes interesadas. Estas asociaciones deben ser sostenibles, desarrollar la calidad en la atención clínica y la inves-

tigación y crear un entorno estimulante para promover el conocimiento y las habilidades de los profesionales de la salud.

El Plan de Acción también prioriza la sensibilización, aceptación y promoción de la salud mental pública en las intervenciones de salud mental y aboga por la disponibilidad de programas públicos de capacitación en salud mental.

Al observar el impacto de la pandemia actual, la Organización Mundial de la Salud declaró al COVID-19 una emergencia de salud pública este año. Se ha extendido rápidamente por todo el mundo con un elevado número de muertes. Del mismo modo, aumentan los problemas de los enfermos mentales, en particular los que se encuentran en centros de atención de larga estancia (5). La WPA está comprometida a trabajar con las Sociedades Miembro y otras organizaciones para reducir los sufrimientos psicológicos en esta y otras pandemias similares con énfasis en el acercamiento mental público (6). La WPA se centra igualmente en el desarrollo de capacidades, la formación de profesionales de la asistencia sanitaria y social y la mejora continua de la educación y formación psiquiátricas entre los estudiantes de medicina (7).

La WPA es consciente de que existe un apoyo inadecuado para la investigación que encuentre las causas de las enfermedades mentales y determine los tratamientos más efectivos, seguros y mejor tolerados.

También es un paso esencial para continuar trabajando con el trabajo del plan de acción inconcluso de años anteriores a través de asociaciones actuales y nuevos socios. Para mantener la continuidad, WPA ha establecido varios grupos de planes de acción que han comenzado a formular planes y proyectos. Estamos compartiendo estas iniciativas con miembros de la WPA y obteniendo su apoyo para la implementación de tales actividades en diferentes entornos y países. Se espera que el Plan de acción de la WPA 2020-2023 genere un mayor interés entre todos los componentes de la WPA para desarrollar pautas y direcciones para el trabajo futuro. La WPA es optimista de que recibirá apoyo, aportes activos y consejos de nuestros miembros para establecer estas prioridades y marcar una diferencia real en la salud mental.

## Referencias Bibliograficas

1. Afzal Javed (2021) Establecimiento de áreas prioritarias para el nuevo trienio de la WPA. *Psiquiatría mundial*, 2021; 20: 1. 146. DOI: 10.1002 / wps.20840
2. QUIÉN. Atlas de salud mental 2017. Organización Mundial de la Salud, 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
3. Bor, W, Dean, AJ, Najman, J, Hayatbakhsh, R (2014). ¿Están aumentando los problemas de salud mental de niños y adolescentes en el siglo XXI? Una revisión sistemática. *Revista de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda* 48, 606–616
4. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa (2016) Abordar la comorbilidad entre los trastornos mentales y las principales enfermedades no transmisibles.
5. Tedros A G. (2020). Abordar las necesidades de salud mental: una parte integral de la respuesta COVID-19. *Psiquiatría mundial*, 2020; 19: 2: 129-30.
6. Champion J, Javed A, Sartorius N y Marmot M (2020). Abordar el desafío de salud mental pública de COVID-19. *Psiquiatría de Lancet*, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30240-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30240-6)
7. Ahmed Hankir et al. (2020). Una iniciativa de la Asociación Mundial de Psiquiatría para aumentar el interés en La psiquiatría como carrera en Qatar Estudiante de medicina: un estudio piloto. *Psychiatra Danubina*, 2020; Vol. 32, Supl. 1, págs. 135-138  
*“Traducción libre del director de la revista”*



## MENSAJE DE INICIO DE GESTIÓN

Es un placer dirigirnos a todas las Sociedades, Asociaciones y miembros de APAL, para a nombre del nuevo Comité Ejecutivo expresarles nuestro saludo fraterno al iniciar la gestión 2020 – 2022; y al mismo tiempo decirles que tengan la seguridad de que haremos todo lo que esté a nuestro alcance para estar a la altura de vuestras expectativas y de la alta responsabilidad que nos han encomendado.

Esta nueva gestión se inicia, en un contexto difícil por la pandemia, pero con dos hechos alentadores; el primero, somos resultado de la elección democrática de las 17 Asociaciones y Sociedades que conforman APAL y que participaron activamente en la última Asamblea General; y segundo, que por primera vez en la historia de APAL de los 8 miembros del Comité Ejecutivo 5 son mujeres. Hay nuevos y refrescantes vientos en APAL.

Luego permítannos delinear las líneas básicas de nuestro trabajo. La primera estará dirigida a fortalecer institucionalmente la APAL, y para ello fomentaremos la participación activa de nuestras Asociaciones y Sociedades bases en las decisiones y acciones que tomemos y llevemos a cabo. APAL somos todos, no solo su Comité Ejecutivo. En ese sentido es necesario una comunicación de ida y vuelta entre el Comité Ejecutivo y las bases de APAL. La nuestra es una Institución democrática y eso no puede ser sólo un enunciado sino una práctica.

Otra línea de trabajar será iniciar la modernización de APAL, para lo cual propondremos cambios estatutarios y mecanismos de participación más ágiles, democráticos y eficientes.

También, será nuestra tarea que APAL se pronuncie, oriente y responda en lo que nos compete, sobre diversos retos y problemas que vive América Latina, tales como la pandemia, los procesos de reforma de la salud mental, los cambios en la formación de especialistas en psiquiatría, la violencia, la corrupción, el papel de los medios de comunicación y otros. Es necesaria nuestra voz y que esta sea escuchada.

Finalmente, también, será importante fortalecer nuestras relaciones interinstitucionales con la WPA y otras asociaciones nacionales e internacionales; y nuestras actividades académicas, editoriales y de investigación necesarias para ayudar a garantizar la calidad de nuestras prestaciones y que esta se haga sobre la base de evidencias.

Como dijo el poeta peruano César Vallejo, “hay, hermanos y hermanas, muchísimo que hacer”

**Dr. Enrique Bojórquez Giraldo**

*Presidente de la APAL*

# La creación estética: más allá de la empatía y de las neuronas espejo

*Aesthetic creation: beyond empathy and mirror neurons*

## Carlos Rojas-Malpica

MD, Ph. D. Profesor Emérito de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

## Miguel Ángel De Lima-Salas

Profesor de Psiquiatría y de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

## Alberto Velasco

Psiquiatra en el Hospital Sainte Anne del Grupo Hospitalario Universitario de París, Psiquiatría y Neurociencias, Francia.

## Rodrigo Córdoba Rojas

Profesor Asistente, Centro Rosarista de Salud Mental - CeRSaMe, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - EMCS, Universidad del Rosario.

Director, Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso - Grupo CISNE, Bogotá, Colombia

*Dedicado a :*

### Dr. Néstor De la Portilla Geadá,

atento estudioso de la psiquiatría italiana.

### Dr. José Antonio Gubaira,

eminente cirujano endoscopista del Estado Carabobo.

### Dr. Manuel Matute,

infatigable explorador de la pequeña historia de personajes venezolanos.

Los autores no declaran conflicto de intereses

**Resumen** El presente trabajo se ubica dentro del campo de la *neuroestética*: el estudio científico de las bases neuronales de la contemplación y creación de una obra de arte (1). Se analiza el papel que desempeñan las neuronas espejo (NE) en la experiencia estética. Se parte del concepto de *enacción* de Francisco Varela –“la representación mental creativa de la acción potencial que un ser realiza en el mundo”–, y del de empatía –la “posibilidad de entrar en el sentir de otro”– con sustrato neurológico en el grupo neuronal precitado. Las NE, descritas por G. Rizzolatti en 1996, se vinculan con la experiencia estética del creador, permitiendo la anticipación mental al acto creativo que dará origen a su obra, y con la del espectador, participando en la capacidad para conmoverse frente al acto creativo del primero. También se muestran otras perspectivas: las neuronas Gandhi (Ramachandran) que participan en la vinculación del yo con las experiencias del otro, y los hallazgos de Gallagher, quien aprecia las NE como un sistema básico para lograr la simulación interna de las expresiones artísticas de otra persona. Se apela a la idea de “representaciones globales previas” de Changeux, que se activan para poder vincular la historia personal con la experiencia estética del presente, idea que conecta con la teoría de la consciencia central y la consciencia ampliada de Damasio. Se revisa la Teoría Seleccional de Grupos Neuronales de Edelman, para explicar la relación entre memoria y consciencia y la generación de los *qualia*. Finalmente, se desarrolla el concepto de *exocerebro*, de Bartra, entendido como una gran prótesis funcional de contenidos simbólicos que inciden en los circuitos cerebrales y logran variaciones en sus funciones según el contexto cultural donde se desenvuelva el ser humano. Se concluye que las NE son el punto de partida para una comprensión distinta de la experiencia estética, pero cuyo estudio no se agota en las mismas, dada su propia complejidad.

**Palabras clave:** Creación estética; neuroestética; empatía; neuronas espejo; neuronas Gandhi; representaciones globales previas; consciencia central y ampliada; teoría seleccional de grupos neuronales; exocerebro.

**Abstract** This work is located within the field of *neuroaesthetics*: the scientific study of the neuronal bases of contemplation and creation of a work of art. Here, it is analyzed the role that mirror neurons (NE) play in the aesthetic experience. Francisco Varela's concept of *enaction* – “the creative mental representation of the potential action that a being performs in the world”–, and empathy – “the possibility of entering the

---

*feeling of another”- with neurological substrate in the aforementioned neuronal group are presented. The NE, described by G. Rizzolatti in 1996, are linked to the aesthetic experience of the creator, allowing the mental anticipation to the creative act that will give origin to his work, and to that of the spectator, participating in the capacity to be moved in front of the creative act of the first one. Other perspectives are also shown: Gandhi’s neurons (Ramachandran), which participate in the linking of the self with the experiences of the other, and the findings of Gallagher, who appreciates the NE as a basic system to achieve the internal simulation of the artistic expressions of another person. It appeals to Changeux’s idea of “previous global representations”, which are activated in order to link personal history with the aesthetic experience of the present, an idea that connects with Di Masio’s theory of central consciousness and expanded awareness. Edelman’s Neural Group Selection Theory is reviewed to explain the relationship between memory and consciousness and the generation of qualia. Finally, Bartra’s concept of the exocerebrum is developed, understood as a great functional prosthesis of symbolic contents that affect the brain circuits and achieve variations in their functions according to the cultural context where the human being develops. It is concluded that the NE are the starting point for a different understanding of the aesthetic experience, but whose study is not limited to them, given their own complexity.*

**Keywords:** Aesthetic creation; neuroaesthetics; empathy; mirror neurons; Gandhi neurons; previous global representations; central and expanded consciousness; selective neuronal group theory; exobrain (exocerebrum).

---

## Historia mínima

A partir de Kandel, presentamos esta breve reseña histórica, a manera de introducción al tema que se desarrollará en el texto. Parece ser que el primero en publicar sobre el interesante asunto del arte en los enfermos mentales fue Philippe Pinel (1745-1826), cuando en 1801 refirió que la locura había “desenterrado un talento oculto” en dos pacientes suyos. De la misma fuente podemos saber que, en 1812, Benjamin Rush (1746-1813), uno de los precursores de la psiquiatría norteamericana, hizo algo parecido con sus pacientes, y dijo que la locura era “como un terremoto”, que deja ver lo que está escondido en el fondo de la tierra. En 1864, el criminólogo italiano Ezechia Marco Lombro-

so (1835-1909), mejor conocido por su pseudónimo: *Cesare Lombroso*, presentó su colección de obras de enfermos mentales que tituló *Genio e Folia* (“Genio y locura”). En la tercera década del siglo XX, Hans Prinzhorn, psiquiatra e historiador del arte, publicó su celebrada *Iconografía de Prinzhorn*, que todavía es objeto de estudio por los más importantes concedores del tema (2). Desde entonces hasta las neurociencias contemporáneas, hay un largo recorrido que llega hasta el núcleo de lo que se presenta en esta comunicación.

## Contemplando algunos hechos empíricos

Hace ya muchos años, el destacado psiquiatra venezolano, Dr. Manuel Matute, nos obsequió una fotocopia

extraída de la publicación periódica *El Cojo Ilustrado* (3), a la postre extraviada, lo que obstaculiza su cita formal. Allí se refiere que, a finales del siglo XIX, un intelectual argentino, interesado en la obra de Arturo Michelena (4), decide visitarlo en su casa de Caracas y, en apretada síntesis, hace el siguiente relato: Michelena está con su esposa, la señora Lastenia de Michelena, y le pide unos pinceles, acuarelas y una tela “como para entretenerse”, pues finalmente va a pintar el perro, cuadro que ella le había solicitado anteriormente. Ya con los aditamentos requeridos colocados en su lugar, se dirige al patio interior de la casa, con los ojos cerrados, pero como si estuviera mirando hacia arriba, hasta colocarse frente a la tela, y progresivamente hace aparecer en ella la imagen del perro que tanto deseaba su esposa. Desde el punto de vista de las neurociencias contemporáneas, el relato no puede ser más interesante. Antes de ejecutar el trabajo creador, el artista representa primero la imagen en su mente, y al hacerlo, probablemente también piensa cómo se deben mover sus manos antes de plasmarla en la tela, lo cual, además, podría tomarle un dilatado tiempo de previo trabajo interior. No es solamente una imagen visual, sino también motora, que exige activar diversas regiones del cerebro, especialmente el lóbulo occipital, la corteza motora del lóbulo frontal y las áreas de asociación que correspondan. El análisis remite al problema de las representaciones y de la así denominada *enacción* (anglicismo derivado de *enaction*), definido por Francisco Varela en los siguientes términos:

*Proponemos la designación “enactivo” para enfatizar la creciente convicción de que la cognición no es la representación de un mundo pre-dado por una mente pre-dada, sino más bien la puesta en obra de un mundo y una mente a partir de una historia de la variedad de acciones que un ser realiza en el mundo. El enfoque enactivo toma seriamente, pues, la crítica filosófica de la idea de que la mente es un espejo de la naturaleza, e incluso aborda este problema desde el corazón de la ciencia* (5).

El tema podría dar lugar a un debate sobre las relaciones entre los conceptos de *eidólon*, *eikón* y *phantasia*, es decir, entre el mundo de las ideas o conceptos, los iconos y la fantasía o imaginación (6).

Pero el fenómeno no queda circunscrito a la creación estética. Preguntamos a un eminente cirujano laparoscopista venezolano, el Dr. José Antonio Gubaira,

si antes de ir al quirófano se representa a sí mismo ejecutando los procedimientos y técnicas del acto quirúrgico, y la respuesta fue afirmativa, aunque también respondió que esa parte mental de la actividad quirúrgica jamás se estudia ni analiza en la formación profesional de los cirujanos ni de los expertos endoscopistas. Además, el Dr. Gubaira es también jugador de golf, y motivado por la primera pregunta, comentó que la técnica del *putt* consiste en ejecutar el movimiento varias veces, sin darle a la bola, y que ese ejercicio mejora mucho la ejecución de la “melodía cinética” necesaria para golpear la bola y luego enviarla correctamente hasta el hoyo.

Veamos este fragmento de Gabriel García Márquez, tomado de *El General en el laberinto*, referido a los cuidados que el ordenanza José Palacios le prodigaba al Libertador Simón Bolívar, así como el comportamiento de este último:

*...puso la bacía de espuma en el mármol del tocador, y el estuche de terciopelo rojo con los instrumentos de afeitarse, todos de metal dorado. Puso la palmatoria con la vela en una repisa cerca del espejo, de modo que el general tuviera bastante luz, y acercó el brasero para que se le calentaran los pies. Después le dio unas antiparras de cristales cuadrados con una armazón de plata fina, que llevaba siempre para él en el bolsillo del chaleco. El general se las puso y se afeitó gobernando la navaja con igual destreza de la mano izquierda como de la derecha, pues era ambidiestro natural, y con un dominio asombroso del mismo pulso que minutos antes no había servido para sostener la taza. Terminó afeitándose a ciegas sin dejar de dar vueltas por el cuarto, pues procuraba verse en el espejo lo menos posible para no encontrarse con sus propios ojos. Luego se arrancó a tirones los pelos de la nariz y las orejas, se pulió los dientes perfectos con polvo de carbón en un cepillo de seda con mango de plata, se cortó y se pulió las uñas de las manos y los pies, y por último se quitó la ruana y se vació un frasco grande de agua colonia, dándose fricciones con ambas manos en el cuerpo entero hasta quedar exhausto...(7)*

No es posible entrevistar a García Márquez para conocer el proceso subjetivo que lo llevó a escribir este texto, ni tampoco disponemos de alguna entrevista realizada con ese mismo propósito, pero es posible elaborar una conjetura novedosa y verosímil sobre

esa experiencia. Podríamos suponer que el escritor pudo haber estado en una habitación privada del Libertador con todos los objetos que se describen en el relato, porque es conocido que muchos objetos que fueron de su uso personal se conservan en diversas casas y museos de Venezuela y Colombia. Pero no es suficiente con eso. Debía además conocer y haber realizado muchas lecturas de la vida cotidiana de Simón Bolívar y de las personas que le acompañaban, como el caso de la ordenanza José Palacios y muchos otros. Pudo haber ido un poco más allá, hasta sentir junto con su personaje la experiencia que relata, y de alguna manera, reproducir en su interior todo el mundo vivencial de Simón Bolívar. Sin llegar a constituir una experiencia psicótica, ni de perder los límites de su propio yo, en ese momento, el novelista, al reproducir en sí mismo a Simón Bolívar en la situación y momento que describe (con los ojos cerrados, como Arturo Michelena), se vale de una técnica de exploración literaria y creación estética, que probablemente ya había utilizado en otras oportunidades. Es difícil lograr ese vívido relato como un simple observador externo, distanciado del personaje que se desea narrar. Es decir, que en el novelista se dieron, o las procuró deliberadamente, todas las condiciones para establecer una relación de empatía con su personaje histórico. El término empatía deriva de la palabra alemana *einfihlung*, que puede entenderse como entrar en el *sentir del otro*, o en términos coloquiales, estar “bajo la piel” o “en los zapatos del otro”. En las neurociencias contemporáneas, la empatía ha sido relacionada con la actividad de las neuronas espejo de Rizzolatti (8). Es importante examinar este sustrato neurológico en el proceso creador, aunque también veremos que no es suficiente para una cabal comprensión del mismo.

### Las neurociencias, la empatía y la creación estética

En el año 1996, Giacomo Rizzolatti, neurobiólogo italiano (Kiev, 1937- ), en trabajo conjunto con Giuseppe di Pellegrino, Luciano Fadiga, Leonardo Fogassi y Vittorio Gallese, en la Universidad de Parma, Italia, descubrió las *neuronas espejo* (NE) (9). Dichas neuronas se encuentran en la corteza motora primaria, especialmente en la región posterior del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo y en la porción inferior del lóbulo parietal, lo que incluye el área de Broca en los humanos. Se activan tanto en monos como en humanos cuando se observa a otro realizar un movimiento,

y son el mismo grupo neuronal tanto en el observador, como en el que ejecuta el movimiento. Las neuronas espejo del mono también pueden ser activadas si observa a un humano tomar en sus manos un bocado de alimento. El recorrido neurológico comienza por la percepción en la corteza visual (área temporal medial e inferior) y la corteza occipital, continúa en la corteza parietal posterior, donde se integran las señales visuales y propioceptivas para observar y ejecutar el acto motor, sigue con la activación de la corteza frontal ventral premotora, donde se codifican y planifican las metas del movimiento, y de allí pasa a la corteza motora primaria del giro precentral. Rizzolatti relaciona las NE con la capacidad de imitación, a la cual le atribuye una función muy importante en la filogénesis humana (10). La Escuela de Parma no se ha quedado con ese primer descubrimiento, sino que ha teorizado sobre procesos mucho más complejos, que abordaremos a continuación:

Vittorio Gallese, miembro del equipo de investigadores de Rizzolatti, aborda la intersubjetividad y la empatía partiendo de sus investigaciones con las NE (11), pero también se ocupa de un tema tan arduo como la creación estética, aunque aclara muy bien los límites de las neurociencias en la exploración científica del problema. Si se entiende por estética una producción histórica, cultural, personal o colectiva, a través de la cual el hombre expresa sus inquietudes, sufrimientos, celebraciones, frustraciones libidinales, conflictos inconscientes, sublimación de deseos reprimidos, logros y fracasos, así como el universo simbólico en el que vive inmerso, entonces la denominada *neuroestética* tiene muchas limitaciones para abordar el tema, pero si nos circunscribimos a la exploración de la *experiencia estética*, –y el proceso indagatorio entiende la estética a partir de su etimología griega *aisthesis* o sensibilidad–, las neurociencias tendrían mucho que aportar a la comprensión del fenómeno. Los experimentos más recientes han demostrado la relevancia social del *mecanismo espejo*. Hay NE que se activan con estímulos distantes y otras en situación de proximidad. Las áreas motoras frontales y parietales se integran para controlar el movimiento, pero también para la construcción de un formato integrado donde queda representado el cuerpo y sus interacciones con el mundo, que no requiere el uso del lenguaje. Al mismo tiempo, las NE y su funcionamiento, están reguladas por la proxemia (12). La investigación de Gallese sobre la

empatía y las NE también podría tener mucha importancia para el conocimiento de los fenómenos transferenciales en el psicoanálisis y la psicoterapia (13).

Vilayanur S. Ramachandran (Tamil Nadu, India, 1951- ) también ha hecho experimentos con las neuronas espejo de Rizzolatti. Cuando una persona ve masajear el brazo de otro, se activa el área cerebral de recepción sensorial correspondiente, aunque, sin embargo, no refiere sensación alguna. Pero si al espectador se le bloquea el plexo braquial, anulando toda la información que la extremidad envía al cerebro, entonces, ante la misma escena, siente que le están masajeando el brazo. Ese experimento lo lleva a plantear el tema de los límites del Yo, y llama *Neuronas Gandhi* a las que se activan en el experimento, porque colocan al Yo fuera de sus propios límites y detrás de la piel del otro, como de alguna manera plantea la filosofía orientalista de Mohandas Karamchand (*Mahatma*) Gandhi (1869-1948) (14,15).

Juhani Pallasmaa se aproxima a la obra de arte, especialmente en la arquitectura, como una simulación corporalizada. El proceso creativo tiene su primera sede en el cuerpo. Considera la arquitectura como una imagen de la vida. Apela al concepto de *personalidad situacional* para referirse a la variabilidad del comportamiento en los distintos espacios arquitectónicos, así como a la experiencia del escultor Henry Moore, quien refiere el proceso de externalización que parte de su propio centro de gravedad, transformando un proceso interior en una masa estética con volumen y peso, y que ocupa un lugar en el espacio. Menciona al poeta Eupalinos de Megara, *El Arquitecto*, recordado por Fedro en su diálogo con Sócrates, cuando ya muertos y residentes del transmundo, le evoca el deseo del poeta de que su templo debía mover a los hombres como los mueve su ser amado (16). Los ejemplos ilustran sobre la profunda e inextricable relación entre el mundo vivencial y la obra de arte. No queda duda de la importancia de la *experiencia estética*. Hay que señalar que, cuando Gallesse y sus colaboradores se refieren a la importancia de la empatía en dicha *experiencia estética*, lo hacen fundamentalmente para describir el proceso creador, pero hay también una vivencia a la que podríamos dar el mismo nombre, que se da en el espectador y en el crítico de arte, cuando contempla un ballet, escucha un concierto, lee un poema o presencia una película conmovedora, que ha sido trabajada con mucha profundidad y acierto por

otros investigadores de las neurociencias, entre otros, por Sir Michael Trimble, profesor de neurología de la conducta de la Universidad de Londres (17). Esta experiencia fue resumida, con mucha antelación a estos hallazgos, por el laureado poeta mexicano José Emilio Pacheco cuando afirmó: “*no leemos a otros, nos leemos en ellos*” (18).

Sin embargo, hay objeciones a la hipótesis de la *Teoría de la Simulación* (TS) del esclarecido Grupo de Parma para la explicación de la empatía. Para Gallagher, las NE aportan un sistema básico, automático, corporal, para una simulación interior de las expresiones de otra persona, que posteriormente permite aprehender el estado mental y las motivaciones del otro, pero se necesita algo más para llegar hasta la empatía. Según Decety, la empatía no es solamente la resonancia emocional o la actividad motora desencadenada por la relación con el otro, sino que implica la compenetración con el estado mental del otro (19), y que, siguiendo a Goldman, exige una estimulación de alto nivel que implica procesos de explícita autorreflexión, que él llama *imaginación enactiva*, a ser distinguida de la lectura de la mente (*mindreading*) que ocurre desprevenidamente en la vida cotidiana (20). Parece necesario distinguir entre una empatía básica, para la cual es suficiente el sistema de las NE de Gallesse, y otra –de alto nivel–, relacionada con el fenómeno denominado *Teoría de la Mente* (TN) que puede prever y explicar mucho mejor el comportamiento de una persona en una situación social más compleja. Gallagher termina dando mucha importancia a lo que él denomina *narrativas*, adquiridas desde la infancia y enriquecidas en el espacio cultural, porque proporcionan un fundamento hermenéutico (*massive hermeneutical background*) sin el cual no es posible la relación con el otro (21). Todo indica que el análisis de la empatía lleva gradualmente de lo puntual a lo complejo, del momento empático al estudio de la consciencia –al decir de Descartes, el espacio donde toda evidencia y saber deben ser legalizados–.

### La cultura, la consciencia y la creación estética

La consciencia ha sido tema de estudio de importantes neurocientíficos contemporáneos. Gerald Edelman, Cristoph Koch, Antonio Damasio, José Luis Díaz y Jean Pierre Changeux han desarrollado constructos

teóricos para explicar la complejidad de fenómeno de la consciencia, partiendo sobre todo de modelos de funcionamiento cerebral, que podrían ser muy útiles para comprender el tema de esta comunicación, que no es necesario describir con detalle, aunque sí consignar su importancia, para avanzar en el análisis.

Para Changeux, el cerebro y sus redes neuronales funcionan como un sistema auto-organizado, abierto y motivado, capaz de activarse por sí mismo. Esa relativa autonomía funciona en un arreglo termodinámico con el exterior, que recuerda el comportamiento de las *estructuras disipativas* de Prigogine. El autor propone que la consciencia daría acceso al presente, al pasado y al futuro mediante procesos cognitivos de simulación y de supervisión. En el medio se encuentran las *representaciones globales previas* (RGP), que se activan en cada situación que lo demande. El concepto de la RGP es muy próximo al ya citado de enacción en la terminología de Varela. En relación con el tema de la empatía y la creación estética, las investigaciones de Changeux son muy importantes porque plantean el tema de los contenidos mentales pasados, conservados como RGP, incluso bajo la forma de memes, que pueden ser matrices que faciliten la realización de la obra de arte, pero que también, al reconocer al cerebro como un sistema abierto, organizado y motivado, le describe propiedades relevantes para el aspecto creador de la *experiencia estética* (22,23). Crick y Koch se han interesado por los *Correlatos Neurales de la Consciencia* (CNC). Parten de la misma concepción darwiniana de los autores contemporáneos, e incluso hablan de un *homúnculo inconsciente* y de los *zombie modes* (24) que pueden ser pensados como reflejos corticales inconscientes estructurados como respuestas rápidas y estereotipadas. El símil con el zombi sería el comportamiento automatizado en un sujeto con cierto grado de alteración de la consciencia, que, al mismo tiempo, luce vacío de iniciativas voluntarias y de reflejos vivaces en la conducta. La metáfora tiene sentido, porque si, efectivamente, todo el comportamiento del sujeto no estuviese iluminado con el brillo vivencial de la consciencia, luciría como una especie de robot neuromotor. Los *zombie modes* podrían estar conectados o ser los mismos que se activan en lo que anteriormente fue referido como *empatía básica*, que no requiere de un alto nivel de complejidad ni participación consciente (25).

Antonio Damasio (Lisboa, 1944) es un neurocientífi-

co luso-americano que trabaja en los Estados Unidos. Como los autores anteriores, elabora una teoría de la mente (TM), con un punto de partida darwiniano. Se interesa por los *qualia* y habla de una *consciencia central*, que informa del aquí y del ahora, y de una *consciencia ampliada* que se inscribe en lo biográfico y da acceso al presente, al pasado y al futuro, aunque no sean separables una de la otra en el flujo total de la actividad mental. Su investigación enfatiza en las emociones y los sentimientos. La consciencia ampliada, por su riqueza semántica, permite discriminar una verdadera policromía de sentimientos. Se expresan allí la complejidad y la variedad indispensables para la consciencia. La consciencia central del aquí y el ahora puede ser la misma que se entera de los fenómenos primordiales de la empatía, mientras que la consciencia ampliada relaciona esos contenidos vivenciales con la memoria autobiográfica y con algunas experiencias previas que permiten cualificar mejor la situación inmediata (26). Gerald Edelman tiene zonas conceptuales comunes con los autores ya citados. El reconocimiento del Yo, la concepción compleja de la consciencia y los fenómenos estocásticos que la subyacen están presentes en su *Teoría Selectiva de Grupos Neuronales* (TSGN), que viene desarrollando desde 1977 (27). Los grupos neuronales, que trabajan con información especializada, gracias a la configuración anatómica del SNC, que organiza las áreas especializadas en un sistema paralelo de señales re-entrantes, logran integrar la información almacenada en la memoria y presentarla en una escena coherente y unificada en la consciencia. Aunque no hay una zona máster desde la que se gobierne la conciencia, existe un núcleo dinámico constituido por redes de grupos neuronales que cambian constantemente, de allí que se les puede considerar N-dimensionales. Es allí donde ocurre el maravilloso fenómeno por el que una actividad física cerebral se transforma en mental y ocurre el fascinante fenómeno de los *qualia* (28,29). La TSGN permite comprender cómo, del fenómeno empático inicial, se pasa a un nivel de complejidad mayor, como el planteado por Gallagher cuando propone una lectura que llegue más allá de las NE hasta procesos más complejos indispensables para una TM. Como puede verse, el cerebro es una estructura compleja y unitaria y ningún acontecimiento de nivel consciente puede ser entendido fuera de esa complejidad. Sin embargo, hasta ahora, todas las respuestas se han

buscado dentro del cerebro, cuando es muy probable que eso no sea suficiente. La circunscripción de la investigación científica a la *experiencia estética*, en términos de procesos cerebrales, podría ser desbloqueada si se apela al concepto de *exocerebro* planteado por el antropólogo mexicano Roger Bartra (Ciudad de México, 1942- ), que será abordado de inmediato:

El cerebro es un órgano que recibe permanente información de todo el organismo. Aferencias sensitivas viscerales, propioceptivas, táctiles, mensajes químicos del medio interno y de los sentidos lejanos y próximos llegan permanentemente al cerebro y se traducen en respuestas motoras, homeostáticas y de ajuste ante el medio ambiente. Describirlas sería objeto de un tratado de neurociencias. Lo que interesa resaltar ahora es que el cerebro trabaja informado por un inmenso y complejo sistema de señales a las que debe dar oportuna y acertada respuesta. Pero hay que diferenciar entre *señales y símbolos*. El cerebro necesita de ambos, pero los símbolos no están en el cuerpo sino en la cultura. Además de las señales, también hay un universo simbólico que se produce en la cultura y que tiene dimensiones incalculables. Es en éste último espacio donde Bartra ubica el exocerebro, para el que la cultura sería una inmensa “prótesis” funcional, pues deben ocurrir variaciones de la actividad cerebral según el contexto cultural, incluso algunos circuitos interiores quedarían incompletos, y hasta podrían atrofiarse sin la prótesis formidable contenida en la cultura. No se trata de proponer un nuevo homúnculo donde los símbolos culturales sean transducidos a actividad nerviosa y viceversa. La consciencia que Bartra propone no está circunscrita al órgano cerebral, sino que se ha desarrollado en la filogénesis a partir del contacto con la cultura. Parte de los neurocientíficos muy someramente tratados anteriormente, aceptan ese Yo abierto a lo exterior por la NE y las Neuronas Ghandi que Ramachandran deriva de Rizzolatti, explora a través del lenguaje el problema de la hermenéutica de la consciencia y la constitución del Yo, sigue con atención la neurofenomenología de Varela y las relaciones de autonomía/heteronomía de los seres vivos, la consciencia nuclear y la consciencia ampliada de Damasio; pero Roger Bartra va más allá y sitúa la consciencia en el exocerebro. Se vale de la imagen proporcionada por la *Botella de Klein*, una superficie donde se sale al entrar y se entra al salir, y que no tiene, por lo tanto, ni afuera ni adentro. El exocerebro no

está adentro ni está afuera. El locus para el exocerebro se formó durante la expansión del cerebro ocurrida durante las glaciaciones, donde quedaron espacios libres, como las pechinas de los arquitectos, que son espacios sobrantes, no calculados por el ingenio, pero que luego sirvieron, por un proceso de *exaptación* (no de adaptación, porque su uso fue posterior a su aparición), para establecer nuevas asociaciones con el mundo, especialmente a través del lenguaje, donde cada cosa adquirió un nombre a través de un proceso muy parecido a lo que hoy se conoce como sinestesia (30,31). Sin el universo simbólico de la cultura, no hay, entonces, ni consciencia, ni empatía, ni TM ni tampoco esos procesos complejos, estocásticos, N-dimensionales que hacen posible la experiencia estética.

### Corolario

No se puede comprender la consciencia hurgando solamente en el cerebro y sin mirar afuera. El ser humano no puede ser ubicado como aislado ni circunscrito al cerebro como un producto de su actividad neuronal. Necesita del *otro* para poder interactuar y sobrevivir. De haber prestado atención a los filósofos de la Antigua Grecia, sabríamos que el hombre es irreductible a su naturaleza, y que 2.500 años más tarde, todavía se justifica una metafísica para comprender mejor los tiempos contemporáneos.

Héctor Pérez-Rincón, distinguido profesor de psiquiatría de la Universidad Autónoma de México y Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina del país azteca, es un estudioso de las humanidades y de su relevancia en la conformación del saber psiquiátrico contemporáneo. Conoce la obra de Marcel Proust como muy pocos lo han logrado. Nos permitiremos una cita extensa de su autoría, que guarda mucha relación con el tema de este artículo:

*El novelista francés se devela como un agudo explorador de la psique a través de varios caminos por su condición de paciente, como creador de una obra que genera un universo paralelo dentro del que se despliega una reflexión sobre la vida, el arte y el papel de la creación; por el análisis de los mecanismos que la hacen posible y la búsqueda de leyes generales semejantes a las que rigen la investigación científica; por su descripción clásica de la diferencia entre el tiempo subjetivo y el tiempo histórico, y por su aportación a la fenomenología de la rememoración súbita e involuntaria de una atmósfera emocional completa, a partir de la percepción de un estímulo que pone*



en contacto dos momentos diferentes. Proust brinda una mirada original sobre los otros grandes temas de su obra: por un lado, el amor bajo todas sus formas, con sus peculiaridades y peligros, y por el otro, la función hipócnica y en menos medida la actividad onírica, los estados hipnagógicos e hipnopómpicos, la estructuración y la disolución de la conciencia, y el efecto que los fármacos tienen sobre ese proceso. “En busca del tiempo perdido” es una obra en la que está presente en todo momento una mirada médica (32).

La obra de Marcel Proust, como agudo explorador de la psique, se nutre de un enorme esfuerzo introspectivo, pero al mismo tiempo está alimentada con un conocimiento riguroso del saber médico de su tiempo. Al mismo tiempo que se sumerge en un colosal laberinto subjetivo, levanta la mirada a lo exterior, el lenguaje y el mundo simbólico, porque forma parte de él. Hace uso de la inmensa prótesis a la que da acceso el exocerebro de Roger Bartra.

La creación estética va mucho más allá de la empatía y de las neuronas espejo. Hay períodos históricos que han sido especialmente fértiles, como el Renacimiento de finales del siglo XV y del siglo XVI, el denominado Siglo de Oro Español, el romanticismo alemán del siglo XIX que puso los sentimientos por encima de la razón, el impresionismo de la pintura francesa, el surrealismo de la primera posguerra y los movimientos artísticos ocurridos en Norteamérica coincidiendo con la contracultura hippie de los años 60, que dan cuenta de ciertas atmósferas sociales donde parece encenderse el candil de la creatividad en medio de ardientes debates estéticos, sociales y políticos. En Latinoamérica no es posible olvidar la coincidencia de Diego Rivera (1886-1957) y José Clemente Orozco (1883-1949) en un México donde todavía se oía la pólvora de la Guerra Civil de comienzos del siglo XX, como tampoco el formidable movimiento cinético venezolano de Jesús Soto y Carlos Cruz Díez que toma por escenario la Europa de los años sesenta en adelante.

La empatía, la TM y las NE, los procesos complejos de la conciencia y el orden simbólico que permite el exocerebro, sin ninguna duda intervienen en diversos niveles de la organización de la experiencia y la creación estética, pero también en muchas otras situaciones relevantes de la vida. Probablemente las NE son las responsables de la empatía entre la madre y su hijo recién nacido, y las que le permiten comprender cuándo el niño llora por hambre, dolor o cualquier

otro malestar, en una comunicación muy profunda, a través del cuerpo, cuando todavía no hay lenguaje. El psiquiatra y neurólogo francés Boris Cyrulnik, cuyo padre desapareció en el horror de Auschwitz durante la Segunda Guerra Mundial, pero que también fue hecho preso por la GESTAPO cuando apenas tenía 6 años de edad, y que ha trabajado con niños soldados en África, destacó el valor del sufrimiento y la empatía en la búsqueda y encuentro del sentido de la vida, proceso que puede ser considerado como una tentativa de reconstruir subjetivamente el universo en el que se desarrolló a través de la empatía precitada. Puesto en perspectiva con el tema de la creación artística, esto, a la vez, permite establecer un puente entre la empatía y la sublimación. Finalmente, los niños soldados quieren ser médicos o periodistas, bien para ayudar con el relato de las experiencias vividas o con la curación y recuperación de las lesiones sufridas por otros niños en la guerra (33). No queda duda: Rizzolatti y el grupo de Parma han ofrecido al mundo científico una fresca fontana para fundar una nueva antropología. De ella estamos bebiendo...

## Referencias Bibliograficas

1. Nalbantian Suzanne. Neuroaesthetic: neuroscientific theory and illustration from the arts. *Interdisciplinary Science Reviews*, 2008, 33(4): 257-368
2. Kandel, Eric. La nueva biología de la mente. Editorial Paidós: Barcelona, España, 2019.
3. El Cojo Ilustrado fue una revista quincenal venezolana, publicada entre 1892 y 1915. Tuvo colaboradores muy distinguidos de Venezuela e Hispanoamérica. [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org). Consulta en línea el 15/4/2020.
4. “Francisco Arturo Michelena Castillo, mejor conocido como Arturo Michelena (Valencia, 1863-Caracas, 1898). Pintor venezolano, quien desde niño manifestó excepcional talento para el dibujo y la pintura. Está considerado uno de los más grandes pintores venezolanos del siglo XIX. El presidente Joaquín Crespo le concedió una beca para estudiar en París, al igual que a Cristóbal Rojas”. Arturo Michelena. [es.wikipedia.org](http://es.wikipedia.org). Consulta en línea el 2/10/2020.
5. Varela, F. J.; Thompson, E.; Rosch, E. De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Barcelona: Editorial Gedisa, 1997.
6. Rojas-Malpica, Carlos. “Las alucinaciones y el delirio como representaciones anancásticas”. En *Salud Mental*, 2010, vol. 33, n. 5, pp. 379-387.
7. García Márquez, G. El general en su laberinto. Cit. por Luna, Félix. “García Márquez y la historia”. En *La presencia del ausente. Homenaje a Gabriel García Márquez*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2007, pp. 17-25.

8. Rizzolatti G., Craighero L. "The Mirror-Neuron System". En *Annu. Rev. Neurosci.* 2004, 27, pp. 169-92. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230.
9. Rizzolatti G, Craighero L. *Óp cit.*
10. Purves, Dale; Augustine, George J.; Fitzpatrick, David; Hall, William C., La Mantia, Anthony-Samuel; Mooney, Richard D.; Platt, Michael L.; White, Leonard E. (Eds.). *Neuroscience*. Sunderland, Massachusetts : Oxford University Press, 2018.
11. Gallese, Vittorio. "Neuroni Specchio e intersoggettività". Conferencia en el Congreso de Jóvenes Psiquiatras. Roma, 2016. Youtube, en línea: 15/4/2020.
12. Gallese, Vittorio. "Architectural space from Within: The Body, Space and the Brain". En Pallasmaa, Juhani; Mallgrave, Harry Francis; Robinson, Sarah; Gallese, Vittorio (Eds). *Architecture and Empathy*. Tapio Wirkkala Rut Bryk Foundation: Finland, 2015, pp. 64-77.
13. Gallese, V.; Migone, P., Eagle, M. N. "La simulación corporalizada: las neuronas espejo, las bases neurofisiológicas de la intersubjetividad y algunas implicaciones para el psicoanálisis". En *Clínica e Investigación Relacional*, 2009, vol. 3, n. 3, pp. 525-556. [[http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA Online/Volumen33Octubre2009/tabid/64\\_5/Default.aspx](http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA Online/Volumen33Octubre2009/tabid/64_5/Default.aspx)] [ISSN 1988-2939].
14. Ramachandran, V. S.; Rogers-Ramachandran, D. "Phantom Limbs and Neural Plasticity". *Arch Neurol.* 2000, vol. 57, pp. 317-320.
15. Ramachandran, V. S.; Hubbard, E. M. "Synaesthesia. A Window Into Perception, Thought and Language". En *Journal of Consciousness Studies*, 2001, vol. 8, N. 12, pp. 3-34.
16. Pallasmaa, Juhani. "Empathic and Embodied Imagination: Intuiting Experience and Life in Architecture". En Pallasmaa, Juhani; Mallgrave, Harry Francis; Robinson, Sarah; Gallese, Vittorio (Eds.). *Architecture and Empathy*. Tapio Wirkkala Rut Bryk Foundation: Finland, 2015, pp. 4-19.
17. Trimble, Michael. *Why Humans Like to Cry? Tragedy, Evolution, and the Brain*. Oxford University Press: Oxford, RU, 2012.
18. Carrillo Juárez, C. D. "El lector en la poética de José Emilio Pacheco". En *La Colmena*. Toluca de Lerdo: Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en <http://web.uaemex.mx/plin/colmena/Colmena35-36/Aguijon/Carrillo.html>. Consulta en línea el 7/6/2020.
19. Decety, Jean. "Une anatomie de l'empathie". En *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 2005, vol. 3, n. 11, pp. 16-24. Citado por Gallagher, ver infra.
20. Goldman, Alvin. *Simulating Minds: The Philosophy, Psychology and Neuroscience of Mindreading*. Oxford University Press: Oxford, 2006. Citado por Gallagher. Ver infra.
21. Gallagher, Shaun. "Empathy, Simulation, and Narrative". *En Science in Context*. 2012, vol. 25, n. 3, pp. 355-381.
22. Changeux, J. P. *El hombre de verdad*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica. 2005.
23. Changeux, J. P. *Razón y placer*. Barcelona: Tusquets Editores, S. A., 1997.
24. Crick, F., Koch, C. "A Framework for Consciousness". En *Nature neuroscience*. Feb. 2003; vol. 6, n. 2, pp. 119-126.
25. Koch, Christof. *La consciencia. Una aproximación neurobiológica*. Barcelona: Editorial Ariel, S. A., 2005.
26. Damasio, Antonio. *Self Comes to Mind. Constructing the Conscious Brain*. New York: Vintage Books, 2012.
27. Edelman, G.; Tononi, G. *El universo de la conciencia. Cómo la materia se convierte en imaginación*. Barcelona: Editorial Crítica S. L., 2005.
28. Tononi, G.; Edelman, G.; Sporns, O. "Complexity and Coherency: Integrating Information in the Brain". En *Trends in Cognitive Sciences*. Dic. 1998, vol. 2, n. 12, pp. 474-482.
29. Rojas Malpica, C. "El fenómeno anancástico en psiquiatría. Anclajes y alures de la vida mental". En *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. 2012, tomo CXXIX, cuaderno primero, pp. 163-178.
30. Bartra, Roger. *Antropología del cerebro. Consciencia, cultura y libre albedrío*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica, 2014.
31. Bartra, Roger; Hamad, Steban. "On the Exocerebrum". En *Mente y Cultura*. 2020, vol. 1, n. 1, pp. 3-9.
32. Pérez-Rincón García, Héctor. *Simbolexia. Ensayos sobre psicopatología e historia de la psiquiatría*. México, D. F.: APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría, 2017.
33. Boris Cyrulnik. [https://es.Wikipedia.org/wiki/Boris\\_Cyrulnik](https://es.Wikipedia.org/wiki/Boris_Cyrulnik). Consulta en línea el 19/4/2020.

## ¿Corresponde a los médicos de primer contacto atender a pacientes con trastornos depresivos?

*Is it appropriate for primary care physicians to treat patients with depressive disorders?*

**Bernardo Ng**

*Presidente APM*

*Asociación Psiquiátrica Mexicana,*

*World Psychiatric Association,*

*Honorary Member and*

*Zone 2 Representative*

*Centro Geriátrico*

*Nuevo Atardecer, CEO*

*American Society of Hispanic*

*Psychiatry, Immediate Past President*

**Resumen** La amplia escasez y la inequitativa distribución de psiquiatras hace que la cobertura de la creciente demanda de servicios de salud mental sea insuficiente en la mayoría de las naciones del mundo. Este escenario, nos obliga a traer a la mesa, la discusión de soluciones potenciales para la población afectada por los trastornos psiquiátricos más comunes. Es decir, la generación de recursos viables para aquellos afectados por trastornos depresivos en especial y otros trastornos psiquiátricos comunes (ej., trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancias), lo cual representaría una solución para cerca de la mitad de los individuos afectados por algún trastorno mental. Los modelos más estudiados, con mayor evidencia científica y de mayor éxito son el Modelo de Atención Integrada y el Modelo de Telementoría. En ambos casos, el médico de primer contacto se encuentra en el centro de las actividades de atención, así como de prevención, detección y rehabilitación. Aunque siguen numerosas asignaturas pendientes y el problema de la falta de servicios sigue sin resolverse en muchos países el mundo; aquellos que se han dado a la tarea de invertir en desarrollar su capital humano a partir de capacitar a médicos de primer contacto, han logrado ver resultados prometedores en la disminución en la prevalencia y las tasas de discapacidad por trastornos depresivos. Esto sugiere que, con la debida capacitación, por alguno de los modelos mencionados, corresponde a los médicos de primer contacto atender a una considerable proporción de los pacientes con trastornos depresivos.

**Palabras Clave:** Depresión, Trastorno Depresivo Mayor, primer contacto, países medianos ingresos, países bajos ingresos, telementoría, atención integrada, capacitación.

**Abstract** *The widespread shortage and unequal distribution of psychiatrists, creates an insufficient coverage of mental health demands in most countries around the world. This scenario raises the discussion about potential solutions for the population afflicted by the most common psychiatric disorders. In other words, the generation of viable resources for those predominantly suffering depressive disorders and other common psychiatric disorders (i.e., anxiety disorders and substance use disorders), would represent a solution to practically half of those troubled by any mental disorder. Among the most studied models,*

*El autor no declara conflicto de intereses*

*the ones with the greater scientific evidence and success are the Model of Integrated Care and the Model of Telementorship. In both cases, the primary care physician is at the center of all activities including provision of care, as well as prevention, screening, and rehabilitation. Despite the many persistent issues and the unresolved shortage of services in many countries; those that have taken the steps to invest in their human resources, and building their primary care physicians' capacities, are already seeing promising results in the prevalence and disability rates due to depressive disorders. This suggests, that with the proper preparation, through either one of the mentioned models, it is appropriate for primary care physicians to treat a considerable proportion of patients with depressive disorders.*

**Keywords:** *Depression, Major Depressive Disorder, Primary Care, middle-income countries, low-income countries, Telementorship, integrated care, capacity building*

## Introducción

La salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo logra desarrollar su potencial personal, es apto para lidiar con las demandas propias de la vida, logra mantener un trabajo productivo y es capaz de contribuir a la sociedad. Cuando el individuo pierde la capacidad de mantener este estado de bienestar, debido a alguna condición que afecta su cognición, emoción o su conducta, se dice que sufre de una enfermedad mental. Sin tratamiento, las enfermedades mentales son causa de discapacidad severa y de una carga socioeconómica para las familias y las sociedades (Wakida EK, Talib ZM, Akena D, et al., 2018).

Por un lado, se estima que las enfermedades mentales representan el 14% de la carga global de enfermedad y se calcula que hasta el 85% de las personas con alguna enfermedad mental severa en países de medianos y bajos ingresos no reciben tratamiento. Es ampliamente reconocido que los sistemas de salud no han podido responder a la demanda de atención, prevención y rehabilitación, requerida por aquellos afectados por una enfermedad mental (Wakida EK, Talib ZM, Akena D, et al., 2018)

Dentro de la problemática del sistema de salud, se encuentra la escasez y la inequitativa distribución de

psiquiatras. Ambos fenómenos han sido reconocidos por décadas y se han hecho numerosos esfuerzos desde diferentes ángulos para resolverlos. Sin embargo, no es una situación que se vaya a solucionar en el futuro cercano, ya que en los últimos 20 años la relación entre el aumento en el número de psiquiatras y el aumento de la población global ha sido de 1:3 y tan solo en los EUA se proyecta que para el 2024, habrá un déficit estimado de entre 14,000 a 31,000 psiquiatras (Hankir A, Tom A, Ibrahim H, et al, 2020).

## Escasez de Psiquiatras

En cuanto a la escasez de psiquiatras, se ha propuesto que no existen suficientes programas de especialidad y por otro lado que apenas una minoría de los médicos graduados están interesados en especializarse en psiquiatría. Respecto al último de los dos fenómenos, se han hecho investigaciones para entenderlo y esfuerzos para ampliar la exposición de los estudiantes de medicina, al campo de la psiquiatría con diversos e interesantes resultados (Praharaj SK, Behere RV, Deora S, et al., 2013; Samari E, Seow E, Chua BY, et al., 2019). La Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA) y la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA) hicieron un convenio para

efectuar una encuesta en el 2018. Esta encuesta logró obtener respuestas de estudiantes de 83 de los 125 países registrados por IFMSA, de estos, 81 países reportaron que Psiquiatría era una materia obligatoria y 2 países la reportaron como una materia optativa. La duración de las clases teóricas fue diversa, en 37 países la duración fue mayor a 30 días, en 29 países de 16 a 30 días y en 17 países fue menor a 15 días. La duración de clases prácticas fue mayor de 30 días en 24 países, de 16 a 30 días en 28 países y menor de 15 días en 29 países. Desde el punto de vista de regiones del mundo, la exposición a la materia de Psiquiatría fue mayor en la región de las Américas que en las regiones de Asia y del Pacífico (*Pinto da Costa M, Dima K, Ng RMK, 2019*).

Los resultados de esta encuesta sugieren que se le da más énfasis a la parte teórica que a la práctica, lo que pudiera significar, que resulta muy complejo para algunas universidades impartir clases prácticas; pero a su vez nos habla de las oportunidades que hay para aumentar el interés de los estudiantes de medicina en la materia de la Psiquiatría. Los autores de este estudio también advierten que se debe tener cuidado con los resultados obtenidos, ya que se adquirieron de 66.4% de los estudiantes contactados y no se pueden generalizar. Existen variantes entre países y variantes en universidades dentro de un mismo país, que no se alcanzaron a captar en su totalidad en esta encuesta (*Pinto da Costa M, Dima K, Ng RMK, 2019*).

Sin embargo, vale la pena mencionar que este estudio es hasta la fecha el más amplio en el tema y que uno de los coautores es el actual presidente de la WPA, el Dr. Afzal Javed, quien tiene como una de sus iniciativas prioritarias desarrollar estrategias para ampliar la exposición de los estudiantes de medicina al ámbito de la psiquiatría (*Pinto da Costa M, Dima K, Ng RMK, 2019*). Una de ellas fue con estudiantes de medicina en Qatar, durante la conferencia de Estudiantes de Medicina en Psiquiatría y Salud Mental, con una encuesta pre y post-conferencia. Este evento tuvo como objetivo aumentar el interés en la psiquiatría como especialidad y resaltar la importancia de la salud mental entre los estudiantes. Esto se logró a través de sesiones que presentaban a la psiquiatría como uno de los diferentes campos de la medicina, las diferentes áreas de especialidad y de investigación dentro de la misma y la importancia de la salud mental de los mismos estudiantes (*Hankir A, Tom A, Ibrahim H, et al. 2020*)

Respecto a la inequitativa distribución de psiquiatras, un estudio efectuado en 33 países europeos explorando las razones para migrar, incluyó a 2,281 residentes en psiquiatría. En ese estudio el 13.3% ya habían migrado y lo habían hecho por razones académicas. Por otro lado, el 53.5% tenían planeado migrar al final de la residencia y en la mayoría de los casos era por razones económicas; es decir tenían planes de migrar a un país de mayores ingresos (*Pinto da Costa M, Giurgiuca A, Holmes K, et al., 2017*).

Además, la demanda de servicios ha ido en aumento, por varias razones lo cual ha sido más notorio a partir de la pandemia del Sars-Cov-2. En realidad, el aumento de la demanda de servicios en sí, no es una mala noticia, al contrario, es bueno que la sociedad reconozca que los síntomas psiquiátricos y emocionales tienen tratamiento (*Anczewska M, Biechowska D, Galecki P, et al Anzewska M, Biechowska D, Galecki P, et al, 2019*). El problema es que no existe el equipo profesional suficiente para satisfacer esta demanda, en especial en los países de medianos y bajos ingresos (*Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, 2020; Findling RL, Stepanova E, 2018; Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, et al., 2007*).

### Modelo de Atención Integrada

Los proponentes de este modelo consideran que integrar servicios de salud mental en las clínicas de primer contacto, es la solución más viable para cerrar la brecha de servicios. Consideran que, por ser el primer punto de contacto con los servicios de salud, este modelo amplía la accesibilidad a los servicios de salud mental, mejora el pronóstico de padecimientos físicos y mentales, y además, es capaz de reducir gastos (*Wakida EK, Talib ZM, Akena D, et al., 2018*).

Desde el 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS), planteaba principios básicos para llevar a cabo un proceso de integración exitosa (*World Health Organization, 2007; Wakida EK, Talib ZM, Akena D, et al., 2018*):

1. Efectuar un análisis situacional para identificar el mejor nivel donde proporcionar servicios de salud mental
2. Construir sobre las redes de recursos humanos existentes
3. Redistribuir fondos de nivel primario, secundario y terciario, para crear nuevos fondos

4. Delinear los trastornos mentales que serán atendidos en el primer nivel de atención
5. Reclutamiento y/o educación de nuevos médicos de primer contacto
6. Entrenamiento del personal de primer nivel en identificación y tratamiento de enfermedades mentales
7. Definición de un cuadro básico de medicamentos psicotrópicos para el primer y segundo nivel de atención
8. Supervisión y apoyo adecuados de los médicos de primer contacto por parte de un especialista.

Un estudio publicado recientemente respecto a cómo ha sido la experiencia de establecer este modelo en 14 países (ej., EUA, Brasil, Reino Unido, Australia, Israel, Uganda, México, India, Kenia, Nigeria, Zambia, Etiopía, Zimbabue, San Vicente), identificó barreras y factores facilitadores durante su implementación, que circulaban alrededor de tres elementos. Estos elementos fueron, actitudes respecto a la integración, percepción de los médicos de su propia competencia clínica y su motivación al cambio. (*Wakida EK, Talib ZM, Akena D, et al., 2018*): Actitudes respecto a la aceptabilidad, credibilidad y conveniencia de la integración.

#### **Barreras:**

- a. La enfermedad mental es más difícil de diagnosticar que otras enfermedades.
- b. Los enfermos mentales deben evitarse y mantenerse excluidos de la sociedad.
- c. Los enfermos mentales, no contestan de manera honesta los instrumentos de cribado y no aceptan un diagnóstico o tratamiento, hecho por el médico de primer contacto.
- d. Los médicos de primer contacto carecen de los conocimientos en psiquiatría necesarios.
- e. Los médicos de primer contacto no consideran como prioridad la atención de los enfermos mentales.

#### **Factores facilitadores:**

- a. La enfermedad mental es como cualquier otra enfermedad
- b. Existe apoyo dentro del centro de salud para prestar servicios de salud mental
- c. El uso de la entrevista motivacional ayuda a los pacientes a identificar su problema y encontrar opciones de tratamiento.
- d. El cribado de salud mental se debe hacer en cada cita

- e. con estricto apego a las guías de prácticas clínicas.
- e. Una mayor tolerancia a las personas con enfermedad mental permite brindarles una mejor atención.
- f. La atención de pacientes con enfermedad mental requiere de habilidades específicas y tratamientos basados en evidencia.
- g. Un enfoque comunitario, mejora la integración de los pacientes con enfermedad mental a su vida regular.
- h. Se debe mejorar el acceso y disponibilidad de servicios atención de salud mental.
- i. Disposición del presupuesto público al cuidado de los enfermos mentales.

### **Conocimiento y competencia**

#### **Barreras:**

- a. Inhabilidad para diagnosticar y tratar enfermedades mentales
- b. Inhabilidad para identificar o prescribir psicotrópicos adecuadamente
- c. Desconocimiento de intervenciones psicosociales
- d. Entrenamiento inadecuado en el uso de herramientas de cribado y tratamientos basados en evidencia actuales
- e. Falta de comprensión respecto a salud mental en la comunidad

#### **Factores facilitadores:**

- a. Percepción de suficiente competencia en salud mental
- b. Conocimiento de síntomas de trastornos mentales
- c. Entrenamiento previo en psiquiatría.

### **Motivación al cambio**

#### **Barreras:**

- a. Poco interés en prestar servicios de salud mental
- b. Alta carga de trabajo y poco tiempo para atenderla
- c. Falta de apoyo a nivel comunitario y distrital
- d. Falta de recursos para proporcionar el servicio
- e. Responsabilidad derivada una vez que se documenta un diagnóstico psiquiátrico en el expediente del paciente.
- f. Responsabilidad adquirida una vez que se empiezan a atender pacientes con trastornos psiquiátricos.
- g. Pacientes que asisten a diferentes clínicas y que pueden llevar a manejos inconsistentes de sus enfermedades.

#### **Factores facilitadores:**

- a. Cualquier médico titulado está facultado para prescribir psicotrópicos

- b. Sistemas con cuadros básicos de medicamentos que incluyan psicotrópicos
- c. Confianza de los pacientes en sus médicos de primer contacto
- d. Habilidad de entender al paciente de una manera integral
- e. La conveniencia de prestar el servicio en el mismo sitio
- f. La disposición del médico de primer contacto de hacer la detección de problemas de salud mental
- g. Apoyo y participación de la comunidad.

En algunos países, este modelo de atención integrada ha evolucionado a dar servicios de salud que dan una continuidad que incluye promoción para la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo de la enfermedad, rehabilitación, cuidados paliativos, coordinación a través de diferentes niveles y sitios de atención, de acuerdo con las diferentes necesidades y edades del paciente (*Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, et al, 2019*). En otros casos, se han incluido a subespecialistas como Paidopsiquiatras en clínicas pediátricas y Psicogeriatras en clínicas de memoria (*Kodish I, Richardson L, Schlesinger A, 2019; Clevenger CK, Cellar J, Kovaleva M, et al, 2018*). En otros casos, se ha proporcionado entrenamiento de posgrado a personal de enfermería, por ejemplo, en obstétrica y psiquiatría, como otro modelo de integración para la detección temprana de trastornos psiquiátricos, durante el embarazo y el posparto (*Cox EQ, Raines C, Kimmel M, et al, 2017*).

Otros estudios han tratado de evaluar, si la clínica de primer contacto es más apropiada para pacientes con trastornos psiquiátricos leves, pacientes con múltiples comorbilidades o pacientes con enfermedades mentales severas con resultados mixtos; lo que nos habla de que cada clínica y cada comunidad trae sus propios retos y sus propias oportunidades (*Koehler AN, Sudano LE, Ip E, et al, 2020; Uga A, Kulkarni S, Heeramun V, et al., 2017, Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, et al, 2019*).

### Telementoría

La telepsiquiatría es una herramienta que ha estado disponible desde 1995 y que muy probablemente se había subutilizado hasta el 2020, cuando hemos visto una explosión en su utilización causada por la pandemia (*Shore J, 2015*). Sin embargo, más allá de su utilización para dar consulta directa se ha propuesto

como una herramienta para ayudar a cerrar la brecha de servicios a través de la telementoría, sobre todo para solucionar la falta de servicios en zonas rurales (*Merwin E, Hinton I, Dembling B, et al., 2003; Gardner JS, Plaven BE, Yellowlees P, et al., 2020*).

Hasta ahora la telepsiquiatría se ha utilizado en comunidades rurales en diferentes formatos. El primero es el de referencia y contra referencia, en el que la única diferencia con el método tradicional de canalizar a un paciente al especialista es que el paciente desde la misma clínica de su médico de primer contacto se conecta con el psiquiatra a través de la plataforma de teleconsulta. Desafortunadamente, este sistema sigue dependiendo de la disponibilidad de citas con el psiquiatra con el que rápidamente se genera una lista de espera por la escasez de la que se habló anteriormente. El siguiente es el de interconsulta, donde se hace una evaluación diagnóstica y se da una recomendación terapéutica, sin necesidad del psiquiatra de tomar el caso. Este a su vez ha evolucionado a un modelo de colaboración donde ambos médicos pueden ver al paciente al mismo tiempo a través de la plataforma de teleconsulta. Finalmente, un formato más breve en lo que se pudiera llamar “interconsulta de pasillo” sin el paciente presente, de acuerdo con un estudio pequeño, la tercera parte de este tipo de interconsultas, son con el interés de buscar una recomendación para ajuste de dosis o cambio de un medicamento (*Fortney JC, Pyne JM, Turner EE, et al., 2015; Gardner JS, Plaven BE, Yellowlees P, et al., 2020; Waugh M, Calderone J, Brown Levey S, et al., 2019*).

Este último formato es como se da pie a la telementoría que es posible con las múltiples tecnologías de la comunicación disponibles (ej., teléfono, correo electrónico, texto, e-consulta, video-sincrónico, video-asincrónico) siempre y cuando se respeten las reglas de privacidad, se pueden consultar dudas diagnósticas, seguimientos de tratamientos y cambios de medicamentos (*Hilty DM, Sunderji N, Suo S, et al., 2018*). La telementoría es aplicable en comunidades rurales y urbanas, con diferentes niveles de intensidad (ej., alta, mediana, baja) recreando de alguna manera, la tradicional supervisión que se da durante el entrenamiento en psiquiatría (*Furlan AD, Pajer KA, Gardner W, et al., 2019*).

Uno de los formatos más sofisticados es el proyecto ECHO por sus siglas en inglés *Extension for Community Healthcare Outcomes* que se traduciría al espa-

ñol como Extensión para Resultados Servicios Comunitarios. Este sistema sirve como un puente entre centros académicos y médicos de primer contacto de comunidades remotas. Un psiquiatra se reúne cinco o más médicos de manera virtual, periódicamente, para resolver dudas clínicas y así mejorar sus aptitudes clínicas (*Furlan AD, Pajér KA, Gardner W, et al., 2019; Zhou C, Crawford A, Serhal E, et al., 2016*).

### Capacitación y Entrenamiento

En el corazón del proyecto de abatir las barreras que impiden brindar atención psiquiátrica a un mayor sector de la población está el médico de primer contacto. Se trata de promover la capacitación de un médico competente, seguro y sensibilizado en torno a los trastornos psiquiátricos y su impacto en el funcionamiento de los pacientes. Sin embargo, la capacitación es un fenómeno complejo que va más allá de un curso aislado e infrecuente. La capacitación debe ser organizada y constante, seguida de oportunidades de retroalimentación, mentoría y resolución de dudas y todo esto requiere de una inversión económica que hasta ahora ha sido insuficiente (*Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, et al., 2017*).

De hecho, resultados de investigación en implementación demuestran que se debe invertir en el desarrollo del capital humano para poder reunir un equipo alrededor del médico de primer contacto, y poder estar pendiente de las necesidades sociales y familiares, además de las necesidades clínicas de los pacientes (*Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, et al., 2017; Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, et al., 2020*).

A este respecto, en la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), lanzamos la campaña DAS Depresión, Ansiedad y Suicidio, que durante el 2020 logró capacitar a 1,400 médicos de primer contacto en México. La novedad de este proyecto ha sido capacitar a médicos del sector privado, ya que la mayoría de los proyectos emprendidos por los países y sus gobiernos ha sido con médicos del sector público. Este proyecto fue posible gracias un convenio con Pfizer México, quienes aportaron apoyo económico y logístico; mientras que el contenido académico, los profesores y los mentores fueron aportados por APM.

### Conclusiones

La disponibilidad de servicios de salud mental sigue siendo insuficiente en la mayoría de los países del mundo. A la fecha, los servicios de salud mental globalmente han recibido un presupuesto inadecuado en proporción a la carga de enfermedad causada por los trastornos psiquiátricos, en especial los trastornos depresivos.

El primer nivel de atención, parece ser el lugar más viable para cerrar la brecha de servicios, aunque no el único. Cualquiera de los modelos revisados en este artículo, implican la capacitación del médico de primer contacto de manera constante y organizada; con una inversión sería en el desarrollo del capital humano correspondiente. Esta capacitación debe incluir a médicos del sector público y privado. Los otros lugares viables para cerrar esta brecha de servicios, sin duda incluyen la exposición de estudiantes de medicina al campo de la psiquiatría y la ampliación del número de plazas de especialización en psiquiatría; y así aumentar la generación de psiquiatras que deben estar mejor distribuidos y con una mejor compensación por su trabajo.

En cuanto, a la pregunta inicial, entonces resulta claro que, con la debida capacitación, hoy por hoy, corresponde a los médicos de primer contacto atender a una mayor proporción de los pacientes con trastornos depresivos.

### Bibliografía

1. Anczewska M, Biechowska D, Galecki P, et al. An analysis of psychiatric services provided to adults in 2010-2014 based on the National Health Fund data. Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym w latach 2010-2014 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia. *Psychiatr Pol.* 2019;53(6):1321-1336. doi:10.12740/PP/Online-First/92219
2. Clevenger CK, Cellar J, Kovaleva M, Medders L, Hepburn K. Integrated Memory Care Clinic: Design, Implementation, and Initial Results. *J Am Geriatr Soc.* 2018 Dec;66(12):2401-2407. doi: 10.1111/jgs.15528. Epub 2018 Aug 23. PMID: 30136290.
3. Cox EQ, Raines C, Kimmel M, Richardson E, Stuebe A, Meltzer-Brody S. Comprehensive Integrated Care Model to Improve Maternal Mental Health. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2017 Nov-Dec;46(6):923-930. doi: 10.1016/j.jogn.2017.08.003. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28888920.



4. Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, Sadler E, Cohen A, Kakuma R. Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jan;7(1):78-92. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30125-7. Epub 2019 Aug 29. PMID: 31474568.
5. Findling RL, Stepanova E. The Workforce Shortage of Child and Adolescent Psychiatrists: Is It Time for a Different Approach?. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(5):300-301. doi:10.1016/j.jaac.2018.02.008
8. Fortney JC, Pyne JM, Turner EE, Farris KM, Normoyle TM, Avery MD, Hilty DM, Unützer J. Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):525-39. doi: 10.3109/09540261.2015.1085838. Epub 2015 Dec 4. PMID: 26634618.
9. Furlan AD, Pajer KA, Gardner W, MacLeod B. Project ECHO: Building capacity to manage complex conditions in rural, remote and underserved areas. *Can J Rural Med*. 2019;24(4):115-120. doi:10.4103/CJRM.CJRM\_20\_18
10. Gardner JS, Plaven BE, Yellowlees P, Shore JH. Remote Telepsychiatry Workforce: a Solution to Psychiatry's Workforce Issues. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(2):8. Published 2020 Jan 27. doi:10.1007/s11920-020-1128-7
11. Hankir A, Tom A, Ibrahim H, et al. A World Psychiatric Association Initiative to Increase Interest in Psychiatry as a Career in Qatar Medical Students: A Pilot Study. *Psychiatr Danub*. 2020;32(Suppl 1):135-138.
12. Hilty DM, Sunderji N, Suo S, Chan S, McCarron RM. Telepsychiatry and other technologies for integrated care: evidence base, best practice models and competencies. *Int Rev Psychiatry*. 2018 Dec;30(6):292-309. doi: 10.1080/09540261.2019.1571483. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30821540.
13. Joseph R, Kester R, O'Brien C, Huang H. The Evolving Practice of Psychiatry in the Era of Integrated Care. *Psychosomatics*. 2017 Sep-Oct;58(5):466-473. doi: 10.1016/j.psym.2017.04.003. Epub 2017 Apr 13. PMID: 28606419.
14. Kodish I, Richardson L, Schlesinger A. Collaborative and Integrated Care for Adolescent Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019 Jul;28(3):315-325. doi: 10.1016/j.chc.2019.02.003. Epub 2019 Apr 4. PMID: 31076110.
15. Koehler AN, Sudano LE, Ip E, Davis SW, Marion GS, Kirk JK. Patient experience of an integrated care model in a family practice clinic & FQHC. *Int J Psychiatry Med*. 2020 Sep;55(5):357-365. doi: 10.1177/0091217420951059. PMID: 32883139.
16. Merwin E, Hinton I, Dembling B, Stern S. Shortages of rural mental health professionals. *Arch Psychiatr Nurs*. 2003;17(1):42-51. doi:10.1053/apnu.2003.1
17. Moberly S, Maxey H, Foy L, Vaughn SX, Wang Y, Diaz D. Scratching the Surface of Psychiatric Services Distribution and Public Health: an Indiana Assessment. *J Behav Health Serv Res*. 2019;46(2):267-282. doi:10.1007/s11414-018-9626-7
18. Pinto da Costa M, Dima K, Ng RMK. Undergraduate psychiatric education: a snapshot of medical students across the world. *World Psychiatry*. 2019;18(2):243-244. doi:10.1002/wps.20642
19. Pinto da Costa M, Giurgiucua A, Holmes K, et al. To which countries do European psychiatric trainees want to move to and why?. *Eur Psychiatry*. 2017;45:174-181. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.06.010
20. Prahara SK, Behere RV, Deora S, Sharma PS. Psychiatric specialization as an option for medical students in the Indian context. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(4):419-424. doi:10.3109/09540261.2013.822347
21. Samari E, Seow E, Chua BY, et al. Attitudes towards psychiatry amongst medical and nursing students in Singapore. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):91. Published 2019 Mar 27. doi:10.1186/s12909-019-1518-x
22. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):878-889. doi:10.1016/S0140-6736(07)61239-2
23. Shore J. The evolution and history of telepsychiatry and its impact on psychiatric care: Current implications for psychiatrists and psychiatric organizations. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):469-475. doi:10.3109/09540261.2015.1072086
24. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S, Chisholm D, Collins PY, Docrat S, Fairall L, Lempp H, Niaz U, Ngo V, Patel V, Petersen I, Prince M, Semrau M, Unützer J, Yueqin H, Zhang S. Integrated care for people with long-term mental and physical health conditions in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2019 Feb;6(2):174-186. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30298-0. Epub 2018 Nov 15. PMID: 30449711.
25. Uga A, Kulkarni S, Heeramun V, Bottum K. Evaluation of a Model of Integrated Care for Patients With Chronic Medical and Psychiatric Illness. *Psychosomatics*. 2017 Jul-Aug;58(4):437-440. doi: 10.1016/j.psym.2017.02.007. Epub 2017 Feb 20. PMID: 28427766.
26. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(5):28. doi:10.1007/s11920-017-0780-z
27. Wakida EK, Talib ZM, Akena D, et al. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Syst Rev*. 2018;7(1):211. Published 2018 Nov 28. doi:10.1186/s13643-018-0882-7
28. Waugh M, Calderone J, Brown Levey S, Lyon C, Thomas M, DeGruy F, Shore JH. Using Telepsychiatry to Enrich Existing Integrated Primary Care. *Telemed J E Health*. 2019 Aug;25(8):762-768. doi: 10.1089/tmj.2018.0132. Epub 2018 Nov
29. PMID: 30394851.
30. World Health Organization. *Mental Health, Policy, planning & service development integrating systems & services, integrating people*. Geneva: World Health Organization 2007
31. Zhou C, Crawford A, Serhal E, Kurdyak P, Sockalingam S. The Impact of Project ECHO on Participant and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Acad Med*. 2016;91(10):1439-1461. doi:10.1097/ACM.0000000000001328

# La inclusión laboral como meta en el tratamiento de las personas con trastornos mentales establecidos

## *Labor inclusion as goal in the treatment of persons with Established Mental Disorders*

**Martha P. Saavedra García**

*MD Psiquiatra*

*MS Salud Mental Comunitaria*

*Campo Nuevo - Grupo Cisne,  
Bogotá, Colombia.*

*Centro Rosarista de Salud Mental  
- CESAME, Escuela de Medicina y  
Ciencias de la Salud, Universidad del  
Rosario, Bogotá Colombia*

*Maestría de Salud Mental  
Comunitaria, Universidad del  
Bosque, Bogotá, Colombia*

*e-mail: mpsaavedra@grupocisne.org*

**Resumen** Este artículo hace una reflexión frente a la problemática de la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial o mental derivada de los trastornos mentales. El acceso al trabajo o inclusión laboral es una forma efectiva de inclusión social que permite mejorar la condición socioeconómica, el goce de derechos y la participación de dichas personas dentro de la comunidad. Se hace una descripción de los conceptos de discapacidad psicosocial o mental, los procesos de rehabilitación de las personas con trastornos mentales y posteriormente una revisión del marco legal colombiano en relación con la discapacidad y la inclusión laboral. Se concluye que en Colombia existe un marco legal que permite pensar en la inclusión de las personas con discapacidad, en dónde ya fueron reconocidos sus derechos y se ha avanzado en un plan de acción al respecto de la inclusión laboral. Sin embargo, las condiciones sociales y económicas, así como el aumento del desempleo durante la pandemia por COVID19 hace pensar que aún falta mucho para lograr superar la brecha de acceso al trabajo para estas personas. Esta situación es aún más difícil para las personas con discapacidad psicosocial o mental a causa de los mitos, miedos, y temores de la sociedad en relación a este tipo particular de discapacidad.

**Palabras claves:** discapacidad psicosocial o mental, inclusión social, inclusión laboral, rehabilitación psicosocial, marco legal

**Abstract** This article does a reflection on the problematic of social inclusion of the persons with psychosocial or mental disabilities derived from mental disorders. The access to work or labor inclusion is an effective form of social inclusion that allows to improve the socioeconomic condition, to enjoy the rights and to enhance the participation of these persons inside of the community. A description of the concepts of psychosocial or mental disability is presented, along with the rehabilitation processes of the persons with mental disorders, followed by a revision of the legal framework in Colombia related to disability and labor inclusion.

It is concluded that there exists a legal framework in Colombia that allows thinking about the inclusion of persons with disabilities, where the rights of these persons are stated and a progress is made in terms of an action plan for labor inclusion. However, the social and economic conditions, and the increase of unemployment during the COVID19 pandemic, show that there is still a long way to go in order to overcome the gap of work

*La autora no declaran  
conflicto de intereses*

*opportunities for these persons. This situation is even more difficult for persons with a psychosocial or mental disability due to the myths, fears and concerns of the society related to this particular type of disability.*

**Keywords:** *psychosocial or mental disability, social inclusion, labor inclusion, psychosocial rehabilitation, legal framework*

## La inclusión social y las consecuencias de los trastornos mentales

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental del 2003, el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno mental (*Posada Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña, & Gomez, 2004*). La Encuesta Nacional de Salud Mental publicada en el 2015, reporta que 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tiene algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental (*Gómez-Restrepo, y otros, 2016*).

Los trastornos mentales se presentan entre el 12% y el 48% de la población mundial a lo largo de la vida, causando un importante impacto a nivel personal, familiar y social. Por esta razón se han considerado un problema de salud pública y han motivado la implementación de iniciativas orientadas a disminuir la brecha en la atención de esta población, intentando disminuir el impacto que tienen estos trastornos sobre la calidad de vida, el funcionamiento social, ocupacional y familiar (*Geneva: World Health Organization, 2008*).

Dentro del grupo de enfermedades con alteración en la funcionalidad se encuentran los trastornos mentales. Estos no implican necesariamente un compromiso completo del desempeño laboral de los individuos durante las actividades ocupacionales. Se puede establecer que hay un trastorno mental cuándo aparecen signos y síntomas representados por formas de pensamientos, percepciones, sentimientos, comportamientos y cambio en las relaciones de las personas, que por su duración, intensidad y afectación de la funcionalidad cumplen criterios diagnósticos para incluirlos dentro de un diagnóstico específico según las clasificaciones internacionales (Clasificación in-

ternacional de enfermedades versión 10 (CIE 10) de la OMS o Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM V) de la Asociación Psiquiátrica Americana (*Kupfer, 2014*).

Según la Organización Mundial de la Salud la discapacidad psicosocial hace referencia a “las personas con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión” (*Organización Mundial de la Salud, 2013*). Esta definición pone en evidencia que la discapacidad psicosocial abarca así mismo posibles cambios en las relaciones de grupos de individuos, más allá del individuo que experimenta algún tipo de trastorno mental.

Igualmente, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) establece la integración de dos modelos que explican la condición de discapacidad: Por un lado, el modelo médico que considera a la discapacidad como un problema derivado de una enfermedad, un trauma o una condición de salud que requiere el tratamiento de los distintos agentes de salud. Acá la atención en salud se encamina a conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio de conducta. Por otro lado, el modelo social considera que la discapacidad es un problema de origen social y centra su atención en la completa integración de las personas a la sociedad. La discapacidad no solo es un atributo de la persona sino un conjunto de condiciones creadas por el contexto/entorno social. Es decir, la solución al problema requiere de la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer los cambios que permitan la plena participación de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida. Surge así entonces el denominado modelo biopsicosocial para las inter-

venciones en salud (*Jiménez Buñuales, González Diego, & Martín Moreno, 2002*).

El tratamiento de las personas que padecen trastornos mentales se ha modificado a través del tiempo; el tratamiento debe incluir acciones psicofarmacológicas, psicosociales y de rehabilitación social. Los tratamientos van más allá de la estabilidad clínica entendida como la mejoría de los signos y síntomas, el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos y la disminución de las hospitalizaciones. Ahora se habla de la recuperación funcional, es decir la posibilidad de que la persona tenga intervenciones interdisciplinarias complementarias que le ayuden a tener un mejor funcionamiento cognitivo, social y que sea capaz de participar de actividades dentro de la comunidad de forma más independiente y autónoma, por lo que la inclusión laboral u ocupacional se convierte en un resultado deseable al final de los procesos de rehabilitación psicosocial.

Históricamente personas con algún tipo de trastorno mental han presentado dificultades para la inclusión laboral. Se estima que un 40% de las personas con trastornos mentales graves presentan altos niveles de auto-estigma, relacionado con creencias de desvalorización y discriminación, impactando en su calidad de vida, la autoeficacia y el agravamiento de los síntomas. Esto genera dificultades a la hora de emprender una nueva actividad laboral (*Tapia, 2015*).

El panorama actual de las personas que presentan trastornos mentales en el campo laboral es difícil, enfrentan desafíos en el lugar de trabajo, tienen dificultades para ingresar al mercado laboral y exhiben una alta tasa de cambio de trabajo (*Schreuer & Dorot, 2017*). Por otro lado, la convivencia social y laboral, está enmarcada por la presencia de estereotipos y prejuicios, que van de la mano de actividades de desinformación, promovidos por la cultura popular, medios de información y redes sociales, que con el tiempo deterioran la percepción frente a este tipo de enfermedades.

La Salud Mental es explicada por la Organización Mundial de la Salud como “el estado que permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad” es decir que la población pueda ejercer sus derechos de participación activa en la sociedad (*Geneva: World Health Organization, 2008*). En ese sentido, la salud mental de los individuos se relaciona con una adecuada interacción social y participación en la sociedad, por lo que la integra-

ción a la dinámica laboral y la participación económica estimula la rehabilitación de su trastorno. Por lo tanto, es importante iniciar la identificación de las posibles dificultades u obstáculos por parte de los empleadores y futuros compañeros de trabajo que impidan una adecuada inclusión de este grupo poblacional (*Schreuer & Dorot, 2017*).

De acuerdo con datos dados por la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo) a nivel mundial existen entre 785 y 975 millones de personas mayores de edad que viven con alguna discapacidad. Además, según estimaciones de la Organización para la Cooperación del Desarrollo económico (OCDE) una de cada 7 personas en edad de trabajar de los países miembros considera que tiene un problema de salud crónico o una discapacidad que afecta su desempeño en la vida cotidiana. Por lo que se encuentran cifras de las tasas de desempleo en esta población hasta de 60% en comparación con un 35 % de grupos de personas saludables comparables (*Villar, 2018*).

Se ha establecido que el acceso al trabajo se encuentra determinado por un conjunto de variables disímiles, alguna de estas relacionadas con creencias relacionadas con el trastorno mental. Por un lado, las barreras de tipo personal, las relacionadas con las alteraciones derivadas de la misma enfermedad, las alteraciones cognitivas, la interrupción de los procesos de formación académica que los prepare para asumir el rol laboral por el inicio temprano de las enfermedades, así como, la imagen de desvalorización y autoestigma que la misma persona tiene sobre sí mismo. Por otro lado las variables del contexto, donde la sociedad tiende a mostrar actitudes de temor y negativas (rechazo, sobreprotección, negación de derechos) hacia las personas con discapacidad, ya sea por razones culturales, de raza o religión (*Flores, Jenaro, Tomsa, López Lucas, & Beltrán, 2014*). Estos aspectos constituyen barreras para acceder al trabajo.

Dicho lo anterior, la falta de inclusión laboral entendida como “el ofrecimiento de trabajo de forma activa a las personas con discapacidad, intentando que las personas puedan normalizar su vida”, constituye el primer obstáculo en la recuperación funcional de un paciente con enfermedad mental, pues los mitos, miedos y temores, así como el estigma social alrededor de las patologías psiquiátricas, impiden que el paciente pueda hacer uso del derecho universal al trabajo, consagrado en el capítulo 27 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (*ONU, 2008*).

En la literatura se evidencia que las personas con trastorno mental, particularmente esquizofrenia, presentan mayores dificultades para acceder de manera efectiva a los canales de búsqueda de empleo, ya que las agencias de empleo no se adaptan en términos de infraestructura y servicios a las necesidades específicas de la población. Igualmente, se ha demostrado que la sobreprotección familiar y las actitudes negativas del entorno (estigma) dificultan su proceso de desarrollo emocional, educativo y laboral, logrando solamente en el 25% de los pacientes tener un trabajo después de realizar un proceso de rehabilitación (Cárdenas & Campo, 2017).

A continuación, se hace una revisión del marco legal colombiano en relación con la inclusión laboral de Personas con Discapacidad. Específicamente nos concentramos en las personas con discapacidad psicosocial o mental derivada de los trastornos mentales, y se lleva a cabo una discusión crítica del estado actual de esta problemática en Colombia.

### Elementos en la Constitución Política de Colombia 1991

En el preámbulo de la constitución política de Colombia de 1991 se encuentra la siguiente frase: “EL PUEBLO DE COLOMBIA, en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana..” (República de Colombia, 1991). Según esto, el Estado promueve las condiciones para que la igualdad entre personas sea real y efectiva y adopta medidas desde su creación en favor de grupos discriminados o marginados.

En el capítulo 1-artículo 13 acerca de los derechos fundamentales se consagra el principio de igualdad para todos ciudadanos colombianos (*República de Colombia, 1991*). En este artículo se establece que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y deben recibir la misma protección y trato de las autoridades y gozar de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. Asimismo, se consagra que el Estado debe promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y deberá entonces adoptar medidas en favor de los grupos discriminados o marginados. Según este mandato, el Estado también debe proteger a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta. Por lo tanto, el estado se encarga de proteger a aquellas personas que, por su condición mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sanciona los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Igualmente en el capítulo 2 acerca de los derechos sociales, económicos y culturales, específicamente, en el artículo 47, se establece la norma de cómo llevar a cabo una política que garantice la rehabilitación e integración social para las personas en condición de discapacidad (*República de Colombia, 1991*). En la *tabla 1*, se listan los capítulos y artículos de la constitución relevantes para el tema.

### Leyes que soportan los lineamientos a nivel nacional respecto a la actividad laboral de personas con discapacidad y trastornos mentales

Desde 1997 el gobierno de Colombia, dentro de la política nacional de empleo, empezó a tener en cuenta a las “personas con limitación”, como eran llamadas en ese entonces las personas con discapacidad, por lo

**Tabla 1.** Artículos referentes a los derechos, garantías y deberes de constitución política de Colombia 1991.

Títulos/Objetivo	Descripción
<b>Título 2</b> - De los derechos, las garantías y los deberes (República de Colombia, 1991)	<b>Capítulo 1:</b> de los derechos fundamentales. Artículo 13: El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.
	<b>Capítulo 2:</b> de los derechos sociales, económicos y culturales Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran

Elaboración propia del autor

que, a través de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Educación y otras entidades gubernamentales, generó estrategias que ayudaran a este grupo poblacional a tener educación especial, capacitación, habilitación y rehabilitación. Se formuló la Ley 361 de 1997, donde en el capítulo de la integración laboral se establecieron los mecanismos de integración social (*Congreso de Colombia, 1997*). En esta ley, aún vigente, se motiva a entes nacionales, como el Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) y particulares, a que vinculen educativa y laboralmente a este grupo, generando algunas garantías que precisen el adecuado y equitativo trato de estas personas.

Posteriormente, en el 2005 el gobierno colombiano publica el decreto 3973 posterior a la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, donde adopta las medidas de carácter legislativo, social, educativo y laboral necesarias para eliminar la discriminación y propiciar su plena integración en la sociedad, promoviendo el suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, vivienda, recreación, educación, deporte, acceso a la justicia y servicios policiales, así mismo las actividades políticas y de administración. (*Presidente de Colombia, 2005*).

En el 2007, se inicia la regulación a nivel departamental, regional y local, con el objetivo de impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, promocionando y garantizando sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos. Esto queda plasmado en la ley 1145 del mismo año (*Congreso de Colombia, 2007*).

Colombia adoptó la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de Naciones Unidas (ONU) del 2006, con la Ley 1346 de 2009 y se comprometió a establecer mecanismos y sistemas de garantía del ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, sin discriminación por motivo de su condición (*Congreso de la República, 2009*).

En el 2013, fue promulgada la Ley Estatutaria 1618 que establece las disposiciones para garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discrimina-

ción por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009 (*Minsalud, 2013*).

Esta ley constituye un gran avance pues garantiza el derecho a tener rehabilitación integral, capacitación para el trabajo, acceso a la educación y acceso a oportunidades de trabajo asignando responsabilidades concretas a actores específicos con la expedición de políticas, acciones y programas. De igual modo, reglamenta la necesidad de realizar los ajustes razonables que contribuyan a garantizar los derechos de las personas con discapacidad, contempla acciones intersectoriales y establece deberes de la sociedad civil.

Además, incentiva el desarrollo de negocios inclusivos y fortalece el emprendimiento y crecimiento empresarial de las entidades que propenden por la independencia y superación de la población con discapacidad, mediante programas de intermediación de mercados que potencien la producción, la comercialización o venta de servicios generados por esta población, a partir del financiamiento con recursos específicos y estrategias dirigidas especialmente a este grupo (*Minsalud, 2013*).

Adicionalmente, en la misma Ley 1618, se indica que el Banco de Comercio Exterior de Colombia, Bancóldex, debe crear líneas de crédito con tasas de interés blandas, para los emprendimientos económicos o de las empresas en que sean titulares las personas con discapacidad en el 20%. Similar a lo que sucede en la actualidad con las convocatorias que abre el Ministerio del Comercio a través del programa INNpulsar y el SENA en sus convocatorias dirigidas únicamente a aquellas personas con discapacidad (*Minsalud, 2013*).

Ese mismo año también fue promulgada la Ley 1616 o ley de Salud Mental, que garantiza el derecho a buscar la salud mental de la población colombiana y reafirma y amplía algunos derechos consignados en la Convención para las personas con discapacidad aplicados a las personas con discapacidad mental derivada del trastorno mental (*Congreso de Colombia, 2013*). El derecho a una atención integral e integrada, que incluye distintos niveles de atención en todos los momentos y etapas de la enfermedad, entre ellas la rehabilitación basada en la comunidad, el derecho a ser informado y participar de las decisiones en su tratamiento, así como a mantener los vínculos con el sistema educativo y de empleo. En la *tabla 2*, se puede observar un resumen de las leyes discutidas.

## Decretos nacionales soportados en lineamientos internacionales referentes a la vinculación laboral inclusiva

En este apartado, se hace una revisión de los decretos existentes y relevantes para el tema. En la *tabla 3*, se listan y se describen brevemente cada uno de ellos. En el año 2005, se promulgó el decreto 3973 por medio del cual Colombia se adhiere a la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad suscrita en la Ciudad de Guatemala en el año 1999, que en su artículo III insta a los gobiernos a adoptar medidas legales, sociales, educativas, laborales para eliminar toda forma de la discriminación (*Presidente de Colombia, 2005*).

En el 2017, el Ministerio del Trabajo expidió el Decreto 2011, el cual determina el porcentaje de vinculación laboral de personas con discapacidad que deben cumplir todas las entidades del sector público (*Presiden-*

*te de Colombia, 2017*). El Decreto establece la cuota de cargos que serán desempeñados por personas con discapacidad, de acuerdo con el tamaño de la planta de cada entidad pública.

En el mismo año, se expidió el Decreto 2177 del 2017 donde se creó el Consejo para la Inclusión de la Discapacidad y se dictaron disposiciones relacionadas con su funcionamiento (*Presidente de Colombia, 2017*). El objetivo de este Consejo es coordinar las acciones que el sector privado adelante para coadyuvar al ejercicio de los derechos y la inclusión social, laboral y productiva de las personas con discapacidad, orientadas al desarrollo de las capacidades a través de la formación para el trabajo, la producción y el empleo de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores.

Más adelante, con el objetivo de incentivar a los empleadores y al sistema en general, se promulgó el decreto 392 del 2018, donde se informó que, en los procesos de licitaciones públicas y concursos de mé-

**Tabla 2.** Leyes nacionales que soportan los lineamientos a nivel nacional respecto a la actividad laboral de personas con discapacidad y trastornos mentales.

Ley	Títulos/Objetivo	Detalle
<b>Ley 361 de 1997</b> (Congreso de Colombia, 1997)	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.	<b>Capítulo IV de la integración laboral</b> (artículos 22, 23,24,26)
<b>Ley 1145 de 2007</b> (Congreso de Colombia, 2007)	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.	<b>Capítulo I y V</b> <i>Artículo 1:</i> formulación e implementación de la política pública en discapacidad <i>Artículo 17:</i> incorporar en los planes de desarrollo sectoriales e institucionales, los diferentes elementos integrantes de la Política Pública para la Discapacidad
<b>Ley 1346 de 2009</b> (Congreso de la República, 2009)	Aprobó para Colombia la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.	Determina la responsabilidad del Estado de establecer mecanismos y sistemas de garantía del ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, sin discriminación por motivo de su condición.
<b>Ley estatutaria 1618 de 2013</b> (Minsalud, 2013)	Garantiza y asegura el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009.	<i>Artículo 13:</i> el derecho al trabajo
<b>Ley 1616 de 2013</b> (Congreso de Colombia, 2013)	Garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.	<i>Artículo 6:</i> derechos de las personas Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

Elaboración propia del autor

**Tabla 3.** Decretos nacionales soportados en lineamientos internacionales referentes a la vinculación laboral inclusiva.

Decreto	Títulos/Objetivo	Detalle
<b>Decreto 3973 de 2005</b> (Presidente de Colombia, 2005)	Por el cual se promulga la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999).	<b>Artículo III</b> Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad...
<b>Decreto 2011 de 2017</b> (Presidente de Colombia, 2017)	Del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el porcentaje de vinculación laboral de personas con discapacidad en el sector público.	<b>Artículo 2.2.12.2.3</b> Porcentaje de vinculación de personas con discapacidad en el sector público.
<b>Decreto 2177 de 2017</b> (Presidente de Colombia, 2017)	Por el cual se integra el Consejo para la Inclusión de la Discapacidad.	<b>Artículo 4</b> Funciones: 4.2. Promover, difundir y visibilizar el ejercicio efectivo de los derechos a la inclusión social, laboral y productivas de las personas con discapacidad, cuidadores y familiares. . . .
<b>Decreto 392 de 2018</b> (Presidente de Colombia, 2018)	Proponentes con trabajadores con discapacidad	<b>Artículo 2.2.1.2.4.2.6.</b> Puntaje adicional para proponentes con trabajadores con discapacidad. En los procesos de licitaciones públicas y concursos de méritos. <b>Artículo 2.2.1.2.4.2.7.</b> Seguimiento durante la ejecución del contrato.

*Elaboración propia del autor*

ritos, las entidades estatales deben otorgar el uno por ciento del total de los puntos establecidos en el pliego de condiciones, a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal (*Presidente de Colombia, 2018*).

### Otras políticas públicas nacionales e internacionales referentes a la vinculación laboral inclusiva

Las políticas públicas consideradas en este análisis se encuentran en la *tabla 4*. La Asamblea General de las

Naciones Unidas, celebró el 13 de diciembre de 2006 la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, donde se reafirmó la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación (*ONU, 2008*). Se reconoció la diversidad de las personas con discapacidad y se aclaró que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la

**Tabla 4.** Otras políticas públicas nacionales e internacionales referentes a la vinculación laboral inclusiva.

Item	Títulos/Objetivo	Detalle
<b>Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de mayo del 2008</b> (ONU, 2008)	Se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración	<i>Artículo 27:</i> trabajo y empleo
<b>Resolución 4886 de 2018</b> (Minsalud, 2018)	Política Nacional de Salud Mental	<i>Artículo 8.4.2:</i> Lograr la rehabilitación y la inclusión social (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural) de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores.
<b>Documento CONPES 3992 de Abril de 2020</b> (Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, 2020)	Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia	5.3.3. Estrategia para la atención en salud e inclusión social. Línea de acción 3. Inclusión social

*Elaboración propia del autor*



dignidad y el valor inherentes del ser humano. En su artículo 27, sobre el trabajo, se prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad, se protegen los derechos, asegurando que las personas puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás. Esto permite que tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua, así como alienta a este grupo poblacional a las oportunidades de empleo y la promoción profesional.

La Política Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud y Protección Social del año 2018, tiene como objetivo promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia (*Minsalud, 2018*). Esta política aborda en el Artículo 8.4.2 el tema de lograr la rehabilitación y la inclusión social (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural) de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores

Dentro de las políticas públicas para Colombia, se han venido adelantando estrategias para la promoción de la salud mental, en el Documento CONPES 3992 de abril del 2020 se establece que el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir del primer semestre de 2021, deberá diseñar una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad para la implementación de procesos intersectoriales de inclusión social de las personas con trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas, sus familias y cuidadores (*Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, 2020*)

## Discusión

Existe un desarrollo normativo extenso en relación al brindar un campo de juego balanceado a las personas con alguna discapacidad. Si bien este desarrollo legal intenta contrarrestar a las fuerzas culturales que juegan en contra de las personas que han sufrido algún trastorno mental, hay que reconocer que la realidad *de jure* dista mucho de la realidad *de facto* que enfrentan la gran mayoría de personas con trastornos mentales. Las cifras de desempleo mencionadas arri-

ba atestiguan la brecha existente. De allí que sea necesaria plantear como meta de política pública el cierre de esta brecha en el mercado laboral.

Existen iniciativas para incentivar el empleo de personas con discapacidad en empresas a cambio de algún beneficio adicional. Sin embargo, estos incentivos son conocidos y utilizados en su mayor parte por personas que presentan o presentaron alguna discapacidad física. El mundo de la discapacidad social o mental está doblemente afectado en comparación a la discapacidad física. Es necesario desagregar el mundo de la discapacidad mental para abordarlo desde la política pública. El documento Conpes 3992 pudo haber planteado una meta concreta de brecha laboral mental, pero aún no se acerca del todo a esta realidad pues al interior del Plan de Acción y Seguimiento del documento se encuentran metas que apenas plantean “Elaborar un lineamiento [...]”, “Elaborar una estrategia [...]”, “Diseñar un documento de orientación [...]”, o “Diseñar e implementar una estrategia de rehabilitación” [...]. Parte del problema puede estar relacionado con la falta de información de detalle sobre el verdadero número de personas en esta situación, y el posible subregistro precisamente a causa del estigma que hemos mencionado arriba. Es entonces urgente concretar esfuerzos para dimensionar con precisión la brecha a cerrar, y plantear acciones que permitan cerrar eficaz y eficientemente la brecha en el mercado laboral y desde el punto de vista de la salud pública.

## Las cifras de desempleo y los individuos con trastorno mental

En Colombia, así como en otros países, se llevan a cabo encuestas mensuales para estimar el número de personas en situación de desempleo, empleo, o inactividad. Las definiciones precisas de estos estados se han perfeccionado desde mediados del siglo XX con el fin de dar un contenido preciso a las encuestas. En el caso de Colombia el DANE lleva a cabo la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) de manera permanente, con el objetivo de llevar mes a mes una estimación del desempleo en Colombia.

Una primera aproximación a la encuesta muestra que no existe una pregunta que caracterice a los encuestados como discapacitados o que permita identificar posibles individuos que hayan sufrido un trastorno mental en el pasado. De modo que la población de nuestro interés es prácticamente invisible para la encuesta, y así mismo para la política pública.

Una segunda aproximación deja entrever que por definición una persona que no esté buscando activamente trabajo en la últimas cuatro (4) semanas no es considerado desempleado sino inactivo. Lo que quiere decir que la gran mayoría de personas que han sufrido un trastorno mental y han estado fuera del mercado laboral por un tiempo considerable no aparecen en las cifras oficiales como desempleados. La situación es análoga para personas que cuidan de personas con algún tipo de discapacidad, también denominados ‘cuidadores’, que la encuesta cataloga como ‘empleados’. Esta precisión metodológica no permite estimar la brecha de nuestro interés y por lo tanto dificulta dimensionar la inclusión laboral que necesitan las personas que han sufrido o sufren trastornos mentales. Teniendo en cuenta estas imperfecciones podemos considerar que en Colombia existen en febrero de 2021 cerca de 15,4 millones de personas en situación de inactividad y otros 3,9 millones en situación de desempleo. En contraste se estiman unos 20,8 millones de empleados (DANE, 2021). Estos números antes de la pandemia (febrero de 2020) eran los siguientes: 14,6 millones de inactivos, 3 millones de desempleados, y 22 millones de ocupados.

Al desagregar la cifra de personas inactivas entre las razones por las cuales dejó el último trabajo (esta desagregación sólo es posibles para los que trabajaron alguna vez, eliminando todos aquellos que nunca han trabajado) es posible ver la información sintetizada en la *tabla 5*.

La desagregación de inactivos muestra que fácilmente podría encontrarse a una persona que sufría un trastorno mental y que a partir de allí se encuentra en situación de inactividad en varias de las categorías reportadas. De hecho, las causas que se han expuesto como causantes de la baja inclusión laboral pueden generar un sub-registro importante en reportar la causa de inactividad luego de un trastorno metal.

## Conclusiones

El abordaje integral de las personas con trastornos mentales, sus familiares y cuidadores requiere de intervenciones psicofarmacológicas y psicosociales dentro del modelo biopsicosocial. Por esta razón, es muy importante que todas las personas con trastornos mentales tengan la posibilidad de tener atención en todos los estadios de la enfermedad, incluyendo los momentos de crisis y de estabilidad. De igual modo, es necesario que cuando se evidencie una alteración en su funcionalidad puedan acceder a programas de rehabilitación psicosocial, para lograr no solo la estabilidad clínica sino la recuperación de su funcionamiento cognitivo, ocupacional y social. Una meta del tratamiento debe ser que puedan retomar su estudio si fuese necesario, para prepararse para la búsqueda de trabajo y desarrollar su proyecto de vida de manera que tengan mayores oportunidades de integrarse al mercado laboral.

**Tabla 5.** Inactivos que trabajaron alguna vez, desagregados por razón por la que dejó su último trabajo (cifras en miles de personas) (DANE, 2021).

Inactivos	Hombres		Mujeres	
	Febrero de 2021	Febrero de 2020	Febrero de 2021	Febrero de 2020
Población que trabajó alguna vez	2316	2056	5783	5500
Otra razón	208	77	520	166
Cierre o dificultades de la empresa	141	88	442	241
Despido	73	47	197	120
Jubilación o retiro	526	494	484	435
Condiciones de trabajo insatisfactorias	85	100	258	249
Trabajo temporal terminado	256	233	504	499
Dedicarse a estudiar	158	211	114	186
Enfermedad o accidente	805	762	882	955
Responsabilidades familiares	74	41	2391	2650

Elaboración propia del autor

Sin embargo, en la práctica actual la brecha para la atención de las personas aún es muy amplia: No hay oportunidad de acceder a servicios integrales e integrados, la disponibilidad del recurso humano en salud capacitado es baja y cambia de acuerdo a la región de país, el modelo centrado en la atención hospitalaria prevalece y las experiencias de rehabilitación psicosocial con base en la comunidad son escasas y poco conocidas.

Luego de esta revisión se puede afirmar que Colombia cuenta actualmente con un marco legal amplio que permite imaginar el mejor escenario para favorecer los procesos de inclusión laboral de Personas con Discapacidad, pero la reglamentación e implementación de dichas leyes y decretos aun es incipiente o inexistente. Las rutas de integración al trabajo para algunas discapacidades ya están determinadas a través de las agencias nacionales de empleo, como son las del SENA y las cajas de compensación familiar, en todas las regiones del país, pero el acceso real de las personas con discapacidad psicosocial no tiene el mismo nivel de avance y es por tanto más difícil.

Por otro lado, los empleadores pueden tener percepciones erróneas sobre la vinculación de personas con discapacidades, o no son conscientes del impacto positivo para su organización y la sociedad en general que pudiera tener la decisión de contratar persona en condición de discapacidad. Las políticas públicas pueden incidir significativamente en estimular y crear incentivos efectivos para que las empresas vinculen personas con discapacidades, favoreciendo ambientes inclusivos, redundando en la mejoría de la salud mental individual y de la comunidad donde tiene incidencia.

Es importante estimular a las empresas a ser empresas inclusivas a contratar empleados con discapacidades, generar espacios de integración y colaboración, romper estereotipos asociados a la discapacidad, evitar la estigmatización y crear nuevos imaginarios de inclusión y salud mental colectiva. Este punto debe aparecer en las estrategias y lineamiento que están ahora mismo en construcción, como lo propuso el documento Conpes 3992.

Sin duda las políticas públicas ofrecen un marco amplio para propiciar estos escenarios, pero aún hace falta que estas se hagan efectivas en su comunicación, implementación y valoración, para crear una mejor experiencia para todos los empleados, sin distinción de sus discapacidades, potenciando sus capacidades y be-

neficiando de manera agregada a toda la comunidad. La dimensión de la brecha laboral que debe cerrarse es aún imprecisa. Desafortunadamente la forma en que se construyen las cifras del mercado laboral no incluyen de manera explícita la dimensión de la discapacidad excepto para personas cuidadoras. Esto dificulta dimensionar la inclusión laboral de esta población específica. No obstante, una inclusión efectiva de esta población podría aumentar el número de personas ocupadas en el país, incrementando la mano de obra disponible. Esto ha hecho difícil así mismo plantear una meta concreta de inclusión laboral en términos de número de personas, lo que deja a la política pública sin metas e incentivos concretos para superar la inclusión social y al final la rehabilitación efectiva de personas que han sufrido trastornos mentales.

## Referencias Bibliográficas

1. Cárdenas, J., & Campo, Z. (2017). Empleo sin barreras. Bogotá D.C.: Fundación Saldarriaga Concha Publicaciones. 56p.
2. Congreso de Colombia. (1997). Ley 361 de 1997. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0361\\_1997.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html)
3. Congreso de Colombia. (2007). Ley 1145. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201145%20DE%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201145%20DE%202007.pdf)
4. Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Obtenido de [https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Ley\\_1616\\_2013.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1616_2013.pdf)
5. Congreso de la República. (2009). Ley 1346 de 2009. Obtenido de <https://www.mincit.gov.co/ministerio/ministerio-en-breve/docs/ley-1346-de-2009.aspx#:~:text=Convienen%20en%20lo%20siguiente%3A%20ART%3%8DCULO,respeto%20de%20su%20dignidad%20inherente>.
6. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia. (2020). Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%3%B3micos/3992.pdf>
7. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia. (2020). Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%3%B3micos/3992.pdf>
8. DANE. (Febrero de 2021). Mercado Laboral: Principales REsultados. Obtenido de [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/pres\\_web\\_empleo\\_resultados\\_feb\\_21.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/pres_web_empleo_resultados_feb_21.pdf)
9. Flores, N., Jenaro, C., Tomsa, R., López Lucas, J., & Beltrán, M. (2014). Actitudes, Barreras y Oportuni-

- dades para el Empleo de Personas con Discapacidad Intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 4(1), 613-619.
10. Geneva: World Health Organization. (2008). mh-GAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809>
  11. Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodríguez, M. R., Tamayo Martínez, N., Matallana, D., & Gonzalez, L. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015: Protocolo de estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 2-8.
  12. Jiménez Buñuales, M., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76, 271-279.
  13. Kupfer, D. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. Panamericana.
  14. Minsalud. (2013). Ley estatutaria 1618 de 2013. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/ps/documento-balance-1618-2013-240517.pdf>
  15. Minsalud. (2018). Resolución 4886 de 2018. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf)
  16. ONU. (2008). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Obtenido de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
  17. Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)
  18. Posada Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña, C., & Gomez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(4), 241-262.
  19. Presidente de Colombia. (2005). Decreto 3873 de 2005. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=19122>
  20. Presidente de Colombia. (2005). Decreto 3973 de 2005. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=19122>
  21. Presidente de Colombia. (2017). Decreto 2011 de 2017. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=84502>
  22. Presidente de Colombia. (2017). Decreto 2177 de 2017. Obtenido de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30034373>
  23. Presidente de Colombia. (2018). Decreto 392 de 2018. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=85399>
  24. República de Colombia. (1991). Constitución Política de la República de Colombia. Obtenido de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
  25. Schreuer, N., & Dorot, R. (2017). Experiences of employed women with attention deficit hyperactive disorder: A phenomenological study. *Work* 56 (3), 429-441.
  26. Tapia. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental* 38.1, 53-58.
  27. Villar, L. (2018). Informe mensual del mercado laboral. Bogotá: Fedesarrollo.

# Trastornos de ansiedad y covid 19

## Anxiety Disorders and Covid 19

### Sara Gilda Argudín Depestre

Profesora Auxiliar y Consultante del  
Centro de Posgrado HCQ  
Hermanos Ameijeiras de la  
Universidad de Ciencias Médicas  
de La Habana

### Miriam de la Osa O'Reilly

Profesora Auxiliar del  
Centro de Posgrado HCQ  
Hermanos Ameijeiras de la  
Universidad de Ciencias Médicas  
de La Habana.

**Resumen** La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) es una emergencia de salud pública de preocupación internacional, representa un gran desafío a la salud mental. Estudios en epidemias anteriores han revelado una amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes. Las alteraciones psicológicas van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos tales como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático. Este trabajo tiene por objetivo, mostrar las posibles consecuencias en la salud mental de la población vulnerable que pueden llegar a suceder como resultado del confinamiento y en los trabajadores de la salud por el estrés mantenido durante el tratamiento a pacientes graves debido a la pandemia del COVID-19.

**Palabras Claves:** Pandemias; Aislamiento Social; Infecciones por Coronavirus; Trastornos de Ansiedad; Depresión; Trastornos por Estrés Post-traumático

**Abstract** The 2019 coronavirus pandemic (COVID-19) is a public health emergency of international concern, it represents a great challenge to mental health. Studies in previous epidemics have revealed a wide range of psychosocial consequences at the individual and community level during outbreaks. Psychological disturbances range from isolated symptoms to complex disorders such as insomnia, anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. This work aims to show the possible consequences on the mental health of the vulnerable population that may occur because of confinement and on health workers due to the stress maintained during the treatment of seriously ill patients due to the COVID pandemic. -19.

**Keywords:** Pandemics; Social isolation; Coronavirus Infections; Anxiety disorders; Depression; Post-Traumatic Stress Disorders

Las autoras no declaran  
conflicto de intereses

## Principio general

*“La situación que se vive hoy no tiene que ser necesariamente negativa, a pesar de ser inesperada, por lo que se debe resignificar, plantearse diferente y hacer un balance entre la adversidad y las oportunidades que se tienen; por ello, no se debe tener una percepción de que no existe, pues de hacerlo, se generará incertidumbre y frustración...”*

**Dra. Vargas Goicochea**  
Universidad de Chile

***“Las personas enferman más por lo que imaginan que por el conflicto en sí”***

## Desarrollo

La pandemia tiene impacto a corto, mediano y largo plazo.

La función fundamental de los equipos de Salud Mental en este periodo estará encaminada a:

- Prevenir consecuencias debido al desconocimiento mediante una información veraz, oportuna, práctica, coherente, acorde a evidencias científicas y descalificar rumores.
- Regular la sobreinformación pues, si es nocivo el desconocimiento la información excesiva, obsesiva a veces
- Atender a aquellas personas que requieran apoyo emocional para enfrentar los temores relacionados con la enfermedad cuando una emoción desborda al individuo ya que se está expresando un grado de enfermedad que requiere un acompañamiento profesional para superar la situación.

Pero, en todo este período del cual desconocemos el tiempo que puede prolongarse lo ideal es desarrollar y fortalecer las capacidades sanas del individuo y que no es más que fomentar la capacidad de hacer frente a los estresores que se presentan en la vida cotidiana y que se deben exacerbar ante situaciones de desastres.

## Situación de confinamiento

El aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática y la separación brusca del contexto social o familiar del paciente son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad.

Pueden formar parte de Reacciones adaptativas o evolucionar hacia cuadros crónicos que sí requerirán atención especializada.

La evolución puede comenzar con manifestaciones psicológicas de ansiedad que pueden generar bulimia y por tanto repercutir en el organismo con la aparición de obesidad de diversos grados. De igual forma pueden desencadenarse cuadros mixtos ansioso depresivos y la peor consecuencia es el Trastorno por Estrés Postraumático.

## Prioridades

Son muchos los afectados en una pandemia. pero, el especial interés debe estar dirigido a las poblaciones vulnerables.

## ¿Quiénes son aquellas personas consideradas vulnerables?

Enfermos y sus familias, por la propia condición que imprime la enfermedad, así como los prejuicios y la tendencia a la segregación en aquellos lugares en que las personas no son hospitalizadas.

Personas con condiciones médicas preexistentes físicas y/o mentales quienes van a requerir un soporte mayor de los equipos de salud comunitarios.

Trabajadores de la salud, especialmente enfermeros y médicos que trabajan directamente con pacientes y en cuarentena. Este grupo es especialmente vulnerable por el distanciamiento familiar, los prejuicios que pueden enfrentar de la población sana del mismo modo que los enfermos y sus familiares. Aunque este grupo está formado profesionalmente para el enfrentamiento de estas situaciones, la ineffectividad de las acciones para evitar las muertes, son situaciones que marcan negativamente a este personal.

## Aproximación epidemiológica

Sobrevivientes del SARS-CoV y MERS CoV el 35% de los sobrevivientes reportaron sintomatología psiquiátrica en la fase de recuperación temprana, y en el caso del MERS-CoV, alrededor del 40% de los afectados requirieron de una intervención psiquiátrica.

El personal de Salud presentó TEPT hasta en un 20%, trastornos depresivos o desarrollo de reacciones de ajuste con niveles aumentados de ansiedad.

En el caso de la Covid 19, habrá que ver las consecuencias para la salud mental de los convalecientes, pero, desde ya puede augurarse que se incrementarán los requerimientos de atención.

En una encuesta realizada a familias en Hong Kong al final de la epidemia de SARS-CoV se reportó que

el 60% se preocupaban más por los sentimientos de los miembros de sus familias y dos tercios prestaban más atención a su salud mental después del brote y el 35-40% invirtieron más tiempo en descansar y hacer ejercicio.

Es necesario evaluar los impactos positivos que se pueden obtener de un aislamiento social en esta situación.

### Recomendaciones para la interacción familiar durante el aislamiento.

- En lo posible continuar con las rutinas habituales.
- Mantenerse ocupado y concentrarse en las actividades diarias.
- Distribuir el tiempo para comer, hacer ejercicio y descansar.
- Evitar drogas psicoactivas y alcohol.
- Mantenerse en contacto con familia y amigos.
- No saturarse de información sobre la pandemia.
- Prestar atención a la información sobre cómo permanecer saludable y seguro.
- Tratar de hablar con alguien sobre sus sentimientos si se tiene miedo o si se está preocupado.

### Y en cuanto a los niños:

- Considere la respuesta de los niños
- Expresar sentimientos en conjunto como familia y explicar que las personas se pueden sentir preocupadas, lo cual es normal cuando se vive una situación estresante.
- Dar información que puedan entender.
- Hay que comunicar que como familia se protegerán y transmitirles seguridad.
- Expresar cariño – abrazarlos con bastante frecuencia.
- Mantener sus rutinas con risas y juegos.
- Enseñar hábitos de autocuidado frente a la enfermedad infecciosa como el lavado de las manos y uso de nasobucos.

### Bibliografía

1. Lau JT, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK. Positive mental healthrelated impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect.* 2006 Aug; 53(2):114-24. PubMed PMID: 16343636. PMCID: PMC7132442. Epub 2005/12/14.
2. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci.* 2020;16(10):1732-8. PubMed PMID: 32226291. PMCID: PMC7098037. Epub 2020/04/01. eng.
3. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int jSoc Psychiatry.* 2020 Mar 31:20764020915212. PubMed PMID: Soc Psychiatry. 2020 Mar 31:20764020915212. PubMed PMID: 32233719. Epub 2020/04/03.
4. Universidad de Chile. Estrategia Nacional para Salud Mental propuesta a Mesa Social Covid 19. 2020 Mar 17, <https://uchile.cl/u163020> Consultado 16 de Noviembre 2020
5. Ribot Reyes, V. Efectos de la Covid 19 en la Salud Mental de la población. 2020. [www.revhabanera.sld.cu](http://www.revhabanera.sld.cu) Consultado 16 de Noviembre 2020
6. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de epidemias [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009 [Citado 05/04/2020]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
7. Sociedad Española de Psiquiatría. Cuide su salud mental durante la cuarentena por coronavirus. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 2020

# Nivel de desesperanza en pacientes hospitalizados con úlcera de pie diabético en un hospital público de Lima

*Level of hopelessness in hospitalized  
patients with diabetic foot ulcer  
in a public hospital in Lima.*

## William Aguilar-Rivera

Médico – Psiquiatría

Facultad de Medicina, Universidad  
Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Docente de la Facultad de Medicina,  
Universidad Nacional Mayor  
de San Marcos, Perú

Hospital Nacional  
Hipólito Unanue, Perú

## Wilmer L. Fuentes-Neira

Nutricionista,

Magister en Filosofía e Investigación

Facultad de Medicina, Universidad  
Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

## Rafael Delgado-Arroyo

Médico - Internista,

Magister en Nutrición

Facultad de Medicina, Universidad  
Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Hospital Nacional  
Hipólito Unanue, Perú

## Cristina Maya-Vázquez

Psicóloga,

Magister en Ciencias de la Salud

Centro Nacional para la Salud de la  
Infancia y la Adolescencia México

### Correspondencia:

William Aguilar Rivera

Universidad Nacional

Mayor de San Marcos

[waraquilar@hotmail.com](mailto:waraquilar@hotmail.com)

Calle Strauss 157-302 San Borja

Teléfono: +511-999277306

**Resumen Objetivo:** Evaluar el nivel de desesperanza en pacientes en pacientes hospitalizados con úlcera de pie diabético en un hospital público de Lima.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, se aplicó la escala de desesperanza de Beck en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo de octubre 2012 a marzo 2013.

**Resultados:** Se entrevistaron a 44 pacientes con edad promedio de 57,6 años  $\pm$  8,7 años. Respecto al nivel de desesperanza, el 47,7% presenta desesperanza moderada, 38,6% desesperanza leve, 6,8% desesperanza severa y el 6,8% tiene nivel normal. El puntaje de desesperanza promedio fue 9,0 puntos con una desviación estándar de 3,8 puntos; los varones tuvieron un promedio de 9,9 con desviación estándar de 3,9 y las mujeres un promedio de 7,8 con desviación estándar 3,4 siendo esta diferencia significativa (valor  $p = 0,047$ ). No se observaron diferencias según edad, estado civil, grado de escolaridad, procedencia y tratamiento. La confiabilidad del instrumento presentó un alfa de Cronbach fue 0,70.

**Conclusiones:** Existe una alta prevalencia de desesperanza en los niveles moderados a severos en pacientes con úlcera de pie diabético.

**Palabras clave:** Desesperanza, ulcera de pie diabético, depresión

**Abstracts Objective:** Determinate the level of hopelessness in patients in hospitalized patients with diabetic foot ulcer in a public hospital in Lima.

**Material and methods:** Descriptive cross-sectional study, the Beck despair scale was applied to patients hospitalized in the medical service of the Hipólito Unanue National Hospital in the period from October 2012 to March 2013.

**Results:** 44 patients with mean age of 57.6 years  $\pm$  8.7 years were interviewed. Regarding the level of hopelessness, 47.7% present moderate despair, 38.6% mild hopelessness, 6.8% severe hopelessness and 6.8% have a normal level. The mean hopelessness score was 9.0 points with a standard deviation of 3.8 points; males had a mean of 9.9 with a standard deviation of 3.9 and females a mean of 7.8 with a standard



deviation of 3.4, this difference being significant ( $p$ -value = 0.047). No differences were observed according to age, marital status, educational level, origin and treatment. The reliability of the instrument presented a Cronbach's alpha was 0.70.

#### **Declaración de financiamiento**

Esta investigación es autofinanciada tanto para la realización en etapa de ejecución como en la realización del artículo.

**Conclusions:** *There is a high prevalence of hopelessness at moderate to severe levels in patients with diabetic foot ulcer.*

**Keyword:** *Hopelessness, diabetic foot ulcer, depression*

## **Introducción**

En el mundo al 2015, se estima que existen 415 millones que personas con diabetes entre los 20 a 79 años, 5.0 millones de muertes atribuibles a la diabetes, y el gasto en salud mundial debido a la diabetes que asciende a los 673 mil millones de dólares americanos. Tres cuartas partes de las personas con diabetes viven en países de ingresos bajos y medios. Se predice que la cantidad de personas con diabetes aumentaría a 642 millones para el año 2040. (1)

En el Perú se estima que la prevalencia de diabetes es 7,0%, y en la ciudad Lima de 8,4% según el estudio PERUDIAB (2). En una vigilancia epidemiológica, en 17 hospitales del Perú y una clínica privada, se ha determinado que el pie diabético es una complicación que se presenta en 5,9% de los pacientes atendidos. (3)

La úlcera del pie diabético es una complicación crónica de la diabetes mellitus tipo II caracterizada por falla en la cicatrización que ocasionan un deterioro en la calidad de vida y desesperanza que representan dos componentes de la salud mental que inciden en el pronóstico, que generalmente no se abordan en el tratamiento médico (4).

La desesperanza es una manifestación de la depresión según Beck la desesperanza corresponde a un sistema de esquemas a nivel cognitivo en el que se observan expectativas negativas acerca del futuro, sea este inmediato o remoto (5). La complicación con úlcera de pie diabético tiene marcados efectos sobre la salud física, emocional y la calidad de vida (7). En una revisión sistemática de 27 estudios se observa que la prevalencia de depresión varió de 4.5% a 74% y señalan que no hay estudios centrados únicamente en el tratamiento de la depresión. En un meta-análisis de 42 investigaciones

se concluye que los pacientes con diabetes tienen dos veces más riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, además la coexistencia de diabetes y depresión, aumenta significativamente el riesgo mortalidad para todas las causas. (6)

La complicación de pie diabético requiere largos períodos terapéuticos, que presenta altas tasas de recurrencia de úlceras, que en muchas ocasiones puede conllevar a la amputación, factores todos ellos que pueden influir en el nivel de desesperanza de estos pacientes. Según registros de hospitales del norte del Perú el 31,2% y 30,8% de las amputaciones corresponden a un tiempo de enfermedad entre once a veinte años y uno a veinte años respectivamente. (8)

Sobre estas evidencias, el paciente con diabetes es muy probable que sea más vulnerable si presenta desesperanza, de allí consideramos plantear como objetivo del presente estudio evaluar el nivel de desesperanza en pacientes en pacientes hospitalizados con úlcera de pie diabético en un hospital público de Lima.

## **Material y métodos**

### **Diseño**

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal. Para el presente estudio, se seleccionaron como muestra no probabilística a todos los pacientes diabéticos con pie diabético (adultos y adultos mayores) hospitalizados en el pabellón de medicina E-1 del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante seis meses, en el periodo comprendido de octubre 2016 a marzo 2017, los cuales ascienden a 44 pacientes, se excluyeron a los pacientes que tuvieron amputación previa un miembro inferior o deterioro cognitivo severo. Durante su

estadía se aplicaron un cuestionario de factores socio-demográficos, autocuidado y la escala de desesperanza de Beck. El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética del mismo Hospital.

### Escala de Desesperanza de Beck

La Escala de desesperanza de Beck (BHS) es una escala (de verdadero/falso) de 20 ítems que ha sido validada para capturar el componente cognitivo de la depresión. En nuestro estudio aplicamos una versión validada en Perú por Aliaga J. et al(9), en una población de Lima Metropolitana. Específicamente, la BHS mide tres componentes asociados con la desesperanza: sentimientos sobre el futuro, pérdida de motivación y expectativas, tanto positivas como negativas. Según Per Beck (1974) una puntuación de corte igual o mayor a nueve ( $\geq 9$ ) indica una mayor probabilidad de la presencia de desesperanza en los pacientes (10). Para los fines de este estudio, se aplica el punto de corte 0-3, rango normal o asintomático; 4-8, leve; 9-14, moderado; y 15-20, severo también propuestas por Beck & Steer en su manual posterior (5).

### Métodos estadísticos

Los datos fueron analizados usando R 3.4.4. Se realizó estadística descriptiva para todas las variables y se examinaron las distribuciones de datos para determinar la normalidad con el test de Anderson Darling con el paquete Nortest (11). Los datos faltantes se imputaron con el puntaje promedio de cada dimensión de la persona para reducir el impacto de la eliminación de la lista en el tamaño total de la muestra para el análisis. Se eliminó tres cuestionarios por tener más de dos valores perdidos. Se realizó un análisis exploratorio para evaluar posibles factores relacionados con mayor desesperanza como el sexo, edad, estado civil, grado de escolaridad, procedencia, y tratamiento farmacológico. Dada la naturaleza ordinal de la escala de Beck, se seleccionan pruebas no paramétricas como la prueba U de Mann Whitney y Kruskal Wallis. Se considera un error tipo I de 0,05. Se evalúa la consistencia interna de la escala con el Alfa de Cronbach.

### Resultados

Participaron 44 pacientes, 56,8% varones y 43,2% mujeres con edad promedio de 57,6 años 8,7 años; edades comprendidas entre 42 y 90 años. El 79% es casado o convivientes, respecto a su grado de escolaridad 54,5% tiene nivel primario y 79,5% proviene de

zona urbana. El 81,9% recibe tratamiento farmacológico. Respecto a la actividad física, el 100% no realiza ejercicios o actividad deportiva. Los puntajes totales tienen distribución según el test de Anderson Darling (valor  $p = 0,590$ ) de allí que se resumen como promedios y desviación estándar. (tabla 1)

**Tabla 1.** Características generales de la muestra de pacientes con pie diabético.

	n	%	Promedio BHS	D.E.	Valor p*
<b>Sexo</b>					
Varones	25	56,8	9,9	3,9	0,047
Mujeres	19	43,2	7,8	3,4	
<b>Grupo de edad</b>					
42 – 50	7	15,9	9,4	2,9	0,767
51 – 60	19	43,2	9,5	3,4	
61 – 70	16	36,4	8,3	4,7	
>71	2	4,5	8,5	4,9	
<b>Estado civil</b>					
Viudo/sin pareja	9	20,5	9,1	4,3	0,930
Casado/conviviente	35	79,5	9,0	3,7	
<b>Grado de escolaridad</b>					
Sin estudios	1	2,3	16,0		
Primario	24	54,5	8,3	3,4	0,160
Secundaria	18	40,9	9,7	4,0	
Superior	1	2,3	6,0		
<b>Procedencia</b>					
Urbano	35	79,5	9,0	3,5	0,689
Urbano marginal	9	20,5	8,9	5,0	
<b>Tratamiento</b>					
Ninguno	4	9,1	8,3	3,8	0,483
Tabletas	33	75,0	9,4	3,8	
Insulina	7	15,9	7,6	3,9	
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>9,0</b>	<b>3,8</b>	

El puntaje de desesperanza promedio fue 9,0 puntos con una desviación estándar de 3,8 puntos. Respecto al nivel de desesperanza el 6,8% tiene nivel normal, 38,6% desesperanza leve, 47,7% desesperanza moderada y 6,8% desesperanza severa.

Cuando se comparan los puntajes de desesperanza, los varones tuvieron un promedio de 9,9 con desviación estándar de 3,9 y las mujeres un promedio de 7,8 con desviación estándar 3,4 siendo esta diferencia significativa (valor  $p = 0,047$ ; U de Mann Whitney). No se observó diferencias según edad, estado civil, grado de escolaridad, procedencia y tratamiento.

La confiabilidad obtenida del total de la muestra a través del coeficiente alfa de Cronbach fue 0,70. La correlación elemento con el total, estuvo entre -0,16 y 0,569, sólo un elemento mostró valor negativo, el referido a la pregunta cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así. Se observa que 15 de los 20 elementos presentan una correlación elemento-total mayor que 0,20; El análisis exploratorio con la medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo es igual 0,487, es decir no supera el valor 0,5; por lo tanto, el tamaño

de muestra no es suficiente para la realización de un análisis factorial.

La distribución de las respuestas por preguntas se presenta en la *tabla 2*.

### Discusión

La prevalencia de desesperanza (93,2%) es alta en los pacientes hospitalizados con úlcera de pie diabético; si se evalúa el contexto de los pacientes atendidos en dicho hospital público, estos poseen un nivel educativo bajo, además, sus familias son de nivel socioeconómico bajo; de allí se puede atribuir que las complicaciones son producto de prácticas inadecuadas de autocuidado e insuficientes recursos económicos para el tratamiento. En la práctica cotidiana observamos que la mayoría de pacientes internados llegan en un estado avanzado de su enfermedad, para el cual su indicación más probable es la amputación, que implica

**Tabla 2.** Distribución de las respuestas por elemento en la EDB.

		Verdad n(%)	Falso n(%)
1	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	24 (55,8)	19 (44,2)
2	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	18 (41,9)	25 (58,1)
3	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	26 (60,5)	17 (39,5)
4	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	23 (53,5)	20 (46,5)
5	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	24 (55,8)	19 (44,2)
6	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	23 (53,5)	20 (46,5)
7	Mi futuro me parece oscuro	22 (51,2)	21 (48,8)
8	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	30 (69,8)	13 (30,2)
9	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	24 (55,8)	19 (44,2)
10	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	23 (53,5)	20 (46,5)
11	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	19 (44,2)	24 (55,8)
12	No espero conseguir lo que realmente deseo	21 (48,8)	22 (51,2)
13	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	30 (69,8)	13 (30,2)
14	Las cosas no marchan como yo quisiera	19 (44,2)	24 (55,8)
15	Tengo una gran confianza en el futuro	26 (60,5)	17 (39,5)
16	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	21 (48,8)	22 (51,2)
17	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	30 (69,8)	13 (30,2)
18	El futuro me parece vago e incierto	24 (55,8)	19 (44,2)
19	Espero más bien épocas buenas que malas	29 (67,4)	14 (32,6)
20	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	12 (27,9)	31 (72,1)

perder la capacidad de movilizarse de manera independiente. El aspecto de la angustia y depresión de los pacientes es claro, pues desde su ingreso se les informa la posible pérdida de sus miembros inferiores. La incidencia de ulceración del pie es 2,5 más frecuentes en personas con depresión previa (12). Otros mediadores potenciales de una relación entre la depresión y las úlceras del pie diabético incluyen el control glucémico alterado y el mal autocuidado, sin embargo no se evaluó de modo cuantitativo en este estudio. La depresión se ha asociado con un control glucémico deficiente en varios estudios(13), también la depresión se ha relacionado con la falta de adherencia al medicamento, dieta poco saludable, estilo de vida sedentario, obesidad, tabaquismo y prácticas de autocuidado del pie deteriorado en pacientes con diabetes (14) (15).

El BHS estima la severidad de la desesperanza, por ello es clínicamente importante para prestar atención a otros aspectos del funcionamiento psicológico particularmente los niveles de la depresión y la ideación suicida (9). Son pocos estudios estudio de desesperanza en pacientes con úlcera pie diabético, la mayoría de estudios abordan la depresión a toda la población diabética tipo 2.

Según Williams, los pacientes con depresión tienen dos veces más riesgo de desarrollar ulcera de pie diabético (15). En nuestro estudio, observamos que la desesperanza es mayor en los varones y más de la mitad de pacientes tiene desesperanza de moderada a severa. Estos hallazgo son coherentes con estudios de cohortes longitudinal que muestran que la depresión se asocia con úlceras de pie de mayor extensión (16) y severas (17), así como retraso en la cicatrización y aumento de la recurrencia de úlceras del pie.

En nuestro medio, es relativamente nuevo focalizar la desesperanza en este tipo de pacientes, que valora el componente cognitivo de la depresión. Consideramos que se deben realizar estudios con metodología cualitativa para comprender culturalmente el proceso de afrontamiento de la ulcera de pie diabético; además recomendamos el monitoreo del comportamiento de autocuidado de los pies como posible indicador entre la depresión y el grado de ulceración del pie. Una intervención de los problemas de salud mental, en el momento adecuado, en los pacientes mejoraría los indicadores de adherencia a los tratamientos y favorecería a unas menores tasas de complicaciones. Concluimos que la prevalencia de la desesperanza es alta en los pacientes con pie diabéticos; dado que la des-

esperanza es un factor modificable en los pacientes debe abordarse terapéuticamente para que alcancen un mejor pronóstico de la ulceración incidente del pie, de este modo resulte en un mejor cuidado de los pies y contribuya a su calidad de vida.

## Referencias bibliograficas

1. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017 Jun;128:40–50.
2. Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2015;3(1):e000110.
3. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2014 Jan [cited 2017 Jul 26];31(1):09–15. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342014000100002&lng=es&nrn=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342014000100002&lng=es&nrn=iso&tlng=en)
4. Williams LH, Rutter CM, Katon WJ, Reiber GE, Ciechanowski P, Heckbert SR, et al. Depression and incident diabetic foot ulcers: a prospective cohort study. *Am J Med* [Internet]. 2010 Aug [cited 2018 Apr 9];123(8):748-754.e3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913143/>
5. Beck AT, Steer RA. Beck Hopelessness Scale: manual. Psychological Corporation; 1993. 29 p.
6. Egede LE, Nietert PJ, Zheng D. Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care.* 2005 Jun;28(6):1339–45.
7. Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Amore M, Ferrara C, et al. Quality of Life and Suicide Risk in Patients With Diabetes Mellitus. *Psychosom Wash* [Internet]. 2009 Feb [cited 2018 Apr 6];50(1):16–23. Available from: <https://search.proquest.com/docview/220333917/abstract/21890165C04645B9PQ/5>
8. Escalante Gutiérrez D, Lecca García L, Gamarra Sánchez J, Escalante Gutiérrez G. Amputación del miembro inferior por pie diabético en hospitales de la costa norte peruana 1990 - 2000: características clínico-epidemiológicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2003 Jul [cited 2018 Sep 3];20(3):138–44. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342003000300005&lng=es&nrn=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342003000300005&lng=es&nrn=iso&tlng=es)

9. Tovar JA, Ríos LR de los, Díaz CP, León AF, Vereau JE. Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Rev Investig En Psicol* [Internet]. 2014 Mar 6 [cited 2018 Apr 8];9(1):69–79. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4029>
10. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974 Dec;42(6):861–5.
11. Gross J, Ligges U. nortest: Tests for Normality [Internet]. 2015. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=nortest>
12. Boyko EJ, Ahroni JH, Cohen V, Nelson KM, Heagerty PJ. Prediction of diabetic foot ulcer occurrence using commonly available clinical information: the Seattle Diabetic Foot Study. *Diabetes Care*. 2006 Jun;29(6):1202–7.
13. Sumlin LL, Garcia TJ, Brown SA, Winter MA, García AA, Brown A, et al. Depression and adherence to lifestyle changes in type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Educ*. 2014 Dec;40(6):731–44.
14. Semenkovich K, Brown ME, Svrakic DM, Lustman PJ. Depression in type 2 diabetes mellitus: prevalence, impact, and treatment. *Drugs*. 2015 Apr;75(6):577–87.
15. Naicker K, Øverland S, Johnson JA, Manuel D, Skogen JC, Sivertsen B, et al. Symptoms of anxiety and depression in type 2 diabetes: Associations with clinical diabetes measures and self-management outcomes in the Norwegian HUNT study. *Psychoneuroendocrinology*. 2017 Oct;84:116–23.
16. Ismail K, Winkley K, Stahl D, Chalder T, Edmonds M. A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer: the role of depression on mortality. *Diabetes Care*. 2007 Jun;30(6):1473–9.
17. Monami M, Longo R, Desideri CM, Masotti G, Marchionni N, Mannucci E. The diabetic person beyond a foot ulcer: healing, recurrence, and depressive symptoms. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2008 Apr;98(2):130–6.

# PRESENTACIÓN DE LIBROS

**Dr. Rodrigo Cordoba Rojas**

*Md psiquiatra*

---

## **UN REGALO DE JULIA. Breve ensayo a propósito de un caso de histeria e hipnosis**

**Luis Caballero Martínez** (España)

*Un libro histórico, científico, biográfico? Difícil encasillar esta magnífica obra del Dr. Luis Caballero, quién nos brinda un libro de una visión profunda, un claro análisis, una recopilación exhaustiva de datos.*

“**Un regalo de Julia. Breve ensayo a propósito de un caso de histeria e hipnosis**” es un libro híbrido, mitad ensayo psiquiátrico, mitad relato clínico, que parte del hallazgo real de un conjunto de manuscritos aparecidos en una almoneda de Madrid, no hace muchos años, sobre el caso de una paciente diagnosticada de histeria y tratada mediante hipnosis y otros procedimientos por dos médicos españoles de principios del siglo XX. Por una circunstancia rara y afortunada que se expone en el relato, el conjunto incluye las cartas originales e inéditas con las que ocho psiquiatras europeos históricos (Janet, Forel y Grasset entre ellos) contestaron a las preguntas que uno de los españoles le hizo a propósito de la aplicación de la hipnosis en el caso.

El conjunto proporciona una visión mise en abyme franco-española de las discusiones que al respecto de la histeria y la hipnosis tuvieron lugar entre las escuelas de Charcot en París (donde la hipnosis era considerada un síntoma más de la histeria) y la de Bernheim en Nancy (donde la hipnosis llegó a estar considerada como un procedimiento terapéutico universal).

La primera parte transcribe el caso de la paciente y los tratamientos que aplicaron los dos médicos españoles, alineados cada uno de ellos en las escuelas francesas y rivales citadas. Tras una exposición sucinta de los postulados de ambas escuelas sobre la hipnosis, se presenta a los médicos europeos consultados y se transcriben sus respuestas a las seis preguntas clave que les hizo uno de los españoles en torno a la indicación, la aplicación y los riesgos de la hipnosis en la histeria.

En la segunda parte, el autor lleva a cabo una investigación de campo en distintas ciudades y archivos de España, y entrevista después a allegados de la paciente (afortunadamente vivos, teniendo en cuenta que esta nació en 1871) para tratar de rescatar la esquivada patobiografía de esta paciente, perteneciente a una familia en la que no faltaban personajes históricos españoles relevantes. El relato llevará, de paso, a conocer a la persona y la obra de Abdón Sánchez-Herrero, el médico hipnotizador español más importante de la época, maestro de uno de los dos clínicos que trataron el caso.

En la tercera parte se hace una puesta al día de los temas discutidos en las dos anteriores bajo la perspectiva de la neurociencia y la psiquiatría contemporáneas, desde la emergencia y la posterior desaparición de la histeria charcotiana, hasta el formidable enredo clasificatorio de la entidad en las actuales nosotaxias de la OMS y la APA (cuyas bases los expertos no alcanzan a ver con claridad y resultan tan incompletas y endebles que han llevado a algunos a pensar que la histeria, con su fabulosa capacidad de disimulo, sobrevive a sus obituarios). Finalmente, en un intento de superar los excesos de posiciones psicologicistas radicales (y su psicometría tautológica) y los de los biologicistas que tratan de formular los fenómenos mentales de un modo neural estricto, el autor evoca la sorprendente actualidad de las posiciones integradoras del último Charcot.

“Un regalo de Julia” puede leerse de un tirón como un “thriller clínico”, o como el relato de una jornada extendida de un psiquiatra clínico (Julia, la paciente que regaló los documentos al autor tiene también voz y protagonismo en el relato). Y hay una segunda lectura posible: la del nutrido apartado de Notas que acompaña a cada

capítulo en las que el lector recorrerá, a través de inesperados detours, los entresijos de las vidas de los autores citados y las bambalinas de la psiquiatría de ayer y de hoy, para conocer las tensiones entre las versiones etic (los discursos científicos) y emic (su aplicación y uso interno por especialistas) de los problemas que se abordan. El libro está extraordinariamente bien documentado y su ironía y sentido del humor ofrecen una evocación atractiva y gozosa de un periodo en el que la fascinación por la histeria y la hipnosis recorrió el mundo dando lugar a discusiones que condicionaron para siempre el posterior desarrollo - a veces antagónico - de la neurología y la psiquiatría como especialidades médicas.

### **Psiquiatras y escritores profesionales han dicho de esta obra los siguientes comentarios:**

*“Un divertidísimo bricolaje intelectual que es, a la vez, anamnesis clínica, ensayo psiquiátrico, clase de historia, pesquisa familiar, álbum de fotos y jornada autobiográfica de un psiquiatra clínico”*

**Roberto Lewis-Fernández**  
Profesor de Psiquiatría Clínica.  
Universidad de Columbia

---

*“Un recorrido divertido, irónico y muy bien escrito por las trastiendas y los protagonistas de una de las mayores controversias de la psiquiatría del siglo XX.”*

**Miquel Roca**  
Catedrático de Psiquiatría de la  
Universidad de las Islas Baleares

---

*“¡Hipnótico! Todo lector curioso disfrutará con este libro, mitad ensayo psiquiátrico, mitad relato con protagonistas excéntricos. Imprescindibles las largas notas al pie donde el autor mezcla saber, humor e ironía a partes iguales”*

**Ángeles González-Sinde**  
Guionista y Escritora.  
Ex Ministra de Cultura de España

---

*“Como los relatos clínicos de Oliver Sacks este libro magnífico concilia el rigor de la psiquiatría con la amenidad y las artes de un narrador”*

**Adolfo García Ortega**  
Novelista. Madrid

---

*“Una deslumbrante investigación científica que se lee como un thriller”*

**Luis Agüera**  
Psiquiatra.  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

---

*“Si conseguimos escapar del callejón sin salida al que nos ha conducido el DSM podrá haber una oportunidad para entender casos como éste tan brillantemente expuesto por Luis Caballero.”*

**Edward Shorter**  
Profesor de Psiquiatría e Historia de la Medicina.  
Universidad de Toronto

---

*La magnífica capacidad de síntesis de Luis Caballero logra enganchar al lector desde la primera página sin apartarse un centímetro del contenido científico.*

**José Carlos Somoza**  
Escritor y Psiquiatra. Madrid

---

*“Un libro apasionante sobre un caso real de histeria y la hipnosis.”*

**Monika Zgustova**  
Escritora. Barcelona

---

# REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

*apalrevista@gmail.com*

---

## CUESTIONES GENERALES

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

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

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

### *Originalidad*

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

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

### *Autoría*

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

### *Agradecimientos*

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Consentimiento informado**

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

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

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

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

### **Envío de trabajos**

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

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

## Tipos de trabajos

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

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

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

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

## ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

### Instrucciones generales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Agradecimientos

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

## Referencias bibliográficas

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

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

### Ejemplo:

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

Referencias bibliográficas

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

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

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

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

## Se ilustran a continuación los principales casos:

### Artículos de revistas

#### 1. Artículo estándar

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

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

#### 2. Autor corporativo

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

#### 3. Suplemento de un volumen

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

### Libros y otras fuentes de información impresa

#### 4. Autores individuales

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

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

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

#### 6. Capítulo de libro

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

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

## 7. Actas de conferencias

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

## 8. Ponencia presentada en un Congreso

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

## 9. En prensa

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

## Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

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

## Comunicación personal

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

## Figuras

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

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

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

## Leyendas de las figuras

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

## Tablas

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

### Abreviaturas

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

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

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

### ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

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

#### Hoja de título

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

#### Resumen

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

#### Resumen en inglés

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

#### Cita correcta de la bibliografía

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

#### Figuras

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

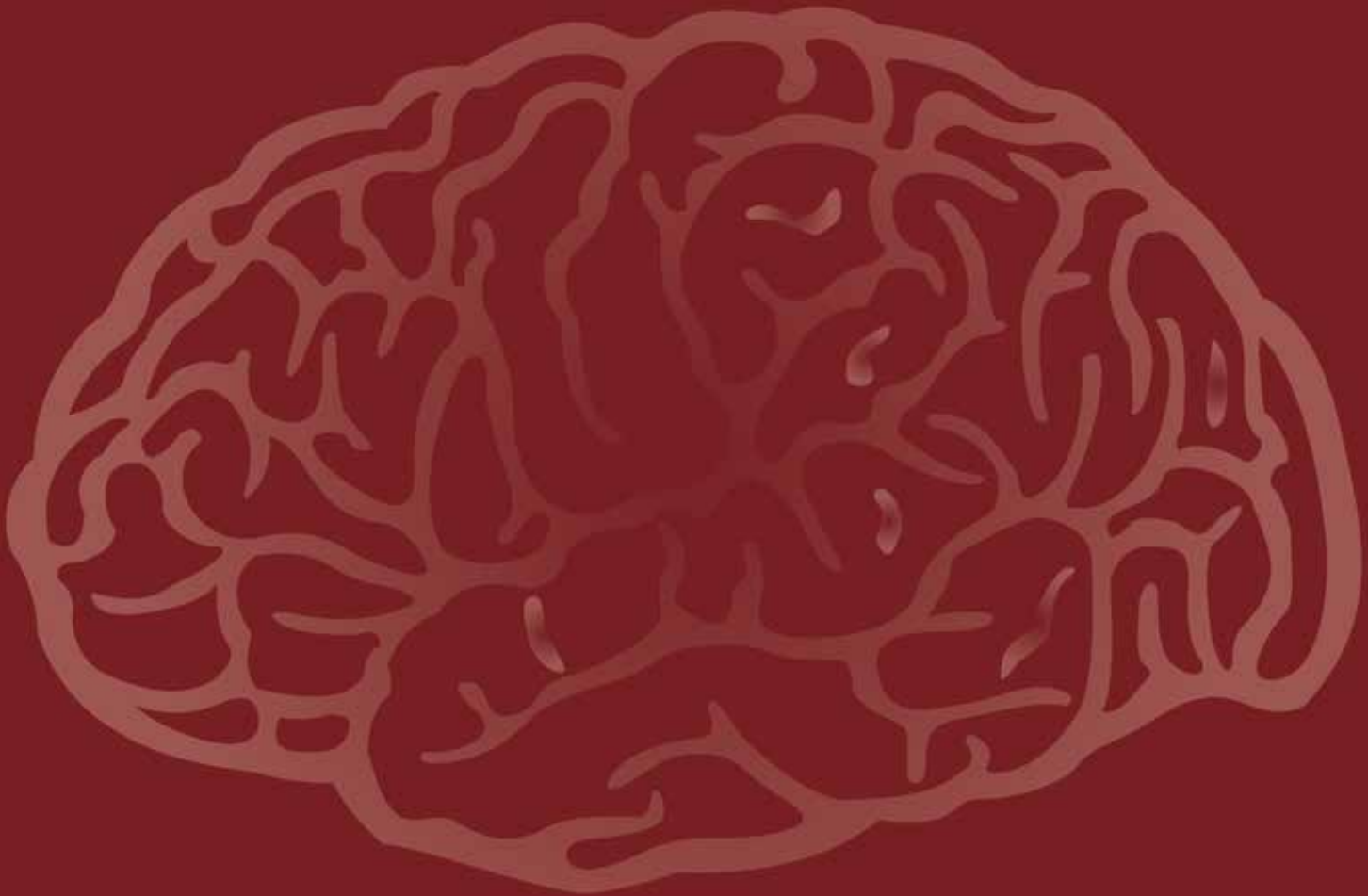
#### Tablas

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

#### Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?

2021 número 1  
volumen 20



Agradecemos el auspicio de **Eurofarma Perú**