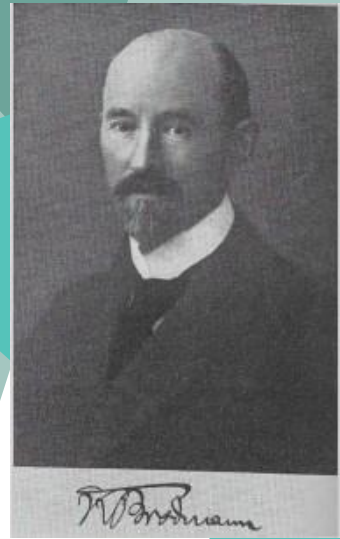




Korbinian Brodmann
(1868-1918)



Epilepsia en Colombia

Órgano de divulgación de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia
y Enfermedades Neurológicas - FIRE



Epilepsia en Colombia

Órgano de divulgación de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas - FIRE

Res. Ministerio de Gobierno

#002776 agosto 26 de 1982

Tarifa postal reducida No.112

Administración Postal Nacional

Director:

Dr. Jaime Fandiño Franky.

Consejo Editorial:

Dr. Jaime Fandiño

Dr. Nicolás Pérez

Dra. Laura Alvarez

Dr. Freddy Pérez

Lic. Javier Alvarez

Lic. Iris Dávila

Comite directivo Fire:

Jaime Fandiño-Franky, presidente

Alvaro Barrera

Dina Arabia

Jaime Fandiño Merz

Luis Eduardo Fandiño Franky

Salim Díaz Yamal

Miguel Araújo

Beatriz Mendoza Fandiño (Fundación Premio Nacional de Epilepsia Margaret Merz de Fandiño)

Luz Marina Silva

Javier Fandiño Merz

Margaret Merz de Fandiño (Q.E.P.D.).

Vol VIII No 01

Cartagena de Indias, Colombia

Enero 2024

Korbinian Brodmann (1868-1918)



Todos los estudiosos del sistema nervioso hemos oído o estudiado el trabajo de Brodmann. Cuando tenemos que revisar cada área funcional y anatómica de la corteza cerebral, recurrimos al trabajo de este gran investigador, que en 1908 apareció como un mapa cerebral.

Brodmann nació en Liggersdorf, Hohenzollern (Alemania) y estudió medicina en Múnich, Berlín y Friburgo y obtuvo su grado de médico en 1898 en Leipzig. Entró al servicio del Prof. Oskar Vogt (quien examinó el cerebro de Lenin). Con este ilustre profesor se inició en la neurología y la psiquiatría hasta 1910, en que publicó prácticamente todo su trabajo en 1908, que fue la distribución de la citoarquitectura de la corteza cerebral de los mamíferos, que es un mapa de la corteza que, según su punto de vista, todos los mamíferos tienen una distribución de la corteza igual. En 1909 publicó su famoso libro “Tratado de la localización de la corteza cerebral del cerebro”, reproducido en 1925. Este trabajo le costó a Brodmann una tremenda envidia de sus colegas, quienes lo vilipendiaron hasta el punto de tener que abandonar su Centro Neurobiológico de Berlín en 1910 y pasar a Tübingen, donde sí le reconocieron su trabajo y le dieron facilidades económicas y de investigación, que nunca las había tenido. De aquí pasó a Múnich donde encontró a Kraepelin, Nissl y Spielmeyer. Aquí fue nombrado jefe de la división topográfico-histológica y fue allí, a los pocos meses, que contrajo una sepsis a consecuencia de una influenza y falleció, dejando una hija que luego pasó al cuidado de su abuela materna. Hacía solo dos años se había casado. Así es y será la vida de los grandes científicos, que transformaron e impulsaron las ciencias médicas, que tanto han servido al ser humano. Exactamente vivió en la segunda mitad del siglo XIX, la época más florida de la investigación médica y de las artes.

Bibliografía: The founders of Neurology. Webb Haymaker. Charles G Thomas 1970. Pag. 99-101

CONTENIDO

1. Editorial

¿Debemos seguir diciendo PACIENTE o, mejor, PERSONA? ¿Cuál la diferencia?

2.Trabajo de Investigación

Prevalencia de signos y síntomas psicopatológicos en pacientes con epilepsia de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas Jaime Fandiño Franky – FIRE (Artículo original completo)

3.Proyecto FIRE EXTRAMURAL (Resumen)

4. Noticias

4.1 Informe Mesa Técnica Epilepsia (Minsalud) 2023

4.2 Obituarios

1. Editorial

¿Debemos seguir diciendo PACIENTE o, mejor, PERSONA? ¿Cuál la diferencia?

La terminología con que el personal que atiende al ser enfermo va cambiando a medida que se descubren verdades ocultas. Por ejemplo, por muchos años se ha venido hablando de un “epiléptico”, pero ahora existe un acuerdo en la comunidad mundial de llamar a la persona que sufre de epilepsia; “una persona con epilepsia”. Es decir, un ser humano que tiene virtudes, valores y algo negativo que es la epilepsia. Ya nos acostumbramos a llamar a estos seres humanos como “persona con epilepsia”, Recuerdo, hace cerca de 20 años, que tuvimos el agrado de recibir a la secretaria del International Bureau for Epilepsy (IBE). Esto fue en el congreso nacional de epilepsia y nos puso, a los asistentes, inmediatamente a pensar cuánta razón tenía esta ilustre conferenciante y misionera de la epilepsia. Por bien. Ahora tenemos la misma situación con la palabra “paciente”. En el congreso mundial de salud mental, llevado a cabo en Bogotá, en los salones de la Academia Nacional de Medicina, se discutió la necesidad de acabar con este término, que invade toda la personalidad del ser y lo coloca en una posición de indefensión ante la sociedad. Decir paciente entraña como decir leproso. ¿Por qué decimos una persona con lepra y no la terrible de leproso? Pues en ese congreso, que fue en noviembre de 2023, se insistió en que debemos cambiar la palabra paciente, por persona. Así, debemos decir; “una persona nos consultó por tener diabetes”; u otra llegó a nuestro hospital como una persona con un tumor cerebral, Se acuñó en ese congreso la frase:” la medicina centrada en la persona” “no centrada en el paciente”.

Si miramos objetivamente este principio, vemos que es lógico y conveniente. ¿Nos fastidiaría, si en las historias clínicas nuestras (del FIRE) desapareciera la palabra paciente? Por ejemplo, diríamos: Nombre de la persona: NN. Edad de la persona 25 años. ¿Nos estamos metiendo en un culturismo? No, de ninguna manera, porque estamos elevando la dignidad del ser que examinamos. Por ejemplo, cuando decimos tipo de cultura de la persona: abogado. Pero observemos que decir tipo de cultura del paciente, no nos satisface porque no dice sino un momento de la vida de la persona que estamos examinando.

Así las cosas, escribimos este editorial, para que pensemos si esto está bien o no. Si no decimos nada, nos estamos quedando atrás y habrá otras instituciones que se nos adelanten. Además, esto no tiene ninguna importancia legal, sino al contrario, estamos reconociendo que la PERSONA es la dueña de la enfermedad, pero también, de la sonrisa, el léxico, los sentimientos y muchas otras cualidades propias de cada uno.

Pensemos y dialoguemos.

Jaime Fandiño-Franky

Presidente FIRE

2. Trabajo de Investigación (Artículo original)

PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON EPILEPSIA DE LA FUNDACIÓN CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS JAIME FANDIÑO FRANKY – FIRE

Autor: Nataly S. Colón Jiménez – practicante de psicología UTB

INTRODUCCION

La epilepsia corresponde a una alteración del sistema nervioso central (SNC) que se caracteriza por un aumento y sincronización anormales de la actividad eléctrica neuronal, esta se muestra con crisis recurrentes y espontáneas, además de cambios electroencefalográficos (López-Meraz et al., 2020). Aunque la epilepsia es principalmente considerada un trastorno neurológico, existe una relación bidireccional evidente entre la epilepsia y las alteraciones psicopatológicas que abarcan desde la ansiedad y la depresión, hasta trastornos cognitivos más complejos. Esta interacción entre la epilepsia y la salud mental es de vital importancia para comprender y abordar adecuadamente los desafíos a los que se enfrentan aquellos individuos que viven con esta condición.

Sequeira-Quesada (2022) manifiesta que “las enfermedades neurológicas deben conceptualizarse como multidimensionales, adquiriendo no solo una naturaleza clínica, sino con consecuencias en múltiples aspectos en la vida de una persona.” El mismo autor refiere que dicha multidimensionalidad está descrita dentro de la misma definición de la epilepsia, puesto que corresponde a un desorden neurológico crónico que va más allá de crisis epilépticas, trayendo consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales. En este sentido, es esencial un enfoque de atención integral que aborde tanto los aspectos neurológicos como los psicopatológicos de la epilepsia.

En primer lugar, es crucial reconocer cómo las alteraciones psicopatológicas pueden influir en la epilepsia. Diversas investigaciones epidemiológicas demuestran que las alteraciones psiquiátricas impactan a una de cada 3 personas con epilepsia, y uno de cada 4 pacientes hoy en día presentan un problema psiquiátrico (Mula et al., 2022). La ansiedad y el estrés son factores que pueden provocar crisis en personas con epilepsia. Zapata et al (2020) expresan que el principal factor que puede producir ansiedad en las personas con epilepsia es el miedo recurrente a tener una crisis inesperada, perder el control o sufrir incontinencia; lo que a su vez puede generar un ciclo de ansiedad que incrementa la posibilidad de crisis, produciendo con esto un círculo vicioso. La depresión también puede tener un efecto negativo en la severidad y frecuencia de las crisis. Esta condición puede suponer el inicio de las crisis epilépticas en algunos casos y en otros aparecerá luego, pero en cualquier momento afectará negativamente la calidad de vida, el pronóstico, el funcionamiento del paciente y su expectativa de vida (Bender et al, 2016).

La relación entre la epilepsia y las alteraciones psicopatológicas también se extiende al ámbito cognitivo. Algunas personas con epilepsia pueden experimentar problemas cognitivos, como dificultades en la memoria, la atención y el procesamiento de la información. Lee & Chan (2020) refieren que “la función cognitiva es una compleja interacción de las capacidades motivacionales e intelectuales, la relación disminuye en el nivel de funcionamiento cognitivo en las personas con epilepsia”.

Por otro lado, la epilepsia en sí misma puede tener un impacto significativo en la salud mental. Las personas con epilepsia a menudo enfrentan estigmatización y discriminación en la sociedad debido a la falta de comprensión y a las percepciones erróneas sobre la enfermedad (Bender et al., 2016). Esta estigmatización puede llevar al aislamiento social, la baja autoestima y la depresión. Además, las restricciones en la vida diaria, como la incapacidad para conducir o realizar ciertas actividades, posiblemente originen sentimientos de pérdida y limitación, lo que a su vez puede contribuir a problemas de salud mental. Es por ello que, estos problemas pueden tener un impacto en la autoestima y generar frustración, aspectos que puede contribuir a la aparición de síntomas depresivos.

Por consiguiente, en esta multidimensionalidad evidente de la epilepsia, es importante evaluar signos y síntomas psicopatológicos en las personas que comparten dicha patología, con el fin de suministrar

una atención integral que busque mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes. Finalmente, con este trabajo también se busca aportar a la promoción de la educación y la concientización sobre la epilepsia, para así reducir el estigma y fomentar un entorno de apoyo para aquellos que viven con esta condición.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la prevalencia de signos y síntomas psicopatológicos en pacientes con epilepsia de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas Jaime Fandiño Franky - FIRE durante un periodo de septiembre a diciembre de 2023, mediante la exploración del estado mental.

Objetivos específicos

- Realizar una entrevista clínica para explorar el estado mental de los pacientes con epilepsia.
- Estimar la prevalencia de signos y síntomas psicopatológicos en la población de pacientes con epilepsia durante el período de estudio.
- Identificar posibles factores asociados a la prevalencia de estos signos y síntomas psicopatológicos en los pacientes.

REVISIÓN TEÓRICA

Los registros iniciales de la epilepsia se remontan a los inicios de la humanidad misma. Palacios-Sánchez (2022) sostiene que, desde la antigüedad, las primeras civilizaciones mencionan individuos que presentaban características de los diferentes tipos de crisis epilépticas. La naturaleza de esta patología y su etiología han estado rodeadas de estigmatización social. Pues, además de ser catalogada por diversos pueblos como una posesión demoniaca o castigo de los dioses, su tratamiento, nombres y designaciones han venido cambiando a través de la historia. De acuerdo con Krauskopf y De la Barra (2013), los primeros en incluir la epilepsia entre las enfermedades físicas fueron los griegos, y fue Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna, quien argumenta que esta afección tiene su origen natural y que está localizada en el cerebro. Además, se empieza a asociar la epilepsia con alteraciones de conducta, del pensamiento y del humor.

Mucho más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la epilepsia como “un trastorno crónico no transmisible del cerebro, que afecta a personas de todas las edades en todo el mundo, y se caracteriza por convulsiones recurrentes no provocadas”. Bender et al. (2016) añaden que la epilepsia representa un problema de salud mundial, pues entre 50 a 69 millones de personas le padecen, considerándose uno de los trastornos del Sistema Nervioso Central (SNC) más comunes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013) menciona que la epilepsia tiene muchas causas, y que incluso puede ser genética. Esta puede darse en individuos con antecedentes de traumatismos de nacimiento, lesiones cerebrales o infecciones cerebrales. Además, enfatizan que la epilepsia no se contagia, y en algunas personas, no se puede identificar ninguna causa.

Las convulsiones recurrentes de la epilepsia son episodios breves de movimiento involuntario que pueden abarcar una parte del cuerpo o todo el cuerpo (generalizado), y su vez se siguen de pérdida de conciencia y control de esfínteres. Estas ocurren debido a elevadas descargas eléctricas en un grupo de células cerebrales que pueden surgir en diversas áreas del cerebro. Las convulsiones pueden variar entre crisis muy breves de ausencia o de contracciones musculares, hasta episodios prolongados y graves. También, la frecuencia puede ir desde una al año hasta varias al día (WHO, 2023).

En este mismo orden de ideas, La Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE), publicó en el 2014 la definición clínica operativa de esta patología (Bender et al., 2016):

ó en el 2014 la definición clínica operativa de esta patología (Bender et al., 2016):

Se considera que la epilepsia es una enfermedad cerebral que se define por cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. Al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) con >24 horas de separación.
2. Una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes, similar al riesgo general de recurrencia (al menos un 60%) tras la aparición de dos crisis no provocadas.
3. Diagnóstico de un síndrome de epilepsia.

Adicionalmente, de acuerdo con Sequeira-Quesada (2022), las crisis epilépticas pueden y deben clasificarse según la nomenclatura expuesta por la ILAE en generalizadas, focales o desconocidas. Pack (1019) describe las crisis focales como aquellas que se producen dentro de una red neuronal limitada a un solo hemisferio que puede hallarse de manera discreta o estar considerablemente distribuida. Esta misma dice que las crisis generalizadas se dan en alguna parte dentro del cerebro y rápidamente involucran redes cerebrales bilaterales. Y, por último, si no es posible detectar el inicio de la crisis, esta se clasifica como crisis de inicio desconocido.

También, cabe agregar que algo importante sobre esta patología es la etapa del desarrollo en la que es diagnosticada. La literatura ha demostrado que, si el inicio de la epilepsia se da antes de los 5 años, es más probable que el infante tenga peor pronóstico cognitivo; por el contrario, si esta patología nace en la adolescencia, hay mayor probabilidad de que exista un peor pronóstico psiquiátrico (Molina et al., 2020). Esta distinción se da debido a que son muchos los factores influyentes asociados a las edades de inicio respectivamente.

Por una parte, de acuerdo con Lee & Chan (2020), cuando la epilepsia aparece en la niñez temprana, trae consigo consecuencias más graves y duraderas a largo plazo que se relacionan a un estado intelectual menor. Lo anterior debido a que se cree que la epilepsia en la niñez puede posibilitar la acumulación de mayor cantidad de crisis y propiciar a más oportunidades de disfunción cerebral. Molina et al (2020) sugieren que las alteraciones cognitivas, de lenguaje y rendimiento escolar que aparecen en la infancia de los niños con diagnóstico de epilepsia, se asocian con problemas externos y malas relaciones con pares. Estos mismos autores señalan que la calidad de vida de los niños y niñas con epilepsia está determinada por diversos factores, algunos de estos son: estigmatización familiar, sobreprotección, falta de apoyo (pares y escuelas), desconocimiento, depresión materna, abuso físico o sexual y expectativas poco realistas del colegio y la familia.

En el otro extremo, Molina et al (2020) afirman que “los problemas que se desarrollan en la adolescencia se relacionan con la restricción de la autonomía, falta de adherencia al tratamiento, entre otros”. Asimismo, Tirado-Requero (2018) manifiesta que, durante la etapa de la adolescencia, esta patología puede frustrar la independencia psicosocial y los cambios biológicos típicos de maduración. Enfatiza además que las patologías que más se presentan en los adolescentes con epilepsia son la ansiedad y la depresión, y que estos trastornos están estrechamente relacionados con la percepción de enfermedad de la familia. En este sentido, la epilepsia corresponde a una enfermedad neurológica, pero, como dice Palanca-Cámara (2021), con puentes de unión a la salud mental, existiendo una prevalencia psicopatológica de entre el 20 y el 40%, debido a lo que es necesario un abordaje multidisciplinar para su tratamiento. De lo anterior, se deriva la necesidad de estudiar la comorbilidad entre epilepsia y trastornos psicopatológicos en esta población, lo que repercute significativamente en la calidad de vida y salud mental de los pacientes que la padecen.

A continuación, se exponen los trastornos psicopatológicos más comunes en la epilepsia:

Depresión

En la literatura se encuentra que la depresión corresponde al trastorno más presente en pacientes con epilepsia. Krauskopf y De la Barra (2013) expresan que este fenómeno puede darse por múltiples factores, algunos de estos son “cierta vulnerabilidad genética, reacción al diagnóstico, pronóstico y evolución de la epilepsia, reacción a los problemas sociolaborales o familiares

asociados a la epilepsia, por consecuencia de algunos fármacos antiepilépticos”. A estos factores se le añaden también las restricciones en la vida diaria, el impacto en la calidad de vida y la estigmatización social. Las mismas autoras plantean que el riesgo suicida en esta población es cinco veces mayor que en las personas que no tienen epilepsia.

Dicho esto, La depresión en pacientes con epilepsia puede ser encasillada según su relación temporal con las crisis (Molina et al, 2020).

- Depresión ictal: es del tipo más frecuente en pacientes con epilepsia parcial del lóbulo temporal. Los síntomas que más se dan son: culpabilidad, anhedonia e ideas suicidas mayormente consumadas como un acto impulsivo durante las crisis.
- Depresión preictal: ánimo disfórico o irritabilidad, normalmente presente 72 horas antes de las crisis.
- Depresión postictal: duración variable posterior a las crisis, se relaciona con síntomas vegetativos, ansiedad e ideas suicidas. Se presenta en pacientes con epilepsia parcial simple refractaria al tratamiento y epilepsia parcial con focos y temporal.
- Depresión interictal: es la presentación más común paciente con epilepsia en general. Los síntomas depresivos son más crónicos, con distimia intermitente, durando entre días a horas.

Ansiedad

Krauskopf y De la Barra (2013) resaltan que los pacientes con epilepsia tienen niveles de ansiedad superiores a los de la población general, lo que se relaciona con la estigmatización que tiene la epilepsia y a las vivencias asociadas a dicha patología, produciendo en estos pacientes mayores síntomas ansiosos e inseguridad hacia la epilepsia. Además de esto, las autoras agregan que el grado de ansiedad tiene una relación directa con la edad de inicio de la epilepsia, expresando que, a menor edad de presentación de la patología, menor ansiedad.

De la misma manera, Rojas (2017) manifiesta que la ansiedad influye significativamente en la calidad de vida de los pacientes con epilepsia, por lo que, si se quiere garantizar la estabilidad de estos para el control de las crisis, es de suma importancia el estudio de dicha afección en esta población. Asimismo, Rojas (2017), en su trabajo “un acercamiento a los orígenes de la ansiedad en el paciente epiléptico” encontró que la ansiedad en los pacientes con epilepsia se puede presentar en tres formas: como rasgo, como estado y como ansiedad patológica o diagnosticada. La autora anexa que, paralelamente, la estigmatización que tiene la epilepsia, los aspectos asociados a la patología y la manipulación que los familiares y la sociedad ejercen sobre las personas que la padecen, producen que el individuo pierda el juicio sobre cómo o por qué se siente de esta manera (ansioso). Sin embargo, los signos y síntomas que acompañan este conflicto son la aprehensión, el temor subjetivamente vivenciado, la inseguridad y las alteraciones neurovegetativas que se asocian comúnmente con la ansiedad.

Psicosis

Las psicosis en pacientes con epilepsia tienen una prevalencia del 8%, índice que sube a un 10% en pacientes con crisis del lóbulo temporal (Krauskopf y De la Barra, 2013). A todo esto, se entiende por psicosis como “un conjunto de trastornos mentales devastadores que se caracterizan por una ruptura de las funciones mentales superiores”. De igual modo, algunos de los trastornos psicóticos son: la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno bipolar y el trastorno psicótico inducido por sustancias (Fonseca et al, 2013).

También, al igual que en la depresión en pacientes con epilepsia, la psicosis puede ser clasificada según su relación temporal con las crisis (Krauskopf y De la Barra, 2013).

- Psicosis Postictales: es un cuadro psicótico de corta duración que aparece en relación con crisis focales con generalización secundaria o generalizadas. En esta se dan alteraciones de conciencia y conductuales.
- Psicosis Ictal: refiere a la expresión clínica de una crisis parcial. Se dividen en estatus de ausencia, que son crisis continuas con una duración mayor a 30 minutos o sin recuperación de conciencia entre cada episodio. Y en estatus de crisis parciales complejas, que se dan como mezcla de automatismos motores, crisis parciales complejas y estados de alteración de conciencia constantes.
- Psicosis Interictales: la gran parte se relaciona con crisis focales y su duración es de semanas o meses. Normalmente, sin alteraciones de conciencia que pueden expedirse con episodios de compromiso de conciencia.

METODOLOGÍA

La presente investigación se sustenta bajo un estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal en pacientes con epilepsia de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas Jaime Fandiño Franky - FIRE, comprendiendo un periodo de septiembre a diciembre de 2023. Los participantes serán seleccionados a través de un muestreo de tipo no probabilístico intencional o por conveniencia, abarcando a pacientes con epilepsia que asistan a la institución en los horarios establecidos para la recopilación de datos del presente estudio (media jornada de lunes, martes y jueves). Es importante agregar que, debido a la naturaleza de esta investigación, fundamentada en la observación, recopilación y descripción de datos, no puede ser concretada como un estudio definitivo; en su lugar, esta servirá como una preliminar que busca sentar las bases para investigaciones más profundas. En otras palabras, la finalidad de este trabajo de investigación es que pueda ser usado en la formulación de una posible hipótesis para nuevas investigaciones (Mejía, 2021).

En cuanto al procedimiento de esta investigación, los pacientes que participen en el estudio tendrán un primer contacto con la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas Jaime Fandiño Franky - FIRE, a través del equipo en Atención Primaria en Epilepsia y Ciencias

Neurológicas (APECIN), quienes son especialistas que han presentado exámenes de conocimientos en estas ramas de la medicina. O, por el contrario, que ingresen a consulta y valoración por psicología en el área de consulta externa. Luego de esto, se realizará el proceso de observación y recopilación de datos por medio de la exploración del estado mental de cada paciente con diagnóstico de epilepsia, apoyándose en la entrevista clínica. Para, finalmente, cumplir con los objetivos finales de la investigación.

A todo esto, la observación, la entrevista y la exploración del estado mental corresponden a los instrumentos y técnicas a utilizar. En primer lugar, se tiene la observación, la que según Díaz-San Juan (2011), es empleada en el método clínico como un primer paso para el conocimiento del individuo, de lo que es y de lo que representa y/o manifiesta de forma verbal o no verbal; permitiendo partir desde lo general a lo particular, de lo conocido a lo desconocido y de lo consciente a lo inconsciente. En esta misma línea, en el presente estudio se hará uso de la observación directa; la cual, de acuerdo con la misma autora, la de este tipo se da “cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar”.

A su vez, la entrevista es una de las herramientas más empleadas en la investigación para la recopilación de datos, debido a que permite que se dé una recolección de información acerca del paciente o sujeto a través de la interacción oral con el investigador o entrevistador; también, por medio de la entrevista clínica se puede acceder a diversos aspectos cognitivos acerca de la persona entrevistada, así como también a su percepción de factores sociales o ambientales que condicionan su realidad (Troncoso-Pantoja y Amaya-Placencia, 2017).

Entendiendo esto, el último punto corresponde al aspecto fundamental de la presente investigación, ya que se quieren explorar los aspectos cognitivos mediante el examen del estado mental de cada paciente, con la finalidad de estudiar la prevalencia de signos y síntomas que hacen parte de distintos trastornos psicopatológicos.

Ahora bien, el examen del estado mental hace referencia al registro de los hallazgos actuales, sincrónicos y transversales de la realidad del estado mental del paciente. Este funciona también como un perfil de por lo menos 20 funciones psicológicas que dan cuenta del “aquí y ahora” del paciente. De acuerdo Perpiñá y Baños (2019), para la exploración del estado mental el evaluador debe llevar a cabo un análisis y rastreo todos los procesos biológicos y actividades mentales, con el fin de detectar el déficit o la alteración que se presenta en cada área explorada, pero sin descuidar la articulación global de la psicopatología del paciente. En este sentido, para la presente investigación se empleará como base el formato de examen mental perteneciente a la institución, cuyas áreas son: *apariencia general, porte y actitud, conciencia, orientación, atención, memoria, sensopercepción, estado de ánimo, afecto, pensamiento, inteligencia, lenguaje, juicio y raciocinio, introspección, prospección*, y finalmente, *sueño*.

Por consiguiente, se encuentra una tabla con cada una de las áreas a explorar y la semiología correspondiente a alteraciones en cada una de estas, las cuales, en su mayoría serán descritas teniendo en cuenta el capítulo 5 del Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo, 2ª edición, titulado *Semiología psiquiátrica* - Manuel Zambrano (Perales et al., 2004):

Tabla 1. Áreas a explorar en el examen del estado mental.

Áreas	Qué se explora - definición	Semiología y alteraciones
Apariencia general	Sexo, edad, estado nutricional, higiene y vestimenta.	<i>Masculino - femenino</i> <i>prosopografía de tipo:</i> pícnico, atlético o leptosómico.
Porte y actitud	Actitud hacia el evaluador.	Impersonal, tímido, afectado, negativista, receptivo, poco receptivo.
Conciencia	Conocimiento simultáneo en la unidad del tiempo, de sí mismo (sujeto) y del mundo circundante (objeto) y, por lo tanto, es el reflejo de la realidad.	<i>Transitivismo:</i> confusión entre el Yo propio y el ajeno. <i>Transformación de la personalidad:</i> afirmación con el sentimiento respectivo del cambio fundamental de la personalidad, llegando a creer que la anterior ha sido vivida por alguien distinto. <i>Despersonalización:</i> la persona se queja de no ser ella misma, pero sin ser una persona distinta. Prevalecen sentimientos de extrañeza o irrealidad. <i>Estrechamiento anormal:</i> reducción del campo de la conciencia por selección sistemática de los contenidos actuales y pasados. <i>Entorpecimiento:</i> pérdida de la lucidez y de la vigilancia. <i>Anublamiento:</i> además del entorpecimiento en grado variable, se agrega productividad anormal de otras funciones parciales (pseudopercepciones, ideas delusivas, trastornos del afecto y de la cognición, entre otras).

		Variedades del anublamiento: a. <i>Estado oniroides</i>: se sufre un leve compromiso en la conciencia, predomina el mundo de la fantasía e ilusiones. b. <i>Embriaguez</i>: mínimo de entorpecimiento, con intensa actividad psíquica recargada con exaltación del ánimo, locuacidad y facilidad asociativa e imaginativa. c. <i>Estado crepuscular</i>: estrechamiento del campo de la conciencia de manera súbita y con una variación de minutos a horas, días y hasta meses, en el sujeto prevalece un sistema limitado de móviles e ideas con desconexión mayor o menor del resto de la actividad ordinaria, puede aparentar una conducta normal. d. <i>Delirio</i>: síndrome que consiste en un intenso anublamiento, se acompaña de variada productividad psicopatológica: desorientación, pensamiento incoherente, ilusiones y alucinaciones, intranquilidad motora y labilidad emocional. e. <i>Alucinosis aguda</i>: Aparte del leve compromiso de la conciencia, presencia de alucinaciones auditivas como manifestaciones llamativas. f. <i>Confusión mental</i>: anublamiento de la conciencia en el que el pensamiento se muestra incoherente con juicios falsos y fragmentarios, presencia de alucinaciones e ilusiones con estado de ánimo variable e inestable.
--	--	--

Orientación	Conocimiento del medio ambiente y de sí mismo en un momento determinado.	Orientación o desorientación: <i>Autopsíquica</i>: hace referencia a la persona (saber o no saber quién se es) y puede estar relacionada con un trastorno de conciencia, de la memoria o con una interpretación delusiva. <i>Alopsíquica</i>: alude al tiempo (fecha) o lugar (ubicación). Se da en similares condiciones que la anterior. <i>En el cálculo del tiempo</i>: se produce lentificación o aceleración del tiempo transcurrido, como sucede en los síndromes depresivos o maníacos respectivamente.
Atención	Nivel de vigilancia. Función psicológica que permite seleccionar un estímulo o grupo de ellos del conjunto de una experiencia, y que conlleva un esfuerzo del sujeto para lograrlo.	<i>Distraibilidad e inestabilidad de la atención</i>: la capacidad de concentración no se mantiene lo suficiente, por lo que no existe la tenacidad necesaria para sostener un adecuado examen del estímulo. <i>Hiperprosexia</i>: concentración tenaz y constante de la atención sobre un estímulo o grupo de ellos con exclusión casi total de los otros que suceden alrededor de la persona. <i>Indiferencia anormal</i>: desinterés a los acontecimientos del medio ambiente que normalmente interesarían a cualquier persona. <i>Perplejidad anormal</i>: deriva de los contenidos extraños y sobreagregados que impiden la determinación del problema actual y que pueden producir extrañeza o ansiedad ante esta incapacidad. <i>Frustración del objeto</i>: falla en la terminación de la dirección de la atención hacia el estímulo

		seleccionado por la aparición de experiencias ajenas que la desvían o interrumpen de la meta específica.
Memoria	Función de recordar o revivir una experiencia pasada con conciencia de que esa experiencia, llamada recuerdo, es reproducida. Comprende al menos cuatro procesos: 1. Memorización y fijación (memoria anterógrada). 2. Conservación de la información. 3. Recuerdo o evocación (memoria retrógrada). 4. Reconocimiento.	Cuantitativas: <i>Hipermnesias:</i> incremento extraordinario de la capacidad recordatoria. <i>Amnesias:</i> pérdida de la función memorística. a. <i>Amnesia masiva:</i> compromete grandes porciones del pasado o de todo él. b. <i>Amnesia lacunar:</i> compromete grandes porciones limitadas. <i>Dismnesias:</i> hipomnesias referidas a la dificultad de mantener nuevas informaciones. a. <i>Dismnesia de fijación:</i> dificultad para evocar hechos u objetos que antes se recordaban con facilidad. b. <i>Dismnesia de evocación:</i> dificultad para recordar en el momento oportuno datos que antes se evocaban adecuadamente. Cualitativas: <i>Paramnesias:</i> dificultades en el proceso de reconocimiento, localización y evocación desde el punto de vista de la calidad. a. <i>Fenómenos del déjà vu y déjà vécu:</i> la persona siente haber visto o experimentado con anterioridad el lugar o la situación en que se encuentra en determinado momento, aunque no categóricamente.

		b. <i>Jamais vu</i>: sensación de no haber visto o estado anteriormente en el lugar, en que se encuentra y que de hecho le es bastante conocido. c. <i>Falso reconocimiento</i>: atribución de la calidad de conocer con certeza a un objeto o situación percibida o no por primera vez. d. <i>Confabulaciones</i>: falsos recuerdos de sucesos verosímiles que la persona considera que realizó o presenció.
Sensopercepción	Organización e interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través de los órganos de los sentidos. Distorsiones: objeto real que es percibido de manera constante, aunque alterada. Decepciones sensoriales: nueva percepción que no responde a un objeto real. Pseudopercepciones: auditivas y visuales, y las referidas al propio cuerpo, táctiles y olfatorias.	Intensidad: a. <i>Hiperestesia</i>: intensidad aumentada sin causa orgánica, las experiencias perceptivas son más vívidas, cromáticas, sensibles o audibles. b. <i>Hipoestesia</i>: intensidad disminuida sin causa orgánica, las características de la percepción son menos vivaces o nítidas que lo normal, llegando la sensibilidad a la analgesia, y en lo visual todo parece gris y pálido. Cualidad: a. <i>Alucinaciones funcionales o reflejas</i>: aparecen con determinados estímulos reales como: ruido de un motor, canto de un ave, ruido de una canilla que gotea agua; y desaparecen al cesar el estímulo real. Forma espacial: a. <i>Dismegalopsias (micropsias, macropsias y metamorfopsias)</i>: percepción de los objetos más

		pequeños, más grandes o con modificaciones de la forma y el tamaño. b. <i>Diplopia y poliopia</i>: el objeto visual se duplica o multiplica en más de dos. Pseudopercepciones: <i>Alucinaciones</i>: percibir objetos que no existen en la realidad que pueden darse en cada órgano de los sentidos. Estas pueden ser <i>visuales, auditivas y hápticas</i>.
Estado de ánimo	Manifestación afectiva prevalente, duradera, y subjetiva de la experiencia de un individuo en un momento dado. Así como el impacto en la funcionalidad.	<i>Apatía</i>: incapacidad para experimentar sentimientos con conservación de las funciones cognoscitivas. Carencia de afecto o de su expresividad. No hay capacidad de goce o de sufrimiento. <i>Frialdad afectiva</i>: falta de afecto por las necesidades e intereses de las otras personas, pero no de las propias y que se manifiesta en la ausencia de resonancia o empatía afectiva. <i>Ambitimia o ambivalencia afectiva</i>: sentimientos o emociones opuestos sobre un mismo sujeto, objeto o situación en un mismo momento. <i>Discordancia o incongruencia</i> <i>ideoafectivas</i>: falta de relación entre lo expresado verbalmente y el vivenciar afectivo. <i>Labilidad emocional</i>: presencia de rápidos y a veces contradictorios cambios emocionales.

		<i>Irrupción de los afectos:</i> irrupción de sentimientos opuestos a los que anteriormente manifestaba el paciente hacia otras personas. <i>Anhedonia:</i> incapacidad de goce sin pérdida de las funciones cognitivas. <i>Alexitimia:</i> incapacidad o dificultad de describir con palabras los estados afectivos.
Afecto	Experiencia afectiva total que comprende fundamentalmente las emociones y el ánimo (humor).	<i>Angustia o ansiedad:</i> respuesta emocional lógica del organismo ante lo nuevo y lo no estructurado. Se manifiesta en: • fisiológico: tensión, aprensión, temor, excitabilidad neuromuscular y sensitivo sensorial. • psíquico: miedo sin objeto actual y definido con conciencia de peligro o amenaza que se asocia a un sentimiento de desamparo o incertidumbre. <i>Tristeza:</i> sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos y de un tono monótono, cansado, lento o quejumbroso de la voz. <i>Melancolía:</i> grado máximo de la tristeza. <i>Distimia:</i> grado intermedio de la tristeza. <i>Depresión:</i> síndrome que tiene como síntomas la tristeza o estado de ánimo venido a menos, dificultad para

		elaborar el pensamiento, lentificación motora. Se añade también: pérdida del interés por los objetos del entorno, cansancio o fatiga, sentimientos de culpa, ideas de suicidio y muerte, disminución del apetito, estreñimiento, insomnio, impotencia o frigidez como un compromiso del estado vital. En los casos graves existen: ideas delusivas, elaboraciones pseudoperceptivas y estupor o agitación motora. <i>Alegría:</i> sentimiento agradable de bienestar y satisfacción que se acompaña de viveza y variabilidad de gestos y movimientos, así como de un tono de voz de sonoridad cambiante interrumpido por sonrisas. <i>Euforia:</i> grado máximo de la alegría. <i>Manía o estado maniaco:</i> estado anímico de inestable euforia con elación, fuga de ideas y aumento de la actividad motora que puede ascender hacia la agitación. Se agrega: distraibilidad de la atención y optimismo con sobrevaloración de las capacidades físicas y mentales con ideas megalomaníacas.
Pensamiento	Proceso complejo por el cual se aprehende un objeto o un aspecto de un objeto o situación. Los pensamientos se transmiten mediante el lenguaje. Se tienen en cuenta 3 criterios para juzgar el pensamiento:	Contenido: <i>Pensamiento delusional o delirante:</i> se vincula con la alteración del juicio. Se entiende que: a. <i>Delusión o delirio:</i> este tipo de pensamiento se da sin antecedentes o precipitantes.

	• Contenido. • Curso o progresión. • Formal o intrínseco.	b. <i>Idea delusiva, delusión secundaria o delirio secundario:</i> cuando este tipo de pensamiento se produce por una experiencia mórbida, perceptiva o afectiva. <i>Pensamiento obsesivo:</i> representaciones que ejercen un dominio sin motivo sobre la mente y que tienen tendencia a la repetición infinita y a la incoercibilidad, a pesar del esfuerzo voluntario para desecharlos. <i>Pensamiento fóbico:</i> ideas que refieren temores irracionales a objetos, situaciones o seres vivos cuya presencia real o imaginada, provoca angustia que puede llegar hasta el pánico. Se clasifican en tres grupos: a. <i>Agorafobia:</i> temor de estar o sentirse solo en lugares públicos y donde podría tener dificultades para escapar o ser auxiliado en caso de incapacidad. b. <i>Fobia social:</i> miedo irracional a las situaciones en que el sujeto puede verse expuesto a observación o evaluación por parte de los demás, con presencia de un deseo por evitar dichas situaciones. c. <i>Fobias simples:</i> los objetos temidos son casi siempre animales y situaciones. <i>Ideas sobrevaloradas:</i> pensamientos en que el aspecto afectivo del convencimiento predomina sobre el racional, estos conforman parte privilegiada en la vida del sujeto, llegando a orientar unilateralmente su conducta.
--	---	---

		Curso o progresión: <i>Disgregación del pensamiento:</i> relación distante o ilógica de pensamientos que vuelven incomprensible su sentido racional o emocional. Las frases no están relacionadas consecuentemente y el razonamiento no llega a una conclusión. <i>Pensamiento incoherente:</i> comparte las mismas características que el anterior, pero en este caso se presentan trastornos de conciencia, específicamente entorpecimiento o lucidez. <i>Pensamiento inhibido o lentificado:</i> dificultad en la fluidez, son limitadas las asociaciones, existiendo dificultad en la elaboración mental con una pobre variedad ideacional. <i>Aceleración del pensamiento y fuga de ideas:</i> la asociación y la facilidad de pasar de un tema a otro son opuestas a la anterior; aquí, esta se transforma en fuga de ideas cuando pierde la dirección hacia la meta inicial que lo originó por interferencias externas o internas que la distraen o por la fugacidad de las asociaciones. <i>Pensamiento prolijo o circunstancial:</i> pérdida de la capacidad de síntesis, prevaleciendo un discurso cargado de detalles que intervienen en los acontecimientos y que extienden innecesariamente el relato, sin perder el sentido principal, llegando finalmente a conclusiones precisas y concordantes con la realidad.
--	--	---

		<i>Bloqueo o interceptación del pensamiento:</i> la fluidez es detenida abruptamente por la falta de asociaciones consecuentes que le permitan continuar el discurso que, pasado un breve lapso, puede ser reanudado con el mismo u otro tema. Formales o intrínsecos: <i>Pensamiento esquizofrénico:</i> regido por una serie de características como que el sujeto piense en su mayoría en términos concretos, realistas y factuales, resultando en que las cosas tengan una apreciación más personal que simbólica. <i>Pensamiento autístico o dereístico:</i> el mundo subjetivo se impone ante el objetivo, omitiendo la realidad presente, aunque sea percibida de forma adecuada. <i>Enajenación del pensamiento:</i> el pensamiento escapa del dominio del sujeto, perdiendo este su autonomía. <i>Ambivalencia:</i> emitir juicios opuestos sobre un mismo sujeto, objeto o situación en un mismo momento. <i>Adjudicación de significaciones adventicias:</i> las palabras y conceptos adquieren denotación distinta de la habitualmente aceptada. <i>Pensamiento deficitario u oligofrénico:</i> escasez en los conceptos, la abstracción y generalización. Resultando deficiente la comprensión referida a la explicación de los hechos por no poder distinguir entre causa y
--	--	--

		efecto, todo y partes, y realidad y fantasía. <i>Pensamiento demencial:</i> tiene similitudes con el anterior, pero aquí es adquirido. Pues al lado de fallas notorias se logran aciertos notables, lo que da a entender que tiempo atrás el desempeño fue normal; sin embargo, estos aciertos no tienen continuidad. <i>Neologismos:</i> formación de nuevas palabras que cobran un significado especial.
Inteligencia	Capacidad para resolver con buen éxito situaciones nuevas por medio de respuestas adaptativas. La inteligencia se obtiene a través del estudio del pensamiento. La llamada inteligencia medida se evalúa a través de pruebas elaboradas para ese fin.	<i>Demencia:</i> deterioro de las funciones mentales previamente normales, que se presentan principalmente en el menoscabo de la inteligencia, el pensamiento, la atención y la memoria; secundariamente en la afectividad y la conducta. Puede tener inicio en cualquier época de la vida: infancia, niñez, adolescencia, adultez y con mucha mayor frecuencia en la senescencia. <i>Retardo o deficiencia mental:</i> funcionamiento intelectual por debajo del promedio general que empieza durante el período temprano del desarrollo (niñez).
Conducta motora	Actividad exterior, visible y cuantificable, que tiene íntima relación con la actividad interior del organismo.	Cuantitativas: <i>Agitación:</i> aumento patológico de la actividad motriz, casi siempre en compañía de la psíquica. <i>Exaltación:</i> a un grado menor de actividad motriz se agregan síntomas psíquicos como la euforia, las ideas

		megalomaníacas y el pensamiento ideofugal. <i>Estupor</i>: ausencia patológica de movimientos sin respuesta a los estímulos habituales que se acompaña o no de alteraciones del tono muscular. a. <i>Estupor orgánico</i>: producido por encefalitis, tumor cerebral u otra condición similar, tratándose de un verdadero apagamiento de toda actividad psíquica, altamente relacionada con sintomatología neurológica. b. <i>Estupor disociativo (histérico)</i>: junto con la inmovilidad patológica no se encuentra resistencia negativista ni hipertonías musculares y cuando más una ligera hipotonía. c. <i>Estupor melancólico</i>: facies de profunda tristeza y mutismo completo, aunque la inmovilidad es extrema, el paciente únicamente se levanta para realizar sus necesidades elementales. d. <i>Estupor maniaco</i>: va de inmovilidad consecutiva a una fase de hiperactividad o de agitación. e. <i>Estupor catatónico</i>: grados diversos de la actividad motora que fluctúan entre empobrecimiento y lentificación de los movimientos hasta la pérdida total de ellos. <i>Abulia</i>: total incapacidad para terminar un acto voluntario (no necesariamente de movimientos) por falta de decisión, especialmente para los ejercicios voluntarios superiores.
--	--	--

		<i>Hipobulia</i>: disminución de la capacidad resolutive o la dificultad para la iniciativa motora. Cualitativos: <i>Impulsos irresistibles</i>: ejecución irrefrenable de algunos actos mayormente violentos y que escapan de todo control. a. <i>Cleptomanía</i>: apropiación de objetos ajenos obviando en cuenta el valor de estos. b. <i>Dromomanía</i>: necesidad de cambiar de lugar o alejarse del medio habitual. c. <i>Piromanía</i>: impulso por provocar incendios. <i>Iteración anormal o repetición inmotivada</i>: va de la perseveración a la catalepsia, en la cual se mantiene una misma posición o postura, ya sea porque el mismo sujeto la tomó o el examinador se la impuso. a. <i>Negativismo</i>: varía de la abstención (pasivo) a la ejecución del acto contrario (activo) de la indicación dada. b. <i>Obediencia automática</i>: ejecución pasiva e inmediata de las indicaciones, sugerencias u órdenes que se le nombren, llegando a realizarlas, pese a que impliquen dolor o peligro. <i>Reacciones de eco</i>: repetición inmediata de actos (<i>ecopraxia</i>), gestos (<i>ecomimia</i>) y palabras o frases (<i>ecolalia</i>).
--	--	--

Lenguaje	Expresión de ideas o pensamientos a través de la palabra o de sonidos articulados o inarticulados.	Alteraciones del lenguaje oral: <i>Disartria:</i> dificultad para la articulación de las palabras que contienen determinadas letras. Se da en: embriaguez alcohólica, intoxicación por drogas, parálisis general progresiva. <i>Anartria:</i> grado mayor de la anterior, el paciente únicamente puede emitir un gorjeo. Se da en: ACV, sífilis del SNC y tumores cerebrales. <i>Dislalia:</i> defecto de pronunciación de las palabras por dificultad en la emisión del sonido correcto de determinada letra: a. <i>rotacismo:</i> para la “erre”. b. <i>labdacismo:</i> para la “ele”. c. <i>sigmacismo:</i> para la “ese”. <i>Afasia:</i> imposibilidad de expresarse por medio del lenguaje, oral o escrito, y de entender las palabras que se le dirigen. <i>Verborrea:</i> exageración del lenguaje hablado por aumento de su productividad. <i>Mutismo:</i> ausencia del lenguaje hablado presente en la inhibición grave de la depresión melancólica, en la catatonia esquizofrénica y en la simulación. <i>Musitación:</i> movimientos de los labios sin expresión de sonidos o en los que existe una murmuración constante, en voz muy baja, como si se hablara consigo mismo.
----------	--	---

		<i>Soliloquio</i>: el paciente habla en voz alta apoyándose de gestos y ademanes, como dirigiéndose a un auditorio imaginario. <i>Neologismo</i>: uso de palabras inventadas o condensadas, comprensibles solamente para el paciente. <i>Ensalada de palabras</i>: emisión de palabras que carecen de conexión, el discurso se vuelve incomprensible. <i>Ecolalia</i>: repetición no intencionada por parte del paciente de la palabra o frase dirigida por el interlocutor, casi siempre con la misma entonación. <i>Logoclonía</i>: repetición múltiple y compulsiva de la última sílaba de las palabras. <i>Coprolalia</i>: uso incontrolable de palabras obscenas. <i>Verbilocuencia</i>: empleo innecesario de rebuscadas palabras y formas gramaticales que vuelven el discurso artificioso, formalista y hasta grotesco. <i>Oligofasia</i>: pobreza de la cantidad de palabras y formas gramaticales usadas. <i>Verbigeración</i>: repetición frecuente y anormal de un vocablo o frase corta que se intercala en el discurso.
Juicio y raciocinio	Juicio: Capacidad para asociar ideas y sacar conclusiones. Raciocinio:	Juicio debilitado, juicio desviado, juicio desviado de la realidad, juicio anulado, juicio disgregado.

	Capacidad para asociar dos juicios y ver diferencias y similitudes. Ambos son aspectos importantes para tomar decisiones importantes.	
Introspección	Capacidad para analizarse a sí mismo y emitir juicios de sus comportamientos y conductas. En este campo, se evalúa la conciencia de la enfermedad o patología que padece.	Conciencia nula de enfermedad, conciencia parcial de síntomas, conciencia total de síntomas, conciencia parcial de enfermedad, conciencia total de enfermedades.
Prospección	Capacidad de programar o proyectar una especie de proyecto de vida o aspectos sobre el futuro.	Adecuada, inadecuada (maniática, psicótica), disminuida, ausente.
Sueño	Aspectos formales del sueño y de las actitudes que el paciente tenga hacia ellos.	<i>Hiposomnias</i>: disminución en el aumento del tiempo diario de sueño. a. <i>Agripnia</i>: falta total del sueño. b. <i>Insomnio</i>: dificultades en la duración del sueño, para conciliarlo, sueño entrecortado o despertar temprano. c. <i>Insomnio ocasional</i>: dado por emociones intensas y fatiga, o causado por enfermedades somáticas o por condiciones psicopatológicas. <i>Hipersomnias</i>: aumento del tiempo diario de sueño que puede darse de modo continuo o en forma de crisis. a. <i>Letargia o hipersomnia</i>: presente en la enfermedad del sueño y en otras encefalitis de variada etiología. <i>Parasomnias</i>: trastornos cualitativos del sueño, muchos sin mayor significación clínica.

		a. <i>Somniloquio</i>: hablar dormido. b. <i>Sonambulismo</i>: actividad coordinada y compleja que realiza la persona sin despertar. c. <i>Pavor nocturno</i>: episodio en que la persona despierta aterrorizada y confusa, desconociendo las causas de dicha ansiedad. d. <i>Pesadillas</i>: sensación confusa y terrorífica de aprensión, parálisis y ansiedad que es recordada al despertar. e. <i>Jacatio capitis</i>: movimientos pendulares de la cabeza que se presentan al conciliar el sueño. f. <i>Cataplexia del despertar</i>: falta de movilidad voluntaria en plena vigilia, dada al final del sueño. g. <i>Hipnalgias</i>: dolores que aparecen durante el inicio del sueño. <i>Trastornos del sueño vigilia:</i> a. <i>Retraso o desfase del sueño</i>: dificultad para quedarse dormido al acostarse, trayendo consecuencias como la somnolencia diurna y el sueño compensatorio de los fines de semana. b. <i>Desfase temporal</i>: vinculado a los trabajos por turnos (horarios múltiples o cambiantes del sueño), que se acompaña de quejas gastrointestinales frecuentes y requiere de períodos variables de adaptación entre turnos.
--	--	---

Nota: tabla o clasificación de creación propia, teniendo en cuenta el capítulo 5 del Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo, 2ª edición (Perales et al., 2004).

Finalmente, en la presente investigación se cuantificarán algunas de las variables y niveles, las cuales corresponden a las áreas de exploración del estado mental de los pacientes anteriormente mencionados:

Datos demográficos: género y edad.

Sensopercepción: sin alteraciones, hiperestesia, hipoestesia, alucinaciones funcionales o reflejas, dismegalopsias (a - micropsias, b - macropsias, c - metamorfopsias, diplopía y poliopia), alucinaciones (a - alucinaciones visuales, b - alucinaciones auditivas, c - alucinaciones hápticas).

Estado de ánimo: sin alteraciones, apatía, frialdad afectiva, ambitimia o ambivalencia afectiva, discordancia o incongruencia ideoaffectiva, labilidad emocional, irrupción de los afectos, anhedonia, alexitimia.

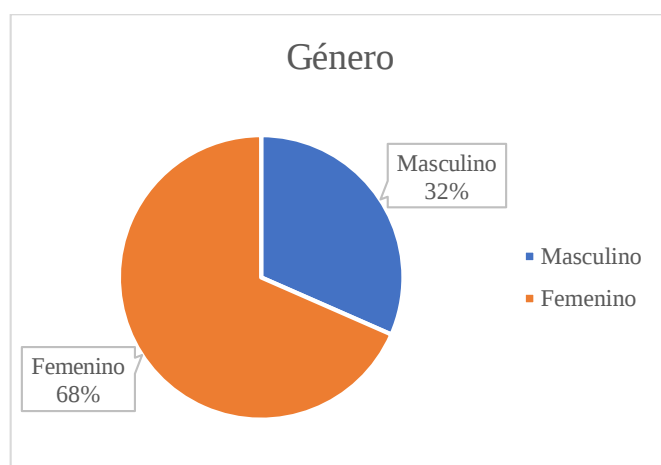
Afecto: angustia o ansiedad, tristeza, melancolía, distimia, depresión, alegría, euforia, manía o síndrome maníaco.

Pensamiento: sin alteraciones, pensamiento delusional o delirante (a - delusión o delirio, b - idea delusiva), pensamiento obsesivo, pensamiento fóbico (a - agorafobia, b - fobia social, c - fobias simples), ideas sobrevaloradas, disgregación del pensamiento, pensamiento incoherente, pensamiento inhibido o lentificado, aceleración del pensamiento y fuga de ideas, pensamiento prolijo o circunstancial, bloqueo o interceptación del pensamiento, pensamiento esquizofrénico, pensamiento autístico o dereístico, enajenación del pensamiento, ambivalencia, adjudicación de significaciones adventicias, pensamiento oligofrénico, pensamiento demencial, neologismos).

RESULTADOS

En este estudio, finalmente participan 19 pacientes con epilepsia de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas Jaime Fandiño Franky - FIRE en este estudio. En la gráfica 1 se encuentra que el género predominante fue el femenino, teniendo que 13 pacientes son mujeres, correspondiendo al 68% total de la muestra, y 6 hombres, ocupando el 32% restante. En cuanto a la edad, el rango comprendido fue de 18 a 62 años, con una mediana igual a 32 años.

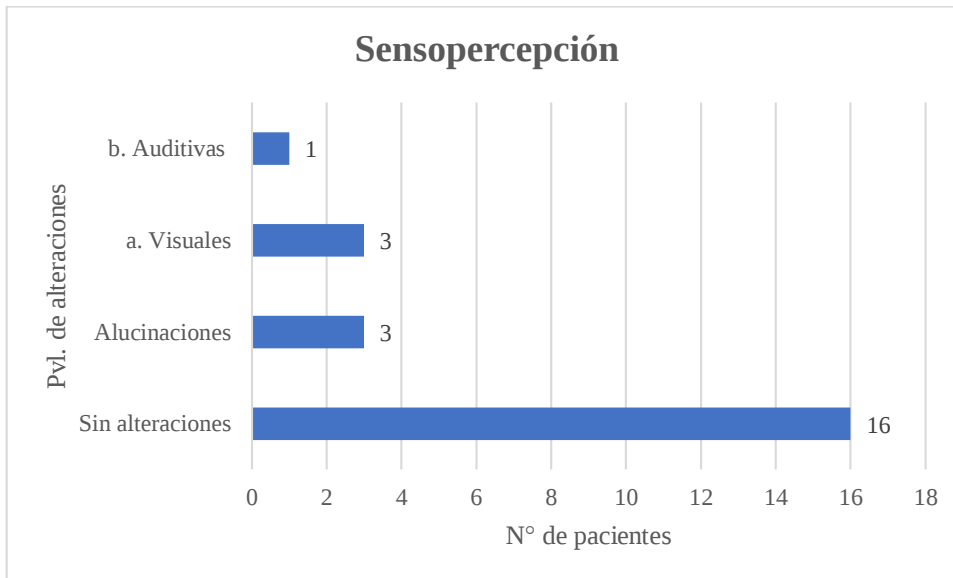
Gráfica 1. Género.



La gráfica 2 muestra las alteraciones encontradas en el área de sensopercepción referidas por los 19 pacientes con diagnóstico de epilepsia, se tiene que, de los 19 participantes, 16 de estos (84,2%) no refirieron alteraciones en esta área, queriendo decir que no tuvieron percepciones falsas o

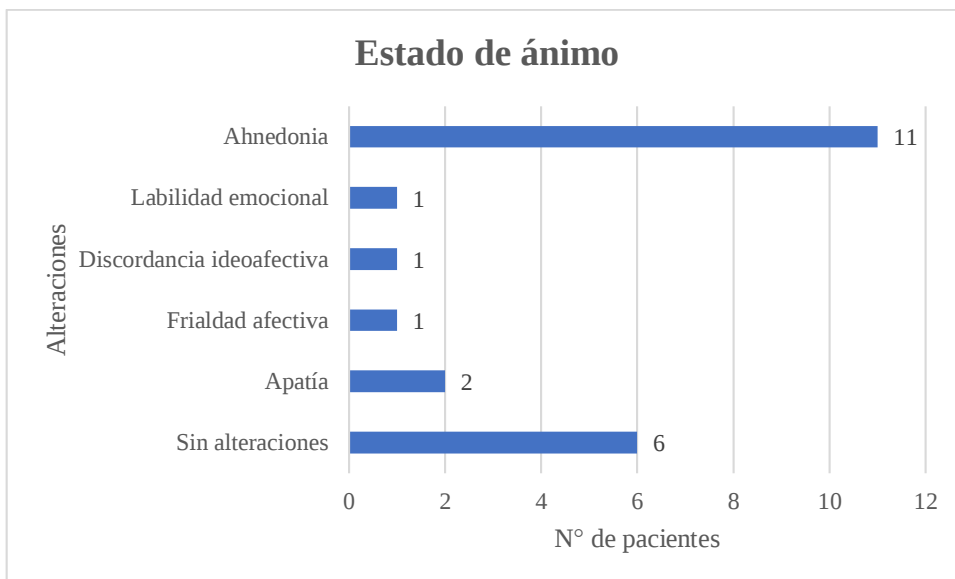
distorsionadas de la realidad. En el otro extremo, 3 pacientes (15,8%) presentaron alucinaciones, es decir, percepciones sensoriales que no existen en la realidad sin estímulo externo. Estos tres pacientes (100%) refirieron tener o haber tenido alucinaciones de tipo visual, manifestando la visión de imágenes o escenas que no existían, y uno de estos (33,3%) tuvo alucinaciones auditivas, diciendo haber escuchado voces o sonidos inexistentes.

Gráfica 2. Alteraciones en la sensopercepción.



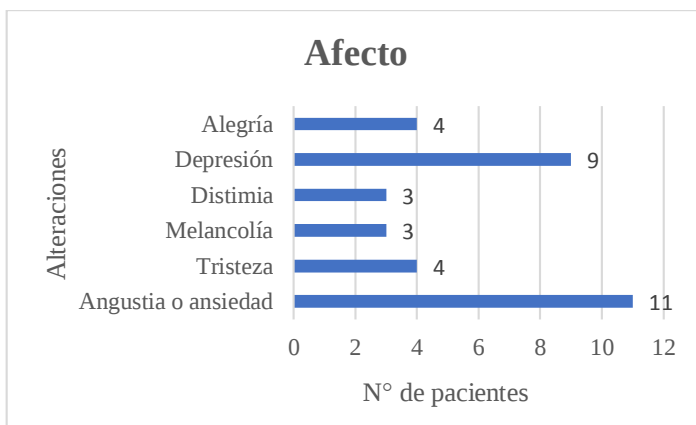
Por su parte, en la gráfica 3 aparecen las alteraciones presentes en el área de estado de ánimo, presentando que 6 (31,6%) de los 19 pacientes, no expresaron alteraciones en el estado de ánimo, refiriendo no tener cambios significativos en su estado emocional o su humor. Por el contrario, se encontró que 13 (68,4%) tienen alteraciones en esta área, observándose dificultades en la manifestación, expresión y regulación de sus emociones y humor. Teniendo que en estos casos, 2 pacientes (15,4%) presentan apatía, alteración que se caracteriza por la escases de afecto o de su expresividad; 1 paciente (7,7%) tuvo frialdad afectiva, es decir, falta de afecto por las necesidades e intereses de las otras personas, pero no de las propias; 1 paciente (7,7%) tuvo discordancia ideoafectiva, caracterizado por falta de relación entre los pensamientos y sentimientos; 1 paciente (7,7%) tuvo labilidad emocional, presencia de rápidos y a veces contradictorios cambios de las emociones; por último, 11 pacientes (84,6%) tuvieron anhedonia, es decir, incapacidad para experimentar placer o satisfacción en lo que antes disfrutaban.

Gráfica 3. Alteraciones en el Estado de ánimo.



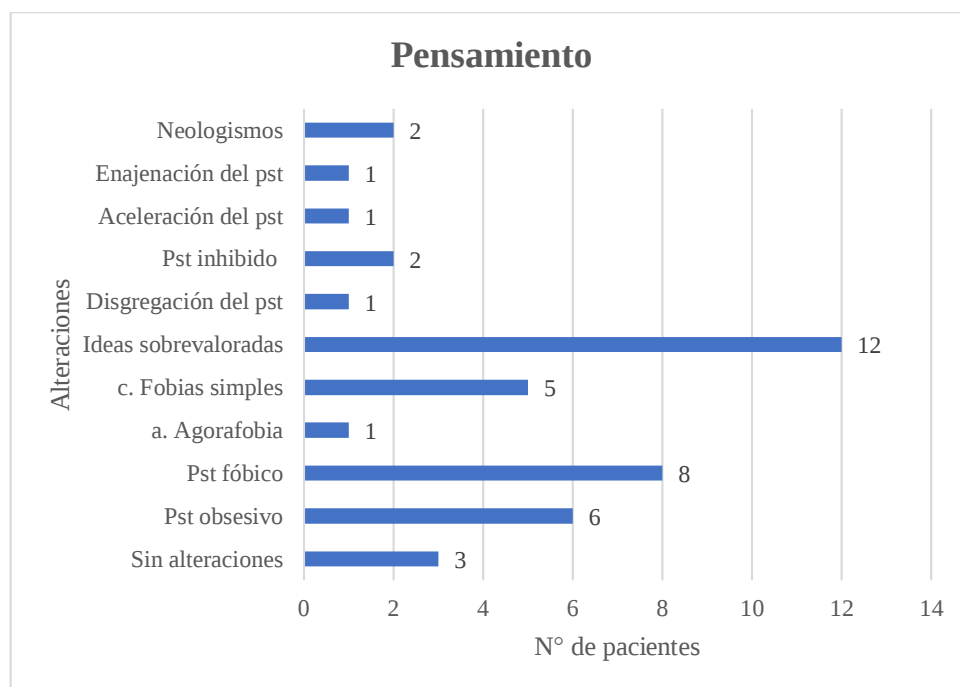
Asimismo, en la gráfica 4 aparecen las alteraciones encontradas en el área de afecto, lo que muestra que, de los 19 pacientes, en 11 de estos (57,9%) se sospecha de angustia o ansiedad, es decir, manifestaciones de signos y síntomas fisiológicos y psíquicos como tensión, aprensión, temor, excitabilidad neuromuscular y sensitivo sensorial, miedo y sentimientos de desamparo o incertidumbre. 4 pacientes (21,2%) reflejaron tristeza, el cual es descrito como un sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos, también de un tono de voz monótono, cansado, lento o quejumbroso. 3 pacientes (15,8%) presentaron melancolía, el grado máximo de la tristeza. De igual forma, 3 pacientes (15,8%) presentaron distimia, conocido como el grado intermedio de la tristeza. En esta misma línea, 9 pacientes (47,4%) presentaron signos y síntomas relacionados con un trastorno depresivo o depresión, reflejando algunos o todos como la tristeza, estado de ánimo bajo, dificultad para elaborar el pensamiento, lentificación motora, pérdida del interés por el entorno, cansancio o fatiga, sentimientos de culpa, ideas de suicidio y muerte, entre otros. Finalmente, 4 pacientes (21,1%) manifestaron sentir alegría al momento de la exploración, expresando sentimientos de placer, satisfacción o felicidad.

Gráfica 4. *Alteraciones en el Afecto.*



Por otro lado, la gráfica 5 alteraciones en el área de pensamiento, donde se puede observar que 3 pacientes (15,8%) no presentaron alteraciones en los tres criterios para juzgar el pensamiento. En cambio, en 16 pacientes (84,2%) se sospecha de alteraciones en el contenido, curso o forma del pensamiento; en cuanto al contenido del pensamiento, 6 de estos (37,5%) manifestaron ideas que refieren a pensamientos obsesivos, caracterizados por ser recurrentes e intrusivos, los cuales causaban ansiedad o malestar. 8 pacientes (50%) de los 16 con alteraciones en el pensamiento, exteriorizaron por medio del lenguaje pensamientos fóbicos, siendo estos irracionales y desproporcionados de miedo o temor ante ciertas situaciones, objetos, personas o animales. 12 pacientes (75%) expresaron ideas sobrevaloradas, este tipo de ideas representando una importancia excesiva o desmedida para los sujetos. Respecto al curso del pensamiento, 1 paciente (6,3%) presentó disgregación del pensamiento, significando la existencia de una relación distante de pensamientos que vuelven incomprensible el discurso. 2 pacientes (12,5%) tuvieron pensamiento inhibido, dando cuenta de una disminución en el flujo de este; por el contrario, 1 paciente (6,3%) tuvo aceleración del pensamiento, representando un aumento en la producción del mismo. 1 paciente (6,3%) presentó enajenación del pensamiento, caracterizado por la sensación del que el pensamiento escapa del dominio del sujeto, pensando que estos no le pertenecen y que son controlados o influenciados por fuerzas externas. Por último, 2 pacientes (12,5%) expresaron ideas con neologismos, que significa el uso de palabras inventadas o deformadas que solo tenían sentido para el sujeto.

Gráfica 5. Alteraciones en el pensamiento.



Además de evaluar la prevalencia de signos y síntomas psicopatológicos en pacientes con epilepsia, la investigación también obtuvo otros hallazgos relevantes; en primer lugar, de los 19 pacientes de la muestra, solo 6 (31,6%) refirieron la cantidad de años que han vivido con el diagnóstico de epilepsia, lo que resultó en una mediana de 12 años (máximo: 49 años con epilepsia; mínimo: 5 años con epilepsia). Por otro lado, se encontró que, del total de la muestra, únicamente 3 pacientes

(6,3%) con diagnóstico de epilepsia, también presentaban algún trastorno psiquiátrico asociado, estos fueron psicosis, trastorno depresivo y trastorno afectivo bipolar respectivamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es posible realizar una discusión basada en los resultados obtenidos y las similitudes o diferencias observadas en otras investigaciones (González et al., 2015; Moreno-Mayorga et al., 2023; Zaldívar et al., 2020).

Para empezar, se evidencia que la ansiedad es la alteración psicológica más frecuente en los pacientes con diagnóstico de epilepsia, la cual afecta a más de la mitad de la muestra. En este estudio, 11 pacientes (57,9%) manifestaron síntomas de angustia o ansiedad; Moreno-Mayorga et al (2023) refieren que el 39,2% de su muestra se identifica con el grupo de síntomas que reflejan algún trastorno de ansiedad y que solo el 11,0% de la misma ha recibido el diagnóstico médico de esta patología. En esta misma línea, Gonzáles et al (2015), a través del análisis del estado mental mediante una entrevista clínica abierta y la Escala de Hamilton ansiedad, encontraron ansiedad en el 71,3% de los participantes. De forma similar, Zaldívar et al (2020) expresan una sospecha de ansiedad generalizada en el 40% de su muestra tras aplicar la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizado. Se encontró además que estos estudios coinciden en que la ansiedad en los pacientes con epilepsia está relacionada con diferentes variables, como la edad de inicio de las crisis epilépticas, el tipo de epilepsia, el nivel educativo, el género y otros aspectos sociodemográficos.

Los signos y síntomas que indican depresión ocupan el segundo lugar en los cuatro estudios; este estudio, 9 pacientes (47,4%) se identifican con algunos signos y síntomas relacionados con la patología, y solo 1 de estos (5,2%) tiene diagnóstico médico de Trastorno Depresivo; también, en este estudio se determinó que un participante tiene diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar con varios años de evolución. Asimismo, Moreno-Mayorga et al (2023) encontraron que el 28,7% de las personas con epilepsia de su estudio manifestaron identificarse con el grupo de síntomas, y solamente el 12,0% de estos tienen el diagnóstico por parte de algún profesional. En el caso de Gonzales et al (2015), la Escala de Hamilton de depresión arrojó que el 69,9% de la muestra tiene algún tipo de depresión, agrupándose de la siguiente forma: 30,5% sin depresión leve, 33,8% con depresión leve, 18,9% con depresión moderada y 16,7% con depresión severa. Asimismo, Zaldívar et al (2020) detectaron depresión en el 14% de sus participantes según la Escala de depresión NDDI-E. De este modo, los cuatro trabajos coinciden en que la depresión afecta negativamente a la evolución de la epilepsia, la respuesta al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

Respecto a la psicosis, en el presente estudio solo 3 pacientes (15,8%) de los 19 presentaron alucinaciones, uno de los síntomas psicóticos más comunes dentro de la psicosis (todos estos manifestando alucinaciones visuales y uno auditivas); en esta misma línea, uno de estos tres pacientes con alteraciones en la sensopercepción refiere haber sido diagnosticado con psicosis. Por otra parte, Moreno-Mayorga et al (2023) plantean que, de sus 174 participantes, el 26,8% expresaron sentirse identificados con la presencia de signos y síntomas psicóticos en diferentes momentos de su vida, y que el 6,7% de estos, tiene el diagnóstico. Y Gonzales et al (2015) revelaron que solo 18 de los 216 pacientes de su estudio (8,3%) presentaban psicosis. No obstante, la investigación de Zaldívar et al (2020) no reportó resultados sobre esta patología. Es por ello que,

estos resultados advierten que la psicosis es una alteración psicológica poco frecuente en los pacientes con epilepsia, que se manifiesta principalmente por alucinaciones visuales y auditivas.

Como se puede observar según lo descrito anteriormente, dichos resultados fueron concordantes con los de los otros estudios revisados, que también encontraron una alta prevalencia de ansiedad, depresión y psicosis en los pacientes con epilepsia, aunque con algunas diferencias metodológicas y conceptuales. Estos resultados confirmaron parcialmente la hipótesis planteada, ya que se demostró que los pacientes con epilepsia presentan una mayor prevalencia de alteraciones psicológicas que la población general, pero no se pudo establecer una relación causal entre estas alteraciones, la evolución de la condición, la respuesta terapéutica y la calidad de vida debido a las implicaciones y limitaciones metodológicas del estudio, como el tamaño reducido de la muestra, la falta de un grupo control, las variables utilizadas, la ausencia de un seguimiento longitudinal y las pocas investigaciones acerca del tema.

De igual forma, todos estos resultados tienen implicaciones clínicas importantes, una de estas es la diferencia significativa existente entre los pacientes con epilepsia de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas Jaime Fandiño Franky - FIRE que presentan signos y síntomas psicopatológicos (19 pacientes) con los que tienen algún diagnóstico que responda a la existencia de estos (3 pacientes); puesto que indican la necesidad de realizar una evaluación y un tratamiento integral de los mismos, en la cual se incluya no solo el control de las crisis, sino también el manejo de los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que influyen en su bienestar y calidad de vida.

A partir de este apartado, se plantean algunas preguntas o problemas que quedan por resolver en futuras investigaciones, haciendo énfasis en el cumplimiento del objetivo del presente trabajo, que espera ser usado para sentar las bases a otras investigaciones. Por ejemplo, ¿qué otros factores pueden influir en la presencia de signos y síntomas psicopatológicos en los pacientes con diagnóstico de epilepsia, como la personalidad, el estrés, la autoestima o la espiritualidad? ¿Qué estrategias de afrontamiento pueden ser usadas por los pacientes, como el humor, la relajación o la meditación? ¿Qué modalidades de intervención psicológica pueden ser efectivas? Estas y otras cuestiones podrían ser abordadas en estudios posteriores, con el fin de ampliar el conocimiento sobre el tema en los pacientes que sufren de epilepsia y así mejorar la atención psicológica de los mismos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bender, J., Hernández, L., Rodríguez, L. y Menéndez, K. (2016). Trastornos psiquiátricos asociados a las epilepsias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(6), 890–905.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600005
- 2) Díaz-San Juan, L. (Compiladora). (2011). La observación. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. En
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf

- 3) *Epilepsia*. (2018). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.
<https://www.paho.org/es/temas/epilepsia>
- 4) Fonseca, E., Paino, M. y Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA?. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 34(3), pp. 190-207.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77828443004.pdf>
- 5) Gonzales, S., Llanes, Y., Oliva, I., y Valenti, J. (2015). Principales trastornos psiquiátricos y psicosociales en pacientes adultos con epilepsia residentes en La Habana. *Revista Del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63517>
- 6) Krauskopf, V. y De la Barra, F. (2013). Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(6), 979–985.
[https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(13\)70252-9](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(13)70252-9)
- 7) Lee, T. M., & Chan, J. K. (2002). Factores que afectan el estado cognitivo de personas que sufren epilepsia. *Revista de Neurología*, 34(09), 861.
<https://doi.org/10.33588/rn.3409.2001222>
- 8) López-Meraz, M., Rocha, L., Miquel, M., Hernández, M., Toledo, R., Coria-Ávila, G., García, L., Estudillo, P., Aranda, G., y Manzo, J. (2020). Conceptos básicos de la epilepsia. *Revista Médica de La Universidad Veracruzana*, 9(2), 31–37. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27874>
- 9) Mejía, T. (2021). Estudio descriptivo. *Lifeder*. <https://www.lifeder.com/estudio-descriptivo/>
- 10) Molina, I., Maldonado, E., y Cepeda, R. (2020). Trastornos del estado de ánimo en pacientes con epilepsia ingresados en el Hospital Teodoro Maldonado. *Revista Electrónica Entrevista Académica (REEA)*, 2(6), 335–347.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7796408.pdf>
- 11) Moreno-Mayorga B, Vélez-Botero H, Fandiño-Franky J, Pérez-Almanza N, Agudelo-Hernández F, González-González NY. Calidad de vida en personas con epilepsia. Más allá de las crisis. *Rev Neurol* 2023; 76 (08):257-264.
<https://doi.org/10.33588/rn.7608.2023052>
- 12) Mula, M., Coleman, H., & Wilson, S. J. (2022). Neuropsychiatric and Cognitive Comorbidities in Epilepsy. *Continuum*, 28(2), 457–482.
<https://doi.org/10.1212/con.0000000000001123>
- 13) Pack, A. (2019). Epilepsy Overview and Revised Classification of Seizures and Epilepsies. *Continuum*, 25(2), 306–321. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000707>
- 14) Palacios-Sánchez, L. (2022). Epilepsia: algunas denominaciones dadas a través de los siglos. *Medicina*, 42(3), 486–490. <https://doi.org/10.56050/01205498.1543>
- 15) Palanca-Cámara, M. (2021). Epilepsia y salud mental: un binomio insoluble. *Revista de Enfermería Y Salud Mental*, 17, 1.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7730996.pdf>
- 16) Perales, A., Mendoza, A., Vásquez-Caicedo, G., y Zambrano, M. (2004). Manual de Psiquiatría Humberto Rotondo, 2da. edición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Departamento de Psiquiatría. *Bvsalud.org*.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lis-10986>

- 17) Perpiñá, C. y Baños, R. (2019). Documentación del proceso de exploración, en *Manual básico de exploración psicopatológica*. (p. 33). EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
<https://www.sintesis.com/data/indices/9788491712602.pdf>
- 18) Rojas, G. A. (2017). Un acercamiento a los orígenes de la ansiedad en el paciente epiléptico. *Gaceta Médica Espirituana*, 6(3), 7.
<https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/944/905>
- 19) Sequeira-Quesada, C. (2022). Estudio multicéntrico de caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes diagnosticados con epilepsia con seguimiento activo en el 2022 en la consulta externa de los hospitales San Juan de Dios, México y Nacional de Niños. *Ucr.ac.cr*. <https://hdl.handle.net/10669/90169>
- 20) Tirado-Requero, P. (2018). Epilepsia en el adolescente. *Adolescere*, VI (1): 44-50.
https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VI-n1-2018/2018-n1-44_50_Epilepsia-adolescente.pdf
- 21) Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de La Facultad de Medicina*, 65(2), 329–332. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- 22) World Health Organization: WHO. (2023). Epilepsia. *www.who.int*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- 23) Zaldívar, M., Morales, L., Minou, J., Garbey, R., y Alfonso, M. (2020). Comportamiento de la ansiedad, depresión y disociación en pacientes con crisis epilépticas y crisis psicógenas no epilépticas. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*. 2020; 10(2): e356.
<https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/download/356/600>
- 24) Zapata, A. M., Restrepo-Martínez, M., Y Restrepo, D. (2020). Depresión en personas con epilepsia. ¿Cuál es la conexión? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(1), 53–61.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.10.004>

3. Proyecto FIRE Extramural (Resumen)

Inicio: Abril 2021

Objetivos del proyecto

- Mejorar el acceso de los pacientes a la consulta de Atención Primaria en Epilepsia y Ciencias Neurológicas del FIRE.
- Disminuir el impacto de los costos “de bolsillo” asumidos por el paciente en su desplazamiento al FIRE para recibir la atención en salud.
- Fortalecer la filosofía del FIRE de vocación de servicio al pueblo, a los más necesitados.
- Consolidar el liderazgo y reconocimiento del FIRE a nivel de municipios de Bolívar y la costa caribe.
- Realizar el trabajo de campo (Aplicación de encuestas) en el marco del proyecto Salud y Calidad de Vida de los pacientes con Epilepsia en alianza con Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud de Bolívar.

Justificación

El perfil sociodemográfico predominante del paciente que asiste al FIRE es un paciente de estrato bajo, de poca escolaridad, de sexo femenino, de todos los grupos étnicos y alrededor del 40% residen en municipios vecinos.

ESCOLARIDAD	#	%
Sin escolaridad	159	13%
Primaria	431	35%
Secundaria	379	31%
Técnica	151	12%
Profesional	111	9%
TOTAL	1231	100%

SEXO	#	%
Femenino	720	58%
Masculino	511	42%
TOTAL	1231	100%

RESIDENCIA	#	%
Cartagena	721	59%
Municipios Bolivar	346	28%
Otros municipios costeños	121	10%
Otras regiones	43	3%
TOTAL	1231	100%

ESTRATO	#	%
1	737	60%
2	271	22%
3	84	7%
4	12	1%
5	2	0%
VACÍAS	125	10%
TOTAL	1231	100%

Fases del proyecto

- Primera fase: Apoyo interinstitucional.
Consiste en un diálogo, concertación y apoyo con:
 - Secretarios de Salud Municipales
 - Gerentes ESE Locales
 - Coordinadores EPS Locales
- Segunda Fase: Visita a algunos pacientes, perifoneo y difusión del proyecto a la comunidad en general antes del día de la jornada.
- Tercera Fase: Día de la jornada de atención.

Principales Estadísticas del proyecto (abril 2021-diciembre 2023):

Municipios o corregimientos visitados: 17

- Soplaviento y San Cristobal (abril 2021)
- Mahates (2 visitas: agosto y noviembre 2021)
- San Jacinto (septiembre 2021)
- San Juan Nepomuceno (octubre 2021)
- San Estanislao (junio 2022)
- Calamar (agosto 2022)
- Bocachica (octubre 2022)
- Cicuco y Talaigua Nuevo (febrero 2023)

- Islotes, Cartagena (abril 2023)
- San Fernando y Margarita (abril 2023)
- Córdoba y Zambrano (junio 2023)
- Santa Catalina (septiembre 2023)
- Arroyohondo (noviembre 2023)

Pacientes atendidos: 516

Archivo fotográfico

Soplaviento



Mahates



San Jacinto



San Juan Nepomuceno



San Estanislao



Calamar



Bocachica



Cicuco y Talaigua Nuevo



Islotes (Cartagena)



San Fernando y Margarita



Córdoba y Zambrano



Santa Catalina



Arroyohondo



4. Noticias

4.1 Informe Mesa Técnica de Epilepsia 2023 (Minsalud)

Presentado por: Dr Jaime Fandiño Franky- Miembro de la Mesa Técnica de Epilepsia

Estimada Laura: Creo que ningún país en el mundo ha llegado tan cerca de tener controlado el programa de epilepsia como Colombia. ¿Por qué?: Veamos:

1. Desde el año 2007 se ha hecho una enérgica adherencia a la necesidad, pedida por la Liga Internacional de la Epilepsia (ILAE), el Buró Internacional contra la Epilepsia (IBE) la OMS y el MSP de Colombia, de una Ley que proteja a las personas con epilepsia.

2. Logramos que, en el 2009, fuera aprobada por el H. Congreso de la República, sin un voto en contra de algún miembro del Congreso.

3. Estudiada por la honorable Corte Constitucional y aprobada por unanimidad de sus miembros "por que es necesario que haya un reforzamiento a las disposiciones legales existentes" en 2010.

4. Ese mismo año, la H. Corte Constitucional fue enfática en decir que la Ley 1414/10 era exequible y que el Presidente de la República se había equivocado ordenando, de acuerdo a la Constitución, al Presidente que la firmara, como lo hizo.

5. En el 2018 fue reglamentada por el Ministerio de Salud, junto con la Ley 1616 de 2013, gracias a los esfuerzos del Ministerio de Salud, que tomó como propia esta labor, ya que la Dra. Nubia Batista, jefe de Enfermedades no transmisibles encabezó múltiples reuniones con la Liga de Bogotá, las asociaciones de familias de personas con epilepsia, el FIRE, las psicólogas del Ministerio, y otros muchos colaboradores.

6. Vino luego una unión del Ministerio de Salud con el FIRE, la U. Nacional de Colombia y la Secretaría de salud de Bolívar, para hacer un estudio de la situación de las personas con epilepsia en Bolívar y se logra, por primera vez en Colombia, la publicación de un estudio muy juicioso, en el que intervinieron: la Profesora de la UN, Helena Vélez, el Dr. Nicolás Pérez, encabezando el grupo del FIRE y otros colaboradores del MSP. Fue publicado en la Revista de la Sociedad Neurológica de Colombia.

7. Por 6 meses, encabezados y dirigidos por las dras Helena Vélez, Bibian Moreno y Yuliana Valverde, con altos funcionarios del MSP, nos reunimos cada viernes con ellos, la U.N., la secretaria de salud de Bolívar y el FIRE, con temas previamente escogidos, hasta llenar todos los requerimientos necesarios para trazar una hoja de ruta clara y precisa con la más adecuada atención a las personas con epilepsia.

8. Se vió la necesidad, por iniciativa del Ministerio de Salud, secundada por la U. Nacional, el FIRE, ACOFACE, y teniendo en cuenta que había la necesidad de separar los

problemas de salud mental propiamente dichos, de los de la epilepsia en particular, de crear la MESA TÉCNICA DE EPILEPSIA, que, sometida a votación por la Comisión de Salud Mental, fue admitida su creación, dependiente de esta Comisión. Está formada por entidades comprometidas en el tratamiento de la epilepsia.

9- Por la labor permanente de la Dra. Laura Inés Plata Casas y del grupo de trabajo del Ministerio de Salud, se llegó a que esta mesa hiciera parte, como invitada permanente, a la Comisión de Salud Mental. El FIRE, en la persona de Jaime Fandiño, fue designado.

10- AHORA ENCONTRAMOS EL ENTUSIASTA INFORME, MUY BIEN ELABORADO, POR LA DRA, LAURA, Y SECUNDADO POR TODOS NOSOTROS, LOS COMPONENTES DE LA MESA TÉCNICA, COMO UN RECUENTO SUMARIO DEL ÉXITO DE ESTA MESA TÉCNICA DE EPILEPSIA. Tenemos que seguir con entusiasmo las directivas del Ministerio de Salud, para, por fin, demostrar que Colombia sí fué capaz, como ningún otro país del mundo, de ORGANIZAR CIENTÍFICA, SOCIAL Y POLÍTICAMENTE, UNA ORGANIZACIÓN EJEMPLAR PARA ATENDER IN TOTO LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CON EPILEPSIA, SUS FAMILIAS Y A LA SOCIEDAD EN GENERAL.

Este largo comentario lo creyó necesario el suscrito para que quede claro el esfuerzo mancomunado del Ministerio de Salud de Colombia, secundado por muchas organizaciones colombianas, de cerca de dos décadas para sacar adelante este bello y humano proyecto, que nos enaltece.

Se pide a los miembros de la Mesa Técnica de Epilepsia, no decaer y darnos cuenta de la enorme labor que por muchos años debemos continuar. Es un servicio a nuestros conciudadanos, bien manejado, como líderes, por el Ministerio de Salud, que nos ha demostrado ejemplarmente cómo, si los ciudadanos le ayudamos, puede redimir, desde su ángulo de trabajo tan científico y humano, a nuestro pueblo.

4.2 Obituarios

In Memoriam: Sister Gertrud Furger

**Congregation: Sisters of Mercy
of the Holy Cross**



Sister Gertrud Furger

born on 30 November 1936

professed 25 August 1960

Vicariate Superior in Taiwan 1972 – 1975

General Councilor 1975 – 1978

Superior General 1978 – 1996

she died 27 December 2023

La madre Gertrud Furger, de la comunidad católica Suiza de la Caridad de la Santa Cruz, falleció el 29 de diciembre del año pasado. Esta religiosa, de una vocación por los pobres muy grande, era una intelectual de primer orden. Nosotros, Margarita y yo, la visitamos en el convento de Ingelboln en Suiza para conversar sobre el proyecto del FIRE y de la Liga Colombiana contra la Epilepsia. Volvimos una y otra vez, almorzamos con ella, nos consiguió la relación para escribir a International Relief Foundation, una organización que existe en Palo Alto California, mantenida por especialistas filántropos retirados, que arreglan equipos de su especialidad para regalarlos al Tercer Mundo. Así, conseguimos nosotros los elementos para abrir el hospital neurológico: camas, equipo de anestesia, mesa de cirugía, lámpara cirúrgica y equipos de oficina. Con estos elementos abrimos el hospital. Pero nos dieron dinero para la edificación del FIRE, el tanque elevado de agua, las aulas escolares, el nuevo hospital neurológico y parte para el Edificio Monseñor Livio.

Ostentaba un grado en idioma inglés en la U. de Cambridge; además, era Heil pedagogic y alcanzó la máxima posición en la comunidad religiosa de la Santa Cruz, ya que fue Madre General.

Quiso al FIRE porque vio resultados de la ayuda, ya que con Margarita enviábamos un minucioso informe de gastos.

La madre Gertrud murió en santa paz en un sitio de reposo que la comunidad tiene para las religiosas enfermas. Su vida nos enseñó que el dinero no tiene ningún valor si no se usa en los necesitados y que, para alcanzar algún prestigio en la comunidad, solo vale la humildad y el desprendimiento de bienes terrenales, en favor de los que los necesitan. “Con solo lo que se necesita para vivir es suficiente” nos decía ella y a fuer que esta benemérita comunidad, recibe el dinero, fruto del trabajo de las hermanas, y lo reparte en varias partes del mundo necesitado.

Pero, esta Comunidad de la Santa Cruz, también nos consiguió, por 6 meses, tres cupos en el Instituto Lavigny de la Suiza Francesa, para un psicólogo y dos pedagogas. Apenas llegaron a Colombia, nos abandonaron con un buen grado de ingratitud.

Su ayuda, como dicen las palabras de Jesús, cayó en tierra abonada, que es la de Colombia y específicamente el FIRE. Con la honradez y buenos propósitos hemos llegado a lo que vemos actualmente.

Jaime Fandiño.Franky

Presidente de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades neurológicas.
FIRE