

Mejora clínica de los síntomas somáticos y afectivos en un paciente con trauma complejo mediante el uso de EMDR. A propósito de un caso

Ana Moreno-Alcázar^{1,2,3}

Benedikt L. Amann^{1,2,3,4,5}

Mariona de Dios-Felis^{2,4}

Víctor Pérez-Solà^{2,3,4,5}

Alicia Valiente-Gómez^{1,2,3,4,5,6}

¹Centre Fòrum Research Unit, Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD), Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain

²IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques), Barcelona, Spain

³CIBERSAM, Madrid, Spain

⁴Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD) Hospital del Mar, Barcelona, Spain

⁵Department of Psychiatry, Autonomous University of Barcelona, Spain

⁶Centre Emili Mira, Institute of Neuropsychiatry and Addictions (INAD) Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain

Correspondencia:

Alicia Valiente Gómez

Psiquiatría de media y larga estancia. Centre Assistencial Doctor Emili Mira.

Prat de la Riba, 171 (Recinto Torribera)

08921, Santa Coloma de Gramenet

Correo electrónico: avalientego@gmail.com

Estimado Editor,

El trastorno somatomorfo es una categoría diagnóstica que se introdujo por primera vez en los años 80 en el manual diagnóstico DSM-III¹ y que se ha mantenido en las sucesivas versiones del manual hasta que en el reciente DSM-5 se ha modificado por el trastorno de síntomas somáticos². Los trastornos de síntomas somáticos comparten como característica principal la presencia de síntomas físicos de origen no orgánico, que afectan a los pensamientos, emociones y conductas del paciente³. Se estima que su prevalencia oscila entre el 5-7% en la población adulta general³, siendo más prevalente antes de los 30 años y en mujeres⁴ y alcanzando hasta el 25-50% de los síntomas físicos no explicados que se atienden en la práctica médica asistencial².

A nivel clínico la relación entre trauma psicológico y somatización ha ido cobrando cada vez más importancia dada la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos presentes en estos pacientes. Se ha observado que la somatización se relaciona estrechamente con la presencia de trauma y con su gravedad⁵⁻⁷. Sin embargo, la literatura publicada hasta la fecha sobre tratamientos orientados hacia el trauma en personas que presentan comorbilidad entre ambas condiciones médicas es escasa. Un abordaje psicológico posible en la traumatización es la terapia EMDR (que corresponde a las siglas en inglés, Desensibilización y Reprocesamiento a través del Movimiento Ocular) desarrollada en los años 80 por la psicóloga norteamericana Francine Shapiro⁸ y recomendada desde 2013 por la OMS para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático⁹. EMDR es un tratamiento psicológico de ocho fases compuesto por un protocolo estandarizado aplicable tanto a adultos como a niños. Las ocho fases (historia del paciente, preparación del paciente, evaluación de los aspectos primarios del recuerdo, desensibilización del

recuerdo traumático, instalación de la cognición positiva, examen corporal, cierre y reevaluación) y el protocolo de la línea temporal pasado-presente-futuro facilitan una evaluación integral de la imagen de la memoria traumática, la preparación del paciente y el procesamiento de los eventos pasados que han asentado las bases para la patología, las situaciones perturbadoras actuales y los desafíos o posibles estímulos futuros que pudieran facilitar la aparición de los síntomas¹⁰. El protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático se puede consultar en el artículo de Novo et al.¹¹ El aprendizaje de este abordaje es complejo por lo que las asociaciones internacionales de EMDR se han coordinado para asegurar que la formación sea estandarizada y estructurada y homogénea en todos los países. En los últimos años, ha aumentado exponencialmente el uso de esta terapia en la práctica clínica para el tratamiento de los eventos traumáticos por su eficacia y seguridad, tanto en población general como psiquiátrica¹².

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente presentamos el caso clínico de un varón de 64 años que ingresa en octubre de 2016 en la unidad de larga estancia por síntomas somáticos inespecíficos, ideación autolítica no estructurada y restricción alimentaria. A nivel psicobiográfico destaca que se quedó huérfano con 2 años y pasó toda su infancia y adolescencia (de los 6 hasta los 18 años) en un reformatorio durante la década de los años 50-60 donde recibió cuidados negligentes, maltrato físico y psicológico¹³. Al salir del reformatorio, a los 18 años, inició conductas delictivas frecuentes en forma de robos que lo llevaron a prisión donde refiere haber sido víctima de torturas. Durante los últimos 10 años el paciente ha realizado múltiples consultas de urgencias y 8 ingresos en hospitales psiquiátricos por quejas somáticas similares por los que ha recibido diversos diagnósticos psiquiátricos: trastorno delirante somático (DSM-5 297.1 [F22]), trastorno límite de la personalidad (DSM-5 301.83 [F60.3]) y trastorno depresivo mayor (DSM-5 296.33 [F33.2]).

Sus antecedentes médicos personales son: hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino 5 mg/día y dislipemia tratada con atorvastatina 20 mg/día. Destacar que presentó una duodenitis con *helicobacter pylori* positivo en 2014 para la que hizo tratamiento erradicador con claritromicina con resolución total.

El paciente ingresa en la unidad de larga estancia en octubre de 2016 procedente de la unidad de agudos donde había estado 3 semanas ingresado previamente. En la exploración psicopatológica inicial se muestra consciente y orientado, con un discurso reiterativo centrado en los sucesos del pasado y difícil de reconducir. Su estado de ánimo es ligeramente hipotímico con una tendencia a la irritabilidad. Presenta sintomatología ansiosa en forma de sensación de angustia y opresión torácica y explica la presencia frecuente

de recuerdos invasivos e intrusivos, flashbacks y pesadillas relacionadas con las situaciones de abuso del pasado. También presenta quejas somáticas reiteradas de dolor gástrico, estreñimiento y mareos que le limitan su funcionamiento correcto. A su llegada, se realizó una evaluación exhaustiva de los acontecimientos traumáticos vitales a través de la entrevista clínica, y se realizó la línea vital donde se registraron todos los eventos traumáticos referidos por el paciente. Dada la tipología de los síntomas que presenta y sus antecedentes se modifica la orientación diagnóstica por la de trastorno por estrés posttraumático (DSM 5 309.81 [F43.10]), trastorno de síntomas somáticos (DSM-5 300.82 [F45.1]), maltrato físico infantil (DSM 5 995.54 [T74.12XD]) y maltrato psicológico infantil (DSM 5 995.51 [T74.32XA]).

Al principio de su ingreso se realizaron los siguientes ajustes del tratamiento farmacológico: se retiró el tratamiento con quetiapina 200 mg/día por falta de eficacia y mala tolerancia y se aumentó la venlafaxina de 150 mg/día hasta 300mg/día (como tratamientos farmacológicos previos destacar que antes de la venlafaxina había recibido varios tratamientos con antidepresivos ISRS sin respuesta clínica clara), trazodona 100 mg/día, zolpidem 10 mg/día y clonazepam gotas 1,2 mg/8h. Al tratamiento psiquiátrico se añadió, por dispepsia, aerofagia y disfagia a sugerencia del servicio digestivo, ranitidina 150 mg c/12h, almagato 1,5 g c/8h, lactulosa 1 sobre c/8h, movicol 1 sobre c/8h, simeticona 80 mg 3 o 4 veces al día y sulpirida 25 mg c/24h. Cabría destacar que la sulpirida es un fármaco antipsicótico que se ha utilizado en los trastornos somatomorfos con favorables resultados y buena tolerancia¹⁴, pero que en nuestro caso clínico presentó un efecto muy limitado. Aunque se logró cierta estabilización anímica con el tratamiento farmacológico, su efecto fue muy limitado por lo que se planteó iniciar terapia psicológica con EMDR para abordar los recuerdos traumáticos del pasado y las situaciones desencadenantes del presente. En 9 meses se realizaron un total de 21 sesiones, 15 con el protocolo estándar y 6 con el protocolo específico para el dolor. Las dianas del tratamiento EMDR incluyeron: el maltrato físico en el reformatorio, la celda de castigo de la prisión y el dolor gástrico, además de un incidente con la policía (estando en el actual ingreso, paseando por el recinto hospitalario le pararon y le pidieron la documentación, incidente que desencadenó elevado malestar psicológico en el paciente). Tras la intervención con EMDR disminuyeron tanto las molestias subjetivas relacionadas con estos eventos traumáticos como los síntomas afectivos y somáticos asociados a los eventos traumáticos múltiples. Durante el ingreso se solicitó una gastroscopia dada la perseverancia del paciente y la presencia de una ideación delirioide de padecer una úlcera gástrica, que no se modificaba con el tratamiento farmacológico ni con el abordaje psicoterapéutico. La gastroscopia descartó patología digestiva, a raíz de este resultado se continuó con las sesiones de psicoterapia y psicoeducación desapareciendo el dolor en pocos días.

En la actualidad, el paciente no presenta clínica afectiva ni síntomas traumáticos en relación al pasado, presenta únicamente ansiedad fluctuante y quejas somáticas en relación con estresores ambientales, una correcta funcionalidad global y una buena vinculación a las actividades ocupacionales. Se está retirando progresivamente la pauta de tratamiento digestivo con buena tolerancia por parte del paciente. Sigue ingresado a la espera de la resolución de deudas económicas contraídas en el pasado para poder volver de alta a su domicilio.

Discusión

En nuestra opinión, los resultados de este caso ponen de manifiesto la importancia de evaluar, diagnosticar y tratar la presencia de trauma psicológico en pacientes con sintomatología somática debido a la estrecha relación existente entre ambas condiciones clínicas.

Dada la elevada prevalencia de trauma psicológico en la población general y que alcanza cifras mucho más mayores en la población con patología psiquiátrica¹⁵, se debería incorporar a la rutina asistencial la evaluación y detección de sucesos traumáticos vitales para poder establecer la mejor estrategia de tratamiento en los pacientes con trastorno por síntomas somáticos.

Asimismo, consideramos que la terapia EMDR, como coadyuvante al tratamiento farmacológico, puede ser una alternativa prometedora y útil en el abordaje y tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised) (DSM-III-R). Washington, DC: The Association; 1987.
2. Barsky A, Borus J. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA*. 1995;274:1931-4.
3. American Psychiatric Association. DSM-5. *American Journal of Psychiatry*. 2013;20:31-2, 87-8, 100-4,155-65.
4. García Martín I, Miranda Vicario EM, Soutullo Esperón C. Duloxetina en el tratamiento de adolescentes con trastornos somatomorfos: un informe de dos casos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(3):165-8.
5. Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Res*. 1998;79(2):131-8.
6. Atlas JA, Wolfson MA, Lipschitz DS. Dissociation and Somatization in Adolescent Inpatients With and Without History of Abuse. *Psychol Rep*. 1995;76(3c):1101-2.
7. Van Der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. 2005;18(5):389-99.
8. Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1989;20(3):211-7.

9. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/. 2013.
10. Shapiro F. The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experience. *Perm J*. 2014;71-7.
11. Novo Navarro P, Landin-Romero R, Guardiola-Wanden-Berghe R, Moreno-Alcázar A, Valiente-Gómez A, Lupo W, et al. [25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(2):101-14.
12. Novo P, Landin-Romero R, Radua J, Vicens V, Fernandez I, Garcia F, et al. Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: A randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Res*. 2014;219(1):122-8.
13. Amélie Nuq. Juvenile Delinquency and Reformatory Schools in Francoist Spain (1939-1975). 2012.
14. Rouillon F, Rahola G, Van Moffaert M, Guimaraes Lopes R, Dunia J. Sulpiride in the treatment of somatoform disorders: Results of a European observational study to characterize the responder profile. *J Int Med Res*. 2001;29(4):304-13.
15. Mauritz MW, Goossens PJJ, Draijer N, van Achterberg T. Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*. 2013;4.

Psicosis aguda similar a la esquizofrenia como principal presentación clínica de la enfermedad de Graves tratada con éxito con radioyodo en combinación con antipsicóticos: caso clínico

Liu Dayu¹
Xin Yubo²
Ji Bin²

¹Departamento de Urgencias, China-Japan Union Hospital of Jilin University, Changchun, Jilin, P.R. China

²Departamento de Medicina Nuclear, China-Japan Union Hospital of Jilin University, Changchun, Jilin, P.R. China

Correspondencia:
Ji Bin PHD

Correo electrónico: jbin1983104@163.com.
Liu Dayu y Xin Yubo contribuyeron por igual en este trabajo

Estimado Editor,

La enfermedad de Graves es una patología autoinmune de la glándula tiroidea, caracterizada por bocio difuso, tirotoxicosis, y presencia de autoanticuerpos antitiroideos circulantes. Hace más de 170 años, Basedow describió por primera vez una alteración psicótica en un paciente con enfermedad de Graves¹. Aunque desde entonces se han publicado muchos otros casos con síntomas psicóticos²⁻⁸, la psicosis similar a la esquizofrenia, como principal síntoma de presentación de la tirotoxicosis, es extremadamente rara.

No obstante, la evidencia existente sugiere que la severidad de la psicosis generalmente refleja la severidad de la tirotoxicosis. Además, los síntomas psicóticos generalmente remiten con la reversión del estado tirotóxico⁷. Se ha publicado que tanto la medicación antitiroidea como la tiroidectomía en combinación con antipsicóticos eliminan los síntomas psicóticos en la enfermedad de Graves^{7,8}. Sin embargo, hasta el momento no se ha establecido un tratamiento estandarizado debido a su rareza.

Publicamos el caso de una paciente con psicosis similar a la esquizofrenia como principal síntoma de presentación de una tirotoxicosis, tratada con éxito con radioyodo en combinación con antipsicóticos.

Caso clínico

En marzo de 2016 ingresó en el departamento de urgencias de nuestro hospital una mujer de 64 años que desde hacía 2 días presentaba irritabilidad, delirios de persecución, alucinaciones auditivas y deambulación irracional. No tenía historia previa de enfermedad psiquiátrica personal o familiar. Según la familia, no había sucedido ningún acontecimiento especial en su vida antes de la aparición de los síntomas psicóticos. Si embargo, 3 años antes fue diagnosticada de enfermedad de Graves en base a altos niveles de hormonas tiroideas, niveles bajos de hormona estimulante del tiroides (TSH) y mixedema pretibial sin otros síntomas característicos de la enfermedad de Graves como bocio, oftalmopatía, palpitaciones o temblor. Había tomado regularmente metimazol hasta que las hormonas tiroideas se normalizaron hacia 12 meses. Su función tiroidea desde entonces se ha mantenido normal. El mixedema pretibial había desaparecido antes de este ingreso. Por ello, en la exploración física no se encontró ningún síntoma característico de la enfermedad de Graves. La exploración del estado mental mostró una paciente vigilante y no cooperadora con escaso contacto visual. El estudio de las percepciones mostró delirios de persecución (sospechaba que su hija quería matarla) y alucinaciones auditivas (oía voces de un hombre fantástico hablándole directamente a ella, como si estuvieran teniendo una conversación). Su lenguaje era coherente con lógica, pero inadecuado a la situación. La exploración cognitiva y neurológica fueron normales.

CARTAS AL EDITOR

Tabla 1 Función tiroidea de la paciente al ingreso y evolución

Hormonas	Valor				Rango normal
	Ingreso	Día 5	Día 26	Día 60	
FT3, pmol/L	33,16	24,33	1,69	3,58	3,10–6,80
FT4, pmol/L	66,50	45,81	5,30	15,73	12,0–22,0
TSH, mUI/L	0,026	0,082	8,24	3,77	0,372–4,940
TgAb, UI/mL	162,40	182,24	120,37	128,42	<60
TRAb, UI/L	3,69	3,85	2,62	2,81	<1,75

A la paciente se le realizaron una tomografía cerebral, electroencefalograma, estudio de líquido cefalorraquídeo, y análisis de drogas buscando posibles causas de sus alteraciones psicóticas. Sin embargo, ni el psiquiatra ni el neurólogo encontraron alteraciones patológicas. Los análisis de sangre mostraron cifras elevadas de hormonas tiroideas (FT3=33,16 pmol/L, rango normal 3,10–6,80 pmol/L; FT4=66,50 pmol/L, rango normal 12,0–22,0 pmol/L) y niveles bajos de TSH (TSH=0,026 mUI/L, rango normal 0,372–4940 mUI/L) (Tabla 1). La ecografía de tiroides mostró un ligero incremento de la glándula tiroides (lóbulo derecho: 48,3 mm × 19,2 mm × 15,5 mm, lóbulo izquierdo: 44,7 mm × 19,5 mm × 14,6 mm) y un ligero aumento del flujo sanguíneo. La gammagrafía tiroidea mostró una captación difusa y significativamente elevada de pertecnetato-^{99m}Tc en ambos lóbulos tiroideos. Los anticuerpos antitiroideos estaban aumentados (anticuerpo antitiroglobulina=162 UI/mL, rango normal <60 UI/mL; anticuerpo del receptor TSH=3,69 IU/L, rango normal <1,75 IU/L) (Tabla 1).

Tras la valoración interdisciplinaria del caso, se estableció el diagnóstico de psicosis similar a la esquizofrenia secundaria a la enfermedad de Graves con tirotoxicosis. Se decidió tratar primero la tirotoxicosis, mientras se estabilizaban los síntomas psicóticos con antipsicóticos. Por consiguiente, se administraron a la paciente 15 mCi de radioyodo. Simultáneamente se comenzó con aripiprazol (20 mg/día) y lorazepam (3 mg/día). El cuarto día tras el tratamiento con radioyodo la paciente comenzó a comunicarse gradualmente con otros y sus síntomas psicóticos mejoraron notablemente. Veinticinco días después del radioyodo, desaparecieron todos los síntomas psicóticos y se suspendió el aripiprazol. Las hormonas tiroideas mostraron una situación de hipotiroidismo (FT3=1,69 pmol/L, rango normal 3,10–6,80 pmol/L; FT4=5,30 pmol/L, rango normal 12,0–22,0 pmol/L; TSH= 8,24 mUI/L, rango normal 0,372–4,940 mUI/L) (Tabla 1). Se inició inmediatamente tratamiento con levotiroxina (100 µg/día) para tratar el déficit hormonal. Dos semanas después, se suspendió el lorazepam y la paciente fue dada de alta para control

posterior. Los síntomas psicóticos no han reaparecido hasta la última visita (12 meses después del radioyodo).

Se obtuvo la autorización firmada de la paciente para utilizar sus datos clínicos para ser publicados en artículos científicos o de investigación.

Discusión

Publicamos una paciente sin historia previa de alteraciones psiquiátricas y con historia conocida de enfermedad de Graves que desarrolló de forma brusca una psicosis similar a la esquizofrenia. La paciente no presentaba síntomas característicos de la enfermedad de Graves a la exploración física. Sin embargo, las pruebas de función tiroidea, la ecografía y la gammagrafía tiroideas confirmaron el diagnóstico de enfermedad de Graves con tirotoxicosis. Con la administración de 15 mCi de radioyodo, aripiprazol (20 mg/día) y lorazepam (3 mg/día) remitieron rápidamente los síntomas psicóticos. Un año después del alta hospitalaria, permanece asintomática a pesar de haber suspendido los antipsicóticos.

Se calcula que un 9–20% de todos los casos de psicosis agudas que llegan a los departamentos de urgencias se deben a patologías médicas generales. Estas incluyen traumatismos craneales, tumores intracraneales y encefálicos, drogas y tóxicos, infecciones, deficiencias de vitaminas y disfunción tiroidea⁹. En nuestra paciente, la sincronización entre la reversión de la función tiroidea y la remisión de los síntomas psicóticos sugiere que la tirotoxicosis contribuyó a la etiopatología de los síntomas psicóticos. La rápida remisión de los síntomas psicóticos sólo tras 4 días de tratamiento con antipsicóticos refuerza aún más esta hipótesis. Además, el hecho de que la paciente suspendiese los antipsicóticos tras el alta hospitalaria y permanezca libre de síntomas psicóticos 12 meses después apoya claramente que es una psicosis secundaria a tirotoxicosis.

A pesar de que muchas publicaciones refuerzan la idea de que los síntomas psicóticos son una manifestación directa de la tirotoxicosis, el mecanismo exacto que provoca el desarrollo de psicosis en la tirotoxicosis aun no se conoce bien. Sin embargo, hay varias posibles explicaciones: (1) La cantidad masiva de receptores de hormona tiroidea localizados en el cerebro, especialmente en el sistema límbico, podría cambiar la conducta, estado de ánimo y memoria a largo plazo en presencia de un exceso de hormona tiroidea; (2) Las hormonas tiroideas pueden modular la respuesta beta-adrenérgica a las catecolaminas en el sistema nervioso central lo que puede contribuir a las alteraciones psicóticas; (3) La hipertiroxinemia y las alteraciones psicóticas también pueden ser sinérgicas entre sí^{4,8}.

Las psicosis similares a la esquizofrenia en la tirotoxicosis se han descrito raramente en la literatura. Por ejemplo, Brownlie et al., en un estudio retrospectivo de 18 pacientes tirotóxicos con psicosis asociada, sólo encontraron dos pacientes con psicosis similar a la esquizofrenia³. Ugwu et al. publicaron un caso de psicosis similar a la esquizofrenia en un paciente con enfermedad de Graves. En este caso, los síntomas psiquiátricos se trataron con éxito con medicamentos antitiroideos junto con antipsicóticos⁷. Häfner et al. describieron también un caso similar. El paciente se recuperó rápidamente tras la tiroidectomía total⁹.

Debido al bajo índice de remisión en la enfermedad de Graves y la incapacidad de curar la tirotoxicosis con fármacos antitiroideos únicamente, el radioyodo se está utilizando progresivamente como primera línea de tratamiento, y es la opción de elección en la recidiva de tirotoxicosis de Graves. Sus ventajas son la alta eficiencia, fácil aplicación y rápido control de la tirotoxicosis¹⁰. En nuestro caso, dado que la paciente tenía historia de enfermedad de Graves y su situación no permitía la cirugía, se le administró una dosis alta fija de 15 mCi de radioyodo. Aunque la utilización de una dosis alta produce rápidamente hipotiroidismo, está demostrado que es una elección razonable para revertir rápidamente el estado tirotóxico del paciente y consecuentemente eliminar los síntomas psicóticos.

Conclusión

1. La enfermedad de Graves con tirotoxicosis puede presentarse como una psicosis similar a la esquizofrenia. Se

debe prestar especial atención a la función tiroidea en los pacientes con historia conocida de disfunción tiroidea; 2. El radioyodo en combinación con los antipsicóticos es eficiente para revertir la tirotoxicosis y consecuentemente eliminar los síntomas psicóticos.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue sufragado por el Research Young Researcher Fund of Science and the Technology Department of Jilin Province (Grant number:20170520027JH).

CONFLICTOS DE INTERÉS

No hay ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greer S, Parsons V. Schizophrenia-like psychosis in thyroid crisis. *Br J Psychiatry*. 1968;114:1357-62.
2. Knezevic A, Todorovic-Dilas L, Vukic-Drezgic S. Psychological and possible psychiatric aspects of hyperthyroidism. *Med Pregl*. 1989;42:438-40.
3. Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW, Wells JE. Psychoses associated with thyrotoxicosis - 'thyrotoxic psychosis'. A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol*. 2000;142(5):438-44.
4. Alves da Silva J, Traça Almeida J, Barahona Corrêa B. Acute psychotic episode in a patient with thyrotoxicosis factitia. *BMJ Case Reports*. 2009;2009. pii:bcr08.2008.0676.
5. Ogah OS, Timeyin AO, Kayode OA, Otukoya AS, Akinyemi RO, Adeyemi FI. Graves' disease presenting as paranoid schizophrenia in a Nigerian woman: a case report. *Cases J*. 2009;2:6708.
6. Urias-Urabe L, Valdez-Solis E, González-Milán C. Psychosis crisis associated with thyrotoxicosis due to Graves' disease. *Case Rep Psychiatry*. 2017;2017:6803682.
7. Ugwu ET, Maluze J, Onyebueke GC. Graves' thyrotoxicosis presenting as schizophreniform psychosis: A case report and literature review. *Int J Endocrinol Metab*. 2017 Jan;15(1):e41977.
8. Häfner S, Schölch D. Graves' disease and psychosis in a young woman: Pathophysiologic considerations. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017;31;19(4).
9. Coentre R, Silva-dos-Santos A, Cotrim Talina M. Acute Psychosis as Major Clinical Presentation of Legionnaires' Disease. *Case Rep Psychiatry*. 2016;3519396.
10. Franklyn JA, Boelaert K. Thyrotoxicosis. *Lancet*. 2012; 24;379(9821):1155-66.

Declaración de la posición de la WPA sobre la espiritualidad y la religión en la psiquiatría

Alexander Moreira-Almeida^{1,2}
Avdesh Sharma^{1,3}
Bernard Janse Van Rensburg^{1,4}
Peter J. Verhagen^{1,5}
Christopher C.H. Cook^{1,6}

¹WPA Sección Sobre Religión, Espiritualidad y Psiquiatría

² NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Brasil

³ Centro 'Parivartan' para la Salud Mental, Nueva Delhi, India

⁴ Departamento de Psiquiatría, Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica

⁵ GGZ Centraal, Harderwijk, Holanda

⁶ Departamento de Teología y Religión, Universidad de Durham, Durham, UK

CARTAS AL EDITOR

Correspondencia:
Alexander Moreira-Almeida
Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Juiz de Fora
Av. Eugênio do Nascimento s/no, Dom Bosco
Juiz de Fora, MG, Brasil
C.P. 36038-330
Tel.: 00 55 14433958130
Correo Electrónico: alex.ma@medicina.ufjf.br

Estimado Editor,

La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, según sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han trabajado arduamente para asegurar que la promoción y la atención de la salud mental se basen en la ciencia y, al mismo tiempo, sean compasivas y culturalmente sensibles^{1,2}. En décadas recientes, ha habido un incremento en la conciencia pública y académica sobre la relevancia de la espiritualidad y la religión en los temas de salud. Revisiones sistemáticas de la literatura académica han identificado más de 3.000 estudios empíricos que investigaron la relación entre la religión/espiritualidad y la salud^{3,4}.

En el campo de los trastornos mentales, se ha demostrado que la religión/espiritualidad tiene importantes implicaciones sobre la prevalencia (especialmente en los trastornos depresivos y de uso de sustancias), diagnóstico (por ejemplo: diferenciación entre las experiencias espirituales y los trastornos mentales), tratamiento (por ejemplo: conductas de búsqueda de ayuda, cumplimiento, conciencia, terapias complementarias), resultados (por ejemplo: recuperación y suicidio) y prevención, así como sobre la calidad de vida y el bienestar^{3,4}. La OMS ha incluido ahora la religión/espiritualidad como una dimensión de la calidad de vida⁵. A pesar de que hay evidencia de que la religión y la espiritualidad normalmente están asociadas con mejores resultados de salud, también pueden causar daño (por ejemplo: rechazo al tratamiento, intolerancia, hacer frente de forma negativa a circunstancias debido a la religión, etc.). Encuestas muestran que los valores, creencias y prácticas religiosas y espirituales siguen siendo relevantes para la mayoría de la población mundial y que a los pacientes les gustaría que se atendieran sus inquietudes religiosas y espirituales en la atención de salud⁶⁻⁸.

Los psiquiatras deben tomar en cuenta todos los factores que impactan a la salud mental. La evidencia muestra que religión y espiritualidad deben estar incluidas entre estos factores, sin importar la orientación espiritual, religiosa o filosófica de los psiquiatras. Sin embargo, pocos planes de estudio en escuelas de medicina o de especialidades ofrecen un entrenamiento formal para que los psiquiatras aprendan sobre la evidencia disponible, o sobre cómo tratar en forma apropiada la religión y la espiritualidad en la práctica clínica y de investigación^{7,9}. Para cubrir ese vacío, la WPA y varias asociaciones psiquiátricas nacionales (por ejemplo: en Brasil, India, Sudáfrica, Gran Bretaña y EE.UU.) han creado secciones sobre religión y espiritualidad. La WPA ha incluido

“religión y espiritualidad” como parte del “Plan de estudios principal para el entrenamiento para la psiquiatría”¹⁰.

Los dos términos, religión y espiritualidad, carecen de una definición con un consenso universal. Las definiciones de espiritualidad normalmente se refieren a una dimensión de la experiencia humana relacionada con la trascendencia, lo sagrado o la máxima realidad. La espiritualidad se relaciona de cerca con los valores, significados y propósito en la vida. La espiritualidad puede desarrollarse individualmente o en comunidades y tradiciones. La religión a menudo se ve como un aspecto institucional de la espiritualidad, y usualmente se define más en términos de sistemas de creencias y prácticas relacionadas a lo sagrado o divino, que son parte de un grupo comunitario o social^{3,8}. Sin importar las definiciones precisas, la espiritualidad y la religión se ocupan de las creencias, valores y experiencias principales de los seres humanos. Por lo tanto, una consideración de su importancia para los orígenes, entendimiento y tratamiento de los trastornos psiquiátricos y para la actitud del paciente hacia la enfermedad, debe ser central a la psiquiatría clínica y académica. Las consideraciones espirituales y religiosas también tienen importantes implicaciones éticas para la práctica clínica de la psiquiatría¹¹. En particular, la WPA propone que:

1. Rutinariamente se deben tomar cuidadosamente en consideración las creencias y prácticas religiosas del paciente, así como su espiritualidad y en ocasiones serán un componente esencial de la toma del historial psiquiátrico.
2. El entendimiento de la religión y la espiritualidad, y de su relación con el diagnóstico, etiología y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, debe considerarse como componente esencial tanto del entrenamiento psiquiátrico como del continuo desarrollo profesional.
3. Se necesita más investigación sobre la religión y la espiritualidad en la psiquiatría, especialmente en sus aplicaciones clínicas. Estos estudios deben cubrir una amplia diversidad de los antecedentes culturales y geográficos.
4. La estrategia para la religión y espiritualidad debe estar centrada en la persona. Los psiquiatras no deben usar su posición profesional para hacer proselitismo de puntos de vista religiosos o seculares. Siempre debe esperarse que los psiquiatras respeten y sean sensibles a las creencias y prácticas espirituales y religiosas de sus pacientes, de las familias y de los cuidadores de sus pacientes.
5. Rutinariamente se deben tomar cuidadosamente en consideración las creencias y prácticas religiosas del paciente, así como su espiritualidad y en ocasiones serán un componente esencial de la toma del historial psiquiátrico.

CARTAS AL EDITOR

6. El entendimiento de la religión y la espiritualidad, y de su relación con el diagnóstico, etiología y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, debe considerarse como componente esencial tanto del entrenamiento psiquiátrico como del continuo desarrollo profesional.
7. Se necesita más investigación sobre la religión y la espiritualidad en la psiquiatría, especialmente en sus aplicaciones clínicas. Estos estudios deben cubrir una amplia diversidad de los antecedentes culturales y geográficos.
8. La estrategia para la religión y espiritualidad debe estar centrada en la persona. Los psiquiatras no deben usar su posición profesional para hacer proselitismo de puntos de vista religiosos o seculares. Siempre debe esperarse que los psiquiatras respeten y sean sensibles a las creencias y prácticas espirituales y religiosas de sus pacientes, de las familias y de los cuidadores de sus pacientes.
9. Los psiquiatras, sin importar cuáles sean sus creencias personales, deben estar dispuestos a trabajar con líderes/miembros de las comunidades de fe, capellanes, trabajadores pastorales y otros en la comunidad, para apoyar el bienestar de los pacientes, y deben motivar a sus colegas multidisciplinarios a hacer lo mismo.
10. Los psiquiatras deben demostrar conciencia, respeto y sensibilidad a la importancia que tienen la espiritualidad y la religión para muchos empleados y voluntarios al formar una vocación para trabajar en el campo de la salud mental.
11. Los psiquiatras deben estar al tanto del potencial de beneficio y daño de los puntos de vista y prácticas religiosos, espirituales y seculares, y deben estar dispuestos a compartir esta información de una forma crítica pero imparcial con la comunidad a favor de la promoción de la salud y el bienestar.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todos los que contribuyeron durante el proceso de desarrollar esta declaración de posición, y especialmente a D. Bhugra, R. Cloninger, J. Cox, V.

DeMarinis, J.J. López-Ibor (*in memoriam*), D. Moussaoui, N. Nagy, R. Powell, y H.M. van Praag. Los autores también agradecen a Carlos Alvarado y Etzel Cardeña por amablemente revisar esta traducción al español. Esta declaración de posición ha utilizado partes del texto de recomendaciones ya publicadas en la declaración de posición del Royal College of Psychiatrists¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bhugra D. The WPA Action Plan 2014–2017. *World Psychiatry*. 2014;13:328.
2. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013–2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*. 2014;13:107–9.
3. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 2012.
4. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. 1st edition. New York: Oxford University Press; 2001.
5. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*. 2006;62:1486–97.
6. Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*. 2013;12(1):26–32.
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(2):176–82.
8. Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Cox J, Moussaoui D. (Eds.) *Religion and psychiatry: beyond boundaries*. Chichester: John Wiley & Sons; 2010.
9. Cloninger CR. What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world problems? *Mens Sana Monographs*. 2013;11:16–24.
10. World Psychiatric Association. Institutional program on the core training curriculum for psychiatry. Yokohama, Japan, August 2002. Available in: www.wpanet.org/uploads/Education/Educational_Programs/Core_Curriculum/corec_urriculum-psych_ENG.pdf
11. Cook CCH. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. Position Statement PS03/2011, London, Royal College of Psychiatrists, 2011. Available in: http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf

Propuesta por la Sección Religión, Espiritualidad y Psiquiatría de la WPA. Aprobada por el Comité Ejecutivo de la WPA en 09/2015. "La declaración de posición fue publicada como un artículo en la publicación de la WPA de febrero de 2016 "World Psychiatry": <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20304>