

NEUROLOGÍA NEUROCIRUGÍA Y PSIQUIATRÍA

Editorial

- ▶ Preparando el Congreso del 85° aniversario

Artículos originales

- ▶ Características de migraña crónica posterior a bloqueo pericraneal con anestésicos y dexametasona en adultos
- ▶ Movilidad cervical y espacio suboccipital C0-C1 en sujetos con cefalea

Artículo de revisión

- ▶ El léxico en la salud mental

Caso clínico

- ▶ Quistes sintomáticos de la bolsa de Rathke: reporte de casos

Nueva Época Vol. 50, Núm. 2 Mayo-Agosto 2022



FUNDADA EN 1937
Sociedad Mexicana de Neurología
y Psiquiatría A. C.



Seguridad y eficacia.

Antidemenciales

Antipsicóticos

Antimigrañosos

Catálogo de
productos



¡Escanea!

Antiepilépticos

Antineuríticos

Antiparkinsonianos

Antidepresivos



La Empresa de los Científicos

"Publicidad dirigida a profesionales de la salud."

@amsa.laboratorios @amsa_lab @amsa.laboratorios

medigraphic

Literatura Biomédica



OPEN
ACCESS

<https://www.medigraphic.com>



Twitter: medigraphic_o



Instagram: medigraphic.lb



Facebook: MedigraphicOficial

MÁS DE 77,000 ARTÍCULOS DISPONIBLES EN VERSIÓN COMPLETA



Sociedad Mexicana
de Neurología
y Psiquiatría, AC

NEUROLOGÍA
NEUROCIRUGÍA Y
PSIQUIATRÍA

Órgano Oficial de la SMNP

MESA DIRECTIVA 2021-2022

Presidenta

Dra. Gloria de Lourdes Llamosa G. Velázquez

Secretario

Dr. Eli Skromne Eisenberg

Tesorero

Dr. Santos Rafael Atilano Rodríguez

Presidente del Comité de Honor

Dr. David Szydlo Kon

Vicepresidente de Ciencias Psiquiátricas

Dr. Ángel Alberto Ruiz Chow

Vicepresidente de Ciencias Neurológicas

Dr. Eli Skromne Eisenberg

Vicepresidente de Ciencias Psicológicas

Dr. Ricardo Blanco Beledo

Coordinadores del Comité Científico

Dr. Ángel Alberto Ruiz Chow

Dr. Idelfonso Rodríguez Leyva

Editora en Jefe de la Revista

Dra. Lilia Núñez Orozco

Coeditoras de la Revista

Dra. Sandra Quiñones Aguilar

Dra. Reynalda Armida Beltrán Quintero

Coordinador de Asuntos Internacionales

Dr. Francisco Schnaas Arrieta

Coordinadora de Relaciones con Sociedades Médicas, Instituciones de Salud y Gubernamentales

Dra. Irene Treviño Frenk

Coordinador de Relaciones con Universidades y Cursos de Postgrado

Dr. Juan Pedro Espinosa Zacarías

Coordinadora del Comité de Credenciales

Dra. Karina Vélez Jiménez

Coordinador del Comité de Elecciones

Dr. Raúl Guillermo Arriaga Tinoco

Coordinador del Comité de Difusión

Dr. Grisha Suquet Unkind

Coordinador del Comité de Reconocimientos

Dr. David Szydlo Kon

COMITÉ EDITORIAL

Editora en Jefe

Dra. Lilia Núñez Orozco

Coeditoras

Dra. Sandra Quiñones Aguilar

Dra. Reynalda Armida Beltrán Quintero

Ciencias Neurológicas

Coordinador:

Dr. Eli Skromne Eisenberg

Dr. Jaime Laventman

Dra. Irene Treviño Frenk

Dra. Karina María Vélez Jiménez

Dr. Idelfonso Rodríguez Leyva

Ciencias Psiquiátricas

Coordinador:

Dr. Ángel Ruiz Chow

Dr. Edgar Daniel Crail Meléndez

Dra. Lorena Reyes

Dr. David Szydlo Kon

Dra. Patricia Gutiérrez Plascencia

Ciencias Psicológicas

Coordinador:

Dr. Ricardo Blanco Beledo

Dra. Ma. Isabel Barrera Villalpando

Dra. Patricia Robles Valenzuela

Dra. Janet Shein-Szydlo

Dr. Andrés Hernández Ortiz



www.medigraphic.com/neurologia

La revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría Vol. 50, Núm. 2, Periodo Mayo-Agosto 2022, es una publicación cuatrimestral editada por la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C. Dirección postal: Bosque de Duraznos 65-712, Col. Bosques de las Lomas Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11700, Ciudad de México. Tel. 55 5596-6406 Editora responsable: Dra. Lilia Núñez Orozco. E-mail: lilianuor@yahoo.com Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2011-101417502800-102. ISSN 0028-3851, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor de la Secretaría de Educación Pública. Certificado de Licitud de Título y contenido en trámite. Estos dos últimos los otorga la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Arte, diseño, composición tipográfica, pre prensa e impresión por Graphimedic, SA de CV, Coquimbo Núm. 936, Col. Lindavista, 07300. Del. Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Tels. 55 8589-8527 al 32. E-mail: graphimedic@medigraphic.com. Este número se terminó de imprimir el 29 de Agosto de 2022 con un tiraje de 1500 ejemplares, más sobrantes para reposición. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, AC.



Contenido

Editorial

43 Preparando el Congreso del 85° aniversario

Lilia Núñez Orozco

Artículos originales

44 Características de migraña crónica posterior a bloqueo pericraneal con anestésicos y dexametasona en adultos

Felipe Villa Tobón, Verónica Domínguez, Luis Miguel Henao, Sergio Andrés Taborda, Yessica María Giraldo

51 Movilidad cervical y espacio suboccipital C0-C1 en sujetos con cefalea

Felipe O'Brien-Masias, Karol Narazas-Molina, Sergio Bravo-Cucci

Artículo de revisión

60 El léxico en la salud mental

Mario Souza y Machorro

Caso clínico

74 Quistes sintomáticos de la bolsa de Rathke: reporte de casos

Carlos Raúl Rangel-Morales, Erick Guiomar Gómez-Ventura

Contents

Editorial

43 Preparing the Congress of the 85th anniversary

Lilia Núñez Orozco

Original articles

44 Characteristics of chronic migraine after a pericranial block with local anesthetics and dexamethasone in adults

Felipe Villa Tobón, Verónica Domínguez, Luis Miguel Henao, Sergio Andrés Taborda, Yessica María Giraldo

51 Cervical mobility and suboccipital space C0-C1 in patients with headache

Felipe O'Brien-Masias, Karol Narazas-Molina, Sergio Bravo-Cucci

Review

60 Lexicon in mental health

Mario Souza y Machorro

Clinical case

74 Symptomatic cysts of Rathke's cleft: case reports

Carlos Raúl Rangel-Morales, Erick Guiomar Gómez-Ventura





Editorial

Preparando el Congreso del 85° aniversario Preparing the Congress of the 85th anniversary

Lilia Núñez Orozco*

* Editora en Jefe.

CMN 20 de Noviembre.

Citar como: Núñez OL. Preparando el Congreso del 85° aniversario. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2022; 50 (2): 43. <https://dx.doi.org/10.35366/108557>

Hemos vivido una terrible pandemia por el virus SARS-CoV-2 que cambió considerablemente el estilo de vida de todos: mantener medidas de higiene y un aislamiento estrictos para muchos, mientras que otros, trabajadores de la salud, tuvieron que enfrentar el alto riesgo de contagiarse para brindar los cuidados a las numerosas personas que se contagiaron y murieron, aunque muchos se recuperaron y nos dieron un gran conocimiento acerca de esta nueva enfermedad que no deja de sorprendernos. Hubo con este motivo, una avalancha de literatura médica reportando casos, cuadros clínicos bizarros, intentos diversos de tratamiento y todo lo que pueda decirse de sus muchos aspectos. Desafortunadamente, la prioridad que fue la pandemia, especialmente en su primera etapa, provocó la postergación de la atención de otros padecimientos, que se empeoraron por la falta de seguimiento, como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, epilepsia, etc., mientras que vimos aumento de la violencia intrafamiliar, estrés postraumático y empeoramientos notables de los trastornos de ansiedad y depresión.

Gradualmente nos reincorporamos al trabajo de atención médica y por ende a las actividades de enseñanza de las especialidades, que se vieron interrumpidas porque los hospitales-escuela se transformaron en centros de atención para COVID. Tratamos de subsanar la falta de práctica clínica, enfatizando la enseñanza teórica por vía remota para

mantener los programas de formación de las especialidades. Poco a poco se retornó a la “normalidad” y a marchas forzadas, hemos tratado de estabilizar de nuevo a nuestros pacientes y reforzar la enseñanza clínica, aprovechando al máximo el retorno de los pacientes a los hospitales.

En este difícil contexto, las asociaciones médicas como la nuestra, la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría (SMNP) enfilaron sus actividades a la Educación Médica Continua, llevando a cabo su Congreso Anual en 2020, 2021 y realizando grandes preparativos para el festejo especial con el Congreso del 85° Aniversario de la SMNP, evento que se llevará a cabo en octubre de 2022.

Igualmente, muchos miembros de nuestra SMNP hemos sido convocados a colaborar en un libro que promete ser muy útil, acerca de cuidados paliativos en enfermedades neurológicas y psiquiátricas, para tenerlo listo en el Congreso de este año, que también ha convocado, sobre todo a los jóvenes en formación dentro del campo de las neurociencias, a someter sus trabajos de investigación durante este Congreso para publicarlos en nuestra revista.

Esperamos un exitoso congreso multidisciplinario a transmitirse en línea y un enriquecimiento de nuestra revista con el aporte de estos trabajos.

¡¡Celebremos el regreso a nuestras actividades y festejemos nuestro importante aniversario!!

Correspondencia: Dra. Lilia Núñez Orozco
E-mail: lilianuor@yahoo.com





Artículo original

Características de migraña crónica posterior a bloqueo pericraneal con anestésicos y dexametasona en adultos

Characteristics of chronic migraine after a pericranial block with local anesthetics and dexamethasone in adults

Felipe Villa Tobón,* Verónica Domínguez,* Luis Miguel Henao,* Sergio Andrés Taborda,* Yessica María Giraldo†

* Residente de Neurología, Instituto Neurológico de Colombia (INDEC).

† Epidemiología Clínica.

Universidad CES. Medellín, Colombia.

Citar como: Villa TF, Domínguez V, Henao LM, Taborda SA, Giraldo YM. Características de migraña crónica posterior a bloqueo pericraneal con anestésicos y dexametasona en adultos. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2022; 50 (2): 44-50. <https://dx.doi.org/10.35366/108558>

RESUMEN

Introducción: el uso del bloqueo pericraneal con anestésicos locales se ha planteado como alternativa para algunos pacientes con migraña crónica refractaria a medicamentos orales. Se ha sugerido evitar esteroides como la dexametasona, pero no hay estudios que demuestren efectos adversos asociados a su uso en este procedimiento. **Objetivo:** describir los cambios en las características del dolor y la presencia de efectos adversos en pacientes con migraña crónica refractaria luego del primer bloqueo pericraneal con anestésicos locales y dexametasona. **Material y métodos:** estudio de cohorte prospectivo durante 2019-2020 en el Instituto Neurológico de Colombia. Se compararon las características de dolor basales, sus cambios y efectos adversos 30 días posteriores al procedimiento. **Resultados:** se incluyeron 22 pacientes en el estudio. Se identificó un cambio en la mediana de la diferencia del promedio de intensidad de cefalea (2, IC 95% 0.4-3.6) en la EAV ($p = 0.019$) y del número de días del mes con migraña (10, IC 95% 4.5-15.5; $p = 0.001$). Un 24% de pacientes reportaron algún efecto adverso leve, ninguno asociado con alteración estética. **Conclusiones:** en la presente cohorte, el primer bloqueo pericraneal con anestésicos locales y dexametasona redujo la mediana de la diferencia en promedios de intensidad de cefalea y número de días del mes con dolor, sin presentar cambios estéticos para los pacientes.

Palabras clave: bloqueo anestésico, migraña, neuralgia pericraneal, dexametasona, esteroides.

ABSTRACT

Introduction: the use of a pericranial block with local anesthetics has been used as an alternative for some patients with chronic migraine who do not respond to oral therapy. Steroids have been traditionally avoided, but there are no studies that evaluate adverse effects associated with the use of dexamethasone in this procedure. **Objective:** to observe the changes in pain characteristics and presence of adverse effects in patients with chronic migraine without an adequate response to more than two preventive oral drugs after the first pericranial block with local anesthetics and dexamethasone. **Material and methods:** prospective, descriptive cohort during the year 2019-2020 in the Instituto Neurológico de Colombia. Twenty-two patients were observed, comparing the basal pain characteristics, its changes and presence of adverse effects 30 days after the procedure. **Results:** there was a change in the median of the difference of the average headache intensity (2, CI 95% 0.4-3.6) in the visual analogue scale ($p = 0.019$) and of the number of migraine days of the month (10, CI 95% 4.5-15.5; $p = 0.001$). Twenty-four percent of patients reported an adverse effect, all of them mild, and none of them aesthetic. **Conclusion:** in our cohort, the first pericranial block with local anesthetics and dexamethasone reduced the median of the difference of headache intensity and of the number of days of the month with headache, without any aesthetic adverse effects for patients.

Keywords: anesthetic block, migraine, pericranial neuralgia, dexamethasone, steroids.

Recibido: 17/05/2022. Aceptado: 17/06/2022.

Correspondencia: Felipe Villa Tobón

E-mail: cvt193@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

La migraña es un trastorno neurológico crónico primario caracterizado por ataques de cefalea con intensidad moderada-grave, típicamente hemicraneana, pulsátil, que empeora con Valsalva y que suele asociarse a náuseas, vómito, fotofobia y/o fonofobia, entre otros síntomas neurológicos y sistémicos reversibles.^{1,2} Se considera la tercera patología más prevalente (14.7% en un año y hasta 20% durante toda la vida),³ es dos a tres veces más frecuente en mujeres que en hombres y es la sexta patología médica (la segunda neurológica) en generar incapacidad: la migraña es responsable actualmente de hasta 44.5 millones de años vividos con discapacidad, 17-28% de pacientes pierden diez días o más al mes para poder realizar sus actividades diarias (laborales o en casa) y se disminuye en 50% o más su rendimiento académico y profesional al tener esta cefalea.³⁻⁷ Por si esto fuera poco, la percepción de la calidad de vida en el paciente con migraña se ve deteriorada, con un impacto psicológico importante y afectando directamente las relaciones interpersonales y sociales de los pacientes.^{5,8}

De acuerdo con la información local, en Colombia, la prevalencia de la migraña oscila entre 3.2 y 9.8% y se calcula que existen 3 millones de personas con esta condición.^{9,10} En el mundo, datos internacionales reportan una mayor frecuencia en la adultez temprana, entre los 25 y 55 años, afecta aproximadamente a 10% de los niños en edad escolar entre cinco y 18 años y es una entidad que predomina en el sexo femenino en una relación 3:1.^{2,11}

Dentro del arsenal terapéutico para la migraña crónica se encuentran los bloqueos pericraneales con anestésicos locales.¹² Este procedimiento se reserva usualmente para aquellos pacientes que no tienen una mejoría clínica satisfactoria con otros preventivos orales o en pacientes cuyo escenario clínico dificulta el uso de medicamentos preventivos orales (como el uso de numerosos medicamentos de base con múltiples interacciones medicamentosas o pacientes en embarazo).^{13,14} Por lo demás, no hay indicaciones estandarizadas en la literatura con respecto a la elección del mejor candidato según las características de su migraña (uni/bilateral, con/sin aura, etcétera), el momento de realizarlas (en crisis de dolor o no) u otros factores individuales para tener en cuenta en cada caso particular.¹⁵

Este procedimiento se realiza, en la mayoría de los casos, con anestésicos locales como lidocaína y bupivacaína. Sin embargo, ante la buena respuesta de otros tipos de dolores de cabeza, como las cefaleas trigémino-autonómicas y cervicogénica, se propuso en algunos estudios usar la combinación con esteroides para mejorar el efecto de la intervención con anestésicos locales.^{12,16-18}

Por otro lado, se ha evitado el uso de esteroides en bloqueos pericraneales en migraña por el potencial teórico de inducir atrofia o cambios cutáneos estéticos importantes

para el paciente.¹⁸ Sin embargo, hasta la fecha, no existen estudios en condiciones de vida real que demuestren dichos riesgos teóricos para pacientes con migraña crónica con poca respuesta a otros medicamentos.

Esta cohorte de pacientes tuvo como objetivo describir los cambios con respecto a la duración e intensidad de cefalea, además de eventos adversos presentados, tras un primer bloqueo pericraneal con dexametasona y anestésicos locales en un grupo de pacientes con migraña crónica con poca o nula mejoría a otros tratamientos preventivos y que acudieron al INDEC entre 2019-2020.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Se llevó a cabo un estudio de cohorte prospectivo luego de obtener el aval por los comités de investigación y ética de la Universidad CES y del Instituto Neurológico de Colombia. Se siguieron las recomendaciones de la guía STROBE para su reporte.¹⁹

Contexto y participantes. El Instituto Neurológico de Colombia (INDEC) es un centro especializado y de referencia en patologías neurológicas y neuroquirúrgicas en el país. En promedio, se realizan 200 bloqueos pericraneales anuales desde el año 2018. Se incluyeron pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de migraña crónica realizado por especialistas en neurología (según criterios diagnósticos del ICHD-3), y que hayan recibido mínimo dos medicamentos de primera línea preventivos sin mejoría (considerada por parte del paciente y médico especialista) que acudieron al INDEC para ser sometidos a una primera sesión de bloqueo pericraneal con bupivacaína/lidocaína/dexametasona entre diciembre de 2019 y diciembre de 2020.

Se definieron los siguientes criterios de exclusión: pacientes con diagnóstico de cefalea secundaria o primaria diferente a migraña, con antecedente de reacción alérgica o efectos adversos a cualquiera de los componentes, que hubieran recibido previamente manejo con toxina botulínica para migraña o que estuvieran cursando con una infección en uno o más de los puntos objeto del procedimiento.

Procedimiento. El bloqueo hemicraneal es un procedimiento que se realiza por algunos especialistas en neurología en el INDEC desde el año 2018 con la siguiente mezcla: 4.5 cm³ de bupivacaína 0.5% + 4.5 cm³ lidocaína 2% + 1 cm³ dexametasona 4 mg/cm³, aplicando 1 cm³/punto en los nervios occipital menor, supraorbitario, supratroclear y 2 cm³/punto en los nervios occipital mayor. Los anteriores puntos y abordajes fueron escogidos por los especialistas a partir del *Expert Consensus Recommendations for the Performance of Peripheral Nerve Blocks for Headaches - A Narrative Review* de la Sociedad Americana de Cefalea, del año 2013. Se añade el nervio occipital menor para complementar bloqueo occipital en ambas terminaciones

nerviosas.²⁰ En el INDEC se realiza usualmente en pacientes con poca/nula respuesta ante dos o más medicamentos preventivos a dosis y tiempo de uso adecuado según su especialista tratante.

En nuestro estudio, se tomó una cohorte de pacientes asignados para este procedimiento durante los años 2019 y 2020. Si los pacientes candidatos aceptaban el procedimiento, se diligenciaba el consentimiento informado requerido para realizar esta intervención. Si al revisar la historia clínica el paciente asignado cumplía con criterios de inclusión y ninguno de exclusión para la presente investigación, se abordaba al paciente luego del procedimiento para explicar la intención del estudio y solicitar su consentimiento informado adicional para participar en el mismo (como los investigadores estaban ciegos a la elección de los pacientes, la recolección de los datos fue *a posteriori*). Se señaló la necesidad de un contacto adicional vía telefónica, así como la recolección de datos adicionales en caso de ser requerido.

Variables. Los desenlaces primarios en este estudio fueron la duración e intensidad promedio de la cefalea en los últimos tres meses, medidas en horas y según la escala análoga visual (EAV) del dolor desde 1 hasta 10 (siendo 1 el dolor más leve y 10 el más intenso) y la presencia de efectos adversos relatados por el paciente. Los desenlaces secundarios fueron aquellos que permiten describir el impacto funcional de los pacientes como número de días en el mes con migraña, número de días en el mes en los que requirió abortivos, el número de días que faltó al trabajo en el último mes y los efectos adversos asociados. Además, dentro de las variables de caracterización de los pacientes se encuentran el sexo, la edad, el nivel educativo, el antecedente personal de migraña, los años con cefalea, la localización de la misma, los meses en el último año con migraña y el número de medicamentos usados como preventivos hasta el momento de ingreso al estudio; también, la manifestación subjetiva de algún síntoma de depresión y/o ansiedad. Se tomaron valores basales y del control posterior, siendo consignados posteriormente en una tabla de Excel para la construcción de la base de datos.

Selección de la muestra. Se consideraron como elegibles los pacientes que acudieran al INDEC y que cumplieran con criterios de inclusión para el estudio durante el periodo de evaluación previamente mencionado. Se realizó un análisis *post hoc* del poder estadístico para los resultados pre y postobtenidos, estableciendo valor > 0.80 (con excepción de la diferencia promedio en el número de días que el paciente requirió abortivos, para la cual se obtuvo un poder = 0.71).

Análisis estadístico. Las características de los participantes se describieron mediante frecuencia y porcentaje para las variables categóricas y mediante mediana y rango intercuartil (RIC) para las variables cuantitativas. Se presentaron media-

nas y RIC para las variables de desenlace en los momentos basal y al mes postprocedimiento. Sin embargo, el poder estadístico se estableció sobre la diferencia del promedio de los principales resultados de interés antes y después del procedimiento. Dicha diferencia se analizó mediante regresión cuantil. Se presentaron las estimaciones de la mediana de la diferencia junto con intervalos de 95% de confianza (IC 95%) y valores p. Se realizó un análisis de sensibilidad para la estimación de estas diferencias mediante regresión robusta de la varianza, presentando medias de diferencias pre-post. El nivel de significancia se estableció en 0.05.

RESULTADOS

Participantes. Se consideraron potencialmente elegibles un total de 108 pacientes con diagnóstico de cefalea llevados a bloqueos pericraneales en el INDEC desde diciembre 2019 a diciembre 2020. Ochenta pacientes no cumplieron los criterios de inclusión. De los 28 elegibles, seis fueron excluidos, dado que no se lograron contactar luego del bloqueo craneal. Finalmente, se analizaron 22 pacientes. La *Figura 1* resume el flujograma de pacientes en el estudio.

Características de los participantes llevados a bloqueo pericraneal: de los 22 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y se les realizó seguimiento, 95% fueron mujeres; 71.4% de éstos tenían antecedente familiar de migraña.

En 10% se conocía historia de sobreuso de analgésicos, sin tener este dato para 0.05% de pacientes. El resto de las características se describen en la *Tabla 1*.

Desenlaces. Basalmente se encontró una mediana de intensidad de la cefalea de 8 (RIC 2) en la EAV. La mediana del tiempo de duración del episodio fue de 16 horas (RIC

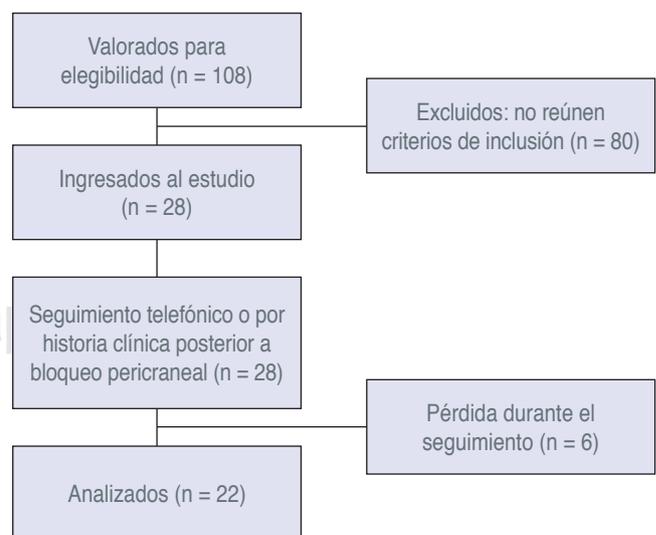


Figura 1: Flujograma de pacientes.

Tabla 1: Características de los participantes y estado basal.

Característica	n	%	Mediana
Sexo			
Femenino	21	95.0	
Masculino	1	5.0	
Edad	38		13
Antecedente familiar de migraña			
No	6	28.6	
Sí	15	71.4	
Años de cefalea	9		14
Datos perdidos	4		
Sobreuso de analgésicos			
No	8	38.1	
Sí	12	57.1	
Datos perdidos	1	4.8	
Nivel educativo			
Primaria incompleta	1	4.8	
Primaria completa	2	9.5	
Bachillerato incompleto	3	14.3	
Bachillerato completo	5	23.8	
Técnica incompleta	2	9.5	
Técnica completa	2	9.5	
Datos perdidos	6	28.6	
Localización de cefalea			
Frontal	2	9.5	
Frontal izquierda	1	4.8	
Frontal y occipital	2	9.5	
Global	4	19	
Global de predominio occipital	1	4.8	
Hemicránea alternante	3	14.3	
Hemicránea alternante de predominio izquierdo	2	9.5	
Hemicránea alternante de predominio derecho	1	4.8	
Occipital	2	9.5	
Occipital/hemicraneal alternante	2	9.5	
Datos perdidos	1	4.8	
Síntomas de ansiedad			
No	11	52.4	
Sí	8	38.1	
Datos perdidos	2	9.5	
Síntomas de depresión			
No	11	52.4	
Sí	8	38.1	
Datos perdidos	2	9.5	
Meses en el último año con migraña	12		0
Medicamentos usados como preventivos hasta ahora			
2	12	57.1	
3	7	33.3	
4	1	4.8	
5	1	4.8	
8	1	4.8	

20), y la gran mayoría de pacientes reportó dolor 30 días del mes (RIC 18). La mitad de los pacientes usó medicamentos abortivos por, al menos, la mitad de los días del mes (mediana 14, RIC 24).

Un mes después del primer bloqueo pericraneal con anestésicos locales y dexametasona, la mediana en la diferencia del promedio de intensidad de cefalea fue de 2 puntos (IC 95% 0.4-3.6) en la EAV ($p = 0.019$) y la mediana de la diferencia del número de días del mes con migraña pre y postbloqueo fue de 10 (IC 95% 4.5-15.5; $p = 0.001$); no se observaron diferencias en la duración del episodio de cefalea, el uso de medicamentos abortivos ni en los días de ausentismo laboral en el mes (Tablas 2 y 3, Figura 2). Finalmente, el análisis de sensibilidad no arrojó diferencias entre el análisis de medianas y el de medias por regresión robusta (excepto para los días con uso de medicamentos abortivos y los días de ausencia laboral) (Tabla 4).

Los pacientes sometidos al procedimiento no presentaron efectos adversos importantes. El 24% refirieron algún efecto adverso en el seguimiento: 10% reportaron dolor de más de un día de duración asociado al bloqueo, 5% reportó somnolencia durante la primera semana, 5% reportó prurito y 5% mareo hasta dos días luego del bloqueo. Para uno de los pacientes no se disponía de este dato (ya que no contestó a la llamada de seguimiento y no se mencionaron efectos adversos en la cita de seguimiento). Notoriamente, ninguno de los pacientes del estudio refirió alopecia o alteración estética en el seguimiento luego del bloqueo pericraneal realizado.

DISCUSIÓN

El presente estudio, en una cohorte de 22 pacientes con migraña crónica refractaria a otros preventivos, permitió

Tabla 2: Características basales de los pacientes y al mes luego del bloqueo pericraneal.

Desenlace	Basal			Al mes		
	Mediana	RIC	n	Mediana	RIC	n
Promedio intensidad cefalea (1-10)	8	2	21	6.5	3.5	20
Duración promedio de episodio (h)	16	20	21	8	22	21
Número de días en el mes con migraña	30	18	21	10	16	21
Número de días en el mes que requirió abortivos	14	24	21	4	13	19
Número de días que faltó al trabajo en el último mes	5	12	21	0	7	20

RIC = rango intercuartil.

observar que el primer bloqueo pericraneal con anestésicos locales y dexametasona redujo de manera significativa la mediana de la diferencia del promedio en la intensidad de la cefalea y del número de días del mes con migraña, sin que los pacientes presentaran algún efecto adverso grave o estético. No hubo un cambio significativo en la duración del episodio de cefalea, el uso de abortivos ni en los días de ausencia laboral en el mes, sugiriendo poco impacto en variables de discapacidad. Sin embargo, se considera que la disminución en la intensidad y en la duración del dolor fue clínicamente relevante, teniendo en cuenta que la meta de la mejoría descrita en literatura internacional ha sido de 50%.^{12,21-24}

La reducción del número de días del mes con cefalea obtenida (una mediana en la diferencia de 10 días) fue similar a la reportada en otros estudios de bloqueos pericraneales en migraña. Por ejemplo, Miller, en un estudio prospectivo no aleatorizado, identificó una mejoría del promedio de días sin cefalea en tres meses de 4.74 días para los pacientes con migraña crónica.²³ Por otro lado, Inan, en el año 2015, realizó un estudio aleatorizado, multicéntrico,

doble ciego con 72 pacientes, administrando en varias oportunidades un bloqueo pericraneal con bupivacaína versus solución salina en pacientes con migraña crónica. Los autores identificaron un cambio de los días con cefalea al mes de los procedimientos de 18.1 ± 5.3 a 8.8 ± 4.8 en el grupo de bupivacaína versus el grupo control,²² hallazgo similar a lo obtenido en este estudio, pero usando múltiples bloqueos en comparación de uno sólo en nuestro caso.

Es importante resaltar que la disminución de los días con cefalea al mes en migraña puede tener un gran impacto en los pacientes, pues se ha descrito que incluso un solo día sin cefalea podría cambiar los desenlaces de calidad de vida percibidos por los pacientes, así como el uso de recursos en salud y el ausentismo laboral.²⁵ Así, desde la perspectiva del paciente, un tratamiento que disminuya la intensidad de su cefalea, el número de días del mes con dolor y que tenga un perfil de seguridad aceptable, hace de esta terapia una opción para considerar, especialmente luego de no obtener respuestas satisfactorias con los tratamientos orales preventivos tradicionales.

En contraste, la mayoría de los estudios de bloqueos pericraneales en migraña hasta ahora realizados han usado solamente anestésicos locales. Sin embargo, ante la buena respuesta de otros tipos de dolores de cabeza, como las trigémino autonómicas y la cefalea cervicogénica, algunos autores han propuesto usar la combinación con esteroides para mejorar el efecto de la intervención con anestésicos locales²⁶⁻²⁹ aunque con una evidencia más limitada. Ashkenazi, en el 2008, y Dilli en el 2015, desarrollaron ensayos clínicos aleatorizados utilizando esteroides como triamcinolona y metilprednisolona, respectivamente, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la intensidad de la cefalea, síntomas asociados o frecuencia de cefalea al mes entre los grupos con esteroide y placebo.^{17,30}

A pesar de tratarse de un número pequeño de pacientes, este grupo representa el prototipo de paciente

Tabla 3: Cambio en desenlaces pre-post bloqueo pericraneal con dexametasona.

Desenlace	Cambio pre-post			p
	Mediana	IC 95%		
Promedio intensidad cefalea (1-10)	2.0	0.4	3.6	0.019
Duración promedio de episodio (h)	0.0	-7.8	7.8	1.000
Número de días en el mes con migraña	10.0	4.5	15.5	0.001
Número de días en el mes que requirió abortivos	3.0	-5.9	11.9	0.490
Número de días que faltó al trabajo en el último mes	0.0	-2.6	2.6	1.000

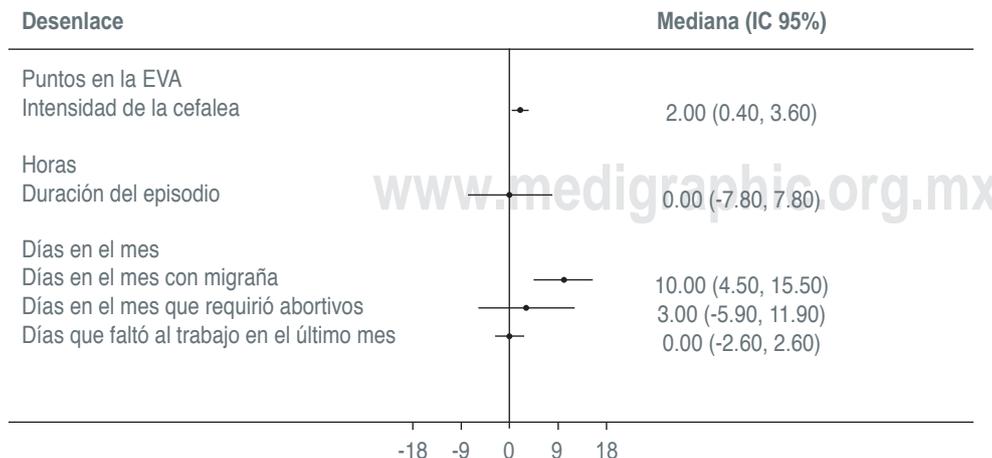


Figura 2:

Mediana de la diferencia de días en mes con migraña e intensidad de cefalea luego del bloqueo pericraneal con anestésicos locales y dexametasona.

Tabla 4: Análisis de sensibilidad de los desenlaces al evaluar medias de cambio pre-post bloqueo pericraneal.

Desenlace	Regresión robusta			p
	Mediana	IC 95%		
Promedio intensidad cefalea (1-10)	2.0	0.9	3.1	0.001
Duración promedio de episodio (h)	0.4	-2.7	3.5	0.789
Número de días en el mes con migraña	8.7	4.6	12.9	0.000
Número de días en el mes que requirió abortivos	5.9	-1.1	12.9	0.094
Número de días que faltó al trabajo en el último mes	1.4	-0.5	3.3	0.135

con migraña más frecuente que consulta en nuestra institución y en la práctica clínica rutinaria. Si bien, el presente estudio fue una cohorte retrospectiva y no se realizó una comparación con otro grupo, permite sentar las bases para estudios analíticos posteriores sobre el uso específico de la dexametasona en el bloqueo pericraneal, pues es un esteroide con mayor tiempo de vida media que la triamcinolona y la metilprednisolona y, de este grupo de medicamentos, es aquel con mayor evidencia al momento de manejar estatus migrañoso en urgencias por su capacidad para reducir recurrencias luego del tratamiento abortivo.³¹⁻³³

Respecto a los efectos adversos (temidos por algunos clínicos), la literatura disponible ha señalado una incidencia de alrededor de 2% de atrofia cutánea y alopecia en reportes de caso, siendo la mayoría reversibles en un periodo de seis meses, con pocos casos de alteraciones permanentes con inyecciones intramusculares, pero dosis muy por encima de las regularmente utilizadas.³⁴⁻³⁶ Además, también se han reportado con baja incidencia efectos como el mareo transitorio 5%,⁹ *flushing* facial, insomnio y aumento del apetito.²⁰ En el presente estudio, los efectos adversos descritos difirieron de lo esperado y lo descrito en la literatura, ya que ninguno de los participantes manifestó alopecia o alteración estética y, de aquellos que reportaron efectos adversos (24%), éstos fueron leves, tales como dolor, somnolencia, prurito o mareo en el seguimiento posterior.

Precisamente, la razón más frecuente por la que quizás se ha estudiado y aplicado poco el bloqueo pericraneal con esteroides en regiones diferentes a la occipital hasta ahora, ha sido el temor a tales efectos adversos;^{16-18,22,34,35} pero los hallazgos del presente estudio muestran que es posible flexibilizar el uso de dexametasona y poderla combinar de un modo más seguro con medicamentos que tengan diferentes mecanismos de acción, como se hizo en el primer bloqueo durante este estudio.

CONCLUSIONES

En este sentido, este estudio tuvo algunas limitaciones, pues algunos efectos adversos se han reportado luego de varias intervenciones o la repetición continuada del procedimiento. Adicionalmente, la población final elegible fue pequeña y esto pudo haber influido en la falta de significación de otros desenlaces importantes. Los pacientes fueron entrevistados inmediatamente luego de la realización del bloqueo pericraneal, por lo que la percepción intensa de dolor e incomodidad pudo modificar su interpretación de características previas de cefalea. Durante la llamada telefónica para el control al mes del procedimiento, algunos pacientes no contestaron la llamada, por lo que se completó la información faltante a partir de los registros clínicos de visitas posteriores (lo cual pudo introducir algún sesgo de información).

A pesar de lo anterior, se observó el beneficio en la disminución de la intensidad de la cefalea, en el número de días del mes sin migraña y la ausencia de importantes efectos adversos en esta cohorte de pacientes de una población colombiana con migraña crónica, lo cual permitiría comenzar a disminuir la estigmatización del uso de dexametasona en un primer bloqueo pericraneal y sentar las bases para estudios longitudinales en los que pueda observarse el tiempo y el número de procedimientos que continúan siendo seguros, así como ensayos clínicos aleatorizados para corroborar su efectividad y seguridad.

Finalmente, considerando que la migraña es una de las entidades más incapacitantes y persistentes en la vida de los pacientes que la padecen, la mejoría en los otros desenlaces que no fueron “estadísticamente” significativos, como el número de días en los que se requiere analgesia, sí podría significar un cambio importante en la percepción de mejoría individual de cada paciente (en especial este tipo de pacientes, refractarios a otro tipo de tratamiento). Los actuales hallazgos apoyan la necesidad de llevar a cabo estudios más robustos y sería plausible esperar cambios aún más importantes para los pacientes en un futuro.

AGRADECIMIENTOS

El equipo investigador agradece al Dr. Diego Rojas, epidemiólogo de la Universidad CES, y al equipo del INDEC, por su colaboración y ayuda en la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS

- Gobel H. The International Classification of Headache Disorders [Internet]. ICHD-3. [Citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://ichd-3.org/>
- Dodick DW. Migraine. *Lancet*. 2018; 391 (10127): 1315-1330.

3. Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabler. *J Headache Pain*. 2013; 14 (1): 1.
4. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol*. 2017; 16 (11): 877-897.
5. Agosti R. Migraine burden of disease: from the patient's experience to a socio-economic view. *Headache*. 2018; 58 Suppl 1: 17-32.
6. Takeshima T, Wan Q, Zhang Y, Komori M, Stretton S, Rajan N et al. Prevalence, burden, and clinical management of migraine in China, Japan, and South Korea: a comprehensive review of the literature. *J Headache Pain*. 2019; 20 (1): 111.
7. Leonardi M, Raggi A. A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life. *J Headache Pain*. 2019; 20 (1): 41.
8. Taskapilioglu O, Karli N. Assessment of quality of life in migraine. *Noro Psikiyatr Ars*. 2013; 50 (Suppl 1): S60-S64.
9. Pradilla AG, Vesga ABE, León-Sarmiento FE, Roselli DA, Bautista LE, Morillo L et al. Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. *Rev Panam Salud Publica*. 2003; 14 (2): 104-111.
10. Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L et al. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache*. 2005; 45 (2): 106-117.
11. Ferrari MD, Goadsby PJ, Burstein R, Kurth T, Ayata C, Charles A et al. Migraine. *Nat Rev Dis Primers*. 2022; 8 (1): 2.
12. Blumenfeld A, Ashkenazi A, Napchan U, Bender SD, Klein BC, Berliner R et al. Expert consensus recommendations for the performance of peripheral nerve blocks for headaches--a narrative review. *Headache*. 2013; 53 (3): 437-446.
13. Ruiz Piñero M, Mulero Carrillo P, Pedraza Hueso MI, de la Cruz Rodríguez C, López Mesonero L, Guerrero Peral AL. Bloqueo anestésico de nervios pericraneales como tratamiento preventivo de migraña: experiencia en una serie de 60 pacientes. *Neurología*. 2016; 31 (7): 445-451.
14. Fernandes L, Randall M, Idrovo L. Peripheral nerve blocks for headache disorders. *Pract Neurol*. 2021; 21: 30-35.
15. Ambrosini A, D'Alessio C, Magis D, Schoenen J. Targeting pericranial nerve branches to treat migraine: Current approaches and perspectives. *Cephalalgia*. 2015; 35 (14): 1308-1322.
16. Afridi SK, Shields KG, Bhola R, Goadsby PJ. Greater occipital nerve injection in primary headache syndromes – prolonged effects from a single injection. *Pain*. 2006; 122 (1): 126-129.
17. Ashkenazi A, Matro R, Shaw JW, Abbas MA, Silberstein SD. Greater occipital nerve block using local anaesthetics alone or with triamcinolone for transformed migraine: a randomised comparative study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008; 79 (4): 415-417.
18. Ashkenazi A, Young WB. The effects of greater occipital nerve block and trigger point injection on brush allodynia and pain in migraine. *Headache*. 2005; 45 (4): 350-354.
19. STROBE Statement: Available checklists [Internet]. [Citado 11 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
20. Dach F, Eckeli AL, Ferreira Kdos S, Speciali JG. Nerve block for the treatment of headaches and cranial neuralgias - a practical approach. *Headache*. 2015; 55 Suppl 1: 59-71.
21. Caputi CA, Firetto V. Therapeutic blockade of greater occipital and supraorbital nerves in migraine patients. *Headache*. 1997; 37 (3): 174-179.
22. Inan LE, Inan N, Karadas O, Gül HL, Erdemoglu AK, Türkel Y et al. Greater occipital nerve blockade for the treatment of chronic migraine: a randomized, multicenter, double-blind, and placebo-controlled study. *Acta Neurol Scand*. 2015; 132 (4): 270-277.
23. Miller S, Lagrata S, Matharu M. Multiple cranial nerve blocks for the transitional treatment of chronic headaches. *Cephalalgia*. 2019; 39 (12): 1488-1499.
24. Ha H, Gonzalez A. Migraine headache prophylaxis. *Am Fam Physician*. 2019; 99 (1): 17-24.
25. Doane MJ, Gupta S, Vo P, Laflamme AK, Fang J. Associations between headache-free days and patient-reported outcomes among migraine patients: a cross-sectional analysis of survey data in Europe. *Pain Ther*. 2019; 8 (2): 203-216.
26. Charles A. The evolution of a migraine attack - a review of recent evidence. *Headache*. 2013; 53 (2): 413-419.
27. Charles A. Migraine. *N Engl J Med*. 2017; 377 (6): 553-561.
28. Goadsby PJ. Pathophysiology of migraine. *Ann Indian Acad Neurol*. 2012; 15 (Suppl 1): S15-22.
29. Pietrobon D, Moskowitz MA. Pathophysiology of migraine. *Annu Rev Physiol*. 2013; 75: 365-391.
30. Dilli E, Halker R, Vargas B, Hentz J, Radam T, Rogers R et al. Occipital nerve block for the short-term preventive treatment of migraine: A randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *Cephalalgia*. 2015; 35 (11): 959-968.
31. Becker DE. Basic and clinical pharmacology of glucocorticosteroids. *Anesth Prog*. 2013; 60 (1): 25-31; quiz 32.
32. Giuliano C, Smalligan RD, Mitchon C, Chua M. Role of dexamethasone in the prevention of migraine recurrence in the acute care setting: a review. *Postgrad Med*. 2012; 124 (3): 110-115.
33. Friedman BW, Greenwald P, Bania TC, Esses D, Hochberg M, Solorzano C et al. Randomized trial of IV dexamethasone for acute migraine in the emergency department. *Neurology*. 2007; 69 (22): 2038-2044.
34. Shields KG, Levy MJ, Goadsby PJ. Alopecia and cutaneous atrophy after greater occipital nerve infiltration with corticosteroid. *Neurology*. 2004; 63 (11): 2193-2194.
35. Lambru G, Lagrata S, Matharu MS. Cutaneous atrophy and alopecia after greater occipital nerve injection using triamcinolone. *Headache*. 2012; 52 (10): 1596-1599.
36. Imagawa K, Ohkuma S. A case of fat injection for treating subcutaneous atrophy caused by local administration of corticosteroid. *Tokai J Exp Clin Med*. 2010; 35 (2): 66-69.



Artículo original

Movilidad cervical y espacio suboccipital C0-C1 en sujetos con cefalea

Cervical mobility and suboccipital space C0-C1 in patients with headache

Felipe O'Brien-Masias,* Karol Narazas-Molina,* Sergio Bravo-Cucci†

* Magister en Terapia Manual Ortopédica.

† Magister en Rehabilitación en Salud.

Escuela de Terapia Física. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

Citar como: O'Brien-Masias F, Narazas-Molina K, Bravo-Cucci S. Movilidad cervical y espacio suboccipital C0-C1 en sujetos con cefalea. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2022; 50 (2): 51-59. <https://dx.doi.org/10.35366/108559>

RESUMEN

Introducción: las cefaleas son problemas de salud pública y se ha postulado el rol de la biomecánica cervical en su padecimiento. **Objetivo:** evaluar la asociación entre la presencia de cefalea con la movilidad cervical y la alteración del espacio suboccipital C0-C1. **Material y métodos:** el diseño fue de casos y controles; la población fueron adultos entre 18 y 59 años que laboraban en el ámbito administrativo. Los casos los constituyeron los trabajadores con cefalea, los controles, los trabajadores sin esta sintomatología. Se evaluó la movilidad cervical medida con el *Cervical Range of Motion Instrument* CROM3 y la medida del espacio C0-C1 mediante telerradiografía lateral. **Resultados:** participaron 55 controles y 28 casos. Se encontró una mayor presencia de dolor cervical en los casos ($p < 0.001$); los casos presentaron 64.3% de impacto importante o muy severo de discapacidad, se encontró un OR de 4.76 para la categoría de presentar espacio disminuido en C0-C1 ajustado al sexo, edad y presencia de dolor cervical. **Conclusiones:** la disminución de la lateralización izquierda, el aumento de la flexión suboccipital, así como la disminución del espacio C0-C1, se encontraron asociados a una mayor probabilidad de presentar cefalea.

Palabras clave: movilidad cervical, cefalea, espacio C0-C1.

ABSTRACT

Introduction: headaches are a public health problem and the role of cervical biomechanics in their condition has been postulated. **Objective:** it was to evaluate the association between the presence of headache with cervical mobility and the alteration of the suboccipital space C0-C1. **Material and methods:** the design was case-control; the population was adults between 18 and 59 years old who worked in the administrative field. The cases were made up of workers with headache, controls workers without this symptomatology. Cervical mobility measured with the *Cervical Range of Motion Instrument* CROM3 and the measurement of the C0-C1 space by lateral telerradiography were evaluated. **Results:** 55 controls and 28 cases participated. A greater presence of cervical pain was found in the cases ($p < 0.001$); the cases presented a 64.3% of important or very severe impact of disability, an OR of 4.76 was found for the category of presenting space decreased in C0-C1 adjusted to sex, age and presence of cervical pain. **Conclusions:** the decrease in left lateralization, the increase in suboccipital flexion, as well as the decrease in the C0-C1 space, were associated with a greater probability of presenting headache.

Keywords: cervical mobility, headache, C0-C1 space.

Recibido: 09/05/2022. Aceptado: 13/06/2022.

Correspondencia:

Sergio David Bravo-Cucci

Avenida Arequipa 4155, Dpto. 503 Miraflores, Lima, Perú.

Tel: +051 99995-5000

E-mail: pctfsbra@upc.edu.pe



INTRODUCCIÓN

Las cefaleas son un grupo de trastornos que generan un problema global de la salud pública.¹ Se encuentran en el tercer lugar dentro de la prevalencia de enfermedades a nivel mundial y poseen una alta carga de discapacidad en todos los trastornos que la componen, tales como migraña, cefalea tensional, así como cefaleas inducidas por medicamentos.²

El dolor de cabeza o cefalea se asocia a trastornos musculoesqueléticos; la probabilidad de tener cefalea en quienes tienen un trastorno musculoesquelético es 4.6 veces más (IC del 95%: 4.0 a 5.3) que quienes no lo tienen, siendo los que padecen de dolor cervical los que tienen mayor probabilidad de sufrir algún tipo de cefalea.³

La comorbilidad entre cefalea y trastorno cervical ha sido estudiada a fin de establecer si existe una relación directa entre la fisiología y biomecánica cervical, sea como mecanismo mediador de las cefaleas o como efecto de ella. En ese sentido, se han encontrado asociaciones entre los puntos gatillo miofasciales y cefaleas, así como patrones alterados de movilidad y postura cefálica como resultado de las mismas.^{4,5} También se ha descrito una tipología de cefalea cervicogénica con un patrón definido que postula el factor cervical como causal de ciertos tipos de cefalea.⁶

Respecto a la fisiopatología que explica la relación factor cervical y cefaleas, se encuentra que pueden verse involucradas estructuras musculoesqueléticas con inervación C1 a C3.⁷ En ese sentido, la relación cráneo-cervical y sus estructuras pueden verse afectadas por una alteración del espacio subcraneal y la movilidad cervical, producto de las alteraciones de los tejidos blandos responsables de la estabilidad de la columna cervical.⁸ Esta estabilidad, además, debe guardar una relación biomecánica cráneo-cervical y la región hioidea, estableciéndose una intrincada relación.⁹ Aunque no se ha encontrado concordancia entre los valores cefalométricos como C0-C1 y el movimiento cervical¹⁰ ni tampoco diferencias entre el movimiento cervical en pacientes con o sin migraña,¹¹ otro estudio experimental más reciente ha dado cuenta de la mejora de movimiento cervical concomitante a la mejora en el dolor cefálico,¹² pero aún no queda clara la relación de estos dos factores con la presencia o ausencia de cefaleas. Por lo que el objetivo del estudio fue evaluar la asociación entre la presencia de cefalea con la movilidad cervical y el espacio suboccipital C0-C1.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: fue de tipo observacional analítico correspondiente a un estudio de casos y controles.

Población y muestra: el universo del estudio lo constituyeron los adultos trabajadores administrativos entre 18

y 59 años de la ciudad de Lima. La unidad de análisis fue la persona adulta entre 18 y 59 años que presenta cefalea (casos) o no (controles), la unidad de observación donde se recolectaron los casos y controles fue la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas campus Villa, Chorrillos, Lima que contaba con alrededor de 500 trabajadores.

Los criterios de inclusión para todos los participantes fueron: persona adulta entre 18 y 59 años, de ambos sexos, que laboró en puestos administrativos durante un periodo de al menos seis meses. Los criterios para los casos fueron: presentar sintomatología de cefalea de manera recurrente de cefalea en los últimos seis meses y al menos con una frecuencia de dos veces al mes. Para controles los criterios de inclusión fueron: no presentar sintomatología de cefalea y no tener antecedentes de cefaleas en los últimos seis meses. Los criterios de exclusión fueron a nivel general: encontrarse en proceso de gestación o en lactancia materna, antecedentes de traumatismos cráneo-cervicales con pérdida de continuidad ósea o del tejido muscular y ligamentoso, antecedentes de cefaleas por causas secundarias, antecedentes de cáncer o enfermedad sistémica, contraindicación de procedimientos radiológicos ionizantes.

La selección de la muestra fue no probabilística y el muestreo por conveniencia de acuerdo con el cumplimiento de los criterios de selección.

El cálculo de tamaño de muestra se estimó inicialmente en 78 sujetos necesarios para establecer una diferencia de medias del valor movilidad cervical (flexión), con un nivel de confianza de 95%, una potencia de 80% y una proporción de dos controles por caso (26 casos y 52 controles). La muestra final, asumiendo pérdidas de 10%, se estimó en 86 sujetos (29 casos y 57 controles).

Variables: las variables de exposición fueron movilidad cervical de tipo numérica/continua/razón, que considera el grado de movilidad en grados sexagesimales de: rotación, flexo-extensión (general y cervical superior) y lateralización. Además, otra variable de exposición fue el espacio suboccipital C0-C1: numérica/continua/razón. Medición lateral del espacio entre el occipital y arco posterior del atlas. Las variables de resultado (dependientes): **Cefalea:** variable tipo categórica/dicotómica/nominal. Presencia o no de dolor de cabeza recurrente en los últimos seis meses (al menos dos veces al mes) y como covariables al sexo, edad, dolor cervical.

Instrumentos: *headache impact test* (HIT-6). El cuestionario mide el impacto del dolor de cabeza en la vida del paciente, remontándose a un ámbito de las últimas cuatro semanas. Está compuesto por seis preguntas estructuradas en opciones múltiples y permite obtener un score total; ha sido validado¹³⁻¹⁶ y se utilizó una versión en español.

El cuestionario nórdico de dolor musculoesquelético (CNDM) se elaboró y validó en un contexto de apoyo gubernamental de salud nórdica. Está compuesto de 11

preguntas detalladas para cada zona del cuerpo, el cuestionario puede ser autoadministrado o realizado mediante un aplicador. Consta de 10 preguntas cerradas y de opción múltiple; la pregunta 11 es abierta. Está ampliamente validado¹⁷⁻²⁰ y para la presente investigación se utilizó únicamente para los trastornos musculoesqueléticos del cuello.

Para la medición de la movilidad cervical se utilizó el *cervical range of motion instrument* (CROM 3) que incluye lo siguiente: unidad principal CROM con esferas de 3 pulgadas, correas y pieza de nariz, brazo de rotación, referencia magnética, cinta métrica para hombros redondeados. La medición se realizó según el protocolo estandarizado conforme las imágenes referenciales siguientes provistas por el fabricante,²¹ el CROM 3 se considera un estándar de oro en la medición de ROM cervical.

Procedimientos: los sujetos asignados a los grupos de casos y controles pasaron por los siguientes procedimientos.

Todos los participantes de manera individual realizaron una entrevista en un consultorio equipado para la atención de pacientes donde se recolectaron los siguientes datos: edad y sexo y presencia de dolor cervical utilizando las preguntas correspondientes a dolor cervical del cuestionario nórdico de dolor musculoesquelético (CNDM)²²⁻²⁵ y evaluación de la movilidad cervical de la flexión, extensión, rotación y lateralización utilizando como instrumento de medición el CROM 3.²¹ En el grupo de casos se tomó además la evaluación del impacto por cefalea mediante el HIT-6.¹³⁻¹⁶

Después, se realizó una consulta con un odontólogo, quien derivó al procedimiento de telerradiografía lateral para la medición del espacio C0-C1, siguiendo el trazado cefalométrico propuesto por Mariano Rocabado.

Para la medición del espacio suboccipital C0-C1 se utilizó un equipo de telerradiografía lateral de imágenes digitales y la medición según el trazado cefalométrico de Rocabado.^{9,10} Siguiendo este procedimiento: (i) calibración de la radiografía: se mide la distancia del punto 0 al punto 10 mm y se establece una proporción por medio de una fórmula en hoja de cálculo para las medidas que se obtengan midiendo en la radiografía; (ii) ubicar el punto occipital, espina nasal posterior y arco superior del atlas: se agregó un objeto con forma de punto para ubicar los planos mencionados; (iii) se procede a trazar un plano conformado por los puntos occipital y espina nasal posterior (plano McGregor): agregar un objeto con forma de rectángulo y ubicar la base superior en el plano McGregor; (iv) se traza una línea perpendicular al plano de McGregor utilizando el punto del arco superior del atlas: estirar el rectángulo hasta el punto superior del atlas; y (v) se procede a medir la línea generada en el paso (iii): abrir las propiedades del objeto rectangular y obtener la medida del alto del rectángulo y colocar el valor en la fórmula generada en la hoja de cálculo generada en el paso (i) para obtener el valor real del C0-C1 (*Figura 1*).



Figura 1: Telerradiografía del trazado de Rocabado para determinar la distancia C0-C1.

Ética de la investigación: la investigación integró una serie de procedimientos para respetar la salud, autonomía y confidencialidad de los participantes, teniendo en cuenta el respeto por el marco normativo del país y normas internacionales para la investigación científica.

Al respecto el proyecto de investigación fue puesto a consideración y contó con la autorización del Comité de Ética de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).

Para la participación del estudio se planteó como requisito la aplicación de un consentimiento informado donde se explicó a los potenciales participantes las características del estudio, sus objetivos, los beneficios y riesgos de participar. Posteriormente, se absolvieron todas las preguntas que fueron requeridas.

La aplicación de la telerradiografía lateral, al ser un procedimiento que expone al paciente a radiaciones ionizantes, se tuvieron en cuenta todos los procedimientos necesarios para minimizar los riesgos. La telerradiografía lateral es estándar de oro en la evaluación de las relaciones cráneo-cervicales en odontología y los niveles de radiación expuestos son mínimos al utilizar sistemas de telerradiografía digital; se estima que una dosis promedio no llega a ser mayor a la exposición de la radiación que recibe una persona en un día.

Se mantuvo absoluta confidencialidad de los datos obtenidos y por ningún motivo se permitió que se divulguen o identifiquen a los participantes.

Análisis de los datos: el análisis descriptivo para las variables cuantitativas se hizo mediante media y desvia-

ción estándar; para las cualitativas se utilizó frecuencia absoluta y porcentaje. Para el análisis bivariado se utilizó, previa comprobación de la normalidad de los datos, la prueba de t de Student o, en su defecto, la suma de rangos de Wilcoxon cuando la variable independiente fue de tipo numérica. En el caso de ser categórica, se utilizó la prueba de χ^2 . El análisis multivariado se realizó mediante una regresión logística para el cálculo del OR tanto crudo como ajustado. Este último incluyó al modelo las variables potencialmente confusoras como la edad, sexo y dolor cervical.

RESULTADOS

Características de la muestra estudiada: la muestra estudiada proviene de una misma población de trabajadores administrativos, de los cuales 28 presentaron cefalea de manera crónica en los últimos seis meses y 55 controles que no presentaron cefalea a la evaluación ni de manera recurrente en los últimos seis meses; es decir, dos controles por caso.

La composición según sexo y la distribución según edad entre los casos y controles fueron similares y no presentaron diferencias estadísticas. La presencia de dolor cervical fue más frecuente en los casos, con 92.9%, que en los controles con 43.6% ($p < 0.001$) (Tabla 1).

Características del impacto de la cefalea en el grupo de casos: para el análisis de los casos (con cefalea), se evaluó el impacto de la cefalea según el HIT-6, el cual categoriza en cuatro niveles la severidad del impacto de la cefalea, 64.3% de los casos fueron comprendidos en las categorías de impacto severo (42.9%) e impacto importante (21.4%); el score promedio fue de 56.5 con una desviación estándar de 7 puntos, lo que categoriza este promedio en el nivel de impacto importante (56-59 puntos) (Tabla 1).

Asociación entre movilidad cervical general y cefalea

La movilidad general fue considerada en seis medidas de movilidad del cuello, en los movimientos de flexión, extensión, lateralizaciones y rotaciones. Estas medidas fueron obtenidas con el CROM 3 y expresadas en grados sexagesimales; todas mostraron normalidad.

La medida para estimar la asociación de variables fue la prueba t de Student para comparar la independencia de las medias entre el grupo de casos y controles. El valor p establecido para determinar la asociación fue menor o igual a 0.05. Además, se establecieron las diferencias de medias y se estimaron los intervalos de confianza al 95%. Los resultados mostraron asociación en la flexión, extensión y lateralización izquierda, no encontrándose asociadas a la presencia de cefalea a las rotaciones ni la lateralización derecha (Tabla 2).

Asociación entre movilidad suboccipital y cefalea

La movilidad suboccipital fue considerada en dos categorías de medidas de movilidad. La considerada movilidad libre, donde se evaluaron los movimientos de flexión y extensión suboccipital, y las de posición neutral, que midió las restricciones hacia la posición neutra de la flexión y extensión. Estas medidas fueron obtenidas con el CROM 3 y expresadas en grados sexagesimales, todas mostraron normalidad.

La medida para estimar la asociación de variables fue la prueba t de Student para comparar la independencia de las medias entre el grupo de casos y controles; el valor p establecido para determinar la asociación fue menor o igual a 0.05. Además, se establecieron las diferencias de medias y se estimaron los intervalos de confianza al 95%.

Tabla 1: Características de la muestra estudiada de casos y controles. N = 83.

Características	Total n (%)	Controles, N = 55 n (%)	Casos, N = 28 n (%)	p
Sexo				
Masculino	43 (51.8)	31 (56.4)	12 (42.9)	0.244*
Femenino	40 (48.2)	24 (43.6)	16 (57.1)	0.116 [‡]
Edad (años)	35 ± 7.6	35.9 ± 1.1	32.7 ± 0.9	
Dolor de cervical				
No	33 (39.8)	31 (56.4)	2 (7.1)	< 0.001*
Sí	50 (60.2)	24 (43.6)	26 (92.9)	
HIT-6 score (n = 28)*	–	–	56.5 (7.0)	–
HIT-6 categorías				
Impacto muy severo	–	–	12 (42.9)	–
Impacto importante	–	–	6 (21.4)	–
Cierto impacto	–	–	7 (25.0)	–
Poco o ningún impacto	–	–	2 (10.7)	–

* Prueba χ^2 . [‡] Prueba U Mann-Whitney. HIT = test del impacto de dolor de cabeza.

Tabla 2: Asociación entre el espacio C0-C1 y movilidad cervical en casos y controles.

Características		Controles, N = 55		Casos, N = 28		Diferencias		p*
		Media ± DE	IC 95%	Media ± DE	IC 95%	Media	IC 95%	
Movilidad cervical general [‡]	Flexión de cuello	41.7 ± 10.9	38.7-44.6	35.8 ± 11.3	31.5-40.2	5.8	0.7-10.9	0.025
	Extensión de cuello	56.7 ± 11.0	53.7-59.7	50.1 ± 11.2	45.8-54.5	6.6	1.5-11.7	0.012
	Rotación derecha	55.3 ± 11.0	52.3-58.2	54.6 ± 10.0	50.7-58.5	0.7	-4.3-5.6	0.789
	Rotación izquierda	58.2 ± 12.5	54.9-61.6	58.6 ± 9.1	55.1-62.1	-0.4	-5.6-4.9	0.894
	Lateralización derecha	33.7 ± 8.7	31.3-36.0	30.0 ± 8.3	26.8-33.2	3.7	-0.2-7.7	0.064
	Lateralización izquierda	36.8 ± 10.6	33.9-39.6	31.7 ± 9.4	28.1-35.4	5.1	0.4-9.8	0.036
Movilidad suboccipital libre [‡]	Flexión suboccipital	10.1 ± 5.9	8.5-11.7	11.5 ± 6.3	9.1-13.9	-1.4	-4.2-1.4	0.290 [§]
	Extensión suboccipital	10.4 ± 5.5	8.9-11.9	10.4 ± 5.5	8.3-12.6	0.0	-2.5-2.6	0.995
Movilidad suboccipital desde posición neutral [‡]	Flexión suboccipital	5.0 ± 6.0	3.4-6.6	8.4 ± 5.3	6.3-10.4	-3.3	-6.0-0.7	0.015
	Extensión suboccipital	16.1 ± 4.8	14.8-17.4	14.2 ± 6.8	11.5-16.8	1.9	-0.7-4.5	0.146
Espacio suboccipital C0-C1, n(%)	Espacio C0-C1, mm	6.0 ± 2.2	5.5-6.6	5.0 ± 2.1	4.2-5.8	1.0	0.3-2.0	0.044
	Rango C0-C1							
	Normal ≥ 4 mm	47 (85.4)		18 (64.3)				0.027[¶]
	Disminuido < 4 mm	8 (14.6)		10 (35.7)				

DE = desviación estándar. * Prueba t de Student. IC 95% = intervalo de confianza al 95%. [‡] Sexagesimales. [§] Prueba U Mann-Whitney. [¶] Prueba χ^2 .

Los resultados demostraron que la asociación en la restricción hacia la posición neutra de la flexión suboccipital se encontró asociada, no encontrándose asociadas a la presencia de cefalea las otras mediciones de movilidad suboccipital (Tabla 2).

Asociación entre el espacio suboccipital C0-C1 y cefalea

El espacio suboccipital fue considerado en dos mediciones, la primera midió de manera cuantitativa el espacio C0-C1, obtenido mediante la telerradiografía y expresado en milímetros, el cual mostró normalidad. La segunda categorizó el espacio entre normal y disminuido.

Para estimar la asociación entre el espacio C0-C1 y la presencia de cefalea fue la prueba t de Student para comparar la independencia de las medias entre el grupo de casos y controles; el valor p establecido para determinar la asociación fue menor o igual a 0.05. Además, se establecieron las diferencias de medias y se estimaron los intervalos de confianza al 95%. Los resultados encontraron asociación estadística entre el espacio suboccipital y la presencia de cefalea con la diferencia de 1 mm menor para los casos (Tabla 2).

Para la estimación del valor categórico del espacio (disminuido y normal), con la presencia o ausencia de cefalea, se utilizó la prueba de χ^2 , encontrándose asociadas ($p = 0.027$), donde los casos presentan mayor proporción (35.7%) de disminución de espacio C0-C1 que los controles (14.6%) (Tabla 2).

Análisis multivariado mediante regresión logística de padecer cefalea según movilidad cervical

Se realizaron las estimaciones de la razón de Odds (OR) de manera cruda y ajustada mediante regresión logística. La variable dependiente y dicotómica fue la presencia o no de cefalea (casos y controles), la cual se explica con las variables de movilidad cervical que resultaron asociadas en la Tabla 2. Al análisis crudo, todos los OR calculados fueron significativos, pero en el análisis ajustado a las variables sexo, edad y presencia de dolor cervical, sólo la lateralización izquierda de cuello y la restricción de la flexión suboccipital mostraron valores p significativos a los OR: 0.95; $p = 0.042$ y 1.11; $p = 0.022$ respectivamente.

Análisis multivariado mediante regresión logística de padecer cefalea según espacio suboccipital C0-C1

Las estimaciones de la razón de Odds (OR) se realizaron de manera cruda y ajustada mediante regresión logística. La variable dependiente y dicotómica fue la presencia o no de cefalea (casos y controles), la cual se explica con el espacio C0-C1 variable de tipo cuantitativa y con la categoría del espacio dicotomizada (normal y disminuida). Tanto el análisis crudo como el ajustado (a las variables sexo, edad y presencia de dolor cervical) de todos los OR calculados fueron significativos; los OR incrementaron su diferencia luego del ajuste estimado un OR de 0.69 ($p = 0.013$) para

el espacio en milímetros y 4.76 ($p = 0.028$) para el grupo que tuvo disminución del espacio C0-C1 en comparación con los del grupo normal (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Hallazgos principales: se encontraron asociaciones significativas entre movilidad cervical entre la lateralización izquierda con un OR de 0.94, es decir que por cada grado de lateralización, se disminuye en 6% la probabilidad de tener cefalea y la restricción de la movilidad de la flexión suboccipital OR 1.13, donde cada grado de restricción aumenta en 13% la probabilidad de sufrir cefalea.

Además, se encontró una asociación significativa entre el espacio suboccipital C0-C1 en milímetros y la presencia de cefalea con un OR 0.69. De esto resulta que por cada milímetro de espacio, existen 31% menos probabilidades de tener cefalea.

Asimismo, cuando se categorizó de forma dicotómica según el punto de corte de 4 mm, las personas que presentan disminución del espacio C0-C1 tuvieron un OR de 4.76; es decir, 376% de aumento de probabilidad de presentar cefalea entre no tener disminución y padecerla.

Todos estos hallazgos de los *Odds Ratio* fueron obtenidos mediante una regresión logística multivariada, por lo que los cálculos fueron ajustados a la edad, sexo y dolor cervical.

Nuestros hallazgos pueden interpretarse según las dos variables involucradas con la presencia de cefalea; la primera en relación con la movilidad cervical y la segunda con relación del espacio suboccipital.

Asociación de la movilidad cervical y la presencia de cefalea

La asociación de cefalea y movilidad cervical ha podido ser asociada previamente en el trabajo de Zwart, quien encontró asociación entre el grupo de cefaleas de tipo cervicogénico con la movilidad cervical respecto a la flexo-extensión y las rotaciones comparadas con controles sanos, mas no con las lateralizaciones. Además, se encontró una correlación significativa entre edad y movilidad

cervical para la flexión, extensión y lateralizaciones.²⁶ Sus resultados, aunque importantes, no son convergentes con nuestro estudio, debido a las diferencias en la obtención de sus medidas. Por ejemplo, en sus resultados se encuentra asociación entre presencia de cefalea cervicogénica y la flexo-extensión medida en su conjunto, a diferencia de nuestros resultados, que midieron por separado la flexión y la extensión de cuello, punto donde hallamos sólo asociación significativa con la flexión y no con la extensión. Asimismo, diferimos respecto a la fuerte diferencia de medias entre el grupo de cefalea frente al control de las rotaciones encontradas por Zwart. Nosotros no pudimos hallar diferencias significativas entre ambos grupos en este rango de movimiento.

También hemos comparado nuestros resultados con el estudio de Fernández de las Peñas y colaboradores, en su investigación comparó a sujetos con cefalea episódica de tipo tensional con controles con la movilidad cervical; para ello, utilizaron el mismo instrumento que utilizamos en nuestro estudio, el CROM, encontrando asociación bivariada mediante la comparación de medias con la prueba t de Student.⁵ Sus resultados, por un lado, fueron similares a los de nuestro estudio, pues también se halló asociación con la flexión y lateralización izquierda (Tabla 2); por otro lado, ambos estudios difieren respecto al movimiento de extensión cervical. En nuestro estudio se encontró asociación, mientras que en el precitado no se halló; el trabajo ya mencionado también encontró asociación entre las rotaciones y la lateralización derecha, más en nuestro estudio no encontramos esta asociación. Las diferencias pueden explicarse por el menor promedio de edad de nuestra muestra, así como la composición según sexo mayoritariamente femenino en el estudio de Fernández de las Peñas y colaboradores.²⁷ Es por ello que estas asociaciones perdieron significancia cuando fueron ajustadas a otras variables potencialmente confusoras, por ejemplo la edad, sexo y dolor cervical (Tabla 4).

En un estudio análogo, el mismo autor comparó la movilidad cervical en dos grupos:²⁷ uno de casos de cefalea y otro de controles; este estudio pudo tener una cohorte de edad superior a nuestra investigación y coincide en las diferencias significativas encontradas como la flexión y

Tabla 3: Regresión logística cruda y ajustada de padecer cefalea según su relación con el espacio suboccipital.

Características		OR crudo			OR ajustado*		
		OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Espacio suboccipital C0-C1	Espacio C0-C1, mm	0.80	0.64-0.99	0.049	0.69	0.52-0.93	0.013
	Rango C0-C1						
	Disminuido < 4 mm	3.26	1.11-9.58	0.031	4.76	1.18-19.17	0.028
	Normal ≥ 4 mm	1.00	Referencia		1.00	Referencia	

* Regresión logística ajustada a sexo, edad, dolor cervical. OR = odds ratio. IC 95% = intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4: Regresión logística cruda y ajustada de padecer cefalea según movilidad cervical.

Características		OR crudo			OR ajustado*		
		OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Movilidad cervical general [‡]	Flexión de cuello	0.95	0.91-0.99	0.030	0.95	0.90-1.00	0.051
	Extensión de cuello	0.95	0.90-0.99	0.017	0.95	0.90-1.01	0.077
	Lateralización izquierda	0.95	0.91-0.99	0.040	0.94	0.89-0.99	0.045
Movilidad suboccipital desde posición neutral [‡]	Flexión suboccipital	1.11	1.02-1.21	0.020	1.13	1.02-1.26	0.022

* Regresión logística ajustada a sexo, edad, dolor cervical. OR = *Odds ratio*. IC 95% = intervalo de confianza al 95%. [‡] Sexagesimales.

extensión, así como la laterización izquierda. Estas coincidencias posiblemente se deban a la edad y la presencia de un mayor equilibrio en la distribución según sexo de este estudio. Pese a las coincidencias, hubo discrepancia en el resultado significativo para las rotaciones, las cuales no pudieron ser encontradas en nuestro trabajo.

Respecto al estudio de Sohn y colaboradores, comentaremos que también compararon con un grupo de control y dos grupos de casos, uno con cefalea tensional episódica y otro con cefalea y la movilidad cervical, hallando sólo asociaciones con las rotaciones,¹¹ dato similar a lo encontrado con los dos estudios anteriormente discutidos,^{5,26,27} pero divergentes a nuestro estudio, que podrían explicarse por las diferencias entre edad y sexo o las clasificaciones de cefalea utilizadas para los diversos estudios. Conjuntamente a los patrones simétricos, se han encontrado también presentaciones asimétricas y heterogéneas como un estudio de mujeres con tipología de migraña que presentaron un patrón de disminución significativa de la rotación y la lateralización unilateral,²⁸ esto puede reforzar la hipótesis de que las disminuciones en los rangos de movimiento puedan explicarse por la adopción de posturas protectoras ante el dolor de cabeza.⁵

Por otro lado, otra investigación de casos (sujetos con episodios migrañosos) y controles no encontró ninguna diferencia significativa entre personas con y sin cefalea.⁴ Las diferencias entre los casos y la cohorte de edad mucho menor podrían ser la explicación de las diferencias.

Asociación del espacio suboccipital C0-C1 y la presencia de cefalea

Esta relación ha sido menos estudiada, previamente se ha asociado a menores valores en el ángulo cráneo-cervical en personas con cefalea,^{5,11,22,27} en comparación a los controles. Además, se ha encontrado asociación de cefalea con disfunciones o molestias en la región suboccipital (C0-C1). Por ejemplo, se ha logrado reproducir el dolor cefálico mediante signos articulares positivos en la C0-C1 más que en otro segmento,²² que han reforzado el componente de

organización cervical y las estructuras que lo conforman con la presencia de cefalea.

En ese sentido, se ha investigado cómo las estructuras cervicales altas pueden estar implicadas en el desencadenamiento del dolor cefálico. Un estudio, por ejemplo, ha podido asociar la rigidez segmentaria de los niveles C0-C1 y C1-C2 con la presencia de cefaleas,⁴ y otra investigación donde se aplicaron técnicas directas para estresar los segmentos C0-C1 atlantooccipitales y C2-C3 articulaciones cigapofisarias C2-C3, reprodujeron los síntomas de cefalea en 100% de las personas con cefalea tensional y en 57% de las personas sin cefaleas pudieron experimentar un dolor cefálico ante estas maniobras. Éstas se compararon con la presión sobre otras estructuras periféricas como en los brazos, donde no se reprodujo ningún dolor cefálico.²³

Aunque no se han encontrado estudios que permitan comparar los resultados, encontramos que una disminución del espacio C0-C1 menor a 4 mm se encuentra relacionado a una mayor probabilidad de padecer cefalea; al respecto, proponemos algunas hipótesis que nos acercan a la explicación de esta relación.

La primera hipótesis está relacionada con las vías que gatillan el dolor cefálico. Estas vías comparten componentes nerviosos con las estructuras subcraneales, que contempla la meninges, músculos, arterias, ligamentos y articulaciones vertebrales cervicales superiores, es decir, los nervios espinales C1-C3.⁷ Estas consideraciones de inervación fueron estudiadas más recientemente en cadáveres humanos, específicamente los relacionados a los nervios occipital mayor, occipital inferior y el tercer nervio occipital, responsables de la inervación sensorial de la parte posterior de la cabeza.²⁴ Además, estas consideraciones son reforzadas por los estudios de reproductividad de la cefalea por estrés de estructuras subcraneales.^{4,22,23}

La segunda hipótesis se basa en los términos de alteración biomecánica de las estructuras subcraneales, en ese sentido, cuando se pierde el equilibrio biomecánico de las estructuras responsables de la relación estadodinámica subcraneal, se inician procesos potencialmente gatilladores de

las cefaleas. Al respecto, se sabe que las relaciones cráneo-cervicales fueron estudiadas por Rocabado y otros investigadores,⁸⁻¹⁰ profundizando las relaciones posturales cervicales, craneales y mandibulares, para cuyo análisis se propone la cefalometría según Rocabado, donde cobra relevancia el espacio C0-C1, así como el punto de corte de 4 mm, que permite explicar las diferencias entre las medias encontradas entre nuestros casos y controles.^{10,25} Ciertamente, como se ha expuesto, son varias las estructuras implicadas en esta relación cráneo-cervical superior y cefalea.

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos que un diseño de estudio de cohortes es el más idóneo para determinar la direccionalidad o causalidad; se ha propuesto alternativamente un estudio de casos y controles para este estudio que permitió establecer las asociaciones y una aproximación del riesgo mediante la determinación de los *Odds*. También el muestreo no probabilístico no asegura la posibilidad de extrapolar los datos a una población general. Debido a los sesgos de selección que pueden producirse al respecto, el estudio ha establecido una serie de criterios de selección que disminuyen la probabilidad de tener amplios sesgos de selección.

CONCLUSIONES

La disminución de la lateralización izquierda, el aumento de la flexión suboccipital, así como la disminución del espacio C0-C1, se encontraron asociados a una mayor probabilidad de presentar cefalea.

Limitaciones de responsabilidad: los autores declaramos que los puntos de vista expresados en el artículo son de nuestra exclusiva responsabilidad y no de la institución en la que laboramos.

Fuentes de apoyo: el proyecto de la investigación fue seleccionado en el X Concurso Anual de Incentivo a la Investigación de la Dirección de Investigación de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas UPC 2021 (A-039-2021-2).

REFERENCIAS

1. Dodick D, Edvinsson L, Makino T, Grisold W, Sakai F, Jensen R et al. Vancouver declaration on global headache patient advocacy 2018. *Cephalalgia*. 2018; 38 (13): 1899-1909. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29882695>
2. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol*. 2017; 16 (11): 877-897. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28931491>
3. Hagen K, Einarsen C, Zwart JA, Svebak S, Bovim G. The co-occurrence of headache and musculoskeletal symptoms amongst 51 050 adults in Norway. *Eur J Neurol*. 2002; 9 (5): 527-533. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12220386>
4. Tali D, Menahem I, Vered E, Kalichman L. Upper cervical mobility, posture and myofascial trigger points in subjects with episodic migraine: case-control study. *J Bodyw Mov Ther*. 2014; 18 (4): 569-575. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25440209>
5. Fernández-de-Las-Peñas C, Cuadrado ML, Pareja JA. Myofascial trigger points, neck mobility, and forward head posture in episodic tension-type headache. *Headache*. 2007; 47 (5): 662-672. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17501847>
6. Sjaastad O, Saunte C, Hovdahl H, Breivik H, Gronbaek E. "Cervicogenic" headache. An hypothesis. *Cephalalgia*. 1983; 3 (4): 249-256. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6640659>
7. Bogduk N. Cervicogenic headache: anatomic basis and pathophysiologic mechanisms. *Curr Pain Headache Rep*. 2001; 5 (4): 382-386. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11403743>
8. Rocabado M. The importance of soft tissue mechanics in stability and instability of the cervical spine: a functional diagnosis for treatment planning. *Cranio*. 1987; 5 (2): 130-138. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3471354>
9. Rocabado M. Biomechanical relationship of the cranial, cervical, and hyoid regions. *J Craniomandibular Pract*. 1983; 1 (3): 61-66. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6586872>
10. De Oliveira LB, Cajaiba F, Costa W, Rocabado M, Lazo-Osório R, Ribeiro S. Comparative analysis of assessment of the craniocervical equilibrium through two methods: cephalometry of Rocabado and cervical range of motion. *Work*. 2012; 41 Suppl 1: 2563-2568. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22317106>
11. Sohn JH, Choi HC, Lee SM, Jun AY. Differences in cervical musculoskeletal impairment between episodic and chronic tension-type headache. *Cephalalgia*. 2010; 30 (12): 1514-1523. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20974583>
12. Malo-Urriés M, Tricás-Moreno JM, Estébanez-de-Miguel E, Hidalgo-García C, Carrasco-Uribarren A, Cabanillas-Barea S. Immediate effects of upper cervical translatoric mobilization on cervical mobility and pressure pain threshold in patients with cervicogenic headache: a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017; 40 (9): 649-658. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29229055>
13. Bjorner JB, Kosinski M, Ware JE Jr. Using item response theory to calibrate the Headache Impact Test (HIT) to the metric of traditional headache scales. *Qual Life Res*. 2003; 12 (8): 981-1002. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14651417>
14. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res*. 2003; 12 (8): 963-974. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14651415>
15. Martin M, Blaisdell B, Kwong JW, Bjorner JB. The Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) was psychometrically equivalent in nine languages. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57 (12): 1271-1278. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617953>
16. Kawata AK, Coeytaux RR, Devellis RF, Finkel AG, Mann JD, Kahn K. Psychometric properties of the HIT-6 among patients in a headache-specialty practice. *Headache*. 2005; 45 (6): 638-643. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15953295>
17. Begoña J, Silvia M, Bolea M. Validación del cuestionario nórdico musculoesquelético estandarizado en población española | *Prevencción Integral & ORP Conferencia* [Internet]. *Psicosociología*. 2014. Disponible en: <https://www.prevenccionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2014/validacion-cuestionario-nordico-musculoesquelético-estandarizado-en-poblacion-espanola>
18. Martínez MM, Alvarado Muñoz R. Validación del cuestionario nórdico estandarizado de síntomas musculoesqueléticos para la población trabajadora chilena, adicionando una escala de dolor. *Rev. Salud Pública (Córdoba)*. 2017; 21 (2): 43-45. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/16889>
19. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G et al. Standardised Nordic questionnaires for the

- analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon.* 1987; 18 (3): 233-237. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15676628>
20. Descatha A, Roquelaure Y, Chastang JF, Evanoff B, Melchior M, Mariot C et al. *Scand J Work Environ Health.* 2007; 33 (1): 58-65. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17353966>
 21. Manual CP. Procedure for measuring neck motion with the CROM. Perform Attain Assoc. 1988; 3550: 55110-55126. Available in: www.spineproducts.com
 22. Watson DH, Trott PH. Cervical headache: an investigation of natural head posture and upper cervical flexor muscle performance. *Cephalalgia.* 1993; 13 (4): 272-84; discussion 232. Available in: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1046/j.1468-2982.1993.1304272.x>
 23. Watson DH, Drummond PD. Head pain referral during examination of the neck in migraine and tension-type headache. *Headache J Head Face Pain.* 2012; 52 (8): 1226-1235. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22607581>
 24. Kwon HJ, Kim HS, O J, Kang HJ, Won JY, Yang HM et al. Anatomical analysis of the distribution patterns of occipital cutaneous nerves and the clinical implications for pain management. *J Pain Res.* 2018; 11: 2023-2031. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30310306>
 25. Fuentes R, Henríquez J, Sandoval P, Matamala F. Anatomico-radiological study of the cranio-cervical region in 60 students from Universidad de la Frontera, Chile. *Rev Med Chil.* 1996; 124 (12): 1483-1488. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9334483>
 26. Zwart JA. Neck mobility in different headache disorders. *Headache.* 1997; 37 (1): 6-11.
 27. Fernández-de las Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Pareja JA. Forward head posture and neck mobility in chronic tension-type headache: a blinded, controlled study. *Cephalalgia.* 2006; 26 (3): 314-319.
 28. Bevilaqua-Grossi D, Pegoretti KS, Goncalves MC, Speciali JG, Bordini CA, Bigal ME. Cervical mobility in women with migraine. *Headache.* 2009; 49 (5): 726-731.



Artículo de revisión

El léxico en la salud mental⁺ Lexicon in mental health

Mario Souza y Machorro*

* Psiquiatra, Psicoterapeuta y Psicoanalista. Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C., Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., Academia Nacional Mexicana de Bioética. A.C., Colegio Internacional de Educación Superior (CIES). México.

⁺ Modificado de "El lenguaje en la salud y la patología dual". VII Congreso Internacional y X Congreso Nacional de la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Auditorio de la policlínica "Ángel Urraza". Sociedad de Beneficencia Española. Hospital Español de México. Octubre 15-17, 2015.

Citar como: Souza y Machorro M. El léxico en la salud mental. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2022; 50 (2): 60-73. <https://dx.doi.org/10.35366/108560>

RESUMEN

Debido a utilidad indispensable, el vocabulario oral y escrito se utiliza en diversos campos del conocimiento. Desde la lingüística, la gramática conforma el conjunto rector para su mejor comprensión y buen uso. En el campo de la salud mental y sus problemas persiste un divorcio conceptual-lexicológico que dificulta la comunicación entre el personal de salud y los pacientes y sus familiares, los medios de información y la sociedad en general, que obstaculiza la comprensión de los procedimientos preventivo-curativo-rehabilitatorios. El incorrecto uso del léxico en el trabajo clínico no es un capricho filológico, sino una consecuencia de la eficacia, precisión y utilidad de los vocablos en favor de la salud. Véase la confección de notas en los expedientes, donde se advierte la caligrafía, gramática, organización laboral, claridad y saber clínico. El discurso refleja la actividad mental de quien suscribe. La actual necesidad del abordaje adecuado de los problemas de salud mental convoca a todas las organizaciones e instituciones del país a alcanzar un código unificador, comprensible y práctico, para lo cual precisan clarificarse conceptos y vocablos, a la vez de desmitificar lo que se requiera, para reorientar la buena voluntad comunitaria y dar eficaz manejo a esta grave y creciente patología, por ejemplo: 1) la autoprescripción y el consumo irrestricto de psicotrópicos, en el marco de una sociedad consumista que tiende al empeoramiento; 2) la eliminación del autodiagnóstico en pos del fomento de la comprensión conceptual clara que posibilita la actividad curativa; y 3) la generalización y sobresimplificación en torno a la salud mental y sus problemas (mitos) que enrarecen el ambiente y dificultan la labor. La profesionalización del personal, adicionada de actividades de Educación en Salud Mental, podría enfrentar en su conjunto con mayor éxito el combate de esta grave condición en la que la ética es imprescindible y la visión humanista deviene esencial.

Palabras clave: trastornos mentales, salud mental, terminología clínica, profesionalismo, psicología educativa, psicopedagogía.

ABSTRACT

Because they are essential tools the oral and written vocabulary are used in various fields of knowledge. From linguistics, grammar is the governing set for your best understanding and good use. In the field of mental disorders persists a conceptual-lexicological divorce that hinders communication between health personnel, and between them, patients and their families, the media and society in general, which hinders the understanding of preventive-healing-rehabilitative procedures. The misuse of language in clinical work should not be seen only as a philological whim, but because of the effectiveness, precision and usefulness of words for health. See the preparation of notes in the files, where the calligraphy, grammar, work organization, clarity and clinical knowledge are noted. The speech reflects the mental activity of the subscriber. The current need for an adequate approach to mental health problems and the maintenance of health calls on all organizations and institutions in the country to achieve a unifying, understandable and practical code, for which concepts and words need to be clarified, while demystifying what is required, in order to reorient community goodwill and effectively manage this serious and growing pathology. E.g. 1) Self-registration and unrestricted consumption of psychotropics, within the framework of a consumerist society that tends to worsen; 2) the elimination of self-diagnosis in order to promote, the clear conceptual understanding that enables healing activity; 3) generalization and simplification around addictive and mental disorders (myths) that enrage the environment and hinder work. The professionalization of staff, a fundamental piece of this task, added to Mental Health Education activities, could most successfully address the combat of this serious condition in which ethics are essential and the humanist vision becomes essential.

Keywords: mental disorders, mental health, clinical terminology, professionalism, educational psychology, psychopedagogogy.

Recibido: 30/09/2021. Aceptado: 29/12/2021.

Correspondencia: **Mario Souza y Machorro**
E-mail: souzaym@yahoo.com



INTRODUCCIÓN

La gramática deriva del estudio de la lingüística y junto con la filosofía ha dado pie a numerosos estudios efectivos sobre locución intersubjetiva, comunicación personal y colectiva. Su propósito es el manejo de las reglas y principios que gobiernan el uso de la lengua, la organización de las palabras dentro de las oraciones, así como sus otros constituyentes sintácticos. Abarca cuatro niveles correlativos y complementarios: 1) el fonético-fonológico que, apoyado en la *Prosodia*, enseña la pronunciación y la acentuación correctas (acento, tono y cantidad); 2) el sintáctico-morfológico que trata ambos tipos de relaciones, sintagmáticas y paradigmáticas de las palabras, así como la forma y el orden jerárquico de su estructura; y 3) el léxico-semántico destinado al vocabulario, se enfoca al estudio del significado de los signos lingüísticos (palabras, expresiones y oraciones), en tanto cada uno de ellos tiene un significante, un significado y un referente que contienen los rasgos conceptuales objetivos (denotación) y los subjetivos (connotación).¹

Las relaciones entre significante y significado incluyen además diversos elementos: *monosemia* (cuando la palabra tiene una sola acepción), *polisemia* (cuando la palabra tiene distintos significados), *sinonimia* (cuando dos o más palabras tienen igual significación), *antonimia* (cuando dos palabras se escriben igual, pero tienen distinta acepción).¹ De modo que el nivel pragmático de la gramática, observable también en la teoría de la informática como en las matemáticas, constituye una parte de la llamada *gramática formal*, por cuya acción se definen los lenguajes formales (con base en el orden jerárquico establecido por N. Chomsky), de los que derivan varias clases de gramática.²

La salud mental y sus problemas, resultado de múltiples factores biopsicosociales, no escapan a esta complejidad lingüística, y a causa de su ignorancia o de su mal uso permanecen inmersos en oscurantismos, mitos y prejuicios, en los que el léxico cotidiano juega un destacado papel.³ De ahí la intención y el sentido de este comunicado para fines educativos del personal de salud (PS).⁴

Muchos estudiosos del lenguaje (Saussure, Frege, Vygotsky, Wittgenstein, Puutnam y Searle), habiéndolo abordado desde variados enfoques y disciplinas, reconocen los diversos mecanismos anatómo-fisiológicos de locución, la palabra desde la compleja visión de la filosofía, su comprensión y significados, sus alcances y las variedades expresivas e idiomáticas, etcétera, que en su conjunto transmiten la sensación de algo evolutivo, complejo, indispensable y trascendente para el hombre, que aún aguarda a ser mejor valorado con el apoyo de los avances de la investigación *ad hoc*, que resulte en el perfeccionamiento de su uso.

Para J. Locke, filósofo británico del siglo XVII, la comprensión del lenguaje estaba ligada a los niveles biopsíqui-

cos adquiridos al nacimiento, pero en ciernes, dado que no creía que la comprensión innata existiera, consideró a la mente como una *tabula rasa*, la cual se iniciaba a escribir al nacer.⁵ Kant consideró que la mente no nace vacía de contenidos, sino que viene equipada con programas o tendencias, que la psicología evolutiva ha considerado como moldeadoras de la cognición humana.⁶

Para Wittgenstein, el significado de una palabra radica en su uso,⁷ sin embargo, la lengua no se limita, como afirma Díaz JL, a la palabra, al enunciado o al argumento, sino que “se asienta y engarza con múltiples lenguajes disponibles gracias a la evolución de los seres vivientes, a la fisiología del cerebro y a los sistemas perceptuales y expresivos del cuerpo”.⁸ De ahí que afirme “que hay comunicación en el léxico, en el gesto y el aroma, en la música y en el lienzo, en el mapa y en el edificio”.⁹ Por lo que el desafío lingüístico (que se presenta) para el desarrollo de la salud mental social, aprecia y considera el punto de vista axiológico de F. Lolas, en: “Ser también un desafío de competencia intercultural”.¹⁰

Para dicho propósito M. Halliday, fundador de la Lingüística Sistémica Funcional, propuso la idea del lenguaje como una *Semiótica Social*, dado que la lengua como producto social sirve de medio de comunicación entre los seres humanos que viven en sociedades, clanes o grupos.¹¹ Tal sistema social está en permanente interacción con el sistema lingüístico y le imprime su huella. Asimismo, provee los elementos necesarios para que pueda ser utilizado en situaciones concretas por hablantes concretos. Y dado que el sistema lingüístico se conforma por un *conjunto de subsistemas* encargados de representar los “múltiples usos de la lengua, este subsistema a su vez será delineado por la representación del sistema social”.¹²

De ello deriva el énfasis por el estudio de la *semiótica* (también llamada *semiología*), cuya teoría tiene por objeto de interés a los signos, en su calidad de ciencia que analiza la presencia de éstos en la sociedad. Ambos conceptos son sinónimos para el Diccionario de la Real Academia Española,¹³ a pesar de que los expertos establecen ciertas diferencias.¹⁴ Los autores que han tratado el tema de la *semiología* (Saussure, Pierre y Buysens, entre otros), no obstante que sus definiciones muestran concordancias tanto como diferencias, coinciden en que ésta representa una actitud de exploración de los signos humanos y de la naturaleza, respecto de todo lo que existe de fondo en cualquier significación, es decir, sus raíces y los mecanismos que la sostienen.¹⁵ En medicina por ejemplo, la semiología es base de la indagación para obtener el conocimiento de los signos y síntomas de las enfermedades, que a través del diagnóstico permiten dar tratamiento y asignar un pronóstico. Dicha utilidad se basa en que “el lenguaje no se emplea en la nada, sino que funciona en ‘contextos de situación’ y cualquier explicación lexical que la excluya

como ingrediente esencial resultará artificial e inútil". El contexto situacional no sólo es sobre el entorno sino una abstracción de éste, en que el habla se produce y presenta características generales que determinarán el uso concreto de la lengua, de modo que el hablante debe tomarlo en cuenta para una actuación lingüística adecuada.¹⁵ Ello ocurre, por supuesto, sin considerar la actuación contra transferencial descrita en el psicoanálisis y observada con regularidad en el campo de la Psiquiatría.¹⁶ Por ello, debe mencionarse la diferencia que existe entre hablar y escribir la lengua, en su condición de operaciones distintas. Para escribir se requiere planeación de ideas y selección de métodos de realización, entre otros elementos comunicacionales que reclaman más trabajo, a efecto de entregar un producto final en "limpio". Ello lo ilustra claramente la frase de B. Pascal, físico, matemático, filósofo cristiano y escritor francés del S. XVII: "quise escribirte una carta más corta, pero no tuve tiempo".¹⁷

En el caso del lenguaje oral, que no es tan "inestructurado y superficial" como podría suponerse, pese a que puede afectarse en su *emisión* (por disartria, dislalia, mala pronunciación o por su velocidad [efecto merolico]) su *construcción sintáctica* (por equivocación u omisión, por el deseo de falsear, esconder o "escondese entre las palabras" para la defensa de algún argumento), o en *significación* (al usar equivocada o propositivamente los vocablos y frases), como en el caso del actor mexicano Cantinflas. Todo ello, sin embargo, no impide que algunas personas (que no son mayoría) lleguen a hablarlo tan bien como lo escriben, con perfecta sintaxis y estilo personal depurado. Y si bien las diferencias entre ambas peculiaridades del lenguaje oral y escrito derivan de la necesidad de satisfacer variados requerimientos en situaciones distintas, aparece en este último una más alta densidad lexical.¹⁸ Pero sin excepción, ambas maneras de presentar la realidad circundante, siendo útiles para sus fines y contextos, demandan el apego a las reglas y normas de la lengua, so pena de afectar el proceso de su decodificación y enfrentar sus consecuencias.¹³⁻¹⁵

Toda disciplina del saber humano tiene su propia terminología, la cual debe ser conocida para orientarse entre las complejidades de la información que contiene. La función simbólica del lenguaje es la esencia de la expresión y su comunicación entre seres humanos es el mecanismo vinculante de la cultura.¹⁹ De modo que la contribución naciente de las ciencias biológicas, cognitivas y cerebrales coordinadas con las humanidades, para comprender la naturaleza de la lengua y *el significado del significado*, como refiere Díaz JL, es tan reveladora como desafiante: "Lejos de reducir el *Logos* a conductas compartidas, a módulos cerebrales o a redes neuronales, enaltece la naturaleza de la lengua con evidencias neurológicas y con teorías cognitivas contrastables. Es decir: dispone al *Homo Sapiens* como *Homo Loquens* entre las criaturas significantes de la

Tierra, reconoce el magisterio de la poesía y salvaguarda la incógnita del símbolo y del significado".⁸

Es aquí precisamente, en este contexto que se destaca el divorcio conceptual-lexicológico prevaleciente observado en psiquiatría y el campo de la salud mental, que tanto ha dificultado y aún problematiza el entendimiento y la comunicación entre los involucrados, por lo que debe eliminarse o al menos reducirse, en aras de superar la confusión semántica, conceptual e ideológica de la praxis, en la que algunos grupos profesionales y paraprofesionales aún se debaten.¹⁰ Especialmente ahora, que priva entre las instituciones del país la necesidad de integrar una red terapéutica efectiva a nivel nacional. Dicha estrategia necesaria implica el uso de un código unificador, comprensible y práctico que debe desmitificar en la sociedad cuanto se requiera para reorientar la buena voluntad de la comunidad interesada en colaborar en la solución del problema. La presente propuesta se presenta como una opción con pretensión unificadora.²

De modo paralelo, cabe mencionar que el análisis de la salud mental y sus problemas desde la óptica de la educación consumista caracteriza según E. Fromm "*una orientación improductiva (enfermiza) del carácter*", responsable de que en la cosmogonía comunitaria, el bienestar sea sinónimo de la búsqueda de poder y dinero como las principales metas de una supuesta "felicidad".¹⁹ Felicidad simulada de oropel que no dispone de los elementos para convertirse en realidad. Tal enajenación y pérdida de los sentidos genera en opinión de K. Horney:²⁰ "*Una insatisfacción vital que intenta subsanarse vía evasión de la realidad, intoxicación, mercantilización o uso explotador, utilitario o cosificante de los objetos, las situaciones y las personas por igual*". Lo cual convierte a esa comunidad en un conjunto de gente aislada, que según Sartre JP, representa "*una pluralidad de soledades*",²¹ ahora enmarcadas en la anomia. En su libro *El existencialismo es un humanismo*, refiere el concepto de *Condición humana* en términos de "estar arrojado en el mundo; tener que trabajar; vivir en medio de los demás y ser mortal", características con las que alude a la inevitable sociabilidad humana, la inevitable libertad en la que vive el hombre y la inevitable indigencia material de nuestra existencia, que obliga al trabajo y a las distintas formas de organización social que sobre éste se levantan.²²

Como se sabe, ni los psicofármacos ni las demás sustancias aliadas en pro de la salud, contra el dolor, la angustia y otros males del hombre; ni los otros psicotrópicos legales e ilegales de que disponen los pacientes y la sociedad actual resuelven el vacío, la soledad y el aburrimiento...²³ El papel imperante del tedio, la vacuidad y el sinsentido que priva en la vida de una cada vez más creciente cantidad de personas, faculta el camino de la *enajenación* que describe E. Fromm, tanto como la *serialidad de las personas* a la que alude J.P. Sartre.^{21,22} Con lo cual, el ingreso a la salud

mental, sus problemas y sus consecuencias, no sólo se hace factible, sino que delinea una posible senda perenne.^{23,24}

La influencia de la promoción de bienes y servicios de consumo, derivada de la óptica mercantil, ofrece falsas soluciones a los problemas que plantean las “necesidades creadas o inducidas” por la manipulación comercial propositiva, sobre los grupos sociales. Obsérvese por ejemplo el gran desconocimiento en la sociedad de la diferencia entre el *valor de uso* y el *valor de cambio*, y cómo rigen estos equivocados conceptos (impulsados por la mercantilización consumista de la vida moderna) los destinos de la gente.

Se adquieren las mercancías como símbolos de “poder y status”, y se desdeña la utilidad práctica que ofrece la calidad de cada producto o servicio. Comprar es el verbo favorito para muchas personas; la posesión material se desea interpretar como sinónimo de felicidad.^{25,26} Y así, la enajenación es tal, que se viste por fuera la etiqueta y el enajenado, reacio, de inmediato se ofende y defiende cuando se le invita a percatarse...^{3,27} Contribuyen a ello desde luego los distintos medios de información (que no de comunicación, mientras no alcancen la circularidad entre emisor, canal y receptor), y ciertos intereses de la industria y el comercio, donde radica una buena parte del desarrollo social y de esa pseudocultura. En ella, la auto-prescripción,²⁷ por ejemplo, es una respuesta válida, que ocurre frente a ciertas “necesidades” (creadas y observadas reiteradamente en la TV, el cine y la prensa), necesidades que “sólo se alivian con soluciones” externas al sujeto.²⁸ De modo que el papel de la distorsión y la tergiversación de hechos y palabras ocurre tanto en sus significantes como en sus significados. Y así, en la translocación del lenguaje, se tergiversan en forma indiscriminada ideas, conceptos, sentimientos, actitudes y conductas.²⁹

DESCRIPCIÓN

Los conceptos *Alienación* (cuando un individuo o colectividad transforma su conciencia hasta hacerla contradictoria, respecto de lo que cabría esperar de su condición, desempeñará un papel que no le corresponde) y *Enajenación* (alteración o cambio en las características, esencia o forma de una cosa; alteración del orden de una frase; translocación de fines y métodos debida a distracción, falta de atención o embeleso) que se tratan aquí, invitan al menos a una reflexión contextual. Enajenar en el contexto de este comunicado es trastocar, alterar el fin original. Afectar, de afectación, no de afecto... Confundir, dar ilusión al sentimiento, intentar suplir la realidad a título de falso remplazo, adulterar. Y así, la comunicación y las relaciones interpersonales, una vez enajenadas afectarán cualquier relación, especialmente aquéllas cuya finalidad lucrativa en su ambición desdeñan la ética y se prestan, como la publicidad, a las más diversas situaciones enfermizas, distorsionantes.^{30,31}

En una sociedad enajenada se ofrecen, se subastan y se venden los valores, se adulteran las posturas, los empleos, cargos y puestos. Da la impresión de que muchas de las personas con gran poder de decisión no parecen tener *ideales*, sino *intereses*. Sus poses los hacen cambiar de principios, de color o de partido... Y en los altos niveles de mando se inventan guerras en pos del petróleo o contra las armas de destrucción masiva aunque no existan en esa localidad o país, destruyendo así la moral colectiva, pues las volátiles convicciones se ofrecen al mejor postor, como la venta de mujeres y esclavas que ocurren en ciertas regiones del mundo. La razón se confunde, la traición siempre al acecho y el maniqueísmo lo enturbia todo. No obstante, muchas personas se inclinan a tomar el estilo de vida de esa *inautenticidad*, porque lo genuino amenaza la sempiterna acomodaticia condición dirigida a *quedar bien con quien detente el poder*. ¡Pero qué más da! ... dicen los más. La historia reciente señala que tras comprar armas al fabricante (el país más poderoso del mundo, aliado en ese momento), se alteraron los acuerdos por distintas razones y el gran país arremetió contra sus clientes hasta aniquilarlos, deseando de inmediato la oportunidad de reedificar las ciudades que deliberadamente recién había devastado. Unos quedaron lastimados y dolidos, indignados y empobrecidos. Otros ricos, pero incómodos, insatisfechos y envilecidos... Entre tanto, atónitos los ciudadanos de algunos países del mundo, enardecidos e indignados los señalan con dolor y con desprecio ¿qué más da?^{3,31}

Por ese tipo de dramáticas situaciones provocadas, persiste entre los profesionales de la salud mental, especialmente los psicoanalistas y otros psicoterapeutas, la preocupación por la pérdida de la capacidad de asombro en la sociedad, sin la cual, se pierde la valoración afectiva y se tiende a vivir en la mentira del autoengaño, como parte del rebaño y de los “sin albedrío”.³⁰ Tal sensación de vacuidad y sinsentido, ocurrió por ejemplo al escuchar que el General Augusto Pinochet (Senador Vitalicio de su país, promovido por sí mismo), uno de los dictadores más sanguinarios de la historia latinoamericana contemporánea, al ser sometido a juicio internacional por crímenes de *lesa humanidad*, pero fingiendo gravedad de su enajenación mental, en una entrevista televisiva afirmó: ¡haber sido siempre un demócrata!, (sólo le faltó decirse humanista). En fin, ante los hechos demostrados en su contra por el Juez español Baltasar Garzón, nadie puede dudar de su alienación, enajenación e inmoralidad.³¹

Pero este lamentable suceso, repetido en muchas ocasiones en la historia y la geopolítica contemporánea, se observa también en otros escenarios políticos presentes y pasados, artificioosamente contruidos. Asimismo, aunque en menor proporción, la banalidad, futilidad e hipocresía, el rencor, la venganza y la mentira de los protagonistas fueron observados en los llamados *talk-shows* (prohibidos

en México ya hace algún tiempo), que se dirigieron a provocar la falsa idea de *catarsis*, *bienestar* y *felicidad* de los participantes, o aquéllos otros donde el certamen estaba arreglado y el premio fue siempre simulado. Por eso los asistentes estuvieron tan contentos y aceptaron que les dijieran por dónde entrar, cuándo aplaudir, dónde pararse, de qué hablar y cómo agradecer... sin indignarse. Y aunque nunca ganaron el premio, salieron convencidos de su buena suerte por haber vivido una gran aventura.^{30,31}

Como puede verse, existe en nuestro medio una clara, aunque volátil, confluencia entre información social, cultura y psicopatología que no es identificada por la mayor parte de las personas. Esta deriva de la acción del conjunto de los habituales vectores de socialización, donde participan de forma destacada los medios informativos.²⁸ La indeseable confusión que propician sus “infomerciales” diverge en muchos casos de la verdad y deviene obstáculo que dificulta el detenimiento de los procesos mórbidos, que impactan una y otra vez el desarrollo comunitario, en vez de participar (como presumen) en pro de la salud y el servicio social.

Vale decir que una gran parte de la programación televisiva colabora en esta deletérea influencia sobre la multitud. Por ejemplo, aquéllos donde se incluyeron aplausos entre los diálogos, porque temen que no se entienda la gracia (si la hay), o no se note la mordacidad y superficialidad con la que tratan temas serios que afectan la salud mental de los personajes y de los telespectadores. Temas que requerirían un análisis más profundo y adecuado para su comprensión. O bien, porque desearon manipular a la audiencia bajo la premisa de que un mayor *rating* deja más dinero.^{29,30}

A causa de ese tipo de influencia perniciosa, y a partir del deseo de mejorar los contenidos de la información social a través de los medios, para ser transformada en acción educativa dirigida a la salud en general y la salud mental en particular, se desarrollan en muchas partes del mundo desde hace algunos años, actividades que determinan el grado de validez y conveniencia de los mensajes.²⁸ Distintos grupos científicos han venido apoyando las actividades destinadas a comunicar contenidos especialmente diseñados para promover y mantener la Educación para la Salud (concepto social un tanto olvidado actualmente en el sector), disseminando contenidos selectos, por ejemplo en torno a la salud sexual, contra la violencia y en pro de la familia y su insustituible papel formativo-cohesivo de la trama social.^{31,32}

La existencia de ese analfabetismo científico que tanto insistió Carlos Fuentes en criticar, parece ser una lastimera realidad; predomina todavía en muchas comunidades sometidas a la continua seducción del “*mass media*”. Y si bien estos conglomerados se enteran de ciertos descubrimientos y noticias relevantes de la actividad científica, ignoran el

contenido y orientación que da cuerpo a tales trabajos, y por tanto, a su correcta aplicación,^{28,29} como en el caso del SARS-CoV-2. Tal chabacanería, como señaló el destacado escritor mexicano, al referirse a: “*Cierta difusión noticiosa responsable de la vanalización de la cultura*”, deriva del incompleto e incorrecto manejo del conocimiento a manos de comentaristas y conductores de los medios, que salvo honrosas excepciones, no logran discriminar entre *gimnasia* y *magnesia*.^{28,32}

Obsérvese que muchos comunicadores y gente que labora en los medios ya electrónicos o impresos, cuando leen hacen pausa donde no se debe y distraen (con voluntad o sin ella), con su caprichosa prosodia. Ellos, que debieran ser por oficio, gente de buen decir, distorsionan el lenguaje con extranjerismos, presentan la información con imprecisiones; emplean los adjetivos como verbos, dan uso inapropiado a las preposiciones y los adverbios, conjugan los verbos sólo en presente y pasado, confunden los pronombres, los sustantivos y hasta el gerundio, omiten calificar el sujeto y afectan los predicados (cuando no usan mal el plural, designando lo colectivo en singular), entre muchas otras pifias a relatar.

Asimismo, el uso de eufemismos y el inapropiado uso de los diminutivos que utilizan en forma generalizada con la supuesta intención de no “dañar”, la hipocresía y la apariencia que promueven en aras de manejarse a través de los “buenos modales” y una malentendida forma de “respeto al público”, aderezada de una caprichosa entonación, a menudo prescinde de la verdad y su estilo inauténtico es ajeno a la visión educativa y de salud colectiva deseable.²⁹⁻³¹ Pero entre los profesionales y el PS (donde también se observan distintos defectos gramaticales), siempre hay quien reconoce la importancia de hablar correctamente con verdad, claridad y precisión, aunque debieran también ser capaces de discriminar entre “*tender a subir* y *subir a tender*”.^{28,32}

Existe también otro tipo de tergiversaciones lingüísticas observables entre algunas personas que usan el lenguaje con el propósito de trucar o esconder algo, usando la racionalización u otros mecanismos de defensa inconscientes, que le impiden al sujeto darse cuenta de su condición. En tales casos, precisa mostrarlo a la comunidad como parte de la actividad profesional dedicada a la Educación para la Salud.^{33,34}

La importancia del adecuado manejo del idioma en la práctica de la psicoterapia parte de que la palabra es la *liaison* (sin menoscabo del lenguaje corporal), representa el vehículo del tratamiento.³⁴ Darse a entender o no, depende de mensajes contruidos *ex profeso* en un mismo léxico. A la par, se supedita la participación tanto técnica como profesional, al descubrimiento e impulso de la percatación de las motivaciones conductuales de cada persona y el uso de un auténtico discurso reflexivo.³⁵ En ocasiones los argumentos exhibidos se propician para hacerse complica-

dos y enredosos, y se utilizan a modo de resistencia, para mostrar otra cara del asunto y no la que ha de tratarse.³³ Por todo ello, se hace imprescindible como meta de salud *per se* y como apoyo a la salud mental pública la asignación y adquisición (enseñanza-aprendizaje) de un lenguaje adecuado, así como el manejo veraz de la información dirigida a la comunidad.²⁸⁻³⁴

En tal tenor, un asunto que llama siempre la atención por lo trascendente de su naturaleza, es que muchos hogares no disponen de libros ni discos, lo que hace pensar que ello sea factor causal del bajo nivel de cultura en el país, inferido por el hecho de que menos de 10% de la población lee en forma regular,^{34,35} y también porque grandes segmentos poblacionales sólo se informan (pero no se educan formalmente), a través de la presencia de los medios en sus hogares.

Como es sabido, el equilibrio y la armonía en la mente hacen que lo que se diga lo sea también; ello permite que se puedan hacer comentarios racionales y ponderados. La autoexigencia entonces es ser honesto, reconocer la omisión, la equivocación y la ignorancia, todo lo cual, por fortuna, tiene remedio.

Al efecto, véase por ejemplo la experiencia de haber tenido la vivencia didáctica de la psicoterapia y cómo ésta guía a muchos profesionales de la salud mental. Y si fue bien aprendida se practicará y se podrá (en su caso) enseñar adecuadamente.³⁴⁻³⁶ Por eso, en el manejo de la salud mental y sus problemas es particularmente importante haber adquirido dicho conocimiento.^{33,34}

Es muy lamentable que los profesionales de la salud no incursionen por voluntad propia en esta gran labor de autodescubrimiento. Esta tarea única de autoproducción y autoactualización determina de manera decisiva la conducta propia, su productividad, las relaciones intersubjetivas y desde luego el tipo y uso de lenguaje como herramienta de trabajo y de actividad cotidiana.

Cuando uno habla, dice lo que dice y “deja ver” incluso, lo no dicho. Los ademanes, gestos y manierismos al hablar son estereotipias que perfunden los estilos y costumbres que requiere la persona para expresarse, ya sea a causa de su parco vocabulario o porque siente que de esa manera lo “hace mejor”. Por ejemplo, quien necesita para nombrar lo que desea, de separar las manos indicando con una seña, en vez de decir 30 cm, da muestra de su empobrecido léxico.

Por otra parte, el uso excesivo de la diplomacia, los “buenos modales” y ciertas costumbres que reparan más en la forma que en el contenido, tienden a convertirse en una limitante formal de los mensajes que conforman el proceso comunicativo. La incapacidad expresiva por su parte no sólo lleva a la mueca lacónica, a la réplica con monosílabos o chasquidos al interlocutor y al lenguaje con señalización y aspavientos, sino a una clase de redundancia que anula

por exceso, lo dicho en cada ocasión e incluso aparece en la conducta inconsciente (*acting out*).^{33,34} Dejando hablar al paciente decía Freud, tarde o temprano se “traicionará”,¹⁶ es decir, se mostrará realmente cómo es.²

De igual manera, en la producción de neologismos y motes quien califica a menudo se califica más que lo calificado. Por tanto, hemos de descubrir y corregir cuando ocurra, la nomenclatura que utiliza el PS, especialmente cuando muestra deficiencias idiomáticas, aunque ya hayan sido aceptadas por el gremio. Cuando invitan al *Curso de Alcoholismo*, se pensaría que se acude a aprender a beber; al *Taller de Violencia* donde se pueda golpear o ser golpeado y al “*Diplomado de Adicciones*” (denominación caprichosa que eliminó la tradicional palabra *Curso*), donde se aleccionará a cómo inyectarse, etcétera. Como es observable, en asuntos relacionados con la salud se aprecia una clara falta de propiedad en el uso del lenguaje, lo cual no es ni debe ser un capricho filológico, sino reflejo de la especificidad, precisión, utilidad de los vocablos requeridos y de su profesionalización.^{35,36} ¿Es mucho pedir?

Mucha gente aún dice *accesar* en vez de acceder y *checar* por revisar. Lo mismo pasa con los modismos computacionales: “inicializar”, “whatsapear”, “googlear”, “resetear”, etcétera, en los que se aplica dicha “jerga” sin darse cuenta de que deforma el idioma; por cierto, uno de los más ricos y completos del planeta.

Una confección idiomática defectuosa también puede llevar al lenguaje escrito tanto a su lectura como a un error fonético disonante, como en el texto que alude a San Francisco: “Comía como bestia, dormía sobre una vieja, estera la vida de un santo”, debiéndose escribir para una mejor lectura y comprensión: “Comía como vestía, dormía sobre una vieja estera, la vida de un santo”... Otro tipo de defectos gramaticales aparecen al dar por sentado que las “persianas”, las “hamburguesas” y las “milanesas” son señoras de aquellos lares.

Véase la importancia de la sintaxis en la siguiente frase: “Se venden calcetines baratos para caballeros de lana” o en aquella otra: “Leche entera de vaca en polvo”. Pero la semántica puede también afectarse cuando se malinterpreta que “ratificar” es hacer ratas o “canalizar”, abrir en canal, como a las reses del rastro. En la actualidad, un buen número de personas suelen, por estar de moda, decir *género* al referirse a las personas, en vez de decir sexo. Y en ese sentido, para sólo reparar en uno de tales adjetivos de cuño reciente, la Real Academia Española y la Asociación de Academias Americanas (2009), aunque vienen aceptando muchos modismos populares contemporáneos debido a su avasallador uso social, han establecido que *Género* no es igual que *Sexo*. “Las personas no tenemos género, tenemos sexo”.¹³

Por ello, es preferible decir sexo cuando se aluda a la condición biológica de las personas e incorporar cuando

convenga, el adjetivo calificativo *complementario*, para referirse al otro sexo, que no es ni debe ser estimado a priori como *contrario u opuesto*. Tal error ampliamente diseminado en nuestro medio frente a la alteridad contiene muchas implicaciones actitudinales y conductuales que la gente y el personal de salud debe reconocer a efecto de poder evitar,^{35,36} asimismo el plural de ambos géneros masculino y femenino, se dice en masculino, toda vez que (sin intención sexista o discriminatoria) abarca a ambos, como gremio sin distinción. Así que al dirigirse al público no es necesario ni correcto decir “mexicanas y mexicanos”... ni “adolescentas y adolescentes o psiquiatras y psiquiatros”... Mencionar ambos géneros es correcto, *sólo cuando el masculino y el femenino son palabras diferentes*, como en “damas y caballeros”. De ahí que deviene conveniente invitar a quienes insisten en decirlo en forma incorrecta, ya como parte de una impronta sexenal o como defecto educacional, a acudir al Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), bajo la premisa de que nunca es tarde... además, “la ciencia es la estética de la inteligencia”.³⁷

Esta situación se hace patente en la confección de las notas de los expedientes; cómo muestra y se muestra el profesional en su caligrafía, prosodia, sintaxis, organización mental, claridad y saber clínico,³⁰ entonces: ¿qué léxico debe manejar el PS?³⁶

Ahora, para distinguir en sentido práctico entre los conceptos *Arcadía* y *Utopía* que tan a menudo se aplican al trabajo clínico, debe señalarse que la primera, la idealización del pasado es sólo añoranza, en tanto que la segunda o idealización del futuro, es una distorsión catatímica (emoción inconsciente), pero que ambos factores, que a menudo confunden al PS y producen el incumplimiento de los objetivos de su labor, se producen por la ignorancia de sus significados y de sus alcances.

En el campo de la salud mental y sus problemas, la indispensable preparación escolástica formal, el trabajo clínico supervisado, la inclusión voluntaria del PS en psicoterapia individual y la práctica además de la experiencia acumulada son los pilares de la eficacia profesional; responsables de las mejores prácticas en la especialidad y de la trascendencia ética y positiva de su adecuado manejo.³⁵⁻³⁹

Nuestro léxico que precede a ello procede para una mejor relación médico-paciente y es trascendente en virtud de que nos une e identifica en tal labor. Pero si bien, toda profesión tiene el suyo, hemos de advertir la utilidad del uso de un apropiado lenguaje y la construcción de un conveniente discurso e interlocución, como herramientas fundamentales requeridas en toda relación humana. Y como la clínica no es la excepción, éstas son de especial importancia en el proceso del abordaje diagnóstico-correctivo de los problemas de la salud mental y la promoción de la salud y su mantenimiento. La subestimación gremial y social

de la palabra y el discurso adecuado es un arduo camino por recorrer, que incomprendido y juzgado como intrascendente es, no obstante, de gran utilidad para todos.³⁸⁻⁴⁰

Como complemento de esa deficiencia claramente observable en el campo médico-psicológico y psiquiátrico y en el resto de las profesiones dedicadas a la atención de la salud (pero sin excluir a otras disciplinas universitarias), existe una situación hartamente tolerada en México y posiblemente también en otros países no industrializados, relativa a la invalidación de la opinión clínica especializada, que a manos de cualquier persona no autorizada, es reemplazada *ipso facto* por la opinión subjetiva a modo de autodiagnóstico.²⁷

No todas las personas aceptan que sea únicamente el profesional facultado quien determine la presencia o ausencia de un problema de salud mental y su consecuente manejo.³⁵ Más aún, cuando éste es inconsciente, es decir ignoto e intangible al portador, podría más fácilmente hacer que éste se defienda ante el interés clínico por mostrarlo, sobre todo cuando dicha perturbación es egodistónica o socialmente rechazada, si bien por otra parte, su negación no descalifica su existencia.³⁹

Ahora, en relación con el desgaste del sentido de las palabras a causa de su continuado mal uso, cabe subrayar que la enajenación social suele tergiversar el idioma y sus significados. La lista de palabras equívocas, erróneas formas lingüísticas y “rebuznancias” en nuestro entorno, es casi infinita y por si fuera poco, se adereza de vocablos, locuciones y modismos extranjeros ajenos a nuestra cultura.³ Any way (que no quiere decir “cualquier güey”), cabe preguntarse por qué la mayor parte de las etiquetas, empaques y envases en México contienen palabras o frases enteras en inglés. Tratándose de la salud mental y sus problemas, los periodistas de los distintos medios hacen “reportes”, que no informes y llaman “narcóticos” a todos los productos estupefacientes, incluyendo a la cocaína y demás estimulantes (!).

Lo curioso del caso es que tal disonancia cognoscitiva a nadie parece importarle, ni siquiera a los profesionales del ramo. Y así, la dominación extranjera en marcha a modo de imperialismo, por el contrario, nos impone lo que anhelamos y “cae como anillo al dedo: topose con encuentre”. Se sigue aceptando por ejemplo entre algunos grupos sociales, como algo mejor que lo nuestro “todo aquello que huele a extranjero”, siendo además motivo de ufanía e ilusión y sin importar de qué se trate. Y así, la historia se repite... autodevaluación, desprecio de lo nacional y de lo propio, modismos y comportamientos inadecuados. De modo paradójico y “mordiéndolo el rebozo” se hace loa de todo aquello que se ambiciona, automodelando el carácter por la seducción publicitaria y mercadotécnica. Tal falsaria promesa que subyuga pero que de lograrse, nunca se alcanzaría sin esfuerzo individual, hace que se prefieran copiar

costumbres distintas por insulsas y anodinas que sean, por sobre la valoración adecuada y el respeto a lo nacional.

La farsa de la moda adolescente impacta cada vez más a la juventud de nuestro país a ciertos niveles y a todas aquellas personas identificadas con ello: atuendo que “presume” las etiquetas, su gorra puesta al revés, sus pantalones deslavados o rotos a propósito, su música y su “slang” (aunque no lo entiendan ni comprendan esa forma de pensar-actuar).^{32,38,41}

De la mano de ello, otros aspectos cotidianos a considerar involucran al trabajo, el cual se asume como carga o condena; el amor como romanticismo decimonónico de práctica debilitada u obsoleta y al dinero como culto indispensable para “ser feliz”.⁴² Entendida esa felicidad como la posesión de lo material, no obstante que ni siquiera se disfrute.^{20,21}

Al respecto conviene entender una de las convicciones de E. Fromm: la diferencia entre *tener o ser*.³⁸ Qué lejos estamos de las premisas Freudianas: “*Lieben und arbeiten*” (amar y trabajar) paradigmáticas de la salud mental,¹⁶ que destacan la “complicidad de la pareja” a la que alude Benedetti, así como la productividad en términos de generatividad, como señala E. Erikson⁴² que dignifican a los seres humanos.⁴³ En nuestro medio mucha gente considera saber de todo (economía, política, amor, fútbol, adicciones o alteraciones neuropsiquiátricas); su voz desautorizada y sin recato les impide asumir su ignorancia.⁴⁴

DISCUSIÓN

Aún antes de saber que no era el corazón el órgano del amor, sino el cerebro, los poetas, dramaturgos, filósofos y demás civilizadores construyeron la antología de lo que hoy costaría mucho trabajo desmoronar por equívoca. Las neurociencias se han encargado de decirnos cómo no son las cosas.⁴¹

Si los poetas hubieran sabido que: *te amo, ti voglio bene, je t'aime, Ich liebe dich, I love you, eu te amo*, etcétera, refieren al hipotálamo; que las emociones, en todo caso, están englobadas por la neurofisiología y no por la víscera cardiaca; que lo romántico está vinculado a la electroquímica de los neurotransmisores y que “las pasiones genitales” no salen del pecho, el cerebro tomaría un papel preponderante en la relación vincular y sería encomiado, no sólo como una estructura nerviosa vital, sino como el centro funcional de los quereres, las pasiones y sus múltiples desvaríos y complicaciones. Pero aun así, ni los poetas ni la investigación científica dan cuenta cabal por ahora, de la psicopatología.^{32,37} Se requiere además del análisis cuidadoso de su entorno, de la comprensión de lo recóndito del alma humana y su esencia: *la contradicción*, para entender algunos de sus “extravíos de conciencia”, como dice E. Fromm, caminos en los cuales la mayor parte de la gente transita y devalúa sin darse cuenta.³⁸

Véase cómo en el imaginario colectivo predomina hoy lo virtual sobre lo real... sin percatarse de que se trata de una simple fantasía y por tanto “su apuesta” será fallida. Además, la desconfianza y la inseguridad: antagónicos elementos de la felicidad y el placer, que de manera tan sobrecompensada pregona nuestra sociedad, en su desperada búsqueda impulsa a la gente (por si acaso) a hacer el amor con condón.²⁸

Para Platón, aunque lo divulgue J. Lacan: “*Amar es dar algo que no se tiene, a alguien que no lo quiere*”.³² En la sociedad contemporánea la humanización del amor y del trabajo parecen ser una praxis deforme y una meta utópica. Pero no todo lo emocional es tan inefable, o bien, lo es sólo para unos y no para otros. Lo emotivo no sólo se sufre o goza, también es descriptible, analizable, aprendible, contrastable y desde luego, muy recomendable.^{32,41} Para el enfrentamiento constructivo de los dilemas ineludibles del ser humano no basta consultar la “sapiencia oracular” de los videntes. Es esencial el desarrollo de la autoconciencia para asumir la responsabilidad de tomar la rienda de la vida,⁴² pues en su defecto se vive de “muertito” en el “como si”.... Luego entonces, hemos de considerar la utilidad de la psicoterapia como el medio para alcanzar “La ampliación de la libertad responsable del individuo, siendo uno de sus objetivos, si no el fundamental”.³⁹

La salud mental y sus problemas como asunto psicosocial prioritario en su conjunto, a menudo se ubican entre el nihilismo romántico y el delirio mesiánico.²³ R. Lane estima la patología adictiva desde su óptica de la “adicción a la negatividad”, como un “Apego autodestructivo caracterizado por anhedonia, temor al éxito, privación de sí mismo y los demás, aislacionismo, voyeurismo negativo, apego al dolor psicofísico y en la mayor parte de los casos, masoquismo y contradicción”.^{45,46}

Por otra parte, el referido “analfabetismo científico” persiste sin duda, toda vez que continúa la resistencia a llamar adicción nicotínica al “tabaquismo”.^{29,30} Mucha gente sigue llamándole hábito, conducta de fumar, costumbre, etcétera, o lo que resulta más impreciso e inadecuado: “dependencia al tabaco”.²³ Y pese a que se reconoce como una adicción en los ámbitos oficiales, no se le asigna igual manejo que a otras dependencias ni se le suele asociar a otros problemas de salud mental, por lo que no se explora clínicamente la personalidad ni el comportamiento tóxico, la automedicación y otras consecuencias sobre la salud en tales adictos.⁴⁶ Entonces, si para curarse hay que tratarse, para informarse hay que leer, participar y comprometerse. Quien quiera comprar muebles antiguos “recién envejecidos”, se traicionará a sí mismo con su autoengaño, como lo hace quien “construye el tótem y luego de rodillas lo venera”.³²

Desde esta óptica, la psicopatología es expresión de sufrimiento y lucha estéril.⁴⁵ En este arduo proceso, el papel de la autoadvertencia y autoactualización, senderos

del crecimiento y la maduración individual y colectiva son fundamentales.³⁹ Como puede colegirse, si la importancia del lenguaje en toda relación deviene esencial, en el campo de la patología y la salud mental cobra especial relieve debido a su paradigma de alcanzar la salud.^{3,23}

Nominar es nombrar, describir por atributos, adjudicar. Y en esa dirección, calificar o atribuir. Pero toda nominación tiene sentido y por tanto, consecuencias. No es lo mismo dar nombre a un hijo deseado que a uno que no lo es, al que se puede de hecho, tardar en nombrársele, se le nombra de modo despectivo o por el mecanismo inconsciente de sobrecompensación se le asigna un apelativo rimbombante. Se nombra a un barco, una mascota, un perfume o una operación de salvamento. Y así, en lo sucesivo, se nombra de modo chusco una cantina o la defensa de un camión de materiales (que no un materialista). En ese discurso, llama la atención la denominación ingenua, pletórica de proyecciones y buenos deseos que suele acompañar a los Grupos de Ayuda Mutua: “tesoros escondidos”, “sendero luminoso”, “victoria”, “nuevo amanecer” y demás alusiones metafórico-triunfalistas. En las personas, sorprende su carácter prosopopéyico llamar: Homero, Rabindranath, Ranferi, Xelda-Tisú, Xiomara, Jennifer, etcétera, buscando con pensamiento mágico obtener por identificación, los atributos de los personajes de la cultura o del *Table Dance*.^{23,45}

Lo lamentable del caso es que el personal de salud no difiere mucho en su léxico cotidiano, de lo referido hasta aquí. Los médicos hablan distinto de las psicólogas, éstas de las trabajadoras sociales y estas últimas de las enfermeras. La misma falta de homologación conceptual y congruencia observada entre psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas.^{3,46} Ello converge en la creación de dificultades de comunicación, dado que cada persona tiene distinta motivación, mostrada en tiempo y lugar, forma e intención para evocar la terminología, que debiendo unificarse para favorecer el trabajo, provoca aislamiento y luchas de poder, algunas de ellas hasta ahora irreductibles.²³ Pero el problema es aún más grande, pues en la elección del léxico puede no haber intencionalidad oscurantista y sin embargo alcanzarse y consolidarse.^{45,46}

Las grandes obras de la humanidad nunca han precisado de analizar con detenimiento la relación entre significativo y significado y de explicarse como en la obra de J. Lacan, pero si hubiera que hacerlo, *ipso facto* dejarían de ser universales como la música. Shakespeare, Moliere, Alighieri, Cervantes, Goethe, Petrarca, Schiller, Tagore, Sor Juana y cualquier premio Nobel, pueden disfrutarse de manera directa en su idioma original. Al margen de que la asimetría del lenguaje (entre el autor y sus recipientes) usado en algunas obras genera cierto predominio de unos vocablos (técnicos o especializados) sobre otros y de cierta predilección de algunas palabras que imperan en la cultura de que se trate, por épocas.^{23,45-47}

Lo cierto es que no todos los médicos hablan en “médico” y los paraprofesionales y muchos otros quienes conforman las ONG que laboran en este tema, también tienen su propio lenguaje.⁴⁶ De igual modo, los autores de la literatura científica mundial muestran una forma técnica y concreta, por cierto desprovista de alegorías, cuyos tecnicismos demandan del interlocutor algún conocimiento en la materia para acceder a su contenido y entender sus significados, como se aprecia en el *Lexicón de la OMS* que representa la publicación científica de alto nivel, la que si bien asume un lenguaje simple, pretende conciliar múltiples intereses sociomédicos, políticos y administrativos para diseminarse a todos los niveles, bajo el riesgo de que su utopía bien intencionada se frustre y quede mal con unos y con otros.⁴⁶

Los profesionales, según sean de un área u otra, muestran una dicción particular cuyo léxico prevalece en su gremio y que sin considerar algunos errores, modismos, imprecisiones, localismos o extranjerismos pretenden que sea manejado por todos sus lectores e interlocutores, lo cual se acerca a una utopía, ubicada siempre cerca de lo deseable, pero lejos de la realidad cotidiana. A esto hay que agregar que los medios de información que hartamente desconocen la materia, entre una acepción y otra, a menudo tergiversan los mensajes, cuando no los distorsionan a causa de su interés lucrativo-sensacionalista.^{28,29}

En la era de la comunicación y el desarrollo tecnológico, la gente está más sola e incomunicada que nunca. Los valores se han confundido, se resta importancia a la formalidad, el esfuerzo por alcanzar el conocimiento se ha debilitado y el humanismo ha sido olímpicamente desdeñado.⁴⁰ La TV en México salvo excepciones, bajo el pretexto de “entretener”, se aleja de los ideales educativos y culturales que fortalecen a la comunidad, y ha mantenido a lo largo de los años una propositiva seducción (ya histérica, ya perversa), para alcanzar sus monopólicos fines.⁴⁵

En esta dirección conviene recordar los “siete pecados capitales” de la sociedad, que atinadamente señaló Gandhi: *Riqueza sin trabajo, Placer sin conciencia, Conocimiento sin utilidad, Comercio sin moralidad, Ciencia sin humildad, Adoración sin sacrificio y Política sin principios*.⁴¹ Pero el léxico comunitario también se trastoca desde el ámbito oficial, al recoger el decantado de la jerga fanfarrónica, que le hizo requerir a un Expresidente (de triste recuerdo) de un vocero especializado para aclarar, precisar y “tersificar” lo dicho, a efecto de que éste “arreglara los mensajes y discursos” y decir lo que realmente ése quiso decir a “las mexicanas y los mexicanos”... En fin, el problema ha crecido y hoy todavía no se sabe *¿por qué Burundanga le dio a Muchilanga y por qué Muchilanga le dio a Bernabé...?* Otra consecuencia de la afectación lexical, es que desde la distorsión individual hasta la enajenación social, se producen infinidad de mitos, los cuales modifican la cultura social y la labor profesional:

“al intentar dar claridad a lo que se ignora, forma o sentido a lo que se teme y control a lo que se sale de las manos”...³¹ Y así, los mitos devienen formas de aproximación, estimaciones o cálculos fallidos de contenido, veracidad y pronóstico respecto de lo que tratan. Son deformaciones involuntarias pero harto efectivas, derivadas del inconsciente social que actúa sobre los individuos. Son siempre inadecuadas percepciones de la realidad.³⁰

Los hay, por ejemplo, relativos al origen y consecuencias de la patología adictiva; a las formas de consumo, sus motivos y manifestaciones clínicas; a la variedad de drogas y sus efectos; a los problemas de la salud mental, a los tipos de pacientes que abarcan y desde luego, a sus métodos de abordaje y a sus “sacerdotes” e intermediarios de la salud.

Nos encontramos, como puede inferirse, inmersos en un mar de reglas ignotas u omisas que atentan contra la lingüística deseable tanto en la sociedad como en el nivel profesional, principios que de respetarse mejorarían sin duda la requerida expresividad, al denotar en forma adecuada y eliminar a la par, las discrepancias semánticas y metafóricas, la confusión e incomunicación.³⁶⁻³⁸

En la terapéutica de los problemas de la salud mental, donde la mayor parte de la sociedad es realmente ignorante, y en la que de continuo encontramos burdas generalizaciones y sobresimplificaciones para entender o explicar tan complejo fenómeno, estamos rodeados de desinformación, iatrogenia y charlatanería. Esto, sin menoscabo de que los distintos lenguajes usados en la atención profesional y paraprofesional, exhiben amplias discrepancias semánticas entre los grupos, a nivel de la praxis diagnóstica, bioestadística, terapéutica, académica, de investigación y especialmente de rehabilitación y de la reinserción social, que provocan posiciones insulares, inclusive dentro de una misma organización o institución de salud.³⁰

A todo clínico le consta el uso de distintos conceptos, modismos y acepciones del lenguaje sonoro, como cuando se presenta un caso a revisión clínica o bien del lenguaje escrito, cuando se revisa un expediente clínico.^{40,41} Hemos de considerar además que el mito también se relaciona con la psicopatología y ésta con elementos inconscientes que caracterizan las bromas y los chistes, que han sido ampliamente documentados.¹⁶ La cultura y especialmente los textos con que se preparan los especialistas rompieron de modo iconoclasta ciertos mitos de su tiempo. ¡Sí, claro!, es necesario romper aquellos mitos que frenan el progreso del conocimiento y su aplicación pragmática. Porque ninguna persona que labore en distintos ámbitos preventivo-rehabilitatorios o diagnóstico-terapéuticos de la salud mental y sus problemas debe aceptar el empobrecimiento del pensamiento, ni literal ni metafórico.

Cuando éste existe, descubierto por la observación lexical y el comportamiento verbal, se denomina *Alogia*,

oportunidad en la que puede haber pobreza expresiva del habla, poca información o ambas, aunque la acción sea repetitiva (estereotipia), representa la pobreza del contenido del pensamiento.¹⁷

Cuando el patrón de lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guarda relación mutua alguna o sólo existe relación tangencial, se le nombra *descarrilamiento*.¹³ Esto es, que el político en cuestión (perdón), el individuo en cuestión cambia el tema desde un marco de referencia a otro, mostrando una yuxtaposición sin relación significativa. Tal desorden tiene lugar entre oraciones, a diferencia de la *incoherencia*, que ocurre dentro de ellas. Y cuando el lenguaje o pensamiento resulta esencialmente incomprensible a los demás, porque las palabras o frases se unen sin una conexión lógica o significativa, tal *incoherencia*^{13,14} patentiza un grado particular de desorganización lingüística del político aludido (perdón), del paciente referido.

En efecto, al lenguaje le pasa lo que a la poesía, muchos lo hablan mal... pero lo escriben peor. Otros términos, tales como *alucinación*, *psicosis*, *psicofármacos*, *curación*, *drogas*, “chochos”, “tocar fondo”, “tapar la botella”, *apego al tratamiento*, *rehabilitación*, *reinserción social*, etcétera, entre las disciplinas de la salud involucradas en el manejo de los problemas de la salud mental, tienen distintos significados. Algunos de tales fenómenos, debido a sus referentes teóricos, se interpretan necesariamente de modo distinto.³⁰

El concepto “conflicto psíquico” en psicoanálisis se considera elemento constitutivo básico del ser humano. En otras modalidades de terapia, éste se tipifica a través de distintos considerandos.^{17,35} Ejemplo de ello es la *Disforia de Género*, en su carácter de disgusto persistente o molestia por las características físicas o papel social que denota y connota el sexo biológico del portador.⁴⁵ Unos lo interpretan como trastorno del estado anímico, otros como signo indicador de egodistonia sexual, acorde con la Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima revisión, CIE-11.⁴⁶ No obstante, se pregona que tales individuos por sí solos o como grupo “tienen derecho de ser como quieran”. Si, desde luego, aunque cabe considerar que cuando existe tal psicopatología sexual, ésta como proceso, a menudo traduce diversos grados de inaceptación, disforia, egodistonia, ansiedad, depresión, conductas de alto riesgo sexuales, consumo de psicotrópicos, promiscuidad, infecciones mortales, venganzas, tendencias suicidas o suicidio consumado, etcétera, que rebasan el tema del derecho, para hacerse asunto de afectación de la salud. El problema es que no todas las personas de la sociedad ni todos los clínicos están capacitados para reconocer dicha psicopatología, ni todos sus portadores a aceptarla.³⁶ Al margen de que, por diversas razones, no todos los pacientes se acercan a tratamiento, pues ingenuamente creen que negando su problema de salud mental resuelven su condición.^{24,45}

Al igual que un adicto, el paciente egodistónico cree que racionalizando su problema pasará indemne los distintos planos de afectación alcanzada y por ocurrir. Dicha confusión ha permitido establecer las técnicamente mal llamadas “preferencias sexuales” cual si fueran voluntarias, sin considerar que por un lado no lo son realmente y, por otro, pretenden legitimarse evadiendo la visión psicodinámica de esa atipia, con el aval de movimientos sociopolíticos (que no clínicos ni éticos), al dar por hecho que la sexualidad humana es un asunto derivado sólo de la voluntad consciente.^{36,39}

La identidad psicosexual como se ha documentado, no es elegible, deviene resultado de diversas condiciones filogenéticas y ontogenéticas, pasos evolutivos que van desde la impronta biológica, pasando por el moldeamiento sociofamiliar, hasta la asunción y disfrute del papel psicossocial, siempre que éste no le provoque malestar al portador.^{36,39} Otro ejemplo de alteración lingüística patente, pero esta vez procedente de la práctica de la Terapia de Familiar y de Pareja es el carácter defensivo neurótico que forma una relación perturbadora entre cónyuges, llamado *Colusión*.³² Se trata de una dinámica que incluye la participación de ambos miembros de la pareja, producida por un proceso inconsciente confabulado para un fin común, el cual no es necesariamente benéfico para ninguno de los dos. Tal proceso, presente en todas las parejas, se mantiene por la complicidad mutua, que en muchos casos ocurre sin percatación.³² Asimismo, el conflicto de separación-individuación referido por M. Mahler, que priva en muchas uniones, les impide ser equitativas y recíprocas.⁴⁸

El individualismo y la posesividad unidas al miedo y al temor de la dominación del otro los impele a la defensividad y descalificación proyectiva, hostilidad, etcétera. Y claro está, no es esperable salud mental conjunta cuando no existe en lo individual.³²

La confusión terminológica no sería problema si no tuviera la repercusión que a menudo tiene sobre pacientes y familiares, PS, procedimientos y sus resultados, ya que todos ellos se afectan por la presencia de falsas percepciones que rechazan, obstaculizan o denigran las mejores prácticas en la especialidad.³⁵ Como quiera que sea, dicha afectación de pacientes y colectividad son razones suficientes para dirigir nuestra atención a la eliminación de este inadecuado fenómeno psicossocial, que promueve la materia de este comunicado.

Muchos estudiosos han colaborado a modificar la producción y evolución de la concepción falaz en el ejercicio de la medicina y demás ciencias de la salud. No obstante, en los problemas de la salud mental es prácticamente la regla, encontrar desinformación y tergiversación de los hechos, lo cual dada su intangibilidad, se adiciona a la visión errática de los complejos asuntos de los que se encarga. En buena parte, ello ocurre con la participación del per-

sonal de salud, que a menudo no identifica la necesidad de importantes asuntos educativos de los pacientes y sus familiares. Por tanto, es preciso deshacer las tribulaciones y temores de las personas, respecto del proceder clínico.³⁹

La actividad profesional debe considerar entre sus quehaceres, la Educación para la Salud, en calidad suficiente y necesaria para coadyuvar a resolver estas intrincadas limitaciones que restringen también entre otros factores, la atención institucional.⁴⁵ Para lo cual debe enfatizarse que el personal encargado debe estar previamente preparado, pues ningún trabajo suple la formación universitaria.^{49,50}

Hoy, los hechos señalan de manera más clara que nunca, que las acciones no siempre son hijas de la intención verbalizada, como la paidofilia a manos de religiosos: dicen una cosa y realizan otra. Tal incongruencia (que además de ser parafílica es un delito), más que indicar un abuso de la comunicación, que también lo es, evidencia una alterada intencionalidad. Asimismo, pretexto del manejo, en el caso del personal dedicado a la atención de la enfermedad, trasluce la persistencia de una intención (quizá desconocida por el sujeto), de castigo o rechazo a ciertos pacientes,⁵¹ como en el caso de los adictos, homosexuales y demás minusválidos, ancianos, indígenas e indigentes, niños en situación de calle, prostitutas, entre muchos otros.^{37,52}

Al efecto, las recomendaciones de los expertos han producido revistas internacionales, manuales de tratamiento y diversos materiales que refuerzan la comprensión del fenómeno.⁴⁰ Pero cualquiera que sea la solución del problema, éste reclama una participación social más efectiva y sostenida, y mejores recursos destinados a actividades específicas en la orientación de la salud física y mental pública.⁴⁹ Por tanto, deviene imprescindible que las instituciones oficiales y privadas se apeguen a los marcos jurídicos existentes, y supervisen adecuadamente al personal,⁵⁰ desde su formación hasta la función laboral específica y el cumplimiento de las disposiciones inherentes a sus actividades, en el marco gratificante y productivo de la responsabilidad social, con auténtico espíritu de servicio.⁴⁵

En otras palabras, nos toca en suerte, presenciar cómo se producen en el campo profesional actividades clínicas, dirigidas a cubrir el amplio espectro de la historia natural de cada uno de los problemas de la salud mental. Sabedores de que los pacientes tardan mucho tiempo en llegar a tratamiento y para cuando lo hacen la mecánica institucional puede representar un factor de obstrucción e incluso de deserción, reforzando así la resistencia del paciente al disminuir su colaboración (“demanda”).

En este asunto se conoce una parte del problema, debido a que entre el PS, sólo unos cuantos disponen de preparación formal. El resto, bajo el aval discrecional del estado, actúa con sólo el favor de su experiencia, desde el empirismo y sin bases observacionales confiables.⁵⁰ Por ello es oportuna la opinión de A. Henestrosa que refiere:

“La persona debe siempre comprometerse con su oficio”. Así lo dejó ver también M. Kundera en *La Insoportable Levedad del Ser* y N. Gardiner premio Nobel de Literatura 2006, quien criticó la falta de aptitud de las personas que se dedican primordialmente al desempeño, cuando que éste “requiere primero de vocación y compromiso”. De igual forma, lo han mostrado en sus vidas de modo ejemplar grandes personajes de la historia como el gran músico operático de Leipzig R. Wagner y el filósofo de Weimar, F. Nietzsche entre muchos otros, cuya decidida entrega en términos de Frankl, dio sentido a sus vidas...³⁷⁻³⁹

Véase cómo el personal de salud admite en su lenguaje cotidiano la terminología procedente de medios populares no profesionales. Y cómo resulta común oír hablar a los médicos, usando vocablos inadecuados que califican pero no describen las situaciones que abordan,⁵¹ sin mencionar la gran dosis de confusión y desinformación que acompaña a este asunto. En todo caso, es deseable suplir esa condición por una información veraz y concreta derivada de esquemas informativo-educativos, a través de programas de educación en salud mental comunitaria.⁵⁰ Los profesionales dedicados al manejo asistencial han de cobrar conciencia de sus propios puntos de vista sobre los papeles relativos a su responsabilidad personal y laboral.^{33,37}

La acción confrontante de la estrategia psicoterapéutica, a menudo interpretada por los pacientes como contraria, en tanto la sienten opuesta a sus deseos de mantener el consumo o de no aceptar su problema de salud mental,^{36,41} se dirige contra la sintomatología de los síndromes por indeseables, evolutivos y contagiosos. Pero no debe entenderse de ninguna manera y en el marco de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, (para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica; publicada en el Diario Oficial de la Federación el cuatro de septiembre de 2015), como desprecio o maltrato dirigido contra la persona, sus sentimientos o intereses.^{33,53,54}

La transmisión de las ideas, emociones y sentimientos son como en las artes, mensajes que permean los sentidos. La claridad, sencillez, legibilidad y armonía que Mozart aplicó a sus partituras marcó su obra. ¿Qué clase de creatividad y de creación son esas? Pero *genialidad* y *genio* son palabras que habremos de usar con reserva, y no como se oye decir con tanta ligereza en los medios y la farándula donde todos los que ahí participan “tienen mucho talento” (sic)...

Todas las actividades del hombre requieren de alcanzar la difícil meta de congruencia entre *pensar*, *sentir*, *decir* y *actuar*.^{45,51} Por tanto, profesionalizar la terapéutica de los problemas de la salud mental y el manetenimiento de la salud en general es formalizar la labor vía conocimiento y praxis efectiva. Pero una adecuada promoción de la incorporación del PS a los programas preventivos, terapéuticos

y rehabilitatorios, en muchos casos (lamentablemente) no es esperable ni pronto ni fácil.⁵³⁻⁵⁵

CONCLUSIÓN

El léxico necesita unificarse y diseminarse entre los participantes (parlantes u oyentes por igual) a efecto de que compartan un mismo código comprensible y práctico que alcance los variados objetivos, que en el caso de la salud abarca desde el horizonte preclínico de las enfermedades y la prevención universal o específica que pueda hacerse, hasta la rehabilitación y reinserción social de los afectados.^{53,56}

La medicina moderna, científica y profesional recoge desde hace años, el énfasis en la documentación de los hechos,⁵⁷ contexto en el cual el lenguaje técnico correcto y adecuado ha sido siempre y será de gran ayuda a efecto de consolidar la evidenciación que pretende alcanzar descripciones cada vez más acuciosas, clasificaciones más precisas y acciones más específicas.⁵⁸

El uso terapéutico de la palabra se utiliza en su emisión propositiva e incluso en el silencio.^{33,40} Se busca comunicar más eficazmente y con mayor propiedad, pero el discurso clínico en nuestro campo no siempre reúne estos factores y permanece atomizado entre los diferentes modelos profesionales de las instituciones.⁵⁷⁻⁵⁹ Es conveniente por tanto unificar la terapéutica nacional en un sistema conjunto, práctico y efectivo. La formación educativa del PS, no obstante su experiencia y eficacia reconocidas, persiste en la heterogeneidad lexicológica, metodológica, axiológica y procedimental, cuando no en la ambigüedad u obsolescencia.^{45,50}

Los modelos curriculares y los materiales de enseñanza deben desarrollarse sobre la base de hacer más accesible el conocimiento, suministrar apoyo técnico y ofrecer procedimientos de diseminación social automatizada. La verdadera instrucción requiere de la unificación de un conjunto de normas mínimas y su léxico adecuado, en términos comprensibles para todos los involucrados.⁵⁷

A nuestra consideración, los términos que contengan tal propuesta destinada al tratamiento de los problemas de la salud mental concomitantes o derivados, deben ser en principio recogidos de la literatura internacional,^{46,60-63} de los diccionarios especializados y los catálogos oficiales, que pretenden cuidar la uniformidad de las líneas conceptuales, dando cabida en tono ecléctico, a las distintas corrientes productoras de vocablos.² Sin embargo, la diversidad de fuentes exige del lector que actúe más allá de la costumbre y los prejuicios. En ello, deseamos manifestar la trascendencia y utilidad de la propiedad en el uso adecuado del léxico, ya que tal claridad y especificidad son indispensables en todo ámbito profesional.^{47,50}

Cuando los términos no son claros o no se entienden, es imposible distinguir si el Totumo de Guarenas alude a

cuecas chilenas, vales peruanos o venezolanos.^{64,65} La recomendación final como consecuencia de lo planteado es abandonar la ley del menor esfuerzo y encauzarse hacia la praxis de la compartición equitativa, respetuosa y ética del esfuerzo y la productividad en equipo, donde el ejercicio de la responsabilidad produce satisfacción recíproca que hace la experiencia memorable. En dicho contexto conviene asumir la frase de Lenin: “Hagamos de la ética una estética”.³³

La insustituible labor de “puente” entre la información científica y su apropiada diseminación a la comunidad, tarea aún por consolidarse, reclama un compromiso científico de todos los participantes, mejor presencia y calidad, sobre la idea de que: si la *ciencia*, es una respuesta sistemática a la perenne pregunta sobre el porqué de las cosas, y el *humanismo* una tradición de búsqueda del bien sin ponderación moral propositiva, entonces: *¡seamos científicos humanistas!*³ Esperamos que la labor sea fecunda.

REFERENCIAS

- Diccionario Manual de la Lengua Española VOX. Barcelona: Larousse; 2007.
- Universidad de Cantabria. Jerarquía de Noam Chomsky. Apuntes sobre la complejidad. España: Universidad de Cantabria, UDC; 2014. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1516/course/section/1946/1-4_Jerarquia_Chomsky.pdf
- Souza y Machorro M. “El lenguaje en la salud y la patología dual”. VII Congreso Internacional y X Congreso Nacional de la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Auditorio de la policlínica “Ángel Urraza”. Sociedad de Beneficencia Española. Hospital Español de México. Octubre 15-17, 2015.
- Souza y MM. Las adicciones en México: una visión terapéutica de sus mitos y metas. *Rev Fac Med (Méx)*. 2014; 57 (2): 15-24.
- Locke J, Niddich PH. An essay concerning human understanding, and other philosophical writings. London: Cleardon Press; 1979.
- Habermas J. La unidad de la razón en la diversidad de sus voces. En: Habermas J (Eds.). Pensamiento post-metafísico. Ensayos políticos. Cambridge, Massachusetts: 1994. pp. 115-148.
- Wittgenstein L. Working papers archives at the University of Bergen Press. Bergen: 1993.
- Díaz Gómez JL. La naturaleza de la lengua. *Salud Mental*. 2015; 38 (1): 4-14.
- Lolas F. Salud mental global como bien público sugerencias para la reflexión ética. *Rev Neuropsiquiatr*. 2013; 76: 131-136.
- Lolas F. Desafíos axiológicos par destaca a la psiquiatría contemporánea. Pluralismo e imperativo bioético. *Salud Mental*. 2015; 38 (1): 1-4.
- Halliday MAK. Systemic background. In: Benson JD, Greaves WS (Eds.). Systemic perspectives on discourse. Vol. 1: Selected theoretical papers from the ninth international systemic workshop. Ablex. Vol. 3. The Collected Works; 1985. p. 192.
- Halliday MAK. On the architecture of human language. In: Webster J (Ed.). On linguistics and language. Vol. 3 in Halliday’s Collected Works. London & New York. Continuum; 2003.
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22a edición. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
- Halliday MAK. Learning how to mean. London: Edward Arnold; 1975.
- Halliday MAK, Gibbons AE, Carter RA. Linguistics and the Teacher. London and New York: Routledge; 1982.
- Freud S. Obras completas. 4a edición. Londres: Biblioteca Nueva; 1981.
- Halliday MAK. On grammar. Vol. 1 in the collected works of MAK Halliday. London and New York: Continuum; 2002.
- Nicol E. La metafísica de las expresión. Fondo de Cultura Económica; México: 1957.
- Fromm E. Ética y psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica; 1997.
- Horney K. La Personalidad neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires: Paidós; 1976.
- Sartre JP. El ser y la nada. 2a ed. Buenos Aires: Ed. Iberoamericana; 1954.
- Sartre JP. El existencialismo es un humanismo. Barcelona, España: Edhasa; 2009.
- Souza y MM. Adicciones: clínica y terapéutica. México: Editorial Alfil; 2007.
- Souza y MM. Sociedad, enajenación y adicciones. Simposio adicciones: temas y reflexiones. II Reunión Nacional de la Federación de Sociedades Pro-Salud Mental. Oaxaca: 1997.
- Antiseri D, Reale G. Historia de la filosofía (Vol. 1.1): de la antigüedad a la edad media. Filosofía Antigua-Pagana. Herder; 2010.
- Rizo García M. La comunicación interpersonal. Introducción a sus aspectos teóricos, metodológicos y empíricos. Historia del Campo Iberoamericano de Estudios en Comunicación 75. 2011.
- Souza y Machorro M. Automedicación y sociedad. REMN. Órgano oficial de la Federación Iberoamericana de Medicina Neuropsicológica. 2013.
- Souza y MM. “Mass media” y psicopatología: violencia sexo y drogas. *Rev Mex Neuroci*. 2006; 7 (4): 340-349.
- Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2002; 2 (1): 25-27.
- Souza y MM. Mitología, desinformación e ignorancia en adicciones. *Liber@ddictus*. 2003; 74: 2-7.
- Souza y Machorro M. Acerca de la alienación, la violencia y el consumo de psicotrópicos. *Revista Internacional PEI*. 2013; 2 (4): 1-16.
- Souza M. Dinámica y evolución de la vida en pareja. Sarrebruck, Alemania: Editorial Académica Española; 2012.
- Souza y MM. La responsabilidad social del psicoterapeuta en adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2009; 10 (1): 9-10.
- Souza y MM. Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2003; 4 (4): 206-208.
- Souza y MM. Acerca de las mejores prácticas terapéuticas para el abuso/adicción de psicotrópicos. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2012; 12 (1): 51-63.
- Presentación del libro Souza M. Patología dual: trastornos adictivos y patología psicosexual. Egodistonia y disforia de género en individuos HLB. XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual. Auditorio del Palacio de Congresos, Madrid, España, 25-27 de octubre de 2012.
- Souza M. Estigma, ética y terapéutica profesional en Patología Dual. *Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Psiquiatr*. 2014; 1 (1): 25-30.
- Fromm E. Tener o ser. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 1976.
- Souza M. Utilidad de la psicoterapia y el psicoanálisis en la Patología Dual: complementariedad terapéutica. *Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Psiquiatr*. 2014; 2 (2): 30-44.
- Souza y M. Adicciones, psicopatología y psicoterapia. *Rev Mex Neuroci*. 2004; 5 (1): 57-69.
- Souza M. Del desengaño a la esperanza. Palabras para la presentación del libro Escamilla A. Del divorcio al “Rematrimonio”. México: Editorial Pax; 2004.
- Erikson E. Identidad, Juventud y Crisis. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós; 1974.
- May R. El dilema existencial del hombre moderno. 3ª ed., México: Paidós; 1978.
- Souza MM. Introducción a la Patología Dual. *Revista Electrónica de Medicina Neuropsicológica. Órgano oficial de la Federación Iberoamericana de Medicina Neuro-psicológica*. Julio 2012.

45. Souza MM. *Psiquiatría de las Adicciones*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2010.
46. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Capítulo Quinto. Undécima edición, CIE-11. Ginebra, 2018.
47. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM. 5ª. edición. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
48. Mahler M. *El nacimiento psicológico del infante humano: "simbiosis e individuación"*. Buenos Aires: Marymar; 1977.
49. Souza M. Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2003; 4 (2): 91-93.
50. Souza M. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2003; 4 (5): 326-330.
51. Souza y Machorro M. Presentación del libro Domínguez AM. "El adicto tiene la palabra". El fundamento metapsicológico de las adicciones. México: Noveduc libros; 2012. Congreso "Psicoterapia de las adicciones y compulsiones". Colegio Internacional de Educación Superior, CIES/SEP. Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS.
52. Souza M. Los conflictos más frecuentes del matrimonio y su sexualidad. Curso anual de actualización para médicos generales. Dirección General de Servicios Médicos. Dirección de Atención Médica. Secretaría Administrativa. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Auditorio Samuel Ramírez Moreno. México, D.F. 16-20 de junio, 2008.
53. Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza M. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatr*. 2000; 16 (3): 110-116.
54. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica; publicada en el Diario Oficial de la Federación el cuatro de septiembre de 2015. Revisado 19 de marzo, 2021.
55. Souza MM. El diagnóstico psiquiátrico como campo problemático de la ética. Códigos de Ética en Psiquiatría. Curso de Bioética: "Temas selectos en Bioética". Seminario del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Academia Nacional Mexicana de Bioética. 12-16 de mayo, 2014.
56. Souza M, Cruz MDL. Sobre nosografía, polisemia y clínica psiquiátrica. *Rev Mex Neuroci*. 2008; 9 (1): 38-46.
57. Martínez FAM, Souza M. Humanismo y enseñanza de la psiquiatría. *Rev Fac Med UNAM*. 2010; 53 (1): 21-26.
58. Souza M. Personalidad y adicciones. *Rev Mex Neuroci*. 2005; 6 (4): 336-345.
59. Souza M. Evaluación clínica del paciente adicto comórbido. *REMN*. 2013; 14 (2): 455-468.
60. Souza MM. Qué es Patología Dual: utilidad y circunstancias. *Psiquiatr*. 2014; 2 (3): 16-29.
61. Souza M. Bioética y psicofarmacología en la clínica psiquiátrica. *Psiquis*. 2014; 23 (6): 155-165.
62. WHO Lexicon of Alcohol and Drug Terms. World Health Organization. Geneva, 1994. Revisado 19 de marzo, 2021.
63. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html. Revisado 19 de marzo, 2021.
64. Souza M. *Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos*. México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
65. Souza M, Quijano BEM, Romero RR. Glosario Lexicológico de Adicciones Para Personal de Salud. *REMN*. 2010; 11 (11): 3606-3627.



Caso clínico

Quistes sintomáticos de la bolsa de Rathke: reporte de casos

Symptomatic cysts of Rathke's cleft: case reports

Carlos Raúl Rangel-Morales,* Erick Guiomar Gómez-Ventura†

* Neurocirujano adscrito al Departamento de Neurocirugía.

† Residente de quinto año en Neurocirugía.

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México.

Citar como: Rangel-Morales CR, Gómez-Ventura EG. Quistes sintomáticos de la bolsa de Rathke: reporte de casos. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2022; 50 (2): 74-78. <https://dx.doi.org/10.35366/108561>

RESUMEN

Los quistes de la bolsa de Rathke sintomáticos son lesiones selares y supraselares poco frecuentes que surgen del remanente epitelial de la bolsa de Rathke, casi siempre su diagnóstico es un hallazgo incidental, ya que en la mayoría de los casos son asintomáticos. Cuando se manifiestan se debe a su aumento de tamaño que ejerce efecto de vector hasta comprimir estructuras vecinas, lo que causa cefalea, alteraciones visuales y disfunción hipofisaria. Ocurre en adultos entre la cuarta y quinta década de su vida. Presentamos dos casos de pacientes diagnosticados con quistes de la bolsa de Rathke de un total de 1,835 abordajes endonasales realizados en el HE CMN La Raza, IMSS.

Palabras clave: quiste, hendidura de Rathke, selar, transesfenoidal, neurocirugía.

ABSTRACT

Symptomatic Rathke's cleft cysts are rare sellar and suprasellar lesions that arise from the epithelial remnant of Rathke's pouch, almost always their diagnosis is an incidental finding since in most cases they are asymptomatic. When they appear they are due to their increase in size which exerts a vector effect until compressing neighboring structures, causing headache, visual alterations and pituitary dysfunction. It occurs in adults between the fourth and fifth decade of life. We present two cases of patients diagnosed with Rathke's pouch cysts out of a total of 1,835 transsphenoidal approaches performed at HE CMN La Raza, IMSS.

Keywords: cyst, Rathke's cleft, sellar, transsphenoidal, neurosurgery.

INTRODUCCIÓN

El quiste de la bolsa Rathke es una lesión benigna que aparece como remanente epitelial del ectodermo en el periodo de embriogénesis, suele ser asintomático, por lo que no se ha logrado establecer una prevalencia clara, aunque se propone que puede estar entre 11 y 22%, cifras obtenidas en múltiples autopsias hipofisarias.¹

Su presentación clínica más frecuente consiste en alteración visual por compresión del quiasma óptico, disfunción adenohipofisaria y cefalea, síntomas que se producen al aumentar el tamaño del quiste lo suficiente para comprimir estructuras adyacentes. Aunque es más frecuente en hombres, se diagnostica más en mujeres, ya que las manifestaciones son más floridas, en especial las hormonales. El estudio diagnóstico de elección es la reso-

Recibido: 14/05/2022. Aceptado: 13/06/2022.

Correspondencia: Dr. Carlos Raúl Rangel-Morales

Departamento de Neurocirugía del Hospital de Especialidades CMN La Raza.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

E-mail: guiomardao@gmail.com



nancia magnética² y el tratamiento se basa en el drenaje y resección quirúrgica del quiste, el cual sólo está indicado en caso de ser sintomático.

En el periodo de 2006-2022 se han operado 1,835 lesiones sellares por abordaje transesfenoidal, de los cuales se han identificado dos casos de quistes de la bolsa de Rathke, mismos que se mencionan a continuación.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso clínico 1

Se presenta el caso de hombre de 17 años sin antecedentes personales patológicos de importancia para su padecimiento actual. Inició con cefalea holocraneana de tipo pulsátil con seis meses de evolución, acompañada de disminución de agudeza visual bilateral con predominio izquierdo, la cual se exagera el día 12 de enero de 2016 y a la que se agrega síncope, por este motivo acudió a valoración. Se encuentra neurológicamente con cefalea en escala de valoración análoga del dolor 8/10 y hemianopsia bitemporal.

El perfil hormonal se reportó sin alteraciones. Se realizó panel viral en búsqueda de inmunocompromiso sin evidencia de alteraciones por este estudio.

Se realizó resonancia magnética de cráneo ponderada en T1 y T2, T1 contrastado con gadolinio detectó lesión sellar de bordes bien definidos, isointenso en relación con parénquima cerebral con realce en anillo tras administración de gadolinio, con diámetro 22 × 37 × 28 mm, se extiende hacia región supraselar sin compresión del tercer ventrículo, el resto sin alteraciones (Figura 1).

Tras completarse el protocolo de estudio con valoración por Servicio de Endocrinología, y sin contraindicación

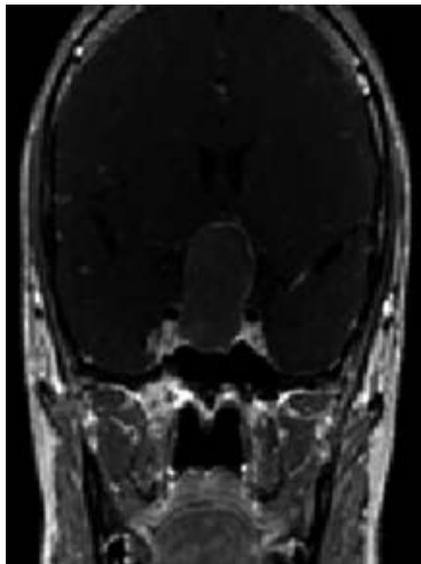


Figura 1: Resonancia magnética de cráneo T1 con gadolinio, corte coronal, se observa lesión sellar con extensión supraselar de bordes regulares y definidos con realce en la periferia (marzo de 2016).

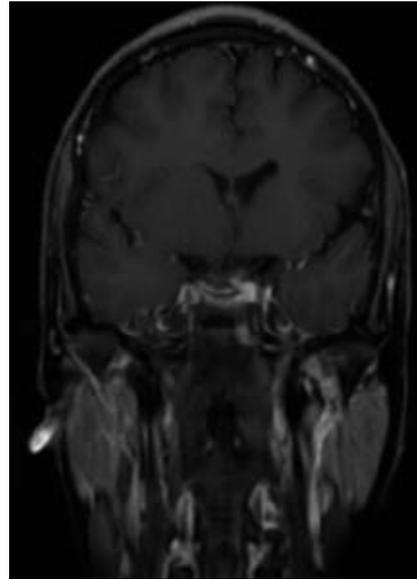


Figura 2:

Estudio de control. Resonancia magnética de cráneo T1 con gadolinio, corte coronal, se observan cambios postquirúrgicos a nivel de silla turca con ausencia de lesión ocupativa sellar o supraselar (junio de 2016).

de evento quirúrgico, se programó para cirugía con diagnóstico presuntivo de adenoma hipofisario. Se realizó cirugía electiva el día 11 de marzo de 2016, a través de abordaje transesfenoidal directo, más resección de la lesión, más drenaje de absceso sellar con hallazgos transoperatorios, lesión blanquecina aspirable, poco sangrante, de consistencia blanda y friable, acompañada de salida de material purulento y sangrado de 50 mililitros (Figura 2). Se enviaron muestras para cultivo de material, así como muestra a definitivo de lesión sellar, con desarrollo bacteriano *Staphylococcus aureus* y reporte histopatológico de quiste de la bolsa de Rathke (Figuras 3 y 4). Se interconsulta al Servicio de Infectología que indica doble esquema de antibiótico a base de ceftriaxona y metronidazol.

Paciente con adecuada evolución postquirúrgica, sin déficit neurológico, con mejoría de hemianopsia bitemporal valorado por campimetría y dado de alta en buenas condiciones generales.

Caso clínico 2

Se trata de mujer de 45 años que inició padecimiento en el 2018 con presencia de cefalea, fue tratada con analgésicos y hemianopsia bitemporal de predominio izquierdo, por lo que acudió a realizarse tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada de cráneo, en donde se identificó lesión sellar. Continuó con protocolo diagnóstico con imagen por resonancia magnética (IRM) de cráneo y se encontró lesión sellar (Figura 5). Se inició protocolo preoperatorio solicitando los siguientes estudios: campimetría visual computarizada con hemianopsia bitemporal, perfil hormonal sin alteraciones, laboratorio paraclínico normal, radiografía de tórax, electrocardiograma normal y valora-

ción preoperatoria por parte de los servicios de medicina interna y endocrinología para recibir recomendaciones sin contraindicación.

La paciente fue programada de forma electiva para abordaje transesfenoidal más resección de la lesión, la cual se realizó el día 28 de febrero de 2022 (Figura 6), y se encontraron como hallazgos microquirúrgicos lesión mucinosa transparente aspirable de consistencia gelatinosa, la cual se mandó a estudio histopatológico donde se hallaron características que se muestran en las Figuras 3, 4 y 7.

DISCUSIÓN

Embriología. En el embrión de dos semanas el extremo cefálico de la notocorda induce la formación de dos esbozos: la adenohipófisis y la neurohipófisis. En la tercera o cuarta semana de vida intrauterina aparece un esbozo hueco a partir del ectodermo del techo estomodeo, que va migrando en forma dorsal y penetrando en el mesodermo suprayacente (el que dará origen al esfenoides) hacia el tubo neural; de esta forma, la bolsa se forma en

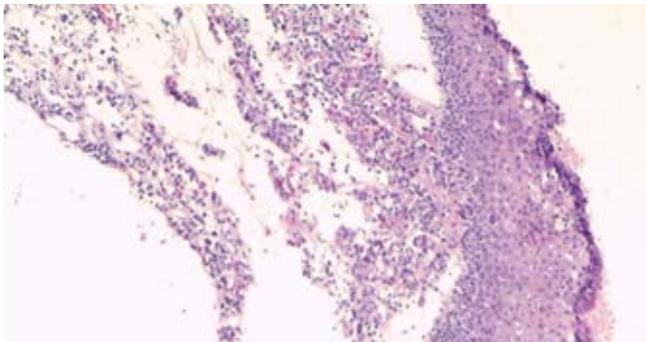


Figura 3: Corte histológico. Estructura quística plegada de paredes finas y revestimiento epitelial. Quiste de la bolsa de Rathke. Hematoxilina/eosina x100.

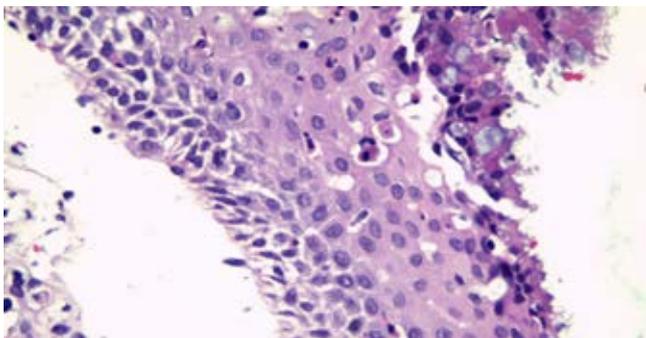


Figura 4: Corte histológico. Se observa el revestimiento epitelial interno del quiste por un epitelio pseudoestratificado cilíndrico ciliado. Hematoxilina/eosina x400.

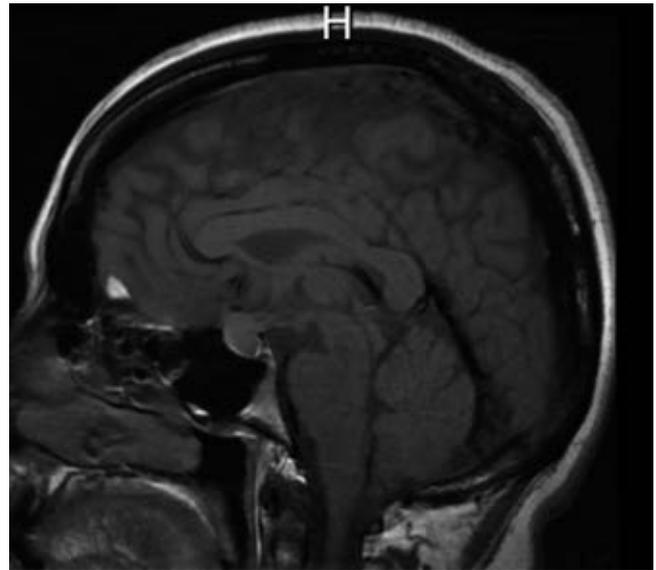


Figura 5: Resonancia magnética de cráneo T1 en corte sagital en la cual se aprecia imagen lesión selar de bordes regulares bien definidos.

un conducto llamado nasofaríngeo. En la decimoprimer semana el conducto comienza a obliterarse en su parte proximal, mientras que su porción craneal toma contacto con el esbozo neurohipofisario.

El conducto desaparece y se desconecta paulatinamente del ectodermo que lo originó. La pared anterior del mismo formará la *pars distalis* y *tuberalis*, mientras que la pared posterior dará origen a la *pars intermedia* que es vestigial en el adulto. El conjunto constituirá la adenohipófisis. Entre las paredes del conducto nasofaríngeo queda una cavidad o hendidura que en la mayoría de los casos se oblitera, si no lo hace, se puede transformar en una estructura quística y agrandarse por la secreción de células de su pared, lo que da origen al quiste de la bolsa de Rathke.²⁻⁵ La neurohipófisis se origina a partir del piso del diencéfalo como infundíbulo, éste penetra en el mesodermo y avanza hacia el conducto nasofaríngeo. La parte proximal del infundíbulo se convierte en el tallo y la parte distal será la "neurohipófisis". Existen autores que postulan que el quiste de la bolsa de Rathke (QBR) deriva, en realidad, de una metaplasia de células adenohipofisarias; se basan en el hallazgo de casos de adenomas hipofisarios combinados con quistes de la bolsa de Rathke. Cabe destacar que las células de este quiste pueden ser inmunohistoquímicamente positivas para algunas de las hormonas hipofisarias.^{1,5,6} Otros investigadores postulan que estos quistes son tumores neuroepiteliales por la gran semejanza estructural que tienen con los quistes coloides.^{1,2,7}

Manifestaciones clínicas. Los quistes de la bolsa de Rathke son asintomáticos en la mayoría de los casos.¹

Predominan en el sexo femenino entre los 30 y 50 años, aunque se ha descrito en niños y adultos mayores. El síntoma más común es la disfunción hipofisaria, en forma de hipopituitarismo o hiperprolactinemia, amenorrea y galactorrea debido a la compresión del tallo.^{1,3,4,6} La segunda manifestación más frecuente son las alteraciones visuales, debido a la compresión del quiasma que origina una hemianopsia bilateral. La cefalea es la tercera causa de consulta en estos pacientes. Es menos común la instalación brusca de este síntoma por la hemorragia intraquística o la extravasación del contenido al espacio subaracnoideo, lo que da lugar a una meningitis aséptica. Algunos pacientes presentan hidrocefalia por la compresión del agujero de Monroe.⁸

Histopatología. El estándar de oro es el análisis histopatológico. A veces, tras el drenaje del quiste, puede ser difícil obtener una muestra quirúrgica de la pared quística. En el análisis rutinario de hematoxilina y eosina, se muestra un epitelio columnar o cuboidal simple con células caliciformes ciliadas o mucinosas. También se observan con frecuencia células columnares pseudoestratificadas.

Diagnóstico por imágenes. La placa simple de cráneo en perfil estricto muestra en 80% de las lesiones sintomáticas abombamiento y erosión de la silla turca.⁶ En la TAC de cráneo estos quistes son en general hipodensos. En algunas ocasiones con realce al contraste en forma de anillo, en especial cuando presentan focos de epitelio escamoso.^{1-4,9} La IRM de cráneo muestra la extensión supraselar de estas lesiones, la relación con los nervios ópticos, quiasma e hipotálamo.^{1,9,10}



Figura 6: Tomografía axial computarizada de cráneo postquirúrgica en corte sagital en la cual se aprecian cambios postquirúrgicos en región selar sin evidencia de lesión ocupativa.

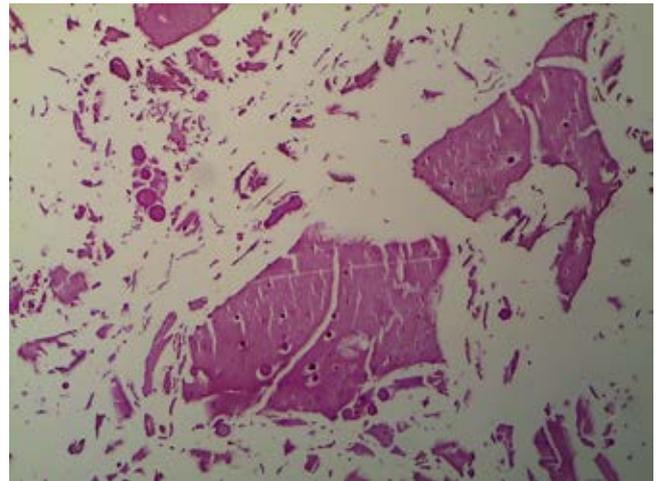


Figura 7: Corte histológico con tinción de hematoxilina y eosina en la cual se aprecia material seroso, mucoso y proteico compatible con lesión quística.

Tratamiento. La mayoría de los pacientes con quiste de la bolsa de Rathke son asintomáticos y los que llegan a presentar síntomas es por compresión de estructuras nerviosas, o bien al producirse alteraciones endocrinológicas. La vía de elección es el abordaje transesfenoidal, ya que es un abordaje con menor tasa de morbilidad, pero que hay que tener en cuenta que, si bien ofrece un campo operatorio estrecho, no alcanza para realizar la apertura quística, la aspiración del líquido y la toma de muestra de la pared. Con este tipo de cirugía la recidiva es del 5%.¹ La craneotomía se reserva para aquellos casos en los cuales se contraindica la vía transesfenoidal y cuando existen signos que hagan dudar del diagnóstico de quiste de la bolsa de Rathke.¹¹⁻¹³

Diagnóstico diferencial. Los quistes selares más frecuentes son los que presentan los adenomas de hipófisis, por lo tanto, es la primera patología a descartar. Otras lesiones con imágenes similares en TAC e IRM son: los quistes aracnoideos, en los cuales no hay epitelio, los quistes epidermoides, los craneofaringiomas quísticos (éstos son mayoritariamente de localización supraselar), la cisticercosis selar y los mucocelos (en esta patología se caracterizan por estar adheridos al seno esfenoidal).^{8,14}

CONCLUSIONES

Los quistes de la bolsa de Rathke y la asociación de absceso selar dentro de un quiste de la bolsa de Rathke son una patología muy rara, de baja frecuencia, de clínica inespecífica y de difícil diagnóstico imagenológico, que se presenta en personas sin patologías hipofisarias previas. Por lo cual, es importante pensar en esta entidad como uno de los diagnósticos diferenciales en las lesiones de la silla turca cuando se observe una lesión que involucre la

región selar, ya que con frecuencia se confunden con el adenoma hipofisario.^{15,16}

El drenaje por vía transefenoidal es la piedra angular en el manejo definitivo de esta entidad.^{1,15,17}

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Neurocirugía del Hospital de Especialidad del Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

REFERENCIAS

1. Simmonds M, Pathologic hypophysis. *Ver Disch Pathol.* 1914; 17: 202-212.
2. Jain KC, Varma A, Mahapatra AK. Pituitary abscess: a series of six cases. *Br J Neurosurg.* 1997; 11 (2): 139-143.
3. Altas M, Serefhan A, Silav G, Cerci A, Coskun KK, Elmaci I. Diagnosis and management of pituitary abscess: a case series and review of the literature. *Turk Neurosurg.* 2013; 23 (5): 611-616.
4. Soto R, Quintana L, Vega R. Absceso pituitario. *Rev Chile Neuroc.* 2013; 39: 65-68.
5. Prieto Tenreiro AM. Absceso hipofisario primario: una causa poco frecuente de cefalea y fiebre. *Med Clin.* 2011; 136 (1): 42-43.
6. González-Ibarra FP, Guzmán-Astorga CP, Leyva-Álvarez EA, Hernández-Félix CP, Estevan-Ortíz PD, Gómez Llanos-Navidad M. Absceso hipofisario: presentación de un caso. *Rev Fac Med UNAM.* 2011; 54 (5): 34-38.
7. Watcharasakul W, Limpastan K, Norasathada T, Vaniyapong T. Primary pituitary abscess presenting as cystic pituitary adenoma. *Chiang Mai Med J.* 2013; 52 (1-2): 37-41.
8. Gulgun YO, Serdar T, Huseyin S, Petek B, Yuksel P. Pituitary abscess simulating macroadenoma. *Turk J Med Sci.* 2004; 34 (5): 337-339.
9. Graña D, Ponce de León C, Perendones M, Dufrechou C. Abscesos de hipófisis: presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura. *Arch Med Int.* 2015; 37 (3): 122-126.
10. Shrestha R, Ji Z, Jin L, Shu J, Chao Y. Intrasellar abscess after transphenoidal pituitary surgery. *Rom Neurosurg.* 2011; 18 (3): 326-330.
11. Beatty N, Medina-García L, Al Mohajer M, Zangeneh TT. Polymicrobial pituitary abscess predominately involving *Escherichia coli* in the setting of an apoplectic pituitary prolactinoma. *Case Rep Infect Dis.* 2016; 2016: 4743212.
12. Gill M, Pathak HC, Singh P, Garg MK. Recurrent primary pituitary abscess. *World J Endoc Surg.* 2012; 4 (3): 108-111.
13. Galicia I, Orea I, Abad A, Aragón A, García-Durruti P, Ley L et al. Abscesos hipofisarios: estudio de siete casos. *Endocrinol Nutr.* 2005; 52: 152-156.
14. Israel ZH, Yacoub M, Gomori JM, Dotan S, Fellig Y, Shoshan Y et al. Rathke's cleft cyst abscess. *Pediatr Neurosurg.* 2000; 33 (3): 159-161.
15. Dalan R, Leow MK. Pituitary abscess: our experience with a case and a review of the literature. *Pituitary.* 2008; 11 (3): 299-306.
16. Zhu H, Gu XM, Hong J, Shen FX. Successful treatment of pituitary abscess with intravenous antibiotics: a case report and literature review. *Genet Mol Res.* 2014; 13 (4): 10523-10528.
17. Coulter IC, Mahmood S, Scoones D, Bradley N, Kane PJ. Abscess formation within a Rathke's cleft cyst. *J Surg Case Rep.* 2014; 2014 (11): rju105.



Instrucciones a los autores

La **Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría** es el órgano oficial de difusión de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría A.C. La revista publica investigaciones originales, casos clínicos, artículos de revisión, informes de casos clínicos, notas de historia, editoriales por invitación, cartas al editor y noticias. Para su aceptación, todos los artículos son analizados inicialmente al menos por dos revisores y finalmente ratificados por el Consejo Editorial.

La **Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría** acepta, en términos generales, las indicaciones establecidas por el *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*. La versión actualizada de las *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*, se encuentra disponible en www.icmje.org. Una traducción al español de esta versión de los «Requisitos de uniformidad para los manuscritos remitidos a las publicaciones biomédicas» se encuentra disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-instr.pdf>

El envío del manuscrito implica que éste es un trabajo que no ha sido publicado (excepto en forma de resumen) y que no será enviado a ninguna otra revista. Los artículos aceptados serán propiedad de la **Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría** y no podrán ser publicados (ni completos, ni parcialmente) en ninguna otra parte sin consentimiento escrito del editor.

El autor principal debe guardar una copia completa del manuscrito original.

Los artículos deberán enviarse a la plataforma de la revista.

1. Artículo original: Puede ser investigación básica o clínica y tiene las siguientes características:
 - a) Título: Representativo de los hallazgos del estudio. Agregar un título corto para las páginas internas. (Es importante identificar si es un estudio aleatorizado o control).
 - b) Resumen estructurado: Debe incluir introducción, objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones; en español y en inglés, con palabras clave y *keywords*.
 - c) Introducción: Describe los estudios que permiten entender el objetivo del trabajo, mismo que se menciona al final de la introducción (no se escriben aparte los objetivos, la hipótesis ni los planteamientos).
 - d) Material y métodos: Parte importante que debe explicar con todo detalle cómo se desarrolló la investigación y, en especial, que sea reproducible. (Mencionar tipo de estudio, observacional o experimental).
 - e) Resultados: En esta sección, de acuerdo con el diseño del estudio, deben presentarse todos los resultados; no se comentan. Si hay cuadros de resultados o figuras (gráficas o imágenes), deben presentarse aparte, en las últimas páginas, con pie de figura.
 - f) Discusión: Con base en bibliografía actualizada que apoye los resultados. Las conclusiones se mencionan al final de esta sección.
 - g) Bibliografía: Deberá seguir las especificaciones descritas más adelante.
 - h) Número de páginas o cuartillas: un máximo de 10. Figuras: 5-7 máximo.
2. Artículo de caso clínico: (1-2 casos) o serie de casos (más de 3 casos clínicos):
 - a) Título: Debe especificar si se trata de un caso clínico o una serie de casos clínicos.
 - b) Resumen: Con palabras clave y abstract con *keywords*. Debe describir el caso brevemente y la importancia de su publicación.
 - c) Introducción: Se trata la enfermedad o causa atribuible.
 - d) Presentación del (los) caso(s) clínico(s): Descripción clínica, laboratorio y otros. Mencionar el tiempo en que se reunieron estos casos. Las figuras o cuadros van en hojas aparte.
 - e) Discusión: Se comentan las referencias bibliográficas más recientes o necesarias para entender la importancia o relevancia del caso clínico.
 - f) Número de cuartillas: máximo 10. Figuras: 5-8.
3. Artículo de revisión:
 - a) Título: Que especifique claramente el tema a tratar.
 - b) Resumen: En español y en inglés, con palabras clave y *keywords*.
 - c) Introducción y, si se consideran necesarios, subtítulos: Puede iniciarse con el tema a tratar sin divisiones.
 - d) Bibliografía: Reciente y necesaria para el texto.
 - e) Número de cuartillas: 20 máximo. Figuras: 5-8 máximo.
4. Carta al editor: Esta sección es para documentos de interés social, bioética, normativos, complementarios



a uno de los artículos de investigación. No tiene un formato especial.

5. Artículo de historia: Al igual que en «carta al editor», el autor tiene la libertad de desarrollar un tema sobre la historia de la medicina.

Los manuscritos deben ser enviados a través del “Editor Web” de Medigraphic disponible en:

<https://revision.medigraphic.com/RevisionNeuro/>

Instructivo

1. Registrarse como autor
2. Ingresar al sistema con usuario y password
3. Seleccionar el tipo de trabajo
4. Llenar los campos solicitados
5. Enviar

LOS REQUISITOS SE MUESTRAN EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN

El formato se encuentra disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-instr.pdf>

Los autores deberán descargarlo y marcar cada uno de los apartados conforme se cubran los requisitos de la publicación. La lista de verificación en formato PDF deberá enviarse junto con el manuscrito, al igual que la forma de transferencia de derechos de autor. Los manuscritos preparados inadecuadamente o que no estén acompañados de la lista de verificación, serán rechazados sin ser sometidos a revisión.



ASPECTOS GENERALES

- Los artículos deben enviarse en formato electrónico. Los autores deben contar con una copia para su referencia.
- El manuscrito debe escribirse con tipo arial tamaño 12 puntos, a doble espacio, en formato tamaño carta, con márgenes de 2.5 cm en cada lado. La cuartilla estándar consiste en 30 renglones, de 60 caracteres cada renglón (1,800 caracteres por cuartilla). Las palabras en otro idioma deberán presentarse en letra itálica (cursiva).
- El texto debe presentarse como sigue: 1) página del título, 2) resumen y palabras clave [en español e inglés], 3) introducción, 4) material y métodos, 5) resultados, 6) discusión, 7) agradecimientos, 8) referencias, 9) apéndices, 10) texto de las tablas y 11) pies de figura. Cada sección se iniciará en hoja diferente. El formato puede ser modificado en artículos de revisión y casos clínicos, si se considera necesario.
- Numeración consecutiva de cada una de las páginas, comenzar por la página del título.
- Anote el nombre, dirección y teléfono de tres probables revisores, que no pertenezcan a su grupo de trabajo, a los que se les puede enviar su artículo para ser analizado.

TEXTO

Página de título

- Incluye:
 - 1) Título en español e inglés, de un máximo de 15 palabras y título corto de no más de 40 caracteres
 - 2) Nombre(s) de los autores en el orden en que se publicarán, si se anotan los apellidos paterno y materno pueden aparecer enlazados con un guión corto
 - 3) Créditos de cada uno de los autores
 - 4) Institución o instituciones donde se realizó el trabajo
 - 5) Dirección para correspondencia: domicilio completo, teléfono, fax y dirección electrónica del autor responsable

Resumen

- En español e inglés, con extensión máxima de 200 palabras.
- Estructurado conforme al orden de información en el texto:
 - 1) Introducción
 - 2) Objetivos
 - 3) Material y métodos
 - 4) Resultados
 - 5) Conclusiones
- Evite el uso de abreviaturas, pero si fuera indispensable su empleo, deberá especificarse lo que significan la primera vez que se citen. Los símbolos y abreviaturas de unidades de medidas de uso internacional no requieren especificación de su significado.
- Palabras clave en español e inglés, sin abreviaturas; mínimo tres y máximo seis.

TEXTO

- Manuscrito que no exceda de 10 páginas, dividido en subtítulos que faciliten la lectura.
- Deben omitirse los nombres, iniciales o números de expedientes de los pacientes estudiados.
- Se aceptan las abreviaturas, pero deben estar precedidas de lo que significan la primera vez que se citen y las de unidades de medidas de uso internacional a las que está sujeto el gobierno mexicano.
- Los fármacos, drogas y sustancias químicas deben denominarse por su nombre genérico, la posología y vías de administración se indicarán conforme a la nomenclatura internacional.
- Al final de la sección de Material y Métodos se deben describir los métodos estadísticos utilizados.

RECONOCIMIENTOS

- Los agradecimientos y detalles sobre apoyos, fármaco(s) y equipo(s) proporcionado(s) deben citarse antes de las referencias. Enviar permiso por escrito de las personas que serán citadas por su nombre.

REFERENCIAS

- Se identifican en el texto con números arábigos y en orden progresivo de acuerdo a la secuencia en que aparecen en el texto.
- Las referencias que se citan solamente en los cuadros o pies de figura deberán ser numeradas de acuerdo con la secuencia en que aparezca, por primera vez, la identificación del cuadro o figura en el texto.
- Las comunicaciones personales y datos no publicados serán citados sin numerar a pie de página.
- El título de las revistas periódicas debe ser abreviado de acuerdo al *Catálogo de la National Library of Medicine (NLM)*: disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals> (accesado 15/Mar/12). Se debe contar con información completa de cada referencia, que incluye: título del artículo, título de la revista abreviado, año, volumen y páginas inicial y final. Cuando se trate de más de seis autores, deben enlistarse los seis primeros y agregar la abreviatura *et al.*

Ejemplos, artículo de publicaciones periódicas, hasta con seis autores:

Vázquez LN, Ortiz J, Domínguez C, García F, Brea J, Falleiros ALH. Opinión de expertos sobre infecciones congénitas y perinatales. *Rev Enfer Infec Pediatr.* 2015; 28 (111):566-569.

Siete o más autores:

Cornely OA, Maertens J, Winston DJ et al. Posaconazole vs fluconazole or itraconazole prophylaxis in patients with neutropenia. *N Engl J Med.* 2007;356:348-59.

Libros, anotar edición cuando no sea la primera:

Cherry J, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL et al. Feigin and Cherry's Textbook of pediatric infectious diseases. 7th ed. New York: Saunders; 2014.

Capítulos de libros:

Hardesty R, Griffith B. Combined heart-lung transplantation. In: Myerowitz PD. Heart transplantation. 2nd ed. New York: Futura Publishing; 1987. p. 125-140.

Para más ejemplos de formatos de las referencias, los autores deben consultar <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/> (accesado 11/May/17)

Cuadros

- No tiene.
- Sí tiene.
Número (con letra): _____
- La información que contengan no se repite en el texto o en las figuras. Como máximo se aceptan 50 por ciento más uno del total de hojas del texto.
- Estarán encabezados por el título y marcados en forma progresiva con números romanos de acuerdo con su aparición en el texto.
- El título de cada cuadro por sí solo explicará su contenido y permitirá correlacionarlo con el texto acotado.

Figuras

- No tiene.
- Sí tiene.
Número (con letra): _____
- Se considerarán como tales las fotografías, dibujos, gráficas y esquemas. Los dibujos deberán ser diseñados por profesionales. Como máximo se aceptan 50 por ciento más una del total de hojas del texto.
- La información que contienen no se repite en el texto o en las tablas.
- Se identifican en forma progresiva con números arábigos de acuerdo con el orden de aparición en el texto, recordar que la numeración progresiva incluye las fotografías, dibujos, gráficas y esquemas. Los títulos y explicaciones se presentan por separado.

Fotografías

- No tiene.
- Sí tiene.
Número (con letra): _____
En color: _____
- Serán de excelente calidad, blanco y negro o en color. Las imágenes deberán estar en formato JPG (JPEG), sin compresión y en resolución mayor o igual a 300 ppp. Las dimensiones deben ser al menos las de tamaño postal (12.5 x 8.5 cm), (5.0 x 3.35 pulgadas). Deberán evitarse los contrastes excesivos.
- Las fotografías en las que aparecen pacientes identificables deberán acompañarse de permiso escrito para publicación otorgado por el paciente. De no ser posible contar con este permiso, una parte del rostro de los pacientes deberá ser tapado sobre la fotografía.
- Cada una estará numerada de acuerdo con el número que se le asignó en el texto del artículo.

Pies de figura

- No tiene.
- Sí tiene.
Número (con letra): _____
- Están señalados con los números arábigos que, conforme a la secuencia global, les correspondan.

Aspectos éticos

- Los procedimientos en humanos deben ajustarse a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) y con lo establecido en La ley General de Salud (Título Quinto) de México, así como con las normas del Comité Científico y de Ética de la institución donde se efectúen.
- Los experimentos en animales se ajustarán a las normas del National Research Council y a las de la institución donde se realicen.
- Cualquier otra situación que se considere de interés debe notificarse por escrito a los editores.
- Anotar en la Transferencia de Derechos de Autor que no hay conflicto de intereses.

TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

Título del artículo:

Autor principal:

Coautores:

Los autores certifican que el artículo arriba mencionado constituye un trabajo original y que no ha sido previamente publicado ni parcial ni totalmente. Asimismo, manifiestan que, en caso de ser aceptado para publicación en la **Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría**, los derechos de autor serán transferidos a la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría A.C.

Nombre y firma del autor principal y de todos los coautores:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar y fecha:

La Revista

NEUROLOGÍA

NEUROCIRUGÍA Y

PSIQUIATRÍA

Es una publicación que se encuentra indizada en:

Medigraphic, literatura biomédica

<http://www.medigraphic.org.mx>

Biblioteca del Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM

<http://www.revbiomedicas.unam.mx/>

LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

<http://www.latindex.org/>

Biblioteca del Instituto de Biotecnología UNAM

<http://www.biblioteca.ibt.unam.mx/revistas.php>

PERIODICA (Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias) UNAM

<http://periodica.unam.mx>

Google Académico

<http://scholar.google.com.mx/>

Memorial University of Newfoundland, Canada

http://www.library.mun.ca/copyright/index_new.php?showAll=1&page=1

medigraphic

Literatura Biomédica



Más de 77,000 artículos disponibles en versión completa



<https://www.medigraphic.com>



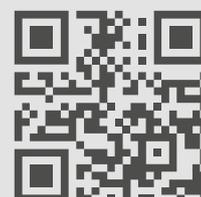
Facebook: MedigraphicOficial



Instagram: medigraphic.lb



Twitter: medigraphic_o



ATEMPERATOR®

Valproato de magnesio

Trabajando de cerca
con sus pacientes

• con migraña¹•



La confianza que da
la experiencia.

 **RMSTRONG®**
Comprometidos con tu salud



Referencias: 1. Información Para Prescribir Amplia Atemperator® familia.
Aviso de Publicidad: 203300202C3968.

ATEMPERATOR® LP. Tableta de liberación prolongada
Caja con 20 tabletas de 300 mg.

ATEMPERATOR®

Valproato de magnesio



De la mano de sus pacientes
con síndrome de
abstinencia al alcohol¹.



La confianza que da
la experiencia.



Atemperator 400 mg

Caja con 2 tubos con 15 tabletas masticables cada uno.
Cada tableta contiene 400 mg de Valproato de Magnesio.



Atemperator LP

Caja con 20 tabletas de 600 mg.

 **RMSTRONG®**
Comprometidos con tu salud

Referencia: 1. IPP-R Atemperator® Tableta masticable. 2. IPP-A Atemperator LP®

No. de entrada: 213300202C2010