REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Órgano de difusión científica de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
Volumen 1 | Número 1 | Mayo 2013
ISSN 2308-1562

- Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina
- Patología dual en niños y adolescentes
- Consumo de sustancias en pacientes esquizofrénicos
- Quetiapina en el transtorno bipolar
- Paciente con amnesia post-traumática
- Integración en Psiquiatría
- Práctica psiquiátrica humanizada

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 1 | Número 1 | Mayo 2013

ISSN 2308-1562

Editor
Dr. JULIO TORALES-BENÍTEZ

Secretario de Redacción
Dr. HUGO RODRÍGUEZ MARÍN

Consejo Editorial
Dr. ANDRÉS ARCE RAMÍREZ
Lic. CRISTINA ARROM SUHURT
Dra. ANA IRIS BENÍTEZ DOS SANTOS
Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO
Dr. MANUEL FRESCO
Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES
Dr. MARTÍN MORENO GIMÉNEZ

Comité de Revisores

Dra. ANDREA ABADI (Argentina)
Presidenta de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesionales Afines (AAPI)

Dr. DINESH BHUGRA (Reino Unido)
Presidente electo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)

Dr. ALFREDO CÍA (Argentina)
Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Dr. RODRIGO CHAMORRO (Chile)
Director de la Comisión de Psiquiatría de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN)

Dr. GUSTAVO RODRÍGUEZ ANDERSEN (Paraguay)
Director de Investigaciones y Jefe de la Cátedra de Bioestadística y Demografía de la Facultad de Ciencias Médicas UNA

Dra. LAURA VIOLA (Uruguay)
Presidenta de Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (FLAPIA)

Revista Paraguaya de Psiquiatría | Vol. 1 Nº 1 Mayo 2013 | ISSN 2308-1562 | Diseño: Horacio Oteiza | Tirada: 300 ejemplares
Ilustración de tapa: "Desorganización", Autor: Dr. Arnaldo Alfonzo
Secretaría: Cerro Corá esquina Tacuary, primer entre piso, edificio del Círculo Paraguayo de Médicos, Asunción – Paraguay
Correo electrónico: **revista@psiquiatriaparaguaya.org** | Distribución gratuita.

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Personería Jurídica por Decreto PE Nº 15.275 del 25 de mayo de 1986

COMISIÓN DIRECTIVA 2012-2014

Presidente
Dr. MANUEL FRESCO

Vicepresidente
Dr. MARTÍN MORENO GIMÉNEZ

Secretaria General
Dra. ANA IRIS BENÍTEZ DOS SANTOS

Tesorero
Dr. EDUARDO FRANCO

Secretario de Actividades Científicas
Dr. ANDRÉS ARCE RAMÍREZ

Vocal Titular
Dr. JOSÉ ANDRÉS BOGADO

Vocal Suplente
Dra. MIRTA MENDOZA BASSANI

SINDICATURA

Dr. CARLOS GAUTO (Titular)
Dr. JUAN HALABURDA (Suplente)

TRIBUNAL DE ÉTICA

Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO
Dr. VÍCTOR GODOY
Dr. RUBEN CASTRAT

SECCIONES

Adicciones
Presidente: Dr. MANUEL FRESCO

Atención Primaria en Salud Mental
Presidenta: Dra. CLAUDIA ANALÍA PARODI

Jóvenes psiquiatras y psiquiatras en formación
Presidenta: Dra. VIVIANA RIEGO MEYER

Patología Dual
Presidente: Dr. ANDRÉS ARCE RAMÍREZ

Psicodermatología
Presidente: Dr. JULIO TORALES-BENÍTEZ

Psicoterapias
Presidente: Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO

Psiquiatría de Enlace
Presidente: Dr. MARTÍN MORENO GIMÉNEZ

Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia
Presidenta: Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES

JUNTA ELECTORAL

Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES
Dr. HUGO RODRÍGUEZ MARÍN
Dr. MIGUEL ÁNGEL CUELLAR

La Sociedad Paraguaya de Psiquiatría forma parte de:

apal

Asociación Psiquiátrica
de América Latina (APAL)

World Psychiatric
Association (WPA)

CONTENIDO *[Contents]*

Página *[Page]* **5**

EDITORIAL *[Editorial]*
La investigación como recurso para el desarrollo de los pueblos
[Research as a resource for the people's development]

Página *[Page]* **12**

ARTÍCULO ORIGINAL *[Original article]*
Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Asunción
[Depression and anxiety in medical students of the National University of Asunción]

Página *[Page]* **29**

ARTÍCULO ORIGINAL *[Original article]*
Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en niños y adolescentes internados en la Unidad de Desintoxicación Programada del Centro Nacional de Control de Adicciones de Asunción, Paraguay
[Pilot study on the prevalence of dual pathology in inpatient children and adolescents of the Scheduled Detoxification Unit of the National Center on Addictions Control of Asunción, Paraguay]

Página *[Page]* **37**

ARTÍCULO ORIGINAL *[Original article]*
Características epidemiológicas del trastorno por consumo de sustancias en pacientes esquizofrénicos de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay), periodo 2004-2012
[Epidemiology of substance use disorders in schizophrenic patients of the Department of Psychiatry of the School of Medical Sciences, National University of Asuncion (Paraguay), period 2004-2012]

Página *[Page]* **46**

ARTÍCULO DE REVISIÓN *[Review article]*
Utilidad de la quetiapina en el tratamiento del trastorno bipolar
[Quetiapine's utility in the treatment of bipolar disorder]

Página *[Page]* **51**

REPORTE DE CASO *[Case report]*
Valoración de síntomas depresivos en un paciente con amnesia post-traumática
[Assessment of depressive symptoms in a patient with post traumatic amnesia]

Página *[Page]* **55**

ARTÍCULO DE OPINIÓN *[Opinion article]*
La integración como imperativo de la Psiquiatría para el nuevo milenio
[Integration as an imperative of the Psychiatry for the new millennium]

Página *[Page]* **59**

CARTA AL EDITOR *[Letter to the Editor]*
Hacia una práctica psiquiátrica más humanizada
[Towards a more humanized psychiatric practice]

El contenido de los artículos y las opiniones vertidas en ellos son de exclusiva responsabilidad de los autores y no representan, necesariamente, la postura de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría o de esta revista.

EDITORIAL *[Editorial]*

LA INVESTIGACIÓN COMO RECURSO PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS.

[RESEARCH AS A RESOURCE FOR THE PEOPLE'S DEVELOPMENT].

Cuando la Comisión Directiva de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría (SPP) me encomendó la tarea de llevar adelante el proyecto de creación y lanzamiento de la Revista Paraguaya de Psiquiatría, me embargaron sentimientos de orgullo y satisfacción.

Por un lado, me sentí orgulloso de que mis colegas me honren con la tarea de concretar este anhelado sueño: el de tener nuestra propia publicación científica periódica; y, por otro lado, sentí una enorme satisfacción de que la entidad en la que sirvo como miembro titular y presidente de una de sus secciones, haya decidido apostar firmemente a la promoción de la producción científica y la generación del conocimiento. Reconocer a estos últimos como principales recursos para el desarrollo de los pueblos y para lograr más y mejores avances en salud es una premisa que la SPP reconoce como crucial y con la cual se ha comprometido a través de esta iniciativa.

El casi determinista peso de la historia, la geografía y la cultura, muchas veces, son responsables del rezago de los países en lo que respecta a investigación científica. En el caso de Paraguay, la tradición universitaria escolástica y luego la napoleónica, en su interpretación latinoamericana, han sido causales de la exclusión de la investigación científica de los modelos curriculares de los centros de formación médica. Erróneamente se cree que el énfasis en la investigación postergaría la formación profesional, cuando es bien sabido que la investigación genera profesionales de excelencia (1).

Estamos ya a 13 años de iniciado el siglo XXI, sin embargo, aún hoy persisten evidentes vacíos y desigualdades en salud tanto entre países como dentro de ellos, haciendo evidente la falla colectiva de compartir de manera equitativa los grandes avances en salud que genera la investigación científica de miles de profesionales alrededor del mundo. Al mismo tiempo, se avecinan grandes retos (infecciosos, medioambientales y conductuales) que, en un momento de rápidas transiciones demográficas y epidemiológicas, amenazan la seguridad de la salud de todos. Los sistemas de salud del mundo están luchando para mantenerse en el nivel requerido, mientras que se hacen más complejos y costosos, poniendo exigencias adicionales sobre los trabajadores de la salud (2). La investigación científica es la clave para lograr hacer frente a estos grandes retos venideros.

En el mundo actual (donde el verdadero ejercicio de la libertad y la soberanía están en el conocimiento) se necesita la ciencia para disminuir los límites de la ignorancia y aumentar la capacidad para resolver los problemas. Un mejor estándar de vida puede lograrse en un país que disponga de recursos humanos altamente adiestrados formados en centros capaces de generar conocimientos y de formar profesionales imaginativos que puedan innovar y crear (3).

La ausencia de investigación ya no es concebible en ningún país, por pobre que sea, ni en ninguna universidad o sociedad científica. Sin investigación, el país no saldrá de la pobreza al no encontrar modelos propios de progreso. Hoy día, sin pensamiento científico, es decir, sin generación de nuevas ideas, ya no es posible el progreso que genera la técnica y deviene la dependencia cultural, porque se debe comprar la técnica a un alto precio (1). Por todo esto, es correcto afirmar que la investigación científica está definitivamente ligada al progreso y desarrollo cultural de un país. Es esa investigación la que debe convertirse en el bien cultural más preciado en las sociedades modernas. A esto apuntamos con el lanzamiento de la Revista Paraguaya de Psiquiatría.

Por último, no puedo dejar de agradecer la confianza depositada en mi persona por la Comisión Directiva de la SPP. Asimismo, destaco que en la tarea que se me ha encomendado cuento con el invaluable apoyo de distinguidos colegas nacionales que integran el Consejo Editorial de esta revista y de destacados profesionales extranjeros, indiscutibles referentes de la psiquiatría latinoamericana y mundial.

"La sociedad cada vez más tiende a fundarse en el conocimiento, por lo que la educación superior y la investigación forman parte fundamental del desarrollo cultural y socioeconómico, ecológicamente sostenible de los individuos, las comunidades y las naciones" (4).

Dr. **JULIO TORALES-BENÍTEZ**
Editor
Revista Paraguaya de Psiquiatría

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cubilla A. Crisis en la Universidad: identificación de problemas académicos y propuesta de cambios. Informe final. Asunción: Comisión Bicameral para el estudio de la reforma de la educación superior, diciembre de 2005.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2011; 28 (2): 337-41.
3. Ruiz-Ramírez J. Importancia de la investigación. *Rev. cient. (Maracaibo)* 2010; 20(2): 125-125.
4. UNESCO. Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: visión y acción. Paris: 1998.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN.

[DEPRESSION AND ANXIETY IN MEDICAL STUDENTS OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN].

Julio Torales-Benítez, Néstor Girala, Martín Moreno Giménez, Andrés Arce Ramírez, Sebastián Trinidad, Evelyn Estigarribia, Juan José Vera, Diego Mongelós, Mauricio Cáceres, Fabiana Velázquez, Diego Benítez, Sebastián Ocampos, Amín Saua.

Correspondencia: Dr. Julio Torales-Benítez, jefe de Investigaciones de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | jtorales@med.una.py | Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

RESUMEN

Diversos investigadores han mostrado preocupación por el estrés propio de la vida de los universitarios, argumentando que los estresores académicos pueden generar alteraciones en el bienestar físico y psicológico de los estudiantes y precipitar la aparición de cuadros depresivos o ansiosos. Tomando en cuenta lo anterior, en este estudio se investigaron los niveles de ansiedad y depresión que presentaban los estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, y se determinó si existía o no asociación con los datos socio-demográficos, académicos y estilos de vida practicados por los mismos.

La muestra estuvo conformada por 637 estudiantes. El 56,2% eran del sexo femenino y el mayor porcentaje se situó en el rango de 20 a 22 años de edad (42,2%). En cuanto a nivel de depresión, se encontró que el 18,7% presentó algún tipo de caso positivo de depresión. En cuanto a nivel de ansiedad, se encontró que el 46,6% presentó algún tipo de caso positivo de ansiedad. Los resultados encontrados demostraron, además, la existencia de asociación entre el lugar de residencia, lugar de procedencia, con quién vive, tipo de estudiantes universitarios (regular o condicional), uso de fármacos y frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas con depresión; y entre el sexo, lugar de procedencia, rango de edad, curso, uso de fármacos y tratamiento psiquiátrico o psicológico previo con ansiedad *(p<0,05)*.

Palabras clave: estudiantes universitarios, medicina, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Several researchers have shown concern about the stress inherent in the life of college students, arguing that academic stressors can produce alterations in the physical and psychological wellbeing of students and precipitate the onset of depression or anxiety. Considering the above, this study investigated the levels of anxiety and depression presented in medical students of the National University of Asunción, and determined whether there was association with socio-demographic data, academic data and lifestyles practiced by the students.

The sample consisted of 637 students. 56.2% were female and the highest percentage was in the range of 20 to 22 years old (42.2%). It was found that 18.7% had positive cases of depression. It was also found that 46.6% had positive cases of anxiety. The results showed also the existence of association between place of residence, place of origin, with who the student lives, type of college student (regular or conditional), use medication and frequency of alcohol drinking with depression, and between sex, national origin, age range, ongoing drug use and prior psychiatric or psychological treatment with anxiety ($p < 0.05$).

Keywords: college students, medicine, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se enmarca en el interés mundial suscitado por la salud mental de los estudiantes universitarios, que ha llevado a diversos investigadores a priorizar esta área, estudiando aquellas características psicológicas que comparten estos jóvenes y que pueden hacerlos más vulnerables al desarrollo de ciertas patologías (1-4). La mayoría de los estudiantes universitarios se encuentra en un período de transición de la adolescencia a la adultez, y es justamente esta etapa de transición la que puede facilitar la experimentación de un mayor estrés, asociado a la formación de la identidad, exploración de la sexualidad e intimidad, independencia de los padres, elección de la carrera universitaria, entre otras variables (5, 6).

El paso del colegio a la universidad constituye un hito importante en la vida de los jóvenes, puesto que determina la readaptación a una nueva forma y un nuevo estilo de vida. La Universidad obliga a sus estudiantes desarrollar (y demostrar) una serie de capacidades, tales como la habilidad de toma de decisiones, adecuada distribución del tiempo dedicado al estudio y a la vida no estudiantil, seguridad en sí mismo y autoestima, entre otros (7). De este modo, los estudiantes universitarios van estableciendo su propia personalidad, la cual es influida tanto por aspectos biológicos como ambientales y sociales (1).

La población estudiantil es considerada por diversos autores como particularmente vulnerable al desarrollo de ciertas psicopatologías, por verse expuesta a una serie de factores estresantes, tales como estresores académicos, dificultades financieras y problemas del grupo primario de apoyo, tanto social como familiar. (8, 9). Entre los desórdenes emocionales que pueden aparecer en los estudiantes universitarios, destacan los ansioso-depresivos. Variadas investigaciones de alcance internacional han estudiando la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en la población estudiantil universitaria (10, 11, 12). Asimismo, diversos investigadores han mostrado preocupación por el estrés propio de la vida de los universitarios, argumentando que los estresores académicos pueden generar alteraciones en el bienestar físico y psicológico de los estudiantes, pudiendo precipitar la aparición de cuadros depresivos y/o ansiosos. (13, 14). Además, dentro de este contexto se ha investigado la asociación entre ansiedad y depresión, cómo varían estos cuadros a través de los años de estudio en distintas carreras universitarias (15) y la diferencia de su prevalencia por género (9).

En este sentido, está siendo bastante conocida la situación de los estudiantes universitarios de la carrera de Medicina, quienes al final de su formación serán directamente responsables de la salud de otras personas (11). Esta carrera se caracteriza por ser altamente demandante, tanto en términos académicos como psicológicos (16). Junto con exigir el aprendizaje de una gran cantidad de información en períodos cortos de tiempo, contemplan dentro de su plan de estudios el trato con pacientes. Este último es un evento de intensa carga emocional que puede ir acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional, lo cual es entendido por otros como síndrome de Burnout (17, 18).

A partir de lo anterior, surge la siguiente interrogante: *¿cuáles son los niveles de depresión y ansiedad en los estudiantes universitarios de 1.º a 6.º cursos de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Asunción; y cómo se relacionan estas variables con los datos socio-demográficos, académicos y estilos de vida practicados por los mismos?*

En este estudio interesa investigar los niveles de ansiedad y depresión que tienen los estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, determinando si existe asociación con los datos socio-demográficos, académicos y estilos de vida practicados por los estudiantes.

El interés por este tema radica en la escasez de investigaciones que abordan esta problemática en la FCM-UNA y en las características de la carrera de Medicina y Cirugía (por ejemplo, su alta carga académica). La presente investigación es entonces relevante en términos institucionales, para el diseño de estrategias destinadas a mejorar la calidad de vida de los estudiantes universitarios. Además, este estudio pretende generar un conocimiento que contribuya al bienestar de los estudiantes, ya sea a través de cambios en su plan de estudios o mediante intervenciones específicas (realizadas en conjunto por la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, la Cátedra de Psicología Médica, la Coordinación Académica de la carrera de Medicina y Cirugía y la Dirección de Apoyo a la Comunidad Académica), como la creación de espacios de psicoterapia, actividades recreativas, entre otros. Asimismo, se proyectan futuros estudios que profundicen en los hallazgos encontrados y se propone que la FCM-UNA, además de tener como foco la excelencia académica, propicie el bienestar psicológico de estudiantes, docentes y personal administrativo.

OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar los niveles de depresión y ansiedad en los estudiantes universitarios de 1.º a 6.º cursos de la carrera de Medicina y Cirugía de la FCM-UNA que asisten a clases en septiembre de 2012.

2.2. Objetivos específicos

- Clasificar a la muestra según datos socios demográficos y académicos.
- Determinar las prevalencias globales de depresión y ansiedad en los estudiantes universitarios de 1º a 6º cursos de la carrera de Medicina y Cirugía.
- Determinar la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, drogas de prescripción médica y sustancias ilícitas entre los estudiantes universitarios de la carrera de Medicina y Cirugía.
- Asociar ansiedad y depresión con los datos socio-demográficos, académicos y estilos de vida evaluados.

SUJETOS Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se incluyó en el mismo a estudiantes universitarios, de ambos sexos, del 1.º al 6.º cursos de la carrera de Medicina y Cirugía de la FCM-UNA, que asistían a clase en septiembre de 2012, y que aceptaron participar del estudio.

El tipo de muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. Se seleccionó cada estudiante universitario que cumpla con los criterios de inclusión hasta alcanzar el número total de estudiantes. No habiendo investigaciones similares realizadas en la FCM-UNA y debido al interés investigativo, la muestra estuvo conformada por la totalidad de la población accesible que reunía los criterios de inclusión (637 estudiantes).

Se solicitó el permiso a los docentes a fin de poder acceder a las aulas de clases. Una vez obtenido dicho permiso, se visitó aula por aula, se informó al docente a cargo de la materia del objetivo de la investigación y el tiempo necesario para llevar a cabo la toma de datos, de forma a poder acceder a los estudiantes universitarios durante su clase. Finamente, se comunicó a los estudiantes universitarios sobre los fines y objetivos de la investigación, a fin de obtener su consentimiento por escrito, el cual fue rellenado primeramente y a continuación se entregaron las encuestas, garantizando de esta manera el anonimato. Al finalizar la toma de datos, se verificó que todas las encuestas estuvieran completas, para evitar pérdida de encuestas por casillas vacías. Cabe resaltar que en todo momento se estuvo pendiente de los estudiantes universitarios por cualquier duda que pudiera surgir de las preguntas o respuestas del cuestionario.

3.1. Variables

3.1.1. Variables independientes

3.1.1.1. Variables socio-demográficas

- **Edad**: se midió en años cumplidos.
- **Sexo**: sexo del estudiante, clasificado en femenino o masculino.
- **Lugar de residencia:** se clasificó según lo referido por los estudiantes en: *Asunción*; *Departamento Central* e *Interior* (otros departamentos).
- **Lugar de procedencia:** se clasificó según lo referido por los estudiantes en: *Asunción*; *Departamento Central*, *Interior (otros departamentos) o Exterior del país.*

3.1.1.2. Variables académicas

- **Año de ingreso**: se midió a partir de pregunta abierta
- **Tipo de alumno**: se clasificó en: *regular* (aquel que ha aprobado la totalidad de materias del curso inmediato anterior) ó *condicional* (aquel que ha aprobado el 50% de las materias del curso inmediato anterior y posee firma en el 50% restante). En el caso de estudiantes de 1.º curso, se consideró a todos como alumnos regulares.
- **Promedio**: se clasificó según lo referido por los propios estudiantes en función a las Normas generales para la organización, funciones y procedimientos de la Facultad de Ciencias Médicas (19) en: menos de 2 (insuficiente); entre 2,1 a 2,9 (aceptable); entre 3,0 a 3,9 (bueno); entre 4,0 a 4,9 (muy bueno) y 5 (Excelente).

- **Forma de pago estudiantil:** se clasificó según los referido por los estudiantes en función a quien o quienes se encargan de los gastos generados por sus estudios universitarios: *aportes familiares* (sean de los padres u otros familiares); *trabajo* (es autosustentable) ó *becado* (alguna institución se hace cargo de los gastos generados)

3.1.1.3. Variables relacionadas a los estilos de vida

- **Hábito de fumar**: se clasificó en *Sí* o *No*. En caso de respuestas afirmativas, se indagó sobre la cantidad de *cigarrillos fumados por día.*
- **Consumo de bebidas alcohólicas:** se clasificó en *Sí* o *No*. En caso de respuestas afirmativas, se indagó sobre la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en: *Sólo en eventos sociales; Regularmente al menos 1 vez por semana; Regularmente 2 a 3 veces por semana; Regularmente 4 a 5 veces por semana; Todos los días.*
- **Uso de drogas de prescripción médica:** se clasificó en *Sí* o *No*. En caso de respuestas afirmativas, se indagó sobre el tipo de drogas consumidas, clasificándose en antidepresivos, ansiolíticos, estimulantes y otros.
- **Uso de sustancias ilícitas:** se clasificó en *Sí* o *No*. En caso de respuestas afirmativas, se indagó sobre el tipo de sustancia de consumidas, clasificándose en *marihuana, cocaína y otros.*
- **Tratamiento psiquiátrico:** se clasificó en *Sí* o *No.*

3.1.2. Variables dependientes

- **Depresión**: se clasificó en función al resultado obtenido en la HADS, siguiendo la interpretación recomendada por sus autores, quienes a partir de los puntajes brutos en ambas escalas, establecen las siguientes categorías (20): *Menos de 8 (normalidad); entre 8 a 10 (caso probable) y mayor a 10 (caso de depresión).*
- **Ansiedad**: se clasificó en función al resultado obtenido en la HADS, siguiendo la interpretación recomendada por sus autores, quienes a partir de los puntajes brutos en ambas escalas, establecen las siguientes categorías (20): *Menos de 8 (normalidad); entre 8 a 10 (caso probable) y mayor a 10 (caso de ansiedad).*

3.2. Instrumento recolector de datos y análisis

Se elaboró una encuesta para los fines de la investigación, la cual contó con los datos socio-demográficos, académicos y de estilos de vida. La encuesta fue sometida (con el fin de poner a prueba el instrumento y verificar su eficiencia y validez) a un primer nivel de pre-test, el *exploratorio*, donde los tutores de la presente investigación así como una especialista en metodología de la investigación corrigieron el instrumento para evitar sesgos y preguntas incompletas. A dicha encuesta se le adjunto el cuestionario del *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), el cual es un instrumento reconocido internacionalmente y validado para estudios en ambientes hospitalarios, en población general (21) y en población universitaria (22-25) *(véase Anexo I: Modelo de instrumento recolector de datos).*

La HADS corresponde a un instrumento autoaplicado, constituido por 14 ítems, que posee una subescala de ansiedad de 7 ítems (HAD-A) y una subescala de depresión de 7 ítems (HAD-D). El sujeto contesta a cada ítem utilizando una escala tipo *Likert* (él mismo evalúa sus síntomas) en la que algunas veces se hace referencia a la intensidad del síntoma y otras veces a la frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso).

Los datos cualitativos se resumieron en frecuencia (n_i) y porcentaje (%). Para la sección analítica de los resultados se empleó, en el caso de comparación entre variables categóricas, la prueba ChiCuadrado ($\chi 2$) o Kruskal-Wallis, la correlación ordinal de Spearman o suma de rangos de Wilcoxon. El nivel de significación estadística fue de $p<0,05$.

3.3. Asuntos éticos

Se cumplió con el *principio de respeto a las personas*, que garantizó que cada estudiante universitario recibió la información sobre los objetivos y naturaleza de la investigación y que se obtuvo su consentimiento por escrito a fin de proceder a la toma de datos. Se cumplió, asimismo, con el *principio de beneficencia*, puesto que al final de cada encuesta, los participantes tenían la posibilidad de sumar ellos mismos los puntajes obtenidos en las subescalas de ansiedad y depresión, con el fin que quede como opción de cada uno tomar las medidas correctivas que considere necesario como, por ejemplo, consultar en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la FCM-UNA. Y, por último, se cumplió con el *principio de justicia,* puesto que todos los participantes fueron tratados por igual, independientemente del sexo, edad, raza y otras características. Los datos fueron confidenciales y sólo se expondrán para fines de investigación.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 637 estudiantes universitarios de la carrera de Medicina y Cirugía de la FCM-UNA. El 56,2% eran del sexo femenino y el mayor porcentaje de la muestra se situó en el rango de 20 a 22 años de edad (42,2%), siendo el promedio de edad de 23±3 años (rango: 18-36).

En cuanto a nivel de depresión, se encontró que el 81,3% de los estudiantes universitarios encuestados no presentó ningún grado de depresión, el 12,9% fueron casos probables y el 5,8%, casos de depresión; es decir el 18,7% presentó algún tipo de caso positivo de depresión. En cuanto a nivel de ansiedad, se encontró que el 53,4% de los estudiantes universitarios no presentó ningún grado de ansiedad, el 26,4% fueron casos probables y el 20,3% presentaron casos de ansiedad; es decir el 46,6% presentó algún tipo de caso positivo de ansiedad.

El 57,1% de los casos positivos de depresión y el 64,3% de los casos positivos de ansiedad se dieron en mujeres *(p=0,818 y p=001*, respectivamente). Los casos de depresión y ansiedad fueron más frecuentes ente los estudiantes universitarios de 20 a 22 años de edad (44,5% y 45,8%, respectivamente); mientras que los casos negativos fueron mayores entre los estudiantes universitarios de mayor edad *(p=0,0336 para depresión; p=0,059 para ansiedad)* (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de los casos de depresión y ansiedad según variables socio demográficas.

Variables		Depresión				Total (n=637)	
		Casos negativos (n=518)		Casos positivos (n=119)			
		n	%	n	%	n	%
Sexo (p=0,818)[a]	Femenino	290	56,0	68	57,1	358	56,2
	Masculino	228	44,0	51	42,9	279	43,8
Rango de edad (p=0,0336)[a]	Menos de 20 años de edad	36	6,9	11	9,2	47	7,4
	20 a 22 años de edad	216	41,7	53	44,5	269	42,2
	23 a 25 años de edad	169	32,6	34	28,6	203	31,9
	26 a 29 años de edad	97	18,7	21	17,6	118	18,5
Variables		**Ansiedad**				**Total (n=637)**	
		Casos negativos (n=340)		**Casos positivos (n=297)**			
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Sexo (p=0,001)[a]	Femenino	167	49,1	191	64,3	358	56,2
	Masculino	173	50,9	106	35,7	279	43,8
Rango de edad (p=0,059)[a]	Menos de 20 años de edad	22	6,5	25	8,4	47	7,4
	20 a 22 años de edad	133	39,1	136	45,8	269	42,2
	23 a 25 años de edad	110	32,4	93	31,3	203	31,9
	26 a 29 años de edad	75	22,1	43	14,5	118	18,5

[a] Chi cuadrado

En cuanto a lo referente a las características geográficas y económicas, los casos de depresión fueron más comunes entre los estudiantes universitarios que residen en Asunción (64,7%) *(p=0,044)* y entre aquellos cuya procedencia es distinta a la ciudad de Asunción (41,9% para la ciudad de Asunción versus 58,1% para Gran Asunción, Departamento Central, interior y exterior del país) *(p=0,029)*. En lo que respecta a casos positivos de ansiedad, estos son más frecuentes entre aquellos estudiantes universitarios que residían en Asunción (56,6%) *(p=0,326)* y en aquellos que procedían de orígenes distintos a la ciudad capital (56,2%) *(p=0,161)*. Al evaluar con quien vivían, se encontró que el porcentaje de depresivos que vivían solos ascendía al 10,9% *(p=0,032)*; mientras que la mayor parte de los ansiosos vivía con sus familiares (90,2%) *(p=0,624)*.

En cuanto a la forma de financiamiento de la carrera, se encontró que los casos confirmados de depresión y ansiedad fueron mayores en los alumnos cuyas familias se encargan de sus gastos, 98,3% y 97,6%, respectivamente *(p=0,354 para depresión; p=0,385 para ansiedad)* (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de los casos de depresión y ansiedad según variables geográficas y económicas.

Variables		Depresión				Total (n=637)	
		Casos negativos (n=518)		Casos positivos (n=119)			
		n	%	n		n	%
Reside (p=0,044)[a]	Asunción	299	57,7	77	64,7	376	59,0
	Gran Asunción	174	33,6	26	21,8	200	31,4
	Dpto. Central	44	8,5	15	12,6	59	9,3
	Interior	1	0,2	1	0,8	2	0,3
Variables		**Depresión**				**Total (n=637)**	
		Casos negativos (n=518)		**Casos positivos (n=119)**			
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Procedencia (p=0,029)[a]	Asunción	236	45,6	50	41,9	286	44,9
	Gran Asunción	173	33,4	34	28,6	207	32,5
	Dpto. Central	51	9,8	12	10,1	63	9,9
	Exterior	11	2,1	9	7,6	20	3,1
	Interior	47	9,1	14	11,8	61	9,6
Vive (p=0,032)[a]	Solo (a)	27	5,2	13	10,9	40	6,3
	Con familiares	472	91,1	98	82,4	570	89,5
	Con amigos o compañeros	9	1,7	4	3,4	13	2,0
	Con pareja	8	1,5	4	3,4	12	1,9
Aporte familiar (p=0,354)[a]	Si	501	96,7	117	98,3	618	97,0
	No	17	3,3	2	1,7	19	3,0
Trabaja (p=0,094)[a]	Si	57	11,0	7	5,9	64	10,0
	No	461	89,0	112	94,1	573	90,0
Becado (p=0,874)[a]	Si	28	5,4	6	5,0	34	5,3
	No	490	94,6	113	95,0	603	94,7
Variables		**Ansiedad**				**Total (n=637)**	
		Casos negativos (n=340)		**Casos positivos (n=297)**			
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Reside (p=0,326)[a]	Asunción	208	61,2	168	56,6	376	59,0
	Gran Asunción	106	31,2	94	31,6	200	31,4
	Dpto. Central	25	7,4	34	11,4	59	9,3
	Interior	1	0,3	1	0,3	2	0,3
Procedencia (p=0,161)[a]	Asunción	156	45,9	130	43,8	286	44,9
	Gran Asunción	108	31,8	99	33,3	207	32,5
	Dpto. Central	30	8,8	33	11,1	63	9,9
	Exterior	7	2,1	13	4,4	20	3,1
	Interior	39	11,5	22	7,4	61	9,6
Vive (p=0,624)[a]	Solo (a)	25	7,4	15	5,1	40	6,3
	Con familiares	302	88,8	268	90,2	570	89,5
	Con amigos o compañeros	6	1,8	7	2,4	13	2,0
	Con pareja	7	2,1	5	1,7	12	1,9
Aporte familiar (p=0,385)[a]	Si	328	96,5	290	97,6	618	97,0
	No	12	3,5	7	2,4	19	3,0
Trabaja (p=0,201)[a]	Si	39	11,5	25	8,4	64	10,0
	No	301	88,5	272	91,6	573	90,0
Becado (p=0,314)[a]	Si	21	6,2	13	4,4	34	5,3
	No	319	93,8	284	95,6	603	94,7

a Chi cuadrado

El porcentaje de casos positivos de depresión fue mayor entre los estudiantes universitarios de 1º (26,1%), 3º (11,8%) y 6º (22,7%) cursos, mientras que los casos negativos fueron mayores entre los estudiantes universitarios del 2º (23,4%) y 5º cursos (18,5%) *(p=0,138)*. Los estudiantes universitarios del 2º y 6º cursos fueron más ansiosos (27,3% y 15,8%, respectivamente) *(p=0,001)*. De los casos positivos de depresión, el 10,9% eran estudiantes universitarios condicionales; mientras que de los casos negativos de depresión, el 5,4% eran estudiantes universitarios condicionales *(p=0,027)*. De los casos positivos de ansiedad, el 94,3% correspondía a estudiantes universitarios de condición académica regular *(p=0,493)*. En cuanto al promedio de notas, se encontró que el mayor porcentaje de depresivos y ansiosos se da entre los estudiantes universitarios con promedios más bajos (Depresión: 20,5% de casos positivos en estudiantes universitarios con promedio entre 2,0 y 2,9; y 56,8% de casos positivos en estudiantes universitarios con promedio entre 3,0 y 3,9; Ansiedad: 56,4% de casos positivos en estudiantes con promedio entre 3,0 y 3,9) *(p=0,080 para depresión; p=0,261 para ansiedad)*. Por el contrario, los casos negativos tanto de depresión como ansiedad son mayores en estudiantes universitarios con promedios mayores a 4.0 (29,5% y 29,7%, respectivamente) (Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de los casos de depresión y ansiedad según variables características académicas.

Variables		Depresión				Total (n=637)	
		Casos negativos (n=518)		Casos positivos (n=119)			
		n	%	n	%	n	%
Curso (p=0,138)[a]	Primero	122	23,6	31	26,1	153	24,0
	Segundo	121	23,4	24	20,2	145	22,8
	Tercero	54	10,4	14	11,8	68	10,7
	Cuarto	47	9,1	11	9,2	58	9,1
	Quinto	96	18,5	12	10,1	108	17,0
	Sexto	78	15,1	27	22,7	105	16,5
Tipo de alumno (p=0,027)[a]	Regular	490	94,6	106	89,1	596	93,6
	Condicional	28	5,4	13	10,9	41	6,4
Promedio (n=481) (p=0,080)[b]	Entre 2,1 a 2,9	55	14,0	18	20,5	73	15,2
	Entre 3,0 a 3,9	221	56,2	50	56,8	271	56,3
	Entre 4,0 a 4,9	116	29,5	20	22,7	136	28,3
	5,0	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Variables		Ansiedad				Total (n=637)	
		Casos negativos (n=340)		Casos positivos (n=297)			
		n	%	n	%	n	%
Curso (p=0,001)[a]	Primero	82	24,1	71	23,9	153	24,0
	Segundo	64	18,8	81	27,3	145	22,8
	Tercero	39	11,5	29	9,8	68	10,7
	Cuarto	22	6,5	36	12,1	58	9,1
	Quinto	75	22,1	33	11,1	108	17,0
	Sexto	58	17,1	47	15,8	105	16,5
Tipo de alumno (p=0,493)[a]	Regular	316	92,9	280	94,3	596	93,6
	Condicional	24	7,1	17	5,7	41	6,4
Promedio (n=481) (p=0,261)[b]	Entre 2,1 a 2,9	35	13,7	38	16,9	73	15,2
	Entre 3,0 a 3,9	144	56,3	127	56,4	271	56,3
	Entre 4,0 a 4,9	76	29,7	60	26,7	136	28,3
	5,0	1	0,4	0	0,0	1	0,2

[a] Chi cuadrado / [b] Correlación de Spearman

Al diferenciar sobre los estilos de vida, se encontró que el 10,9%; 16,8%; el 4,2%; 54,6% y 5% de los universitarios depresivos y el 11,1%; 14,5%; 2,4%; 59,3% y el 4% de los ansiosos; fuma, utiliza habitualmente fármacos; consume sustancias ilícitas, consume bebidas alcohólicas y refiere haber hecho terapia psicológica o psiquiátrica previa. En ambos casos la mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, tanto en depresivos como ansiosos, se dio sólo en eventos sociales; aunque se encontró relación entre la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y la depresión *(p=0,006)*. Asimismo, los depresivos presentaron mayor frecuencia de uso de fármacos *(p=0,042)*, sustancias ilícitas *(p=0,315)* y tuvieron mayor frecuencia de tratamiento psiquiátrico

y psicológico previo *(p=0,075)*; por su parte, los ansiosos presentaron mayor porcentaje de uso de fármacos *(p=0,025)* y asociación con tratamiento psiquiátrico o psicológico previo *(p=0,045)* (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de los casos de depresión y ansiedad según variables de estilos de vida.

Variables		Depresión				Total (n=637)	
		Casos negativos (n=518)		Casos positivos (n=119)			
		n	%	n	%	n	%
Tabaco (p=1,000)[a]	Si	60	11,6	13	10,9	73	11,5
	No	458	88,4	106	89,1	564	88,5
Uso de fármacos a (p=0,042)[a]	Si	53	10,2	20	16,8	73	11,5
	No	465	89,8	99	83,2	564	88,5
Sust. Ilícitas (p=0,315)[a]	Si	13	2,5	5	4,2	18	2,8
	No	505	97,5	114	95,8	619	97,2
Bebidas alcohólicas (p=0,060)[a]	Si	331	63,9	65	54,6	396	62,2
	No	187	36,1	54	45,4	241	37,8
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas (n=396) (p=0,006)[a]	En eventos sociales	278	84,0	48	73,8	326	82,3
	Al menos 1v/s	48	14,5	11	16,9	59	14,9
	Regularmente 2 a 3v/s	4	1,2	5	7,7	9	2,3
	Regularmente 4 a 5v/s	1	0,3	1	1,5	2	0,5
Tratamiento previo (p=0,075)[b]	Si	11	2,1	6	5,0	17	2,7
	No	507	97,9	113	95,0	620	97,3
Variables		**Ansiedad**				**Total (n=637)**	
		Casos negativos (n=340)		**Casos positivos (n=297)**			
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tabaco (p=0,796)[a]	Si	40	11,8	33	11,1	73	11,5
	No	300	88,2	264	88,9	564	88,5
Uso de fármacos (p=0,025)[a]	Si	30	8,8	43	14,5	73	11,5
	No	310	91,2	254	85,5	564	88,5
Sustancias ilícitas (p=0,505)[a]	Si	11	3,2	7	2,4	18	2,8
	No	329	96,8	290	97,6	619	97,2
Bebidas alcohólicas ((p=0,157)[a]	Si	220	64,7	176	59,3	396	62,2
	No	120	35,3	121	40,7	241	37,8
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas (n=396) (p=0,925)[a]	Solo en eventos sociales	178	81,3	148	83,6	326	82,3
	Regularmente al menos 1 vez por semana	35	16,0	24	13,6	59	14,9
	Regularmente 2 a 3 veces por semana	5	2,3	4	2,3	9	2,3
	Regularmente 4 a 5 veces por semana	1	0,5	1	0,6	2	0,5
Tratamiento previo (p=0,045)[b]	Si	5	1,5	12	4,0	17	2,7
	No	335	98,5	285	96,0	620	97,3

[a] Chi cuadrado / [b] Kruskall-Wallis

DISCUSIÓN

Se encontró una elevada proporción de estudiantes con puntajes en las escalas compatibles con algún nivel de depresión (18,7%) y ansiedad (46,6%). Estas prevalencias son superiores a las estimadas para la población general (26, 27). Asimismo, estos hallazgos sus substancialmente mayores a los encontrados en una investigación realizada en California, en donde se evaluaron a 1.050 estudiantes de Medicina y se encontró que el 5% de los estudiantes cumplieron el criterio para casos de depresión y el 11,5% para caso de ansiedad (11). Por el contrario, en un estudio realizado con estudiantes de los 3 primeros años de medicina de de la Universidad del Valle (Colombia), la prevalencia de depresión medida fue mayor (36,4%) (28).

Varios autores han afirmado que la depresión se centra en los niveles iniciales y en los últimos de la carrera de medicina, en el sexo femenino, y en una edad de entre 20 a 29 años de edad (29). En el presente estudio, los casos de depresión se diagnosticaron en mayor porcentaje en mujeres y en universitarios de entre 20 a 22 años de edad. Asimismo los picos más elevados de depresión se observaron en 1.º (nivel inicial), 3.º y 6.º cursos (último año de la carrera), lo cual coincide con lo expuesto por la literatura (29).

Al considerar los factores socio-demográficos, académicos y estilos de vida practicados, se deberían hacer algunas precisiones: primero, en cuanto al soporte social, si bien la literatura se refiere a que vivir con familiares o amigos es un factor protector para evitar desarrollar trastornos depresivos o ansiosos (26, 27), en el presente estudio el estar viviendo con los familiares no implicó menores prevalencias (82,4% de los casos de depresión y 90,2% de los casos de ansiedad). Segundo, respecto al historial académico, el presente estudio identifica que el mayor porcentaje de depresivos y ansiosos se da entre los estudiantes universitarios con promedios más bajos (Depresión: 20,5% de casos positivos en estudiantes universitarios con promedio entre 2,0 y 2,9; y 56,8% de casos positivos en estudiantes universitarios con promedio entre 3,0 y 3,9; Ansiedad: 56,4% de casos positivos en estudiantes con promedio entre 3,0 y 3,9), lo que coincide con estudios similares (28, 29). Tercero, si bien la mayoría de los estudiantes universitarios refería solo consumir alcohol en eventos sociales, coincidentemente, en este estudio, la mayor frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, tanto en depresivos como ansiosos, se dio sólo en eventos sociales. Y, cuarto, los estudiantes universitarios con antecedentes de haber seguido tratamiento psicológico o psiquiátrico previo presentaron asociación significativa con el desarrollo de ansiedad, lo que coincide con estudios similares (29).

Al comparar por género la proporción de casos de ansiedad y de depresión en ambas ocasiones, se observa que las mujeres son más ansiosas y depresivas que los hombres. Dicho resultado no sorprende, ya que éstas generalmente presentan puntajes más elevados que los hombres en las escalas de medición de depresión y ansiedad, lo cual se reproduce en múltiples hallazgos leídos en otras investigaciones (10-14). Esto coincide con lo expuesto en diversos estudios que plantean que las situaciones amenazantes impactan más en el género femenino que en el masculino. Debido a que existen diferencias en la socialización entre hombres y mujeres, al parecer, las mujeres no sólo están más dispuestas que los hombres a reportar sus sentimientos depresivos y ansiosos admitiéndolos con más facilidad, sino que además pueden ser más propensas a experimentar este tipo de síntomas por causas hormonales (10). Por otra parte, los hombres tienen mayor dificultad para reconocer sus emociones, como por ejemplo el miedo, y para aceptar que pueden verse sobrepasados en algunos contextos (30, 31).

Tomando en consideración el año de estudio cursado, los resultados de la presente investigación dan cuenta de que los planteamientos de algunos autores respecto al potencial patogénico que implica el ingreso a la Universidad (2, 8, 15) pueden aplicarse en esta muestra de estudiantes. Esto último, debido a que el 1.º curso, si bien no destaca mayormente en la presencia de ansiedad, sí lo hace en depresión. Esto podría deberse a que el 1.º curso representa para el estudiante universitario, definitivamente, despojarse de su previo rol de estudiante secundario para ingresar a un mundo competitivo, difícil y con una carga académica considerablemente más grande que la llevada durante la secundaria. Asimismo, con relación a la ansiedad, es preciso destacar la particular situación hallada en 2.º y 6.º cursos de la carrera, debido a que ambos cursos presentaron significativamente mayores casos de ansiedad que los otros. Respecto al 2º curso, una posible manera de entender esto es la alta carga académica vivida por los estudiantes, ya que al observar el plan de estudios de la carrera, se aprecia que este año concentra 3 grandes asignaturas (Fisiología, Bioquímica y Biofísica). Por su parte, el 6º curso representa el último año de la carrera, en el cual el estudiante se siente agobiado por el doble sabor de culminar la carrera y, a su vez, ingresar al mundo laboral.

Todo lo anteriormente expuesto resulta interesante pues aporta al conocimiento en salud mental, la cual es parte de la salud pública. En este sentido, esta investigación plantea desafíos importantes en términos de prevención y promoción de un estado de bienestar y salud, en términos de salud mental entendida como un estado completo de bienestar psíquico y no solo como ausencia de enfermedad psiquiátrica. La FCM-UNA, a través de la Unidad de Bienestar Integral de la Dirección de Apoyo a la Comunidad Académica, podría ejecutar un *plan de calidad de vida universitaria,* como parte de su programa de trabajo y estrecha colaboración con la Coordinación Académica de la carrera de Medicina y Cirugía, la Cátedra y Servicio de Psiquiatría y la Cátedra de Psicología Médica, que contribuya al bienestar de los estudiantes, ya sea a través de propuestas de modificaciones en su plan de estudios o mediante intervenciones específicas, así como la creación de un espacio de psicoterapia, actividades recreativas, entre otros. Asimismo, esta investigación permite proyectar futuros estudios, longitudinales, que profundicen en los hallazgos encontrados a fin de que la FCM-UNA, además de

tener como foco la excelencia académica, propicie el bienestar psicológico de estudiantes, docentes y personal administrativo.

Debido a que los estudiantes universitarios son considerados un grupo que se ve expuesto a diversos factores de riesgo para desarrollar patologías psiquiátricas, se justifican futuras investigaciones -tanto de carácter cuantitativo como cualitativo- en el contexto de la FCM-UNA, ya que la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje pueden estar influida por estados afectivos, como los ansiosos y depresivos. Tomando en cuenta lo anterior, sería interesante, por ejemplo, acceder a los significados asociados al hecho de ser estudiante de la carrera de Medicina y Cirugía, a través de la realización de grupos focales. Asimismo, se deberían realizar estudios explicativos que permitan comprender mejor cómo están relacionadas la ansiedad y la depresión con el hecho de ser estudiante de la carrera de Medicina y Cirugía.

Sería interesante conocer con mayor profundidad aquellos casos en los que se encontró un mayor nivel de sintomatología ansiosa y depresiva, mediante el uso de otros instrumentos complementarios. Sin embargo, esto requiere un cuidadoso manejo de la información, con el fin de mantener las condiciones éticas del presente estudio. A partir de lo anterior, se podrían llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas que apunten al tratamiento de los cuadros detectados. La psicoterapia influye en la percepción de recursos de apoyo y autoestima, promoviendo estilos afectivos de afrontamiento ante situaciones difíciles. Evidentemente, la técnica psicoterapéutica deberá elegirse en función de cada paciente y de su capacidad para afrontar la situación y sus posibilidades (o no) para realizar cambios intrapsíquicos (27). La creación de un espacio de atención psicológica permanente podría beneficiar a los estudiantes, sobre todo en aquellos momentos del año académico en que se ven expuestos a mayores presiones académicas.

La presente investigación se enmarca y cobra gran relevancia en el contexto educacional actual de la FCM-UNA. Impulsa, en el marco del Proyecto de "Innovación Curricular", a revisar las mallas curriculares de la carrera, los objetivos como institución, las políticas y estrategias de prevención y promoción de la salud integral de estudiantes (y docentes y personal administrativo, también). En este sentido, se considera como imperativo ya iniciar procesos de cambio con la aplicación de talleres e intervenciones psicológicas que pueden ayudar a que la FCM-UNA vaya logrando una nueva mirada de la educación, que no sólo enfatice la excelencia académica, sino también la salud mental, es decir, una formación más integral. La FCM-UNA debe establecer claros lineamientos estratégicos a fin de establecer planes que procuren la calidad de vida universitaria, vale decir, no sólo formar especialistas y técnicos, sino también personas con comportamientos saludables.

Se podrían utilizar experiencias recientes como la vivida por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que ha logrado realizar procesos de cambio positivo en la calidad de vida universitaria a través de la aplicación de enfoques clínicos humanistas, los que conciben al ser humano de manera integral y trabajan con la emocionalidad del sujeto y con su cuerpo (32). En otros casos, podría ser útil un enfoque cognitivo-conductual, o intervenciones más prácticas. Lo anterior cobra mayor importancia debido a que por un lado se trata de una carrera del ámbito de la salud y, por otro, el plan de estudios no enfatiza el desarrollo de la persona en su totalidad sino que se centra en tan sólo algunas áreas, como la racionalidad, pensamiento y memoria, no prestando suficiente atención a la parte emocional ni corporal. Se podrían generar, además, espacios para la aplicación de técnicas de intervención grupal con los estudiantes. En estos espacios, los estudiantes al compartir experiencias podrían ir dándose cuenta de que no son los únicos dentro de este contexto que sufren por tales motivos, generándose así espacios de contención compartida.

Además, la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, la Cátedra de Psicología Médica y la Unidad de Bienestar Integral de la Dirección de Apoyo a la Comunidad Académica podrían capacitar a tutores que actúen como guías especializados y cercanos y que estén disponibles para que los estudiantes puedan consultar sus dudas, sus percepciones acerca del estrés y otras cuestiones relacionadas a la salud mental. Asimismo, todos los docentes de todas las Cátedras y Servicios deberían recibir capacitación integral en temas relativos al manejo de emociones, de situaciones conflictivas, estrés y síndrome de Burnout.

Finalmente, se contempla la necesidad de crear programas e instancias de protección, para que los estudiantes universitarios puedan distraerse de los estudios de manera sana, sintiéndose parte de una red social que se preocupa por su bienestar psicológico. Por ejemplo, se podría disponer de talleres artísticos (música, pintura, danza, manualidades, entre otros) y actividades deportivas, en los cuales los estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía aprovechen sus destrezas manuales (y físicas) para distraerse del trabajo académico y, a la vez, utilicen su hemisferio derecho. Esta zona del cerebro, donde se ubican la intuición y la creatividad recibe las

informaciones globales, de forma no verbal, y recoge una realidad más vasta y próxima al mundo sensorial y afectivo (32).

CONCLUSIONES

- El porcentaje de casos positivos de depresión fue superior al encontrado en la población general. Casi la mitad de los estudiantes universitarios estudiados presentó algún nivel de ansiedad.
- El mayor porcentaje de la muestra reside en Asunción y procede de la misma ciudad; la menor proporción de la muestra refirió como lugar de origen algún país del exterior. La mayoría refirió que vivía con sus familias y que ellas eran las encargadas del soporte económico que exigía la carrera. Dentro de los estilos de vida evaluados, más de la mitad refirió consumir bebidas alcohólicas, aunque no de manera regular. La minoría refirió fumar, utilizar fármacos de forma habitual o sustancias iliciticas. Casi la totalidad refirió no haber realizado tratamiento psicológico o psiquiátrico previo. Dentro de los fármacos referidos como de uso habitual se encontró que los más utilizados eran los estimulantes, los antialérgicos y antidepresivos; y la marihuana fue la sustancia ilícita más consumida.
- Los casos positivos de depresión (casos probables y casos de depresión) se diagnosticaron en mayor porcentaje en mujeres. Los estudiantes universitarios de entre 20 a 22 años de edad fueron los que presentaron mayor porcentaje de depresión. Las mujeres fueron más ansiosas así como los estudiantes menores de 20 años de edad.
- Al comparar las características geográficas, se encontró que el mayor porcentaje de depresivos y ansiosos residía en Asunción, pero procedían de ciudades distintas a la misma. De entre los estudiantes universitarios con casos positivos de depresión, la mayoría vivía solo. Por el contrario, de entre los estudiantes universitarios con casos positivos de ansiedad, la mayoría vivía con sus familiares. En cuanto a las características económicas, el mayor porcentaje de depresivos y, asimismo, de ansiosos refirió que sus familias se encargaban de los gastos universitarios.
- Se compararon las características académicas, y se encontró que los mayores porcentajes de depresión (casos probables y casos de depresión) se observaron en estudiantes universitarios de 1º, 3º y 6º cursos y en aquellos estudiantes universitarios condicionales; por el contario, el mayor porcentaje de ansiedad, se encontró entre los alumnos de 2º y 6º cursos y aquellos estudiantes universitarios regulares. Tanto los casos de depresión y ansiedad fueron mayores entre los alumnos con promedio bajos.
- Se encontró que los casos de depresión fueron más comunes entre los estudiantes universitarios que refirieron consumir tabaco, utilizar habitualmente fármacos y haber recibido algún tratamiento psicológico o psiquiátrico previo. El mayor porcentaje de estudiantes universitarios con casos positivos de depresión consumía bebidas alcohólicas con mayor frecuencia. Los únicos estudiantes universitarios que consumían cocaína y LSD presentaron casos probables de depresión.
- Los casos de ansiedad fueron más comunes entre los estudiantes universitarios que referían utilizar habitualmente fármacos y haber recibido algún tratamiento psicológico o psiquiátrico previo.
- Los resultados encontrados sugieren que existe asociación entre el lugar de residencia, lugar de procedencia, con quién vive, tipo de estudiantes universitarios (regular o condicional), uso de fármacos y frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas con depresión; y entre el sexo, lugar de procedencia, rango de edad, curso, uso de fármacos y tratamiento psiquiátrico o psicológico previo con ansiedad *($p<0,05$)*.

ACERCA DE LOS AUTORES

El Dr. Julio Torales-Benítez es médico psiquiatra y jefe de Investigaciones de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Néstor Girala es médico psiquiatra, profesor adjunto y jefe de Emergencias, Admisión e Internación de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Martín Moreno Giménez es médico psiquiatra, profesor adjunto y jefe de Psiquiatría de Hospital General y Comunitaria de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Andrés Arce Ramírez es médico psiquiatra, profesor titular y jefe de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Sebastián Trinidad es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Evelyn Estigarribia es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Juan José Vera es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Diego Mongelós es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Mauricio Cáceres es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Fabiana Velázquez es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Diego Benítez es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Sebastián Ocampos es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Amín Saua es estudiante de 6º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. Reynaldos C, Saavedra E. Caracterización cognitiva y emocional de los estudiantes de la Universidad Católica del Maule: Años 1999, 2001, 2003. Estud. Pedagóg 2006; 32 (2): 87-102.
6. García G, Joffre V, Martínez G, Sánchez L. Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2007; 14: 86-93.
7. Guavita P, Sanabria P. Prevalencia de Sintomatología Depresiva en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada. Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2006; 54 (2): 76-85.
8. Kamali F, Lowry R, Newbury-Birch D. The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study. British Dental Journal 2002; 192: 646-649.
9. Matsudaira T, Kitamura T. Personality traits as risk factors of depression and anxiety among japanese students. Journal of Clinical Psychology 2006; 62(1): 97-109.
10. Carrasco E, Osses S. Estudio del perfil valórico. El caso de los estudiantes de primer nivel de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. Estud. Pedagóg 2005; 21 (1): 7-32.
11. Lange I, Vio F. Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. 1ª ed. Ediciones Pontificia Universidad Católica. Santiago, 2006: 74.
12. Audin K, Barkham M, Bewick B, Bradley M, Cooke R. Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. British Journal of Guidance & Counselling 2006; 34: 505-517.
13. Alvial W, Aro M, Bonifetti M, Cova F, Hernández M, Rodríguez C. Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. Terapia Psicológica 2007; 25 (2): 105-112.
14. Arrivillaga M, Cortés C, Goicochea V, Lozano T. Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios. Universitas Psicológica 2004; 2: 17-25.
15. Azzam A, Chandavarkar U, Mathews C. Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. Research Article Depression and Anxiety 2007; 24: 103-111.
16. Bates L, Dorian M, Greig H, Pickard M, Saint D. Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. Blackwell Science Ltd Medical Education 2010; 34: 148-150.

17. Aranceli S, Perea M, Ormeño M. Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. Rev. Estomatol. Herediana 2006, 16 (1): 15-20.
18. Bagés N, Chacón-Puignau G, De Pablo J, Feldman L, Goncalves L, Zaragoza J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. Universitas Psicológica 2008; 7 (3): 739-751.
19. Degenhardt B, Johnson J, Klose C, Peterson D. Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. Psychology, Health & Medicine 2007; 12: 31-39.Ç
20. Bella T, Odukogbe A, Olayemi O, Omigbodun A, Omigbodun O, Yusuf O. Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41: 415-421.
21. Bayona M, Caycedo C, Forero C, Montealegre M, Nieto C, Novoa M, Palma M, Sánchez C. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana. Univ. Psycholog. Bogotá 2005; 4 (1): 63-75.
22. Snaith R, Zigmond A. "The Hospital Anxiety and Depression Scale". Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67: 361-370.
23. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Normas generales para la organización, funciones y procedimientos de la Facultad de Ciencias Médicas. EFACIM. Asunción, 2011.
24. Bascarán M, Bobes J, Bousoño M, García-Portilla M, Parellada M, Sáiz P. Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5ª ed. Ars Médica. Barcelona, 2008: 45.
25. Snaith R. Availability of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale. Br J. Psychiatry 1992; 161: 422-432.
26. Andrews B, Hejdenberg J, Wilding J. Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview assessments. Journal of Affective Disorders 2006; 95: 29-34.
27. Arostegui I, Bilbao A, Esteban C, Quintana J, Padierna A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 2003; 107: 216-221.
28. Crawford J, Crombie C, Henry J, Taylor E. Brief Report. Normative data for the HADS from a large nonclinical sample. British Journal of Clinical Psychology 2001; 40: 429-434.
29. Dahl A, Mykletun A, Stordal E. Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. British Journal of Psychiatry 2001; 179: 540-544.
30. Arce Ramírez A, Torales Benítez J, Cuellar Hoppe M, Ortiz M, Minck Benítez N. Trastornos de Ansiedad. En: Arce Ramírez A, Torales Benítez J (Eds). El Libro Azul de la Psiquiatría. 1ª ed. EFACIM. Asunción, 2012: 149 – 174.
31. Arce Ramírez A, Torales Benítez J, Riego Meyer V, Rodríguez Zarza J. Trastornos del Estado de Ánimo. En: Arce Ramírez A, Torales Benítez J (Eds). El Libro Azul de la Psiquiatría. 1ª ed. EFACIM. Asunción, 2012: 129 – 148.
32. Miranda Bastidas CA, Gutiérrez Segura JC, Bernal Buitrago F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la U. Del Valle. Rev. Col. Psiquiatría 2000; 29(3): 251-260.
33. Amézquita M, González R, Zuluaga D. Prevalencia de depresión, ansiedad y comportamientos suicidas en la población estudiantil de pre-grado de la universidad de Caldas. Revista Colombiana de Psiquiatría 2003; 32 (4): 341-56.
34. Hernández H, Rivera J, Riveros M. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Revista IIPSI 2007; 10 (1): 91-102.
35. Dávila A, Ruiz R, Moncada L, Gallardo I. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. Revista de Psicología 2011; 20 (2): 147-172.
36. Barros P, Matamoros M. Percepción de cambio atribuida al proceso de asistencia psicológica humanista breve en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, 2009.

Anexo I: MODELO DE INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ENCUESTA

Nro. de encuesta _____
Favor marque y complete lo que corresponda.

1. Edad: _____ **años**

2. Sexo:
2.1. ☐ Femenino
2.2. ☐ Masculino

3. Su residencia actual se localiza en:
3.1. ☐ Asunción
3.2. ☐ Gran Asunción
3.3. ☐ Departamento Central
3.4. ☐ Otro: favor especifique: _____

4. Su procedencia (lugar donde residió la mayor parte de su vida):
4.1. ☐ Asunción
4.2. ☐ Gran Asunción
4.3. ☐ Departamento Central
4.4. ☐ Otro: favor especifique: _____

5. Usted vive:
5.1. ☐ Solo(a)
5.2. ☐ Con familiares
5.3. ☐ Con amigos o compañeros
5.4. ☐ Con pareja

6. Año de ingreso: _____

7. Curso actual: _____

8. Es alumno:
8.1. ☐ Regular
8.2. ☐ Condicional

9. Promedio aproximado actual de notas
9.1. ☐ Menos de 2,0
9.2. ☐ Entre 2,1 a 2,9
9.3. ☐ Entre 3,0 a 3,9
9.4. ☐ Entre 4,0 a 4,9
9.5. ☐ 5,0

10. ¿Cómo paga sus gastos de estudio?

	Si	**No**
10.1. Aportes de la familia	___	___
10.2. Trabaja	___	___
10.3. Becado	___	___

11. ¿Consume tabaco?
11.1. ☐ Si
11.2. ☐ No

12. En caso de que sí consuma tabaco, ¿qué cantidad de cigarrillos fuma por día
12.1. _____ por día

13. ¿Consume alcohol?

13.1. ☐ Si
13.2. ☐ No

14. En caso que haya respondido que sí consume alcohol, ¿cuál es su frecuencia de consumo?

14.1. ☐ Solo en eventos sociales
14.2. ☐ Regularmente al menos 1 vez por semana
14.3. ☐ Regularmente 2 a 3 veces por semana
14.4. ☐ Regularmente 4 a 5 veces por semana
14.5. ☐ Todos los días

15. ¿Consume drogas de prescripción médica?

15.1. ☐ Si
15.2. ☐ No

16. En caso de que sí consuma drogas de prescripción médica, favor indique cuales

	Si	**No**
16.1. Antidepresivos	___	___
16.2. Ansiolíticos	___	___
16.3. Estimulantes	___	___

16.4. Otros: favor especifique: _____

17. ¿Consume sustancias ilícitas?

17.1. Si ___
17.2. No ___

18. En caso de que sí consuma sustancias ilícitas, favor indique cuales

	Si	**No**
18.1. Marihuana	___	___
18.2. Cocaína	___	___

18.3. Otros: favor especifique: _____

19. ¿Ha estado o está actualmente bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico?

19.1. ☐ Si
19.2. ☐ No

HADS

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para conocer cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y marque la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en el **último mes**:

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:
3. ☐ Casi todo el día
2. ☐ Gran parte del día
1. ☐ De vez en cuando
0. ☐ Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
0. ☐ Ciertamente, igual que antes
1. ☐ No tanto como antes
2. ☐ Solamente un poco
3. ☐ Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
3. ☐ Si, y muy intenso
2. ☐ Sí, pero no muy intenso
1. ☐ Sí, pero no me preocupa
0. ☐ No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
0. ☐ Igual que siempre
1. ☐ Actualmente, algo menos
2. ☐ Actualmente, mucho menos
3. ☐ Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
3. ☐ Casi todo el día
2. ☐ Gran parte del día
1. ☐ De vez en cuando
0. ☐ Nunca

D.3. Me siento alegre:
3. ☐ Nunca
2. ☐ Muy pocas veces
1. ☐ En algunas ocasiones
0. ☐ Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:
0. ☐ Siempre
1. ☐ A menudo
2. ☐ Raras veces
3. ☐ Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:
3. ☐ Gran parte del día
2. ☐ A menudo
1. ☐ A veces
0. ☐ Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en mi estómago:
0. ☐ Nunca
1. ☐ Solo en algunas ocasiones
2. ☐ A menudo
3. ☐ Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. ☐ Completamente
2. ☐ No me cuido como debería hacerlo
1. ☐ Es posible que no me cuide como debiera
0. ☐ Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. ☐ Realmente mucho
2. ☐ Bastante
1. ☐ No mucho
0. ☐ En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. ☐ Como siempre
1. ☐ Algo menos que antes
2. ☐ Mucho menos que antes
3. ☐ En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. ☐ Muy a menudo
2. ☐ Con cierta frecuencia
1. ☐ Raramente
0. ☐ Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. ☐ A menudo
1. ☐ Algunas veces
2. ☐ Pocas veces
3. ☐ Casi nunca

PARA SU CONTROL: *sume ahora el puntaje obtenido de la siguiente manera (al lado de cada respuesta que usted marcó existe un número 0, 1, 2, 3 – ese es el valor ponderal). Suma de las Preguntas A1+ A2 + A3 + A4 + A5 + A6 + A7. Suma de las preguntas D1+ D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7. Si en cualquiera de las dos sumas usted obtuvo un puntaje de 8 (ocho) o más, le recomendamos consultar con la Cátedra y Servicio de Psiquiatría para una evaluación a profundidad y confidencial. Muchas gracias por su participación. Favor devuelva la presente encuesta.*

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN PROGRAMADA DEL CENTRO NACIONAL DE CONTROL DE ADICCIONES DE ASUNCIÓN, PARAGUAY.

[PILOT STUDY ON THE PREVALENCE OF DUAL PATHOLOGY IN INPATIENT CHILDREN AND ADOLESCENTS OF THE UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN PROGRAMADA DEL CENTRO NACIONAL DE CONTROL DE ADICCIONES (SCHEDULED DETOXIFICATION UNIT OF THE NATIONAL CENTER ON ADDICTIONS CONTROL) OF ASUNCIÓN, PARAGUAY].

Viviana Riego Meyer, Andrés Arce Ramírez, María Emilia Chávez, Susana Recalde Berni, Paloma Fernández.

Correspondencia: Dra. Viviana Riego Meyer, médica encargada de Psiquiatría de Enlace de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | psiquiatria@med.una.py | Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

RESUMEN

El objetivo de este estudio piloto fue determinar la prevalencia de patología dual en niños y adolescentes internados en la Unidad de Desintoxicación Programada del Centro Nacional de Control de Adicciones (UDP CNC), a través de la identificación de comorbilidades psiquiátricas. Además, se caracterizó a la muestra según datos sociodemográficos, judiciales y relacionados con la conducta adictiva que presentaban los pacientes. Se recogieron de forma retrospectiva los datos de las historias clínicas de todos los pacientes internados en la UDP CNC entre enero y agosto de 2012 (93 pacientes).

Resultados: el 96% de los pacientes presentó diagnóstico de consumo de múltiples sustancias. La sustancia ilegal de inicio más frecuente fue la marihuana en un 59% de los casos, mientras que el crack fue la sustancia ilegal de preferencia más frecuente (58%). La prevalencia de patología dual fue del 46%. Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes fueron el trastorno disocial (52%), trastorno depresivo (15%) y trastorno bipolar pediátrico (13%).

Conclusiones: existe una elevada prevalencia de pacientes con patología dual entre los pacientes internados en la UDP CNC. Estos resultados podrán ayudar al diseño de estudios transversales en muestras mayores y a conocer mejor las implicancias de la patología dual en esta población.

Palabras clave: patología dual, niños y adolescentes, unidad de desintoxicación programada.

ABSTRACT

The aim of this pilot study was to determine the prevalence of dual pathology in inpatient children and adolescents of the *Unidad de Desintoxicación Programada del Centro Nacional de Control de Adicciones* [Scheduled Detoxification Unit of the National Center for Addictions Control, UDP CNC] through the identification of psychiatric conditions. In addition, the sample was characterized by its socio demographic, judicial and addictive behavior data. We collected data retrospectively from the medical records of all inpatients of the UDP CNC, between January and August 2012 (93 patients).

Results: 96% of patients had a multiple substance abuse disorder diagnosis. Marijuana was the start illegal substance in 59% of cases, while crack was the most frequent illegal substance preferred by patients (58%). The prevalence of dual pathology was 46%. The most frequent psychiatric conditions were disocial disorder (52%), depressive disorder (15%) and bipolar pediatric disorder (13%).

Conclusions: there is a high prevalence of patients with dual pathology among the inpatients of the UDP CNC. These results may aid the design of cross-sectional studies in larger samples and to help us better understand the implications of dual pathology in this population.

Keywords: dual pathology, children and adolescents, scheduled detoxification unit.

INTRODUCCIÓN

Se define a la patología dual como la presentación en un mismo sujeto de un trastorno mental y un trastorno adictivo (1, 2). En los sujetos afectos, la relación existente entre ambos trastornos es estrecha y diversos estudios epidemiológicos han demostrado que esta comorbilidad es muy elevada, observándose principalmente en sujetos en tratamiento (3-5).

En los pacientes con patología dual, el trastorno psiquiátrico puede aparecer previo al inicio del trastorno adictivo, donde el sujeto afecto intenta, a través del uso de la sustancia, modular estados emocionales o, según tendencias del individuo en cuestión, como una forma de automedicación. Asimismo, la dependencia a sustancias puede aparecer previamente al establecimiento de un trastorno psiquiátrico. La evolución de la propia dependencia a sustancias, con las complicaciones psicológicas y físicas agregadas, puede cristalizar en trastornos psiquiátricos. Todo lo anterior amerita entonces un tratamiento integral, con enfoque multidisciplinario.

La relación entre los trastornos que conforman la patología dual aún no está del todo comprendida, lo que hace que el diagnóstico sea complejo. Todo esto sumado a la existencia de síntomas solapados, dificultad para diferencias trastornos primarios e inducidos y por la falta de una exploración adecuada del trastorno comórbido una vez hecho el diagnóstico principal (2). La prevalencia estimada de patología dual es elevada (2) y las consecuencias negativas de la presencia de un trastorno adictivo y una patología psiquiátrica en los pacientes constituyen un desafío para la terapéutica de los pacientes afectos. En nuestra experiencia, este desafío se ve incrementado cuando el sujeto que presenta esta comorbilidad es un niño o un adolescente.

En la ciudad de Asunción (Paraguay), funciona la Unidad de Desintoxicación Programada del Centro Nacional de Control de Adicciones (UDP CNC), la cual es un dispositivo de salud que tiene por objetivo la desintoxicación de usuarios de drogas, niños y adolescentes, a través de programas de 30 días de internación. Las modalidades de ingreso a la UDP CNC son por vía voluntaria, preferentemente, o por vía judicial si la ley así lo dispone. La intención del equipo multidisciplinario tratante es que los usuarios regresen rehabilitados junto a sus familias o instituciones. El total de usuarios internados en la UDP CNC presenta algún diagnóstico de abuso de sustancias.

A fin de poder identificar las comorbilidades psiquiátricas existentes en los usuarios internados en la UDP y poder así establecer medidas terapéuticas apropiadas, se hace necesario conocer las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y determinar así la prevalencia de patología dual en esta población.

El objetivo de este estudio fue determinar, de forma retrospectiva, la prevalencia de patología dual en niños y adolescentes internados en la UDP CNC, a través de la identificación de comorbilidades psiquiátricas. Asimismo, se caracterizó a la muestra según datos sociodemográficos, judiciales y relacionados con la conducta adictiva que presentaban los pacientes. Consideramos que el conocimiento sobre la distribución de la patología dual y las características de la población internada en la UDP CNC es crucial para establecer planes terapéuticos adecuados.

Cabe destacar que este es un estudio piloto, que permitirá ayudar al diseño de estudios transversales en muestras mayores, con entrevistas estructuradas de diagnóstico. Asimismo, permitirá identificar las variables a ser tenidas en cuenta y que asociaciones estadísticas deberían ser buscadas.

SUJETOS Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo de los diagnósticos psiquiátricos recabados a partir del análisis de datos de la historia clínica de niños y adolescentes internados en la UDP CNC, todos ellos con algún diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, entre enero y agosto de 2012. Se utilizaron las historias clínicas de la totalidad de pacientes internados desde el 1 de enero de 2012 al 31 de agosto de 2012, llegándose así a un total de 93 historias clínicas.

A partir de los datos de la historia clínica se recogieron de forma protocolizada variables sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, nivel de escolarización, situación económica), datos judiciales (tipo de ingreso a la UDP CNC, presencia de problemas con el sistema de justicia), datos relacionados con la caracterización de la conducta adictiva (sustancia legal de inicio, sustancia ilegal de inicio, edad de inicio, sustancia ilegal de preferencia) y diagnósticos de trastornos psiquiátricos comórbidos, recogidos según criterios del Manual

Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), a fin de determinar la prevalencia de patología dual. Se consideró que había un diagnóstico de patología dual cuando en la historia clínica estaba recogido un diagnóstico actual de trastorno psiquiátrico y de trastorno por consumo de sustancias distinto al tabaco o alcohol.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra con el cálculo de medias para las variables cuantitativas. Los datos cualitativos se resumieron en frecuencia (n_i) y porcentaje (%).

RESULTADOS

Entre enero y agosto de 2012, 93 pacientes estuvieron internados en la UDP CNC, de los cuales 21 eran mujeres (23%) y 72 varones (77%). La edad media global de la muestra fue de 14 años (rango de 9 a 16 años). Los resultados relacionados a los datos sociodemográficos se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

	n (%) [rango]
Sexo (n=93)	
Varones	72 (77%)
Mujeres	21 (23%)
Edad	Media: 14 años [9-16]
Procedencia (n=93)	
Asunción y Gran Asunción	71 (76%)
Resto del país	22 (24%)
Escolarización (n=93)	
Escolarizados	36 (39%)
Retraso escolar	50 (54%)
Sin escolarización	7 (7%)
Situación económica (n=93)	
Media	5 (5%)
Baja	88 (95%)

En cuanto a la caracterización de la conducta adictiva, por tratarse de una unidad de internación especializada en adicciones, el 100% los niños y adolescentes internados en el periodo estudiado poseía algún diagnóstico de consumo de sustancias, de los cuales el 96% presentaba diagnóstico de consumo de múltiples sustancias y el 4% restante, diagnóstico de consumo de sustancias volátiles. El 100% de la población estudiada se inició con algún tipo de sustancia legal, siendo el tabaco la sustancia legal de inicio más frecuente (95%). La sustancia ilegal de inicio más frecuente fue la marihuana, en 55 pacientes (59%). La sustancia ilegal de preferencia más frecuente fue el crack, en 54 pacientes (58%). Los resultados relacionados a la caracterización de la conducta adictiva se presentan en la tabla 2.

La prevalencia de patología dual según datos de la historia clínica (es decir, con un diagnóstico de trastorno adictivo -excluido el tabaco y el alcohol- y un trastorno psiquiátrico) fue del 46% (43 pacientes). Del total de pacientes duales, 30 eran varones y 13 mujeres. En los pacientes duales los diagnósticos de trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron el trastorno disocial, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar pediátrico. Hubo 5 pacientes varones con dos diagnósticos de trastorno psiquiátrico, además del trastorno adictivo.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos según sexo, de las 13 mujeres duales los diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno depresivo mayor y el trastorno disocial. Mientras que en los varones duales (n: 30), el diagnóstico más frecuente fue el trastorno disocial, seguido del trastorno bipolar.

Tabla 2. Caracterización de la conducta adictiva.

	n (%)
Algún diagnóstico de consumo de sustancias (n: 93)	93 (100%)
Consumo de múltiples sustancias	89 (96%)
Consumo de sustancias volatiles	4 (4%)
Sustancia legal de inicio (n: 93)	
Tabaco	88 (95%)
Alcohol	5 (5%)
Edad de inicio de sustancias legales	Media: 11,5 años
Sustancia ilegal de inicio (n: 93)	
Marihuana	55 (59%)
Sustancias volatiles	21 (23%)
Crack	11 (12%)
Benzodiacepinas	4 (4%)
Cocaína	2 (2%)
Edad de inicio de sustancias ilegales	Media: 12,2 años
Sustancia ilegal de preferencia (n: 93)	
Marihuana	26 (28%)
Sustancias volatiles	7 (8%)
Crack	54 (58%)
Benzodiacepinas	2 (2%)
Cocaína	3 (3%)
Nevado*	1 (1%)

*Nevado: denominación coloquial que dan los pacientes a la mezcla entre crack y marihuana.

Los resultados relacionados a la prevalencia de patología dual y a las comorbilidades psiquiátricas se presentan en la tabla 3.

Tabla 2. Caracterización de la conducta adictiva.

	n (%)
Prevalencia de patología dual (n=93)	
Sin patología dual	50 (54%)
Con patología dual	43 (46%)
Patología dual según sexo (n=43)	
Mujeres	13 (30%)
Varones	30 (70%)
Trastornos psiquiátricos en pacientes duales (n=48)*	
Trastorno disocial	25 (52%)
Trastorno depresivo	7 (15%)
Trastorno bipolar pediátrico	6 (13%)
Trastorno de ansiedad	4 (8%)
Trastorno psicótico no especificado	2 (4%)
Trastorno de la personalidad	2 (4%)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	1 (2%)
Trastorno por estrés post traumático	1 (2%)
*5 pacientes presentaban dos diagnósticos de trastornos psiquiátricos.	

DISCUSIÓN

Este estudio piloto nos permite caracterizar a una muestra particular: aquella constituida por población pediátrica en situación de abuso de sustancias. Los niños y adolescentes internados en la UDP CNC presentan factores de vulnerabilidad que deben ser abordados de manera integral y multidisciplinaria. Esta vulnerabilidad se ve reflejada, por ejemplo, en la edad de inicio de consumo, tanto de sustancias lícitas como ilícitas, la cual ha sido menor que la descrita en otras investigaciones realizadas en otro tipo de poblaciones (6).

Se observó que más de la mitad de los niños y adolescentes incluidos en este estudio presentaban algún grado de dificultad académica (ya sea retraso escolar o, directamente, no escolarización). Esto coincide con la literatura especializada que destaca que poblaciones de niños y adolescentes con trastornos adictivos presentan mayores índices de deserción escolar al compararlas con otras poblaciones (7). Esto se debe a las características propias de vulnerabilidad (ya mencionadas) que presenta la población de niños y adolescentes con trastornos adictivos, a las que se suma un deficiente sistema de apoyo social, necesario para paliar deficiencias escolares (6, 8).

Este estudio coincide con otros similares al evidenciar que la sustancia ilegal de inicio más frecuente es la marihuana (9). En cuanto a la sustancia ilegal de preferencia, el crack ha sido la predominante, lo cual coincide con nuestra experiencia clínica y con la situación vivida a nivel país (10). Si bien la droga de preferencia encontrada fue el crack, en la gran mayoría de los pacientes el consumo de múltiples sustancias fue la regla (9).

En relación a la patología dual, tal como lo señalan otras investigaciones, se debe destacar que las características de los pacientes duales se ven influenciadas (y se modifican) por el entorno clínico. Se podría esperar, entonces, que existan más diagnósticos duales en centros especializados en el tratamiento de adicciones (como lo es en este caso) que instituciones de la red de salud mental general (2). En el caso del presente estudio, el 46% de la población estudiada presentó diagnóstico de patología dual. Esta cifra está en consonancia con otros estudios que refieren que la prevalencia de esta condición es del 40,5% (9). Sin embargo, otros investigadores informan que la prevalencia de patología dual puede llegar hasta el 90% en poblaciones de niños y adolescentes que consultan por consumo de sustancias (11).

El diagnóstico más prevalente entre los pacientes duales (tanto en varones como en mujeres) fue el trastorno disocial (52%). La literatura especializada informa que en poblaciones de jóvenes con consumo de sustancias la prevalencia del trastorno disocial es de 41,5% (12, 13, 14). Este alto porcentaje no debería pasar desapercibido puesto que el trastorno disocial tiene efecto directo en la predicción de desarrollo de abusos de sustancias y este riesgo no se limita en el tiempo, sino que persiste por un periodo considerable, inclusive hasta 20 años (12, 13).

En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, se observó una prevalencia del 15% de trastorno depresivo y un 13% de trastorno bipolar pediátrico. Algunas investigaciones refieren que hasta en casi un 20% de los pacientes duales se puede diagnosticar patología del espectro afectivo (9). Identificar rápidamente la presencia de trastornos afectivos es importante puesto que estudios anteriores han encontrado la existencia de una estrecha asociación entre la presencia de trastorno depresivo y el abuso de sustancias en la adolescencia temprana (15, 16).

En el caso específico del trastorno bipolar pediátrico, diversos investigadores afirman que su relación con los trastornos adictivos es compleja y bidireccional: el trastorno bipolar en los adolescentes puede predisponer al desarrollo de conductas adictivas a través de un mecanismo de automedicación (17). Además, se ha especulado que las características asociadas al trastorno bipolar en niños y adolescentes (como la inestabilidad afectiva, la desinhibición del comportamiento, la alta impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el deterioro cognitivo y deficiencias en la autorregulación) pueden predisponer a los adolescentes afectos a buscar drogas de abuso (18, 19).

El estudio reveló la presencia de un paciente con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Si bien esto representa sólo un 2% de la muestra, merece la pena insistir en que los pacientes con este diagnóstico presentan mayor riesgo de desarrollar desórdenes por abusos de sustancias (20). Asimismo, la comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con hiperactividad y consumo de sustancias puede complicar el tratamiento y el control de ambas enfermedades. Algunas investigaciones han afirmado que los pacientes con trastorno por hiperactividad con déficit de atención se inician a edades más tempranas en el consumo de drogas, les toma más tiempo mejorar su sintomatología que aquellos que presentan sólo un diag-

nóstico de trastorno adictivo y son propensos a tener un curso de enfermedad más largo, con pobres resultados terapéuticos y mayores tasas de otras comorbilidades psiquiátricas (21).

Al igual que otros estudios de prevalencia de la patología dual, hemos excluido la dependencia de tabaco (2) y alcohol para dicho análisis. Hemos observado que si bien el hábito tabáquico y el consumo de alcohol fueron consignados en el apartado de sustancias legales de inicio, las historias clínicas no evidenciaban si, al momento de la internación, los pacientes continuaban o no con esos hábitos, por lo que no podemos afirmar que los mismos se habían mantenido. No obstante, consideramos que este trabajo nos motivará a proponer mejores mecanismos de recogida de información.

Finalmente, es preocupante que el 20% de los pacientes analizados presentaba problemas con el sistema judicial. Diversos investigadores han afirmado que los factores de riesgo más importantes asociados con la delincuencia juvenil, son la falta de cuidados y supervisión de los padres, los problemas escolares, la influencia de los compañeros criminales, situaciones familiares inestables y desempleo, suspensión de la escuela, el consumo de alcohol y el uso de sustancias ilegales (22). En nuestra experiencia, insistir en programas de prevención y educación acerca del uso de sustancias ilegales es crucial para disminuir los índices de delincuencia juvenil.

Una limitante de este estudio ha sido la falta de entrevistas estructuradas para el diagnóstico, por tratarse de una revisión retrospectiva donde el diagnóstico ya se encontraba establecido en la historia clínica. Esto, posiblemente, podría haber infravalorado la presencia de patología dual. No obstante, al ser este un estudio piloto, sus resultados podrán ayudar al diseño de estudios transversales en muestras mayores, que ya incluyan entrevistas de diagnóstico. Asimismo, se podrán identificar y medir mejor las variables pertinentes y se podrán establecer asociaciones estadísticas que nos ayuden a conocer mejor las implicancias de la patología dual y todo lo que esta condición representa para el éxito terapéutico en los pacientes.

CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de pacientes internados en la UDP CNC, entre enero y agosto de 2012, fueron varones. La edad media de la muestra fue de 14 años.
- El mayor porcentaje de la muestra procedía de Asunción y Gran Asunción y, asimismo, presentaba algún grado de dificultad académica.
- Casi un cuarto de la muestra tenía problemas con el sistema de justicia.
- La totalidad de la muestra se inició con algún tipo de sustancia legal, siendo el tabaco la sustancia más prevalente.
- La sustancia ilegal de inicio más frecuente fue la marihuana, mientras que el crack fue la sustancia ilegal de preferencia.
- El diagnóstico de consumo de múltiples sustancias fue el más prevalente.
- Casi la mitad de la muestra presentaba diagnóstico de patología dual. Este diagnóstico fue más frecuente en varones.
- Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes fueron el trastorno disocial y los trastornos del estado de ánimo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Dr. Manuel Fresco, director del Centro Nacional de Control de Adicciones, por haber facilitado el acceso de los investigadores a las historias clínicas de los pacientes internados en la UDP CNC.

ACERCA DE LOS AUTORES

La Dra. Viviana Riego Meyer es médica encargada de Psiquiatría de Enlace de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Andrés Arce Ramírez es médico psiquiatra, profesor titular y jefe de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. María Emilia Chávez es médica residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. Susana Recalde Berni es médica residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. Paloma Fernández De los Ríos es ex médica residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Volkow, ND. Addiction and Co-ocurring mental disorders. Director`s perspective. NIDA Notes 2007; 21: 2.
2. Szerman Bolotner N; Arias Horcajadas F, Vega Astudillo P, Babín Vich F, Mesías Perez B, Basurte Villamor I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en una Comunidad de Madrid. Adicciones 2011; 23 (3): 249-255.
3. Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S. y Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSMIV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Archives of General Psychiatry, 64, 566-576.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry 2005; 62: 593-602.
5. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry 2005; 62: 617-27.
6. Dunlap E, Johnson BD, Rath JW. Aggression and Violence in Households of Crack Sellers/Abusers. Appl Behav Sci Rev. 1996; 4(2): 191-93.
7. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Psychosocial functioning of adults who experienced substance use disorders as adolescents. Psychol Addicct Behav. 2007; 21 (2): 155-64.
8. Suelves J, Sanchez M. Comportamiento antisocial y uso de drogas: implicaciones para la prevención. Anales de Psiquiatría 2008; 24 (6): 258-63.
9. Gardner KG. Socio-demographic profile of substance users seeking treatment. J Drug Educ. 1994; 24 (4): 323-32.
10. Vecinos de Tacumbú y Bañado Sur unen fuerzas contra el crack [Internet]. Asunción: Observatorio Paraguayo de Recursos Humanos en Salud; c2011 [cited 2013 March 13]. Available from: http://observatorioparaguayorhus.ning.com/group/atencinprimariadelasalud
11. Hodgins S. Consultoría para el abuso de sustancias: trastornos mentales en adolescentes. Nord J Psychiatry 2007; 61 (5): 379-86.
12. Brook DW, Brook JS, Zang C, Koppel J. Association between attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence and substance use disorders in adulthood. Arch Pediatr Adolec Med 2010; 164 (10): 930-4.
13. Fergusson DM, Horwood LJ. Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40 (4): 581-92.
14. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62 (6): 617–27.

15. Marmors NR. Las asociaciones longitudinales entre los problemas de alcohol y síntomas depresivos: la adolescencia temprana hasta la edad adulta temprana. Alcohol Clin Exp Res 2009; 33 (1): 49-59.
16. Loeber R, Stouthamer Loeber M, Blanco HR. Aspectos del desarrollo de la delincuencia y los problemas de internalización y su asociación con el uso persistente de sustancias juvenil entre las edades de 7 y 18. J Clin Psychol 1999; 28: 322-32.
17. Wilens T, Biederman J, Adamson JJ, et al. Asociación de bipolar y el uso de sustancias trastornos en los padres de adolescentes con trastorno bipolar. Biological Psychiatry 2007; 62: 129-34.
18. Faraone SV, Biederman J, Mennin D, J Wozniak, Spencer T. Déficit de atención e hiperactividad con trastorno bipolar: un subtipo familiar. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1378-87.
19. Wilens TE, Biederman J, Millstein R, et al. Riesgo de trastornos por consumo de sustancias en los jóvenes con niños y adolescentes inicio del trastorno bipolar. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 680-85.
20. Kollins SH. Una revisión cualitativa de las cuestiones que se plantean en el uso de medicamentos psicoestimulantes en los pacientes con TDAH y comorbilidad por uso de sustancias. Curr Med Res Opin 2008; 24(5): 1345-57.
21. Upadhyaya HP, Gestión de trastorno por déficit de atención en la presencia de un trastorno por uso de sustancias. J Clin Psychiatry 2007; 68 (11); 23-30.
22. Enggvist U. Niños y adolescentes con patología psiquiátrica y criminalidad posterior. BMC Public Health 2007; 7: 221-2.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DE LA CÁTEDRA Y SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN (PARAGUAY), PERIODO 2004-2012.

[EPIDEMIOLOGY OF SUBSTANCE USE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS OF THE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY OF THE SCHOOL OF MEDICAL SCIENCES, NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCION (PARAGUAY), PERIOD 2004-2012].

Pasionaria Ramos, Felicia Cañete, Roberto Dullak, Julio Torales-Benítez, Andrés Arce Ramírez, Marcos Hernán Capurro, Denis Caballero, Gabriel Cabral, Caterine Cabrera, Nadia Cabrera, Rodrigo Cáceres Alfonzo.

Correspondencia: Dra. Pasionaria Ramos, auxiliar de la enseñanza de la Cátedra de Epidemiología y Ecología, FCM-UNA | pasionaria@sce.cnc.una.py | Avda. Dr. Montero esquina Dr. Mazzei, Edificio de Ciencias Básicas, Asunción-Paraguay.

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental de muy alto coste social y familiar. Las características de los pacientes esquizofrénicos pueden predisponerlos a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias. El objetivo de esta investigación fue el de determinar las características epidemiológicas de los casos en que estos trastornos aparecen simultáneamente.

El estudio fue no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Se realizó un muestreo no probabilístico, de casos consecutivos. Los datos fueron obtenidos a partir de fichas clínicas de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, correspondientes a pacientes internados con diagnóstico de Esquizofrenia, durante el período 2004-2012.

La prevalencia del trastorno por consumo de sustancias fue de 14,56% entre los pacientes esquizofrénicos internados. El perfil general de estos pacientes es el siguiente: sujeto de sexo masculino, de 31,08 ± 13,344 años de edad (con un error estándar de la media de 1,315), soltero, de la zona urbana y con un nivel de Educación Media Completa. Con respecto a qué sustancia es la más frecuente en estos trastornos, se encontró que para estos pacientes fueron el alcohol y el tabaco.

Palabras clave: esquizofrenia, consumo de sustancias, prevalencia.

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder of very high social and family cost. The characteristics of schizophrenic patients can predispose them to develop a substance use disorder. The objective of this research paper was to determine the epidemiological characteristics of those cases in which both of these disorders appear simultaneously.

The research was non experimental, observational, descriptive, cross-sectional and retrospective. The sampling was nonprobabilistic: consecutive sampling. The data was obtained from clinical records belonging to the Department of Psychiatry, corresponding to inpatients diagnosed with Schizophrenia, for the time period 2004-2012.

The prevalence of substance use disorder was 14.56% among the schizophrenic inpatiens. The general profile of these patients was: male subject, 31.08 ± 13.344 years old (the standard error of the mean was 1.315), single, from the urban area with an educacional level corresponding to complete Secondary Education. Regarding to which substance had the highest frequence in these disorders; it was found that for these patients such substances were alcohol and tobacco.

Keywords: schizophrenia, substance use, prevalence.

INTRODUCCION

La esquizofrenia puede ser definida como "un síndrome clínico que presenta una psicopatología variable, aunque extremadamente problemática, que afecta a la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento" (1). La expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y normalmente prolongado.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) clasifica a los subtipos de esquizofrenias como paranoide, desorganizada (o hebefrénica), catatónica, indiferenciada y residual, basándose fundamentalmente en la presentación clínica. La esquizofrenia paranoide es el tipo de esquizofrenia más frecuente y en ella se desarrolla preocupación por una o más ideas delirantes, así como alucinaciones auditivas frecuentes (2). La esquizofrenia desorganizada es un tipo en el que predominan el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la efectividad aplanada o inapropiada. La esquizofrenia catatónica es un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por lo menos por dos de estos síntomas: uno, inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor; dos, actividad motora excesiva; tres, negativismo extremo o mutismo; cuatro, peculiaridades del movimiento voluntario por la adaptación de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas; cinco, ecolalia o ecopraxia. La esquizofrenia indiferenciada es un tipo de esquizofrenia en que están presentes las preocupaciones por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. La esquizofrenia de tipo residual es aquella en la que se presentan síntomas como: la ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. También se presentan síntomas de los demás tipos, pero atenuados (2).

La esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, el inicio y la evolución de la enfermedad en ambos sexos difieren. El inicio aparece antes en los hombres que en las mujeres. Más de la mitad de los pacientes esquizofrénicos masculinos, pero sólo un tercio de las pacientes esquizofrénicas femeninas ingresan por primera vez en un hospital psiquiátrico antes de los 25 años. La edad durante la cual suele iniciarse la enfermedad es entre los 10 y los 25 años en los hombres y entre los 25 y 35 años en las mujeres. [1] A diferencia de los hombres, las mujeres muestran una distribución bimodal de la edad, con un segundo punto álgido durante la madurez. Aproximadamente entre el 3% y el 10% de las mujeres con esquizofrenia presentan el inicio de la enfermedad después de los 40 años. Cerca del 90% de pacientes en tratamiento por esquizofrenia tienen entre 15 y 55 años. El inicio de la esquizofrenia antes de los 10 años o después de los 60 años es muy poco frecuente. En general, la respuesta clínica de los pacientes con esquizofrenia es mejor en las mujeres que en los hombres. Cuando aparece después de los 45 años, el trastorno se describe como una esquizofrenia de aparición tardía (1). En general, podemos decir que la prevalencia del trastorno varía entre el 0,6% y el 1,9% y la incidencia oscila entre 0,5 y 5,0 por cada 10.000 personas (1).
La esquizofrenia se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad en los países desarrollados (3). En los Estados Unidos es de 1,1% de la población, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) (4). Además, se estima que en éste país solo el 50% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia son tratados (1). En el Reino Unido, la prevalencia es de alrededor del 1% de la población (5). En Australia, el valor equivale al 1.5% de la población (6). En Canadá, los estudios indican que la prevalencia de ésta enfermedad varía alrededor del 1% (7). La prevalencia de la esquizofrenia en China equivale a 0,49% de la población. Ésta prevalencia es inusualmente baja debido a la gran población rural, en la que la prevalencia es tan sólo de 0,39% (8). En España, la prevalencia del trastorno es del 1% (9).

La comorbilidad de la esquizofrenia y del abuso de sustancias es frecuente y cada uno de estos factores puede ser un factor de riesgo del otro (10-14). De acuerdo con los estudios epidemiológicos (15), el 47% de los pacientes con esquizofrenia presentan un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de su vida (sin incluir la nicotina). Además, en comparación con la población normal, los pacientes esquizofrénicos multiplican por 10 el riesgo relativo de padecer alcoholismo y por 7,5 el riesgo de sufrir adicción a drogas (16). Entre el 50% y el 60% de los pacientes varones esquizofrénicos presentan algún tipo de adicción a las drogas o al alcohol (17). Aproximadamente el 30% de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados presentan trastornos relacionados con el consumo de sustancias y el 5% de los pacientes alcohólicos hospitalizados sufren esquizofrenia (17).

La alta prevalencia del diagnóstico dual (esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias) ha sido reportada principalmente en estudios provenientes de los Estados Unidos y Europa (18-22). En estudios de áreas de influencia epidemiológica (ECA) se estimó que el 28,9% de las personas con enfermedad mental tienen trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida, y la esquizofrenia fue la tercera enfermedad mental más frecuente co-mórbida con trastorno por consumo de sustancias. El estudio reportó una prevalencia de 47,0%

a lo largo de la vida para cualquier abuso o dependencia de sustancias o alcohol co-mórbido en personas con esquizofrenia o trastornos esquizofreniformes. El riesgo a lo largo de la vida para desarrollar trastorno por consumo de sustancias fue 4,6 veces mayor para personas con esquizofrenia que para personas sin trastornos mentales (18). El objetivo general del presente trabajo fue determinar las características epidemiológicas del trastorno por consumo de sustancias pacientes internados con diagnóstico de Esquizofrenia en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción; Asunción, Paraguay (2004-2012). Los objetivos específicos propuestos fueron determinar la prevalencia de la esquizofrenia en pacientes internados en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, determinar la prevalencia del consumo de sustancias en estos pacientes y describir el perfil socio demográfico de los mismos.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, sobre 569 fichas clínicas obtenidas en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción; Asunción, Paraguay. El marco temporal abarcó el período comprendido entre el 1 de enero del 2004 y el 30 de setiembre del 2012. La población enfocada estuvo constituida por pacientes de ambos sexos y de todas las edades, con diagnóstico de Esquizofrenia. La población accesible estuvo formada por pacientes internados en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción; Asunción, Paraguay, durante el período 2004-2012.

Fueron incluidos en el estudio aquellos pacientes diagnosticados con Esquizofrenia e internados en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría. Fueron excluidos aquellos cuyas fichas no contenían los suficientes datos socio demográficos o clínicos.

Se utilizaron las siguientes variables: sexo (masculino o femenino), edad (medida en años), estado civil (soltero/a, casado/a, divorciado/a y viudo/a), procedencia (a especificar), nivel de educación (Educación Escolar Básica, Media o Superior), el consumo de sustancias (si consume sustancias o no, en caso afirmativo, se especificaron las sustancias consumidas), el tiempo de consumo (medido en años) y el tipo diagnosticado de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada o residual). Se garantizó el anonimato de los pacientes cuyas fichas clínicas fueron consideradas para este estudio.

RESULTADOS

Se completó la revisión de 569 fichas médicas, correspondientes a pacientes internados en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas, para el período enero del 2004-setiembre del 2012. De estas fichas fueron tomadas en consideración 103, correspondientes a pacientes diagnosticados con esquizofrenia, en cualquiera de sus subtipos. La prevalencia de la esquizofrenia obtenida fue del 18,1% entre pacientes internados siendo el subtipo más frecuente el de la esquizofrenia paranoide (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de los subtipos de esquizofrenia en pacientes internados en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría (FCM-UNA), periodo 2004-2012 (n=103).

Subtipo de esquizofrenia	n	%
Paranoide	86	83,5
Desorganizada	4	3,9
Catatónica	6	5,8
Indiferenciada	4	3,9
Residual	3	2,9
Total	103	100,0

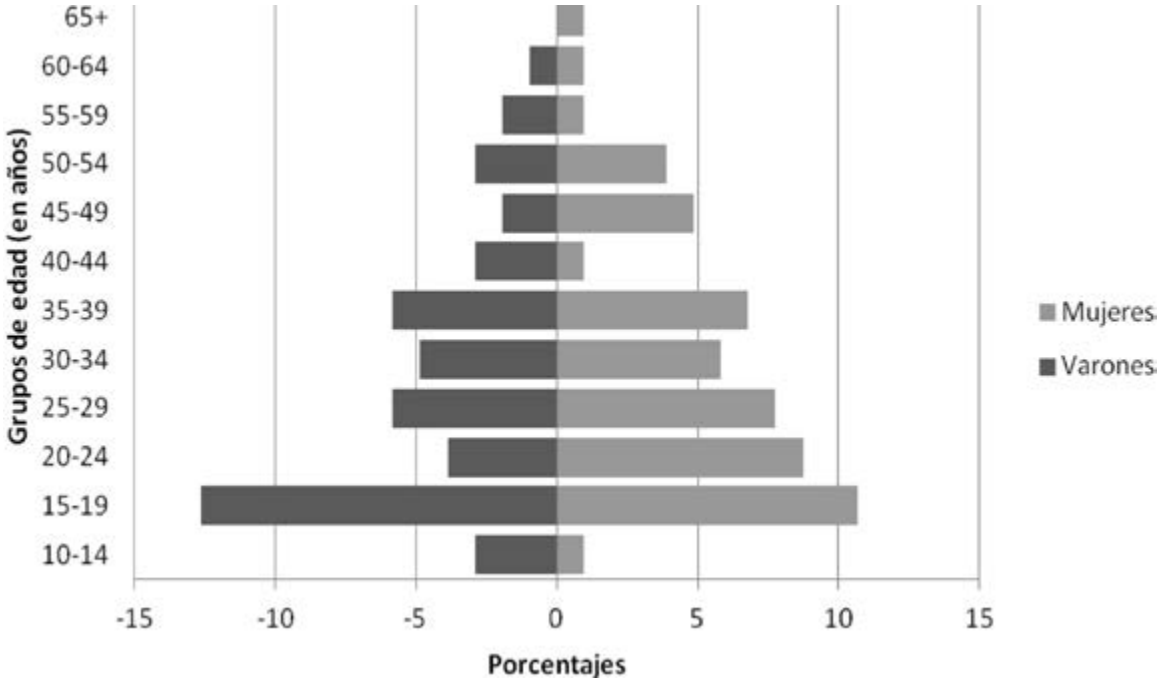
Considerando el sexo de los pacientes, se observó un predominio del sexo masculino (53,4%) frente al femenino (46,6%). La tabla 2 informa de la prevalencia de los subtipos de esquizofrenia según el sexo de los pacientes internados.

Tabla 2. Prevalencia de subtipos de esquizofrenia según sexo (n: 103).

Subtipo de esquizofrenia	Sexo		Totales
	Femenino	Masculino	
Paranoide	37,86%	45,63%	83,49%
Desorganizada	1,94%	1,94%	3,88%
Catatónica	1,94%	3,88%	5,82%
Indiferenciada	2,91%	0,97%	3,88%
Residual	1,94%	0,97%	2,91%
Totales	46,6%	53,4%	100%

Para medir la edad del paciente se tuvo en cuenta la fecha de ingreso a la sala de internación. La media fue de 31 años, con una desviación estándar de 13,3 con un error estándar de 1,3 y un rango de 13 a 66 años. Al analizar la pirámide poblacional puede observarse como la base de la misma está constituida por pacientes con edades comprendidas entre 15 a 19 años (gráfico 1).

Gráfico 1. Edades según sexo de los pacientes internados con diagnóstico de esquizofrenia en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay), periodo 2004-2012.

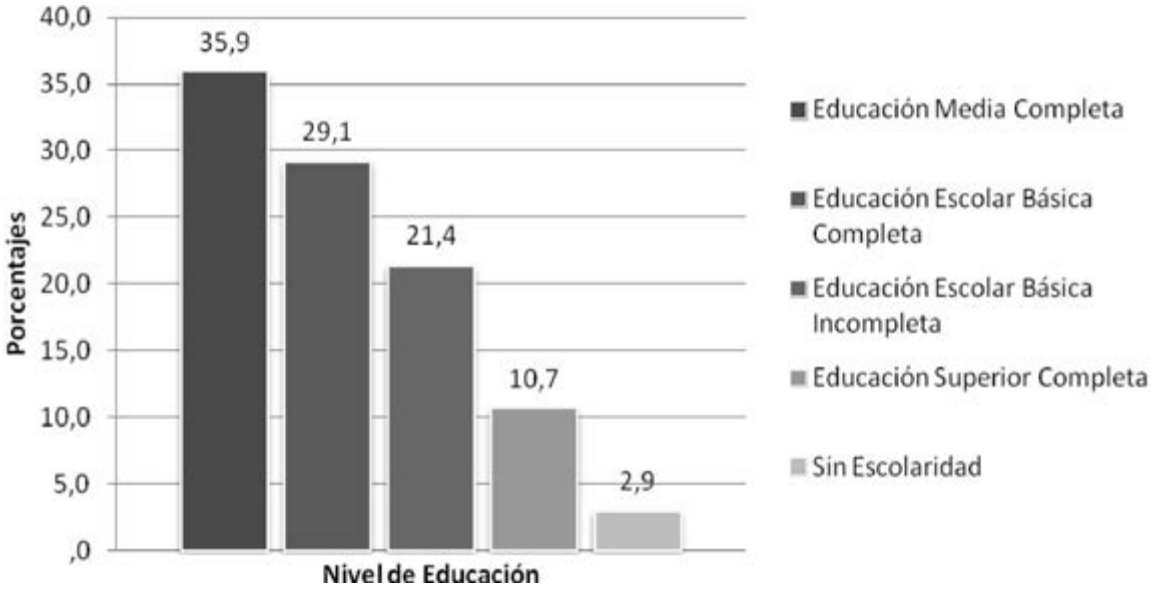


En cuanto al estado civil, el 76,70% de los pacientes era soltero; casado, el 12,60%; divorciado, 9,70%; y viudo, el 1,0% del total de pacientes. Con respecto al estado civil de los pacientes que habían desarrollado un trastorno por consumo de sustancias, 66,6% eran solteros, 26,6% eran casados y 6,6% eran divorciados.

En cuanto a la procedencia, el mayor porcentaje de la muestra procedía de Asunción (27,7%), mientras que el mayor porcentaje de pacientes provenientes de interior lo era de Ciudad del Este, San Lorenzo y Capiatá (6,8% cada uno).

El gráfico 2 informa del nivel de educación encontrado en los pacientes internados.

Gráfico 2. Nivel de educación de los pacientes internados con diagnóstico de esquizofrenia en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay), periodo 2004-2012.



De las 103 fichas médicas revisadas, 15 correspondían a pacientes que además del trastorno mental habían desarrollado un trastorno por consumo de sustancias, correspondiendo a una prevalencia del 14,56% en internados diagnosticados con esquizofrenia. Además, de los 15 pacientes, todos fueron diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide (lo que equivale a una prevalencia del 93,3%), excepto uno, con esquizofrenia de tipo desorganizada.

Según el sexo, estos pacientes se encontraban distribuidos en un 3,88% en pacientes del sexo femenino, y 10,67% a pacientes del sexo masculino (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia del trastorno por consumo de sustancias según sexo en pacientes internados con diagnóstico de esquizofrenia (n: 103).

Consumo de sustancias	Sexo		Totales
	Femenino	Masculino	
No consume	44	44	88
Alcohol	1	5	6
Tabaco	1	3	4
Sedantes	2	1	3
Marihuana	0	1	1
Tabaco y Alcohol	0	1	1
Totales	48	55	103

Se pudo observar que la frecuencia del trastorno por consumo de alcohol fue la mayor entre estos pacientes. También se pudo observar que de estos pacientes, uno de ellos había abusado en el consumo no sólo de alcohol, sino también de tabaco (tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia del trastorno de consumo de sustancias en pacientes internados (n:15)

Sustancia	n	%	Tiempo de consumo (años)
Alcohol	6	5,8%	13,6 ± 10,2
Tabaco	4	3,9%	17,2 ± 14,11
Sedantes	3	2,9%	1,03 ± 0,71
Marihuana	1	1,0%	*
Tabaco y alcohol	1	1,0%	**
Totales	15	14,56%	

* El paciente que había desarrollado un consumo en el consumo de marihuana lo había hecho durante 9 años.
** Los datos acerca del tiempo de consumo del paciente que había desarrollado un trastorno por consumo de dos sustancias fueron desdoblados y utilizados para cada sustancia correspondiente (tabaco y alcohol).

En cuanto al nivel de escolaridad, la tabla 5 informa que el consumo de alcohol se observa con mayor frecuencia en aquellos pacientes con educación escolar básica (completa e incompleta), en tanto el consumo de tabaco en aquellos con educación media completa.

Tabla 5. Prevalencia del trastorno por consumo de sustancias según nivel de educación en pacientes internados con diagnóstico de esquizofrenia.

Nivel de educación	Sustancias					Totales
	Alcohol	Tabaco	Sedantes	Marihuana	Alcohol y tabaco	
Sin escolaridad	6,6%	0 %	6,66%	0%	0%	13,3%
Educación escolar básica incompleta	13,3%	0%	0%	0%	0%	13,3%
Educación escolar básica completa	13,3%	0%	13,33%	6,66%	0%	33,3%
Educación media completa	6,6%	26,6%	0%	0%	6,66%	40%
Educación superior completa	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Totales	40%	26,6%	20%	6,6%	6,6%	100%

DISCUSION

Uno de los motivos por los que resulta de interés el estudio y el conocimiento de las características epidemiológicas de la esquizofrenia es el "alto coste social, laboral, económico y familiar que representa esta patología grave de inicio precoz y curso crónico" (23). La importancia del estudio del diagnóstico dual (de Esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias) radica en que los pacientes esquizofrénicos presentan muchos de los ya conocidos factores de riesgo para desarrollar una conducta adictiva, a saber: falta de habilidades sociales, alteraciones cognitivas, pobre autoestima, escaso autocontrol, capacidad de afrontamiento restringida y nula o escasa red social de apoyo (24). A todo esto se suman los resultados de los estudios de área de influencia epidemiológica (ECA) que afirman que los pacientes esquizofrénicos presentan un riesgo 4,6 veces mayor que las personas sin trastornos mentales a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias (18).

Al comparar el presente trabajo con estudios realizados anteriormente en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, encontramos que la prevalencia del 18,1% difiere ligeramente de la obtenida por dichos estudios, que equivale a un 16,29% (25). Esta escasa diferencia podría deberse a que en este trabajo se tuvieron en cuenta las fichas médicas de los pacientes inter-

nados y en los estudios realizados anteriormente se trabajó con las fichas médicas de los pacientes que acudían a las consultas. Además los marcos temporales no son iguales. Aun así cabe destacar que ambos trabajos coinciden en el rango etario en el que se concentran los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que se ubica entre los 15 y 19 años para ambos sexos.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) el subtipo más frecuente de esquizofrenia es la paranoide, hecho confirmado en este estudio, en el que se obtuvo una prevalencia del 83,5% para dicho subtipo, que varía poco según el sexo. Con respecto a la prevalencia según el sexo, se encontró una ligera diferencia que indicaba una frecuencia mayor entre los pacientes de sexo masculino. Existen estudios que afirman que no existe dicha diferencia (1), pero también abundan aquellos que concluyen que la frecuencia es mayor entre varones (6). Sin embargo, estos últimos, más recientes, aclaran que aún son escasos los avances con respecto al estudio del sexo como factor de riesgo para el desarrollo de la Esquizofrenia.

Entre las sustancias por las que los pacientes desarrollaron un trastorno por consumo, las más frecuentes fueron el alcohol y el tabaco. Esto puede deberse al fácil acceso que tendrían los pacientes a estas sustancias por su condición de legalidad y bajo costo. Esta alta frecuencia en el trastorno por consumo de alcohol entre pacientes esquizofrénicos coincide con los hallazgos de Santamarina e Iglesias (26).

Estudiando la distribución geográfica de los pacientes que acudieron a la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, se pudo observar que la gran mayoría provenía de zonas urbanas, ya sea Gran Asunción (la capital y sus alrededores) u otras grandes ciudades del interior del país, como Ciudad del Este. Existen trabajos que apoyan esta observación (27-31) y afirman que el riesgo de desarrollar la esquizofrenia es mayor para las personas que nacen y crecen en zonas urbanas que para aquellas que lo hacen en zonas rurales.

En este estudio se pudo observar que entre los pacientes que habían desarrollado un trastorno por consumo de sustancias, no se encontraban personas que habían alcanzado la educación superior. Además se observó que la frecuencia del trastorno por consumo de alcohol se distribuía de manera más o menos uniforme entre los niveles inferiores al de la educación superior, mientras que la frecuencia del trastorno por consumo de tabaco se centraba en aquellos que habían alcanzado la educación media.

CONCLUSIONES

Desde el 1 de enero del 2004 hasta el 30 de setiembre del 2012, fueron internados 569 pacientes en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Asunción. De estos, 103 fueron diagnosticados con algún tipo de esquizofrenia, lo que corresponde a una prevalencia del 18,1%. De estos, el 46,6% son pacientes del sexo femenino y 53,4%, del sexo masculino, en un rango etario de 13 a 66 años. El subtipo de esquizofrenia con la mayor prevalencia fue la de esquizofrenia paranoide. Entre estos pacientes, 14,56% de ellos había desarrollado un trastorno por consumo de sustancias, de estos, el 93,33% fueron diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide.

El perfil del paciente esquizofrénico con trastorno por consumo de sustancias es un paciente del sexo masculino, de 31 años, soltero, residente de Asunción, con un nivel de educación media completa. Con respecto a la sustancia más consumida en estos tipos de trastornos, estos fueron el tabaco y el alcohol.

ACERCA DE LOS AUTORES

La Dra. Pasionaria Ramos es PhD en salud pública y auxiliar de la enseñanza de la Cátedra de Epidemiología y Ecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. Felicia Cañete es magíster en docencia médica superior y jefa de la Cátedra de Epidemiología y Ecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Roberto Dullak es especialista en salud pública y coordinador de la docencia de la Cátedra de Epidemiología y Ecología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Julio Torales-Benítez es médico psiquiatra y jefe de investigaciones de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Andrés Arce Ramírez es médico psiquiatra, profesor titular y jefe de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Marcos Hernán Capurro es médico residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Denis Caballero es estudiante de 2.º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Gabriel Cabral es estudiante de 2.º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Caterine Cabrera es estudiante de 2.º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Nadia Cabrera es estudiante de 2.º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Rodrigo Cáceres Alfonzo es estudiante de 2.º curso de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Schiences/Clinical Psychiatry. 10th. ed. Lippincot Williams & Wilkins. Baltimore, 2009.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Masson SA. Barcelona, 2002.
3. Murray C, López A. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Lancet 1997; 349: 1498-1504.
4. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Archives of General Psychiatry 1993 Feb; 50(2):n 85–94.
5. Boydell J, Van Os J, Lambri M, et al. Incidence of schizophrenia in south-east London between 1965 and 1997. Br J Psychiatry 2003 Jan; 182:45-9.
6. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, McCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Medicine 2004; 2(1): 13.
7. Hafner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. Can J Psychiatry 1997; 42: 139-51.
8. Xiang YT, Ma X, Cai ZJ, Li SR, Xiang YQ, Guo HL, Hou YZ, Li ZB, Li ZJ, Tao YF, Dang WM, Wu XM, Deng J, Lai KY, Ungvari GS. Prevalence and socio-demographic correlates of schizophrenia in Beijing, China. Schizophr Res 2008 July; 102(1-3): 270-277.
9. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007.
10. Shaner A, Khalsa ME, Roberts L,Wilkins J,Anglin D, Hsieh SC. Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. Am J Psychiatry 1993; 150: 758-762.

11. Cohen E, Henkin I. Prevalence of substance abuse by seriously mentally ill patients in a partial hospital program. Hosp Community Psychiatry 1993; 44: 178-170.
12. Kovasznay B. Substance abuse among veterans with a diagnosis of schizophrenia. Hosp Community Psychiatry 1991; 42: 948-949.
13. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. Schizophr Bull 1990; 16: 31-56.
14. Miller FT, Tanenbaum JH. Drug abuse in schizophrenia. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 847-849.
15. Mueser KT, Bennett M, Kushner MG. Epidemiology of substence use disorders among persons with chronic mental illness. In: Lehman AF, Dixon LB, eds, Double Jeopardy: Chronic Mental Illness and Substance Use Disorders, Chur, Switzerland: Harwood Academic Press 1995: 15.
16. Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, Huribut SC, Teague GB, Beaudett MS. Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. Schizophr Bull 1990; 16: 57-67.
17. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients' self-reports, Schizophr Bull 1990; 16: 69-79.
18. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Resultados de estudios de ECA (Epidemiologic Catchment Area, Área de Influencia Epidemiológica). JAMA 1990 21; 264: 2511-8.
19. Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, Jónsdóttir H, et al. Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. Acta Psychiatr Scand 2008; 117: 133-8.
20. McCreadie RG. Scottish Comorbidity Study Group. Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case-control study. Br J Psychiatry 2002; 181: 321-5.
21. Soyka M, Albus M, Immler B, Kathmann N, Hippius H. Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics - are there differences? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001; 251: 232-8.
22. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM, et al. Substance Use in Persons With Schizophrenia: Baseline Prevalence and Correlates From the NIMH CATIE Study. J Nerv Ment Dis 2006; 194: 164-72.
23. Rodríguez-Pulido F., González de Rivera JL. El método epidemiológico en Salud Mental. Masson-Salvat. Barcelona, 1993: 271-292.
24. Donovan DM. Assesment of addictive behaviors: implications of an emerging biopsychosocial model. En Assesment of addictive behaviors . Ed Donovan DM, Marlatt GA. New York, 1998.
25. Ramos P, Cañete F, Dullak R, Ortiz E, Ortiz A, Orué L, Ovelar C, Páez L. Características epidemiológicas de los trastornos mentales tratados en la Cátedra de psiquiatría del hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción (2011). Cátedra de Epidemiologia y Ecología. FCM-UNA. Asunción, Paraguay. 2012. En imprenta.
26. Santamarina S, Iglesias C. Esquizofrenia y sustancias psicótropas de consumo frecuente en nuestro medio. Servicio de Psiquiatría Hospital Valle del Nalón. Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, 2001.
27. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O, Andersen PK, Melbye M: Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. N Engl J Med 1999; 340: 603-608.
28. Takei N, O'Callaghan E, Sham P, Glover G, Murray RM: Winter birth excess in schizophrenia: its relationship to place of birth. Schizophr Res 1992; 6:102.
29. Lewis G, David A, Andreasson S, Allebeck P: Schizophrenia and city life. Lancet 1992; 340: 137-140.
30. O'Callaghan E, Colgan K, Cotter D, Larkin C, Walsh D, Waddington JL: Evidence for confinement of winter birth excess in schizophrenia to those born in cities. Schizophr Res 1992; 6:102.
31. Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray R, Selten JP, Van Os J: Urbanization and psychosis: a study of 1942–1978 birth cohorts in The Netherlands. Psychol Med 1998; 28: 871-879.

UTILIDAD DE LA QUETIAPINA EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR

[QUETIAPINE'S UTILITY IN THE TREATMENT OF BIPOLAR DISORDER].

Néstor Girala

Correspondencia: Dr. Néstor Girala, jefe de Emergencias, Admisión e Internación de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | nestor@girala.org | Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

INTRODUCCIÓN

La quetiapina en un antipsicótico de segunda generación, de estructura química similar a la clozapina y la olanzapina, que corresponde a la familia de las dibenzotiapinas. Desde su introducción al arsenal farmacoterapéutico en 1998 ha ganado popularidad por su eficacia, su efecto sedante, su baja incidencia de efectos extrapiramidales y poca influencia en la prolactina, así como su peculiar acción antidepresiva y estabilizante además de antipsicótica.

La indicación original de este antipsicótico antipsicótico para la esquizofrenia ha ido expandiéndose a otras condiciones, de manera especialmente interesante a distintos estados de la condición bipolar. También se usa como potenciador de antidepresivos en la depresión mayor (unipolar). Otros usos menos respaldados por evidencia y en general no reconocidos por agencias regulatorias son como ansiolítico/hipnótico (especialmente en población adulta mayor), en psicosis asociada a la enfermedad de Parkinson, en trastornos obsesivo compulsivo, por estrés post traumático, trastorno límite de la personalidad y en el tratamiento de agresividad asociada a trastornos psiquiátricos (1).

Farmacología

Desde el punto de vista farmacodinámico el perfil de la quetiapina es complejo. De manera similar a la clozapina tiene acción sobre diversos receptores: antagonismo en receptores serotoninérgicos 5HT2A y antagonismo parcial 5HT1A, moderada afinidad por receptores dopaminérgicos D2 y baja afinidad por receptores D1. La peculiaridad de afinidad relativamente alta de receptores serotoninérgicos respecto a dopaminérgicos, y la rápida disociación de la molécula de los receptores D2 parecen ser los causales de su peculiar baja incidencia de síntomas extrapiramidales. Otros receptores afectados son los histaminérgicos H1, adrenérgicos alfa1 y alfa2, con baja afinidad los receptores colinérgicos M1 y dopaminérgicos D4 (2).

La farmacocinética se caracteriza por la absorción poco influida por la alimentación, a menos que sea de alto contenido graso. El pico de absorción para las preparaciones de liberación inmediata (IR) es de 1.5 hs, y la vida media 6 hs, lo que permite la administración en dos tomas diarias. Los preparados de de liberación prolongada (XR) hacen pico de absorción a las 6 hs y su vida media media de 7 hs permite una toma diaria. La quetiapina se metaboliza ampliamente a nivel hepático mediante la isoenzima CYP3A4, siendo pasible de inducción e inhibición en interacción a este nivel. La norquetiapina es el principal metabolito activo que actúa inhibiendo al transportador de la noradrenalina además de la acciones que comparte con la droga madre, llamativamente también tiene más afinidad sobre receptores colinérgicos. Los metabolitos activos tienen vidas medias de hasta 12 hs. En caso de insuficiencia renal no se requieren ajustes en la dosis, en caso de insuficiencia hepática si debe reducirse la dosis, en los ancianos la dosis debe reducirse en aprox 40% (1, 3).

Uso en el tratamiento del trastorno bipolar

La quetiapina ha sido usada con éxito en el tratamiento de episodios maníacos y mixtos, tanto en monoterapia como en terapia combinada con litio o valproato. También se ha demostrado su eficacia como monoterapia en el tratamiento de la depresión bipolar, tanto en bipolares I como II. El uso de quetiapina como terapia de mantenimiento en el trastorno bipolar en combinación con otros estabilizantes tiene también buena evidencia respaldatoria en uso combinado con litio o valproato.

Quetiapina en manía

La eficacia de la quetiapina en monoterapia para el tratamiento de la manía se estableció inicialmente con dos ensayos clínicos que compararon este fármaco contra placebo. Ambos ensayos de 12 semanas, con 300 pacientes cada uno, establecieron la superioridad estadísticamente significativa de la quetiapina en comparaciones a la semana 3 y a la semana 12 de tratamiento, mediante la Young Mania Rating Scale.

La eficacia en combinación con estabilizantes del humor (litio y valproato) se estableció inicialmente en un ensayo clínico de 3 semanas, en que la adición de quetiapina al tratamiento estabilizante demostró ser superior a la adición de placebo en 170 pacientes.

En niños y adolescentes de 10 a 17 años también ha sido establecida la eficacia sobre placebo (193 pacientes recibiendo quetiapina) por 3 semanas (1, 3). La eficacia de la quetiapina es también consistente en poblaciones de adultos mayores (4).

En el tratamiento de la manía, como monoterapia o en combinación, la dosis recomendada es de 400 a 800 mg al día (en adolescentes hasta 600 mg al día). En los preparados IR se recomienda dividir las dosis en dos tomas diarias, a iniciar según el siguiente esquema:

- primer día: 100 mg/día (dos dosis de 50 mg)
- segundo día: 200 mg/día (dos dosis de 100 mg)
- tercer día: 300 mg/día (dos dosis de 150 mg)
- cuarto día: 400 mg/día (dos dosis de 200 mg)

Posteriormente, y según sea necesario se puede aumentar 100 mg por día hasta una dosis máxima de 800 mg al día.

En el caso de los preparados XR la dosis diaria recomendada es la misma, y puede administrarse en una sola toma, según el esquema:

- primer día: 300 mg en una toma
- segundo día: 600 mg en una toma
- tercer día: hasta 800 mg en una toma

Una ventaja práctica de la quetiapina en la manía es su efecto sedante y la inducción del sueño sin necesidad de recurrir a medicación coadyuvante, desde las primeras tomas. Algunos autores sugieren un inicio de acción más rápido (2).

Desde el punto de vista clínico se plantea la pregunta de cómo se compara este agente con otros tratamientos posibles para la manía. La respuesta, indudablemente, debe tener en consideración las características sintomáticas de cada paciente, su respuesta anterior a otros tratamientos, su condición médica general y otras tantas desde el precio del fármaco hasta la capacidad de contención familiar y el cumplimiento de medicación. Es útil, sin embargo, conocer la comparación de la eficacia de fármacos para la manía en un metaanálisis de ensayos clínicos. Yildiz, Vieta y coautores (5) encuentran de similar eficacia a olanzapina, ziprazidona, asenapine, quetiapina, litio, paliperidona, valproato y aripiprazol, todos estos con eficacia algo menor que tamoxifeno (usado como quimiterápico anticanceroso principalmente), risperidona, haloperidol y carbamazepina. Los resultados de los metaanálisis deben tomarse con precaución por ser complejos estudios estadísticos sobre datos recogidos por otros autores en estudios de metodología diversa. Debe tenerse en cuenta además que el haloperidol se considera cada vez más como pobre protector del switch a depresión después de la manía (6) o incluso depresógeno.

Quetiapina en depresión bipolar

La eficacia de la quetiapina para el tratamiento de la depresión en trastorno bipolar quedó convincentemente demostrada en los estudios llamados BOLDER I y BOLDER II, que incluyeron más de 1600 pacientes con trastorno bipolar I y II, y compararon dosis de 300 mg, 600 mg y placebo. Las diferencias con el placebo fueron estadísticamente significativas a partir de la semana de tratamiento, aunque las dosis de 600 mg no demostró mayor eficacia que la de 300 mg en estos estudios (7).

El estudio EMBOLDEN I demostró mayor eficacia de quetiapina respecto a litio y placebo, en el tratamiento de un episodio depresivo bipolar (8). Ha sido criticado el hecho que los niveles de litio utilizados en esta comparación fueron de sólo 0.6 mEq/L, en el límite de lo útil (9). El estudio EMBOLDEN II la quetiapina demostró mayor eficacia que 20 mg de paroxetina y que placebo en el tratamiento de 740 pacientes con depresión en trastorno bipolar I o II. Estos resultados se dieron tanto a dosis de 300 como de 600 mg al día de quetiapina (10).

Un metaanálisis reciente de 11 estudios de quetiapina en depresión bipolar confirma y consolida los hallazgos de eficacia a corto y largo plazo (11).

La prescripción a niños y adolescentes con depresión bipolar no está avalada con la aprobación de la FDA. No hay evidencia clara sobre la eficacia de la quetiapina en este diagnóstico y población (12, 13).

La dosis recomendada es de 300 mg administrada en una dosis nocturna, tanto para las formulaciones IR como XR. Se recomienda llegar a la dosis indicada en 4 días:

- primer día: 50 mg noche
- segundo día: 100 mg noche
- tercer día: 200 mg noche
- cuarto día: 300 mg noche

Como en todos los tratamientos antidepresivos es de hacer notar que el riesgo de suicidio puede incrementarse en las primeras semanas de tratamiento.

En comparación con otros tratamientos para la depresión bipolar, es el antipsicótico atípico que más eficacia ha demostrado (14). Tamayo y coautores, en otro metaanálisis, compara tratamiento con un sólo fármaco para depresión en trastorno bipolar I encuentra al analizar 9 ensayos clínicos, superioridad de la quetiapina sobre otros agentes para lograr la remisión de la depresión. Tomando como medida de eficacia el NNT (Number Needed to Treat, número de pacientes que hay que tratar para tener un éxito terapéutico, remisión de la depresión en este caso: un número menor indica mayor eficacia), el resultado es de 4 para quetiapina y 9 para olanzapina, en tanto que la lamotrigina y el aripirpazol no demostraron mayor eficacia que placebo en lograr remisión según este estudio (15).

Las características sedantes y ansiolíticas de este agente son una ventaja en el tratamiento de la depresión bipolar, muy frecuentemente relacionada con síntomas de ansiedad. Sin embargo, la somnolencia, como efecto secundario frecuente, puede complicar la hipersomnia y apatía que a veces presenta este tipo de depresión, sobre todo en las etapas iniciales del tratamiento. La eficacia antidepresiva justifica la molestia inicial en la mayoría de los casos, pero puede requerir más explicaciones al paciente para asegurar el cumplimiento.

El uso de fármacos antidepresivos en la depresión bipolar es controversial, y no está recomendada a menos que sea en combinación con antipsicóticos atípicos o estabilizantes. Si se diera esta eventualidad debe tenerse en cuenta que la combinación de quetiapina con bupropión está contraindicada por el riesgo combinado de ambos fármacos de reducir el umbral convulsivo.

Quetiapina en tratamiento de mantenimiento

La eficacia de la quetiapina como estabilizante del humor ha sido demostrada tanto en monoterapia (16) como en combinación con otros estabilizantes (litio y valproato) (17), demostrando eficacia en prevenir tanto episodios depresivos como maníacos en pacientes bipolares tipo I, en dos años de seguimiento. Las dosis utilizadas en estos estudios variaban entre 300 y 800 mg.

La FDA ha aprobado el uso de quetiapina como estabilizante en combinación con litio o valproato, no como monoterapia. La dosis recomendada es entre 400 y 800 mg al día administrada en dos tomas para los preparados IR o en una toma para los XR.

Una peculiaridad de la quetiapina en el tratamiento de mantenimiento es que previene tanto episodios depresivos como maníacos con una eficacia muy considerable. A manera de comparación (por citar los más eficaces), el litio previene los episodios maníacos con un NNT de 3 a 8 según los distintos estudios; la lamotrigina previene la depresión con NNT de 7. La quetiapina en prevención de episodios maníacos tiene NNT de 3 a 9 y en prevención de episodios depresivos de 4 a 7, en monoterapia o combinación con litio o valproato. Estas

cifras orientativas de eficacia, propuestas por Vieta y colaboradores (18) al analizar ensayos clínicos, dan idea de la utilidad de la quetiapina en el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar.

Efectos secundarios y precauciones

Los efectos secundarios más comunes con el uso de quetiapina son somnolencia, boca seca, mareos, estreñimiento, astenia, hipotensión ortostática, aumento de peso.

Entre los efectos metabólicos que la quetiapina comparte con los demás neurolépticos atípicos está el aumento de peso, el riesgo de alterar el metabolismo de la glucosa y la hiperlipidemia. Estos efectos requieren que de parte del médico tratante se tomen las precauciones adecuadas de información al paciente, controles laboratoriales y de peso previos al inicio y monitoreo posterior.

La elevación de enzimas hepáticas es un efecto secundario que puede aparecer como hallazgo casual, y en general es asintomática, transitoria y reversible. Sólo si los valores de transaminasas superan el triple del valor de referencia se requiere suspender la quetiapina. Cataratas, agranulocitosis o hipotiroidismo son eventualidades raras descritas en asociación con el uso de quetiapina (1, 3).

CONCLUSIÓN

La quetiapina es un instrumento eficaz en el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar, tanto en su fase maníacas como depresiva, así como en mantenimiento. Puede usarse como monoterapia o en tratamiento combinado con otros agentes estabilizantes, o eventualmente antidepresivos.

Su peculiar efecto sedante marca tanto su utilidad clínica como su perfil de efectos secundarios. La peculiaridad de baja incidencia de síntomas extrapiramidales puede ser especialmente útil en casos particulares.

ACERCA DEL AUTOR

El Dr. Néstor Girala es médico psiquiatra, profesor adjunto y jefe de Emergencias, Admisión e Internación de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, Volume 2. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore, 2009: 4520.
2. El-Khalili N. Update on extended release quetiapine fumarate in schizophrenia and bipolar disorders. Neuropsychiatric disease and treatment [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Apr 6]; 8: 523-36.
3. AstraZeneca Pharmaceuticals LP. Prescribing infomation. Seroquel. Seroquel XR DailyMed. National Library of Medicine . http://dailymed.nlm.nih.gov
4. Sajatovic M, Calabrese JR, Mullen J. Quetiapine for the treatment of bipolar mania in older adults. Bipolar disorders [Internet]. 2008 Sep [cited 2013 Apr 19]; 10(6): 662-71. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18837860
5. Yildiz A, Vieta E, Leucht S, Baldessarini RJ. Efficacy of antimanic treatments: meta-analysis of randomized, controlled trials. Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology [Internet]. 2011 Jan [cited 2013 Mar 18]; 36(2): 375-89.
6. Vieta E, Angst J, Reed C, Bertsch J, Haro JM. Predictors of switching from mania to depression in a large observational study across Europe (EMBLEM). Journal of affective disorders [Internet]. Elsevier B.V.; 2009 Nov [cited 2011 Sep 22]; 118(1-3): 118-23.
7. Gajwani P, Muzina DJ, Kemp DE, Gao K, Calabrese JR. Update on quetiapine in the treatment of bipolar disorder: results from the BOLDER studies. Neuropsychiatric disease and treatment [Internet]. 2007 Dec [cited 2013 Apr 22]; 3(6): 847-53.
8. Young AH, McElroy SL, Bauer M, Philips N, Chang W, Olausson B, et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and lithium monotherapy in adults in the acute phase of bipolar depression (EMBOLDEN I). The Journal of Clinical Psychiatry [Internet]. 2010 Feb [cited 2013 Apr 22]; 71(2): 150–62.

9. Vieta E. Manuela de actuación Frente a la Depresión Bipolar. 3ª edición. J&C Ediciones Médicas. Barcelona, 2013.
10. McElroy SL, Weisler RH, Chang W, Olausson B, Paulsson B, Brecher M, et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and paroxetine as monotherapy in adults with bipolar depression (EMBOLDEN II). The Journal of Clinical Psychiatry [Internet]. 2010 Feb [cited 2013 Mar 16]; 71(2): 163-74.
11. Chiesa A, Chierzi F, De Ronchi D, Serretti A. Quetiapine for bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. International clinical psychopharmacology [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Apr 19]; 27(2): 76-90.
12. DelBello MP, Chang K, Welge JA, Adler CM, Rana M, Howe M, et al. A double-blind, placebo-controlled pilot study of quetiapine for depressed adolescents with bipolar disorder. Bipolar disorders [Internet]. 2009 Aug [cited 2013 Apr 22]; 11(5): 483-93.
13. Cosgrove VE, Roybal D, Chang KD. Bipolar depression in pediatric populations : epidemiology and management. Paediatric drugs [Internet]. 2013 Apr [cited 2013 Apr 22]; 15(2): 83-91.
14. De Fruyt J, Deschepper E, Audenaert K, Constant E, Floris M, Pitchot W, et al. Second generation antipsychotics in the treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of psychopharmacology (Oxford, England) [Internet]. 2012 May [cited 2013 Mar 5]; 26(5): 603-17.
15. Tamayo JM, Zarate CA, Vieta E, Vázquez G, Tohen M. Level of response and safety of pharmacological monotherapy in the treatment of acute bipolar I disorder phases: a systematic review and meta-analysis. The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP) [Internet]. 2010 Jul [cited 2013 Apr 8]; 13(6): 813-32.
16. Weisler RH, Nolen WA, Neijber A, Hellqvist A, Paulsson B. Continuation of quetiapine versus switching to placebo or lithium for maintenance treatment of bipolar I disorder (Trial 144: a randomized controlled study). The Journal of clinical psychiatry [Internet]. 2011 Nov [cited 2013 Apr 19]; 72(11): 1452-64.
17. Vieta E, Suppes T, Eggens I, Persson I, Paulsson B, Brecher M. Efficacy and safety of quetiapine in combination with lithium or divalproex for maintenance of patients with bipolar I disorder (international trial 126). Journal of Affective Disorders [Internet]. 2008 Aug [cited 2013 Apr 19]; 109(3): 251–63.
18. Popovic D, Reinares M, Amann B, Salamero M, Vieta E. Number needed to treat analyses of drugs used for maintenance treatment of bipolar disorder. Psychopharmacology [Internet]. 2011 Feb [cited 2011 Sep 22]; 213(4): 657–67.

VALORACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN UN PACIENTE CON AMNESIA POST-TRAUMÁTICA.

[ASSESSMENT OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN A PATIENT WITH POST TRAUMATIC AMNESIA].

Hugo Rodríguez Marín, Viviana Riego Meyer, Miguel Cuellar Hoppe, Claudia Verónica Valenzuela.

Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez Marín, jefe de sala de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA | hugromar@gmail.com | Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

RESUMEN

La preocupante incidencia de los traumatismos craneocerebrales en nuestro país, fundamentalmente los relacionados con accidentes de tránsito, hace que nos enfrentemos frecuentemente con la necesidad de evaluar y asistir a personas con diversas alteraciones psicopatológicas que aparecen como consecuencia del evento traumático. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el período posterior al traumatismo, y su evaluación suele presentar dificultades, sobre todo en los casos en los que los pacientes padecen de múltiples signos y síntomas cognitivos, emocionales y/o conductuales.

La importancia que reviste el tema radica en la dificultad que surge en la evaluación de síntomas depresivos en pacientes con un déficit importante de la memoria y en la frecuencia creciente con la que los profesionales nos vemos expuestos a esta situación.

El caso clínico que presentamos reveló el obstáculo que representó la amnesia anterógrada del paciente para la valoración de sus síntomas afectivos, ya que sus referencias sobre su estado anímico variaban según la persistencia o no de sus recuerdos.

Resulta necesario aportar más precisión al proceso de evaluación de pacientes con sospecha de depresión que presentan un serio déficit mnésico.

Palabras clave: traumatismos craneocerebrales, amnesia, depresión, evaluación.

ABSTRACT

The alarming incidence of brain trauma in our country, mainly those related to traffic accidents, often confronts us with the need to evaluate and assist people with various psychiatric disorders, as a result of the traumatic event. Depression is one of the most common psychiatric disorders in the period after trauma, and its evaluation often presents difficulties, especially in cases where patients have multiple cognitive, emotional or behavioral signs and symptoms.

The importance of the issue lays in the difficulty that arises from the assessment of depressive symptoms in patients with significant deficits in memory and the increasing frequency by which professionals are exposed to this situation.

The case report we present here revealed the obstacle that represented the anterograde amnesia in the assessment of the patient's mood symptoms, because the patient's references regarding his mood varied according the persistence (or not) of his memories.

It is necessary to give more precision to the process of evaluating patients suspected of having a serious depression memory deficit.

Keywords: brain trauma, amnesia, depression, evaluation.

INTRODUCCIÓN

La preocupante incidencia de los traumatismos craneocerebrales en nuestro país, fundamentalmente los relacionados con accidentes de tránsito, hace que nos enfrentemos frecuentemente con la necesidad de evaluar y asistir a personas con diversas alteraciones psicopatológicas que aparecen como consecuencia del evento traumático. Los trastornos mnésicos se encuentran entre los déficits cognitivos más frecuentes en el período posterior a un traumatismo craneocerebral; y en relación a los trastornos psiquiátricos, la depresión es uno de los más frecuentes (1). La evaluación de dichos cuadros depresivos suele presentar dificultades, sobre todo en los casos en los que los pacientes padecen además de múltiples signos y síntomas cognitivos y/o conductuales (2, 3).

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años de edad, sexo masculino, procedente de San Antonio, de profesión vendedor. Motivo de ingreso: dolor y deformidad de muslo y pierna derechos. Fecha de ingreso: 01/02/2012.

Antecedentes de la enfermedad actual: hace aproximadamente 2 meses y 15 días sufre accidente de tránsito tras embestir su motocicleta contra una camioneta. Es llevado por ambulancia hasta el Centro de Emergencias Médicas con aparente pérdida de conciencia; es intervenido quirúrgicamente ese mismo día, realizándose drenaje quirúrgico de hematoma encefálico. Permaneció en UTI durante aproximadamente 30 días, luego pasó a sala común, permaneciendo en dicho lugar 7 días; recibe tratamiento por cuadro de infección de vías urinarias que no logra superar, por lo que es dado de alta con tratamiento antibiótico. Es traído al Servicio de Traumatología del Hospital de Clínicas por familiares, en planes de tratamiento definitivo.

Hallazgos positivos al examen físico: PA: 130/90 FR: 20 x´ FC: 93 x´

Ectoscopía: paciente de sexo masculino, adulto joven, ingresa al servicio con excitación psicomotriz, Glasgow 13/15, desorientado, poco colaborador. Impresiona portador de patología crónica.

Examen de las regiones afectas

Cráneo: cicatriz a nivel de región parietal derecha de 2 cm de longitud, cerrada, sin signos inflamatorios.

Cuello: cicatriz de traqueostomía sobre línea media.
Rostro: cicatriz de 10 cm de longitud a nivel de línea media sobre región frontal. Cicatriz de 3 cm de longitud con retracción en párpado izquierdo.

Miembro inferior derecho: úlcera de decúbito en tercio inferior de pierna. Úlcera en planta y talón.

Miembro inferior izquierdo: cicatriz de herida cortante de 5 cm de longitud sobre tercio inferior, cara medial de pierna. Fémur con deformidad en varo y tumoración anterior. Tibia con desvío en valgo y tumoración medial. Acortamiento de miembro de 6 cm.

Diagnósticos:
- Vicio de consolidación de fémur D con 30^0 de varo.
- Vicio de consolidación de tibia y peroné D con 30^0 de valgo.

Plan: osteotomía + osteoclasia + CEM fresado p/ fémur y tibia .

Exámenes complementarios (hallazgos positivos)

Hemograma (01/02/12): GB 12000, N 67,9%, L 16,5%, M 10,6%, E 4,23%, B 0.79%, GR 3420000, Hb 9,65 mg/dL, Hto 28,9%

Orina simple: aspecto ligeramente turbio, densidad 1015, reacción ácida, nitritos negativo, sedimento: leucocitos +++, hematíes +, cél epiteliales +, piocitos ++, acúmulos leucocitarios +

Urocultivo: Pseudomonas aeruginosa (27/01/12).

Hepatograma: GOT 7 U/L, GPT 13 U/L, FA 390 U/L, BT 0,31mg/dL, BD 0,15 mg/dL, BI 0,16 mg/dL
El paciente se mostró agresivo, desorientado en tiempo y espacio, con alteración del nivel de conciencia durante los primeros días de internación, dificultándose las maniobras terapéuticas.

Al decimotercer día de internación se solicita **evaluación por psiquiatría**, con los siguientes resultados:

Datos aportados por familiar (madre): Luego del alta del Centro de Emergencias Médicas, el paciente no hablaba, recuperando el habla varios días después; no recordaba nada, ni siquiera su casa, no reconocía a familiares ni a su novia (con quien llevaba 6 meses de relación). Escolaridad: 1.º de la media. Dejó los estudios por motivos económicos y empezó a trabajar como vendedor.

Paciente dormido al momento del examen, la madre refiere que el paciente se encuentra triste, con ganas de morir, por momentos se encuentra agresivo. Según refiere el familiar no hay alteraciones de la sensopercepción. Refiere alteración de la memoria. Se indica Haloperidol 15 gotas/día.

20/03/12 Paciente se encuentra despierto, colaborador; refiere sentirse bien pero por momentos tiene ganas de morir por la situación en que se encuentra; se constata alteración de la memoria reciente, memoria remota conservada; no orientado en tiempo, sí en espacio y persona; no se constatan alteraciones de la sensopercepción. Se indica Risperidona 1,5mg/día.

21/03/12 Paciente vigil, colaborador; refiere sentirse "no tan bien", que tiene malos pensamientos y prefiere no hablar de ellos; se constata alteración de la memoria reciente; no orientado en tiempo ni espacio; niega alteraciones de la sensopercepción; sueño conservado. Iguales indicaciones.

28/03/12 Paciente se encuentra vigil, tranquilo, colaborador con la entrevista; refiere que se siente bien, aunque por momentos dice que se quiere morir porque no le cuidan; no se constatan alteraciones de la sensopercepción; sueño conservado. Se realiza MMSE con puntuación 12/28. Iguales indicaciones.

02/04/12 Paciente se encuentra tranquilo, colaborador; refiere que se siente bien; sueño y apetito conservados. Familiar refiere que disminuyeron los episodios de agresividad. Se realiza test de MOCA y puntúa 8/26. Iguales indicaciones.

11/04/12 Evaluación Neurológica
Paciente vigil, con marcada labilidad emocional, irritabilidad. Pares craneales: motoroculares: llama la atención extropia izquierda y dificultad para la convergencia; movimientos oculares independientes conservados; reflejos pupilares conservados. Fuerza disminuida en monoparesia a predominio proximal con tono aumentado y posición espástica en flexión, ROT (+++) del mismo lado asimétrico con el otro miembro. Miembros inferiores de difícil evaluación por inmovilidad y dolor (presencia de tutor externo). ROT (+++) y Babinsky evidente izquierdos, difícil evaluar derecho. No signos de HTE. No se evalúa marcha.

TAC de cráneo simple (31/12/12, 2 meses después del evento aproximadamente): mala técnica; se observa gran edema difuso con borramiento de surcos en forma bilateral aunque más marcado hacia la izquierda (gran asimetría de cavidades ventriculares); múltiples imágenes hipodensas corticales parieto-temporales derechas; fosa posterior de muy difícil evaluación por artefactos de mala técnica.

Diagnósticos:
- Traumatismo craneocerebral severo.
- Síndrome piramidal bilateral a predominio braquial izquierdo.
- Trastorno cognitivo conductual secundario a traumatismo.

Plan: 1) RMN c/c de cráneo (o en su defecto TAC de cráneo c/c o en su defecto TAC de cráneo simple, bien realizada en buenas condiciones técnicas); 2) Reevaluación psiquiátrica (sugerimos iniciar tratamiento antidepresivo); 3) Control evolutivo.

16/04/12 Paciente se encuentra en su 81° DDI; se encuentra vigil, tranquilo, colaborador; refiere que se siente feliz; no orientado en tiempo, parcialmente en espacio, si en persona; no se constatan alteraciones sensoperceptivas; sueño conservado. Déficit cognitivo a consecuencia de TCE. Iguales indicaciones.

02/05/12 Paciente se encuentra en su 97° DDI se encuentra vigil, tranquilo, colaborador; refiere que se siente muy bien, contento, llama la atención la efusividad que demuestra al saludar. Médico de sala y familiar refieren que por momentos se encuentra muy contento, presenta excesiva demostración de afecto hacia desconocidos, y por momentos dice que se quiere morir. No orientado en tiempo, parcialmente en espacio, sí en persona; alteración de la memoria reciente; no alteraciones de la sensopercepción. Iguales indicaciones.

DISCUSIÓN

El caso clínico descrito reveló el obstáculo que representó la amnesia anterógrada del paciente para la valoración de sus síntomas afectivos, ya que las referencias sobre su estado anímico variaban según la persistencia o no de sus recuerdos, oscilando sus descripciones entre estados de tristeza marcada con ideas suicidas y estados de eutimia en que el paciente no recordaba sus síntomas depresivos, llegando en ocasiones incluso a mostrar sintomatología sugerente de hipomanía. No hallamos en la literatura científica herramientas específicas que aporten ayuda en dichos casos.

Resulta necesario aportar más herramientas y precisión al proceso de evaluación de pacientes con sospecha de depresión que presentan un serio déficit mnésico.

ACERCA DE LOS AUTORES

El Dr. Hugo Rodríguez Marín es médico psiquiatra y jefe de Sala de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. Viviana Riego Meyer es médica encargada de Psiquiatría de Enlace de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. Miguel Cuellar Hoppe es médico de guardia de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. Claudia Verónica Valenzuela es ex médica residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González MA, Pueyo Benito R, Serra Grabulosa JM. Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. Anales de Psicología 2004; 20 (2): 303-316.
2. Ownsworth T T, Oei T PS. Depresión después de una lesión traumática del cerebro: consideraciones sobre el concepto y el tratamiento. Revista de Toxicomanías. 1999; 20: 5-17.
3. Bernal-Pacheco O, Vega-Rincón M, Hernández-Preciado J F. Consecuencias neuropsiquiátricas del trauma craneoencefálico. Revista Med 2009; 17 (1): 65-74.
4. Mayou R A, Black J, Bryant B. Unconsciousness, amnesia and psychiatric symptoms following road traffic accident injury. Br J Psychiatry 2000; 177: 540-545.
5. Fernández Guinea S. Valoración de las secuelas neuropsicológicas en los traumatismos craneoencefálicos. Cuadernos de Valoración 2006; 5: 15-23.

LA INTEGRACIÓN COMO IMPERATIVO DE LA PSIQUIATRÍA PARA EL NUEVO MILENIO.

[INTEGRATION AS AN IMPERATIVE OF THE PSYCHIATRY FOR THE NEW MILLENNIUM].

Manuel Fresco

Correspondencia: Dr. Manuel Fresco, presidente de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría | sociedad@psiquiatriaparaguaya.org | Cerro Corá esquina Tacuary, primer entre piso (Edificio del Círculo Paraguayo de Médicos), Asunción-Paraguay.

"Todo conocimiento humano es incierto, impreciso, incompleto"
Bertrand Russell (1872-1970)

A lo largo de la historia de la humanidad, la comprensión de las alteraciones conductuales y las diversas formas de padecimientos que hoy denominamos mentales, van ingresando paulatinamente al campo de la medicina para convertirse finalmente en una especialidad. En tal sentido, es importante diferenciar la emergencia del estatuto de especialidad médica, de lo que la historia nos enseña sobre el manejo de las locuras como respuestas sociales a las conductas anómalas.

Johann Cristian Reil acuña el término *"psychiaterie"* en una publicación del año 1808, en la cual argumentaba que debía ser una disciplina ejercida por médicos de una formación especializada. Pensaba que la locura era un reflejo de condiciones más amplias y que el avance de la civilización provocaba un empeoramiento de la salud mental. Sostenía la hipótesis que la locura no sería un efecto de lesiones cerebrales, sino un estado de perturbación en la armonía de las funciones mentales enraizadas en el sistema nervioso. Probablemente la definición que más se ajusta a esta cualidad particular de nuestra profesión es la que propone el psiquiatra español Carlos Castilla del Pino en su libro "Introducción a la Psiquiatría" (1), donde la ubica como "ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (enfermedades o trastornos mentales o de la conducta) cualquiera sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, en lo que concierne a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica".

Según Denis Leigh, citado por Pierre Pichot en la "Historia de la Psiquiatría como especialidad Médica", a mediados del siglo XVIII apareció (en Inglaterra) algún grado de especialización entre médicos respetables cuando se crearon nuevos "hospitales para lunáticos", como el St. Lucke. En dicho artículo también aparece citado Emil Kraepelin en un texto del año 1918 (Hundert Jahre Psychiatri), donde expresa: "Hace cien años prácticamente no había alienistas. Casi en todas partes la asistencia a los pacientes mentales estaba en manos de jefes de inspección, asistentes y gerentes administrativos de las instituciones para personas mentalmente enfermas; la función del médico se limitaba al tratamiento de las dolencias físicas del paciente"(2).

Aspecto central para entender la evolución del pensamiento, en cualquier ámbito del saber, es aceptar que las condiciones de posibilidad para pensar, están dadas por el Zeitgeist o la Urdimbre Creencial, es decir, aquello que los filósofos entienden como la plataforma cultural desde la cual se puede pensar. El grado de conocimiento, la cultura de la época, los prejuicios, etcétera, van determinando modos de "leer" la realidad y esta lectura termina construyendo "el hecho" y las posibles respuestas al fenómeno observado.
Por ello es que podemos interpretar las ideas que organizan las respuestas sociales a la locura, como emergentes posibles de los modos dominantes de pensar en determinado momento histórico. No obstante, los llamados actualmente trastornos mentales han tenido formas de presentación diversas, por lo cual, concordantemente con este aspecto, diferentes sectores o instituciones se fueron haciendo cargo del cuidado de esas personas que por algún motivo no se encuadraban a los criterios de normalidad o de adaptación vigentes.

Las diversas maneras de de no ajustarse a los mandatos del ingreso a la normalidad instituida, habrían incluido un espectro amplio de conductas o formas de ser, entre las cuales, sin lugar a dudas, estarían presentes algunas conductas que, hoy día, serían síntomas de trastornos mentales, oficialmente diagnosticables con criterios diagnósticos que fundamentan su inclusión en el campo de la salud/enfermedad y por ende, en el espacio del conocimiento y la intervención de la medicina.

Los planteamientos no posibilitaban opciones. El pensamiento humano, rudimentario y por lo tanto simple en sus orígenes, va haciéndose paulatinamente más complejo, y en este proceso, alguna propuesta adquiere un lugar de predominio entre los demás planteamientos, llegando a imponerse como hegemónico. De esta manera, consolidaba su hegemonía "una" forma de entender los fenómenos emergentes, sus causas y la manera adecuada de proponer las respuestas al mismo. Este proceso es lo que en el campo de las ciencias el epistemólogo Tomás Kuhn (1962) denominó paradigma, definiéndolo como "realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científicas" (3).

Obviamente la manera de entender la naturaleza y las causas del problema en cuestión, definirán las medidas a tomar. Una idea/modelo; un problema definido/construido por esta idea y un modo de solucionar el problema, determinado por los elementos previos. Este concepto de paradigma lo utilizamos como un instrumento teórico para analizar como se pensaba el tema que nos ocupa, aunque ni la ciencia ni las especialidades médicas se hubiesen instalado.

Desde esta perspectiva, el manejo de las locuras es previo al pensamiento científico y al accionar de la medicina como profesión. Una revisión superficial de la historia hecha desde el presente, nos permite interpretar los cráneos encontrados con orificios cicatrizados, producto de trepanaciones que tal vez fueron hechas para permitir la salida de los espíritus que atormentaban al hombre primitivo en la oscuridad de las cavernas. De ahí en adelante, apuntalados en los fracasos, la inventiva se vuelve desordenada y desobediente de los mandatos hegemónicos. Nuevas esperanzas, nuevas creencias, nuevos temores, nuevos desafíos y nuevas inventivas. La comunidad, todavía no convertida en científica, se disgrega. El pensar sólido, compacto, comienza a fragilizarse. No obstante, las formas de pensar alternativas, no logran desalojar del todo a los modelos dominantes, las diferencias no armonizan y las hegemonías estructuradas y sostenidas casi de un modo naturalmente incuestionable, comienzan a tambalear.

La historia de la locura, aún antes de ser bautizada como tal, nos muestra en su derrotero como llegamos a este nuevo siglo sin una respuesta clara que dé cuenta de los modos de enfermar que se desarrollan en esta dimensión mental o conductual de los humanos y con el claro imperativo de integrarnos. Formas de pensar la normalidad y la anormalidad, la salud y la enfermedad, las curas, los resultados, los criterios de éxitos o de fracasos se producen, se suceden, se superponen, se descalifican, se persiguen, se queman.

Desde los orígenes, las religiones y otras formas del saber se entremezclaron. En Egipto, por ejemplo, la comunicación con los espíritus de los Faraones muertos explicaba rasgos de personalidad de las personas. La India aceptaba la transmigración de las almas y tenían proposiciones que intentaban explicar la desintegración de la razón que conduce a la demencia. La pérdida de la salud mental se atribuía a la prevalencia de la pasión (rajas) y a la oscuridad (tamas). Dividían las enfermedades mentales en endógenas y exógenas. En la China, el Tao (camino), el Yin y el Yang son los elementos en juego conjuntamente con los cinco elementos (agua, fuego, madera, metal y tierra). De la cultura judaica, en el libro del Deuteronomio, se lee que Dios castigará a los que violen sus mandamientos con la locura, la ceguera y la paralización del corazón. La referencia más conocida es la de Saúl, cuyo cuadro culmina con el suicidio y que además nos enseña sobre la utilización de la música para calmar al paciente.

Un fenómeno identificable ya en la antigüedad es la superposición de proposiciones provenientes de diferentes áreas del conocimiento En la cultura griega, la medicina, la literatura y la opinión popular intervenían con sus interpretaciones. La posesión por espíritus malignos (manía y lisa), el reconocimiento de la irreprochabilidad de los enfermos mentales con respuestas sugeridas por Platón, como el exilio o el sometimiento a ritos de purificación. Estas concepciones se superponían con interpretaciones más rigurosas sobre la psyche y el soma y con la subdivisión del alma en tres aspectos planteada también por Platón, que muchos autores homologan con la Teoría del Aparato Psíquico creada por Sigmund Freud (4).

Por otro lado, Aristóteles, instalándose en una posición más racional, insiste en el carácter natural del efecto beneficioso de la catarsis como una salida para las pasiones alteradas. De cualquier manera, el principal aporte griego, sin dudas fue la teoría hipocrática de los humores con el concepto de equilibrio entre los mismos y la figura de Hipócrates de Cos como un médico de gran ética profesional, que consolidara la medicina, estableciendo el diagnóstico médico en base a la observación, la anamnesis y el razonamiento (5).

La Edad Media es reconocida por la mayoría de los autores como un claro retroceso de la racionalidad, siendo el pensamiento dominante fuertemente influenciado por la religión. En este escenario, la enfermedad desapa-

rece como concepto. La inquisición, los tormentos y la hoguera suplantan a las terapéuticas. En el año 1800, considerado como un hito importante por sucederse una de las "revoluciones psiquiátricas", aparece Phillip Pinel (1745-1826), cuyo acto de liberación de los locos encadenados, da inicio a un abordaje más humano a las personas con padecimientos mentales. Con fuerte impacto también a nivel de la concepción psicopatológica, la obra de Pinel introduce una clasificación de cuatro tipos de cuadros clínicos bien tipificados: melancolía, manía, demencia e idiocia. Este aporte de la comprensión psicopatológica presupone también un avance de los abordajes terapéuticos y un lugar incuestionable como especialidad médica. El valor de Pinel fue el hecho de incorporar ciertos cuestionamientos y modificaciones al tratamiento de los internados, conceptualizándolos con el rigor de la medicina de su época. En tal sentido, cabe destacar la participación de un supervisor de nombre Pussin, encargado del ala de los dementes**,** que ya se había destacado por las modificaciones humanizadoras del trato a los pacientes internados en su sector.

Tal vez en el campo de la Psiquiatría, después del aporte psicoanalítico en el año 1900, cuando Sigmund Freud introduce la dimensión teórica del inconsciente, aspecto conceptual que impulsa el desarrollo de la llamada Psiquiatría Dinámica, el descubrimiento de la clorpromazina en el año 1952 se constituye en el evento más importante de los últimos años. Si bien las sales de litio para cuadros maníacos se utilizaban desde 1949, de manera oficial se acepta el inicio de la revolución terapéutica y el gran avance de las investigaciones en el campo de las neurociencias asociada al descubrimiento del médico cirujano Henry Laborit. Avances, descubrimientos, invenciones. En nuestro campo no siempre los viejos concepto desaparecen y las disputas por la hegemonía se mantienen.
En la medida en que "los trastornos mentales y del comportamiento" abarcan no solamente los problemas de salud mental causados por alteraciones o lesiones del sistema nervioso central o por enfermedades médicas propiamente dichas, sino también aquellas alteraciones comportamentales de origen preponderantemente "psi"" y/o de la resultante de las interacciones recíprocas con el entorno, su conocimiento, conjuntamente con la psicología médica, deben posibilitar a los profesionales del área sanitaria, una comprensión integral más humanista de los enfermos, de sus circunstancias, de los fenómenos generados por el proceso del enfermar y consecuentemente, una mejor planificación para su adecuado abordaje terapéutico.

Las estimaciones sobre el peso que tendrán los Trastornos Mentales en este nuevo milenio nos obligan a pensar de manera crítica el papel de nuestra especialidad, tanto en la formación general de los futuros médicos como en la responsabilidad para la formación adecuada de los nuevos psiquiatras. Entre un 25 a un 40% de las consultas médicas, tiene algún componente de patologías mentales, por lo cual la psiquiatría como campo de saber heteróclito y heterológico, como plantea Castilla del Pino, se constituye probablemente en la actualidad, como una de las especialidades médicas de mayor interrelación con las demás áreas del saber, del arte médico y de fundamental conocimiento para los profesionales de todo el sistema de salud.

Es evidente que la necesidad de comprender la condición humana sigue siendo un desafío difícil de sortear. La complejidad que nos caracteriza a los seres humanos, tanto en la salud como en el proceso de enfermar, no admite lecturas antropológicas sencillas y esta complejidad debe trasladarse necesariamente a la conceptualización de la enfermedad y a la aproximación que desde la psiquiatría nos compromete como terapeutas, es decir, como cuidadores de los pacientes. No podemos limitar la comprensión de los trastornos mentales exclusivamente por las alteraciones de los neurotransmisores, ni a los conflictos inconscientes no resueltos, a cuestiones del aprendizaje o a los determinantes sociales.

La importancia creciente en nuestro país y en todo el contexto internacional de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, definida en Alma Ata (1978), como *"asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias y comunidad mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorrresponsabilidad y autodeterminacíon"*, obliga a los profesionales de la medicina a estar en condiciones de dar una respuesta adecuada a los usuarios de los servicios de salud.

Este nuevo Siglo nos exige que los diferentes desarrollos teóricos de los que integramos la comunidad "psi", ya sea provenientes del área de las neurociencias, de las diferentes escuelas de pensamiento de la psicología, del psicoanálisis o de los desarrollos sociales y comunitarios, trabajemos nuestras posibles articulaciones que nos permitan el trabajo en equipo, más allá de las diferencias paradigmáticas y con un posicionamiento crítico que nos obligue a una revisión permanente de nuestro papel al servicio de un proyecto que promueva una convivencia armónica, posibilitando los desarrollos individuales sin exclusión alguna.

ACERCA DEL AUTOR

El Dr. Manuel Fresco es médico psiquiatra y presidente de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castilla del Pino C. Introducción a la Psiquiatría 1. Problemas generales. Psico(pato)logía. Alianza Universidad: Madrid; 1978.
2. Gelder M, López Ibor J, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría. Ars Medica: Barcelona; 2002.
3. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. Editorial Siglo XXI: Madrid; 1970.
4. Kaplan HI, Sadock BJ: Handbook of Psychiatry. Williams & Wilkins: Baltimore; 1996.
5. Balansá J. Nacimiento y desarrollo de la Medicina. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) 1982; *14*: 378-387.

HACIA UNA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA MÁS HUMANIZADA.

[TOWARDS A MORE HUMANIZED PSYCHIATRIC PRACTICE].

SEÑOR EDITOR:

La preocupante situación del tratamiento de los pacientes internados en la única institución psiquiátrica especializada del Paraguay afecta a toda la psiquiatría paraguaya. Creo que los psiquiatras debemos no solo preocuparnos sino ocuparnos de este problema. Las siguientes líneas se basan en más de 30 años de experiencia, en la que me he ocupado, desde diferentes ámbitos, de impulsar una reforma en la atención de salud mental y de la asistencia psiquiátrica.

Se debe definitivamente aceptar que no es suficiente la indicación psicofarmacológica y/o la internación en el tratamiento de los pacientes con trastornos psiquiátricos. Es más, se estará favoreciendo la cronificación de la enfermedad y el consiguiente hospitalismo iatrogénico, a veces irreversible, si no se amplía el espectro terapéutico.

Ya es tiempo de comprender que la enfermedad mental, en la casi totalidad de los casos, reconoce un trastorno biológico, también compromete el equilibrio psicológico y, en este sentido, desarticula los elementos que conforman el mundo interno del paciente, generándole una suerte de confusiones en el reconocimiento de las pautas sociales aprendidas, creando de esta manera, una visión de mundo diferente, extraña, no conocida para el sujeto. El paciente vive y actúa en función de esta situación caótica, generando tensiones y malestar en su entorno. Obviamente, se hace evidente la dificultad en la comunicación y la incomprensión de su conducta delirante o alucinatoria. El aislamiento del mismo paciente y la marginación de parte de sus allegados, facilita la cristalización de estas pautas de conducta anormales.

Los medicamentos generalmente restablecen el equilibrio biológico perdido, más no recomponen, sin embargo, el mundo interno del paciente, porque el mismo ha incorporado en su estado crítico otros valores o antivalores que entran de contramano y perturban su estar en el mundo, situación ésta que le crea angustia, le dificulta su relacionamiento y el ejercicio de los roles sociales, con la consiguiente disminución de la autoestima y el aislamiento. Se debe en consecuencia plantear, además de los tratamientos biológicos, tratamientos psicológicos y sociales que le permitan al paciente recomponer los elementos que conforman su mundo interno (1).

Se hace necesario internar a un paciente cuando este constituye un peligro para sí o para los demás. Generalmente, él no sabe que está enfermo o no acepta esta condición. La internación es para protegerlo, para medicarlo y ponerlo en condiciones de asumir otros tipos de tratamiento.

La internación en el Hospital Neuropsiquiátrico de Asunción, en su actual estructura, sólo es de ayuda relativa, en la fase aguda de la enfermedad, puesto que el proceso de rehabilitación lejos de favorecerle, cronifica al paciente y le crea hospitalismo. Los pacientes en el hospital son abandonados en su aislamiento, en su marginación, nadie les ayuda en su drama existencial, en su incomunicación, en su soledad, en su confusión. El paciente tiene dificultad con su propia identidad, es maltratado, ignorado y hasta despojado de sus pertenencias. Los pacientes, en la internación, no tienen posibilidad de ser contenidos en su angustia, ni de establecer relaciones válidas que le sirvan de referencia. En la mayoría de los casos, estos pacientes provienen del interior del país, a veces de muy lejos; sus familiares ya no lo visitan y no siempre los medicamentos proveídos por el hospital tienen la continuidad que se requiere.

De esta forma, los pacientes se van adaptando pasivamente a la vida hospitalaria (2), organizando su nuevo mundo interno y externo, un mundo vacío, sin proyectos, sin esperanzas, de pura sobrevivencia, un eterno presente de espera. Los pacientes, desarraigados de su entorno social, dejan de tener familia, viven por inercia, dejan de ser sujetos de derecho, porque ni la ley los protege. Es por ello que hay pacientes de 15 o 20 años de internación (de vida) en el Hospital Neuropsiquiátrico. Esta estructura, lejos de ser un hospital es un mero depósito de estos pacientes, que ya son incómodos a la familia y a la sociedad. Esta es una estructura manicomial.

La medicina, y la psiquiatría, como disciplina médica, no pueden aceptar este sistema de tratamiento, porque atenta contra sus principios. Las autoridades no pueden aceptar este avasallamiento a los derechos humanos de los pacientes, porque entonces el ciudadano ya no tiene protección. Los y las psiquiatras, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogos/as no pueden aceptar esta situación, porque son trabajadores de la salud

mental y no carceleros. La ciudadanía no puede aceptar este atropello que, en nombre de la ciencia, se está haciendo porque se pierde la dignidad como persona.

En 1990, en Caracas-Venezuela (3), se encontraron profesionales de la salud mental, periodistas, filósofos, sociólogos, padres de familia, etcétera, de toda nuestra América. Luego de escuchar los resultados de las ponencias de las investigaciones realizadas por expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) acerca del tratamiento psiquiátrico y la situación de la salud mental en América Latina, en forma unánime se dio a conocer la Declaración de Caracas. En la misma se ha convenido erradicar los hospitales psiquiátricos con estructura manicomial, reestructurar la atención psiquiátrica en el sentido de humanizar la asistencia a los pacientes, con respeto por los derechos humanos de los mismos, utilizar todos los conocimientos científicos que la ciencia médica plantea, crear programas de rehabilitación social con amplia participación del paciente en su proceso de recuperación y elaborar leyes de protección. Este convenio ha sido aceptado por todos los países, incluido el Paraguay.

El tratamiento de un paciente psicótico requiere de un equipo terapéutico que debe estar compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas de diferentes especialidades. Pero cuando hablamos de salud mental debemos plantear una atención a la salud (4) que se denomina "atención primaria de la salud mental" y que implica por sobre todas las cosas la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la detección precoz de los trastornos mentales.

La atención de la salud mental es un tema de salud pública. Entre los años 1994 a 1999 (5), a nivel del Instituto de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, hemos iniciado un proceso de reestructuración de la atención en salud mental, en el sentido de incentivar la atención primaria, apuntando a la promoción y prevención a nivel comunitario, impulsando así la participación de la comunidad, generando procesos de salud mental y promoviendo la constitución de grupos que piensen en las necesidades de la colectividad, que conozcan sus recursos, que proyecten soluciones y que soliciten ayuda en lo que les falta, a fin de que ellos sean protagonistas de este proceso de construir su propio bienestar (6).

Esta experiencia se dio en la ciudad de Pedro Juan Caballero, a 520 Km de Asunción, y se realizó allí por pedido de la misma comunidad. Así se creó un equipo de salud mental itinerante, con psiquiatras, enfermeras especializadas, psicólogos, trabajadores sociales, organizaciones no gubernamentales especializadas en prevención de drogas, educación a personas con problemas de aprendizaje y otros. Se trabajó en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, en el Centro Regional de Educación y en algunas instituciones con niños con problemas cognitivos. Así fue como se creó la primera Unidad de Salud Mental en el interior del país. Se creó, además, un grupo de familiares y amigos de los pacientes para capacitarlos en la contención de los mismos y de ellos mismos.

Para la atención y detección precoz de los trastornos psiquiátricos se instaló un consultorio psicológico y psiquiátrico, 10 camas para internaciones de casos agudos de corta estancia, con provisión gratuita de medicamentos, un equipo de enfermería y trabajadoras sociales que asistían y controlaban a los pacientes luego del alta hospitalaria. Para la prevención en Salud Mental, se capacitó a educadores en prevención de drogas, violencia contra las mujeres y los niños. En las escuelas especiales, se capacitó a docentes para el manejo de niños con dificultades de aprendizaje.

Esta Unidad de Salud Mental posibilitó que casi todos los pacientes de Pedro Juan Caballero y alrededores fueran atendidos en sus propias comunidades, evitando el desarraigo y el alejamiento de sus familiares, recibiendo atención personalizada con provisión continua de sus medicamentos, a más de atención psicológica y ayuda social, que si bien no fue la ideal, por lo menos se constituyó en un inicio. Esta Unidad de Salud Mental continúa trabajando hasta la fecha.

Dr. Carlos Arestivo Bellassai
Médico psiquiatra
Decano de la Facultad de Postgrado,
Universidad Nacional de Villarrica del Espíritu Santo
Ex jefe y creador de la primera Comunidad Terapéutica del Hospital Neuropsiquiátrico (1977)
Ex director general del Instituto de Salud Mental, MSPyBS (1999)
Correo electrónico: carlos.arestivo@unves.edu.py

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Loyello W Para uma psiquiatría da liberação. Brasil, 1984.
2. Goffman E. Internados. Ensayo sobre la situación social en los enfermos mentales. Buenos Aires, 1972.
3. Organización Panamericana de la Salud. Programas de Atención Psiquiátrica en la Comunidad. Washington, 1994.
4. Pitta A. Reabilitação psicosocial no Brasil. Brasil, 1996.
5. Arestivo C. OPS: Unidad de Salud Mental Regional. Asunción, 1997.
6. González Uscátegui R, Levav I. OPS: Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de Caracas-Venezuela. Washington, 1990.

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Paraguaya de Psiquiatría es el órgano de difusión científica oficial de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Su fin primordial es la difusión de los resultados de trabajos científicos elaborados por integrantes de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría (o de otras Sociedades hermanas, nacionales o extranjeras), en forma de artículos científicos de alta calidad que siguen la metodología de la investigación científica y los conceptos de la ética, aportando conocimientos científicos que contribuyan a la solución de los problemas de salud mental del país y la región latinoamericana. Se publica semestralmente en un volumen por año.

► NORMAS GENERALES

Por cada trabajo presentar tres copias en papel tamaño A4 (212 x 297mm), letra tipo Arial 11, formato de texto *Microsoft Word*, espacio simple, con márgenes de 2,5 mm, más la versión electrónica. Escribir sólo a una cara y enumerar consecutivamente las páginas desde la del título, en el ángulo inferior derecho de cada página. Los trabajos deben estar corregidos, sin faltas ortográficas, gramaticales o de estilo y estar acompañados de un documento con la firma de todos los autores donde expresan la ausencia de conflictos de intereses y la aceptación de publicación en la revista. Los trabajos que no reúnen las condiciones básicas indicadas en estas normas, serán rechazados en la Secretaría de Redacción de la Revista.

► DIRECCIÓN

Para la entrega de las 3 copias de manuscritos para publicación dirigirse a: Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Cerro Corá esquina Tacuary (Edificio del Círculo Paraguayo de Médicos), primer entre piso. Telefax: 595 21 328 15 07. Asunción, Paraguay. Luego de haber entregado los manuscritos, el trabajo deberá ser enviado al correo electrónico del Editor: revista@psiquiatriaparaguaya.org

► CATEGORIAS DE PUBLICACIONES DE LA REVISTA

Artículo original: trabajo inédito derivado de una investigación médica que aporta información nueva sobre aspectos específicos y contribuye de manera relevante al conocimiento científico. Sigue el formato estándar internacional, Introducción, Material y Métodos, resultados y Discusión (IMRD).

Artículo de revisión: presenta el estado actual del conocimiento sobre un tema e incluye dos categorías: 1. solicitado directamente por la editorial a personas expertas en el tema; 2. presentado por profesionales interesados en un tema particular. Debe incluir un resumen con énfasis en el significado de los hallazgos recientes, una introducción al tema señalando el desarrollo pasado y reciente actualizado con referencias de publicaciones de trabajos de otros autores sobre el tema. El desarrollo queda a discreción del autor y se aconseja que incluya tablas, esquemas y figuras que hagan ágil la lectura del texto y ofrezcan una comprensión más rápida de su contenido. La revisión debe incluir un análisis crítico de la literatura, datos propios de los autores y una conclusión final.

Comunicaciones cortas: es el informe de resultados parciales (preliminares) o finales de una investigación cuya divulgación rápida es de gran importancia.

Reporte de casos: son ejemplos de casos clínicos de enfermedades que destacan alguna particularidad llamativa o señalan un hallazgo especial de las mismas, con una revisión breve de la literatura pertinente.

Artículo de interés: es un manuscrito científico que presenta la opinión sustentada del autor sobre un tema específico de psiquiatría o salud mental de actualidad.

Artículo de opinión: es un manuscrito filosófico, literario o científico que presenta la opinión personal del autor sobre un tema específico de psiquiatría o salud mental de actualidad.

Comentarios o cartas al editor: manuscritos cortos solicitando aclaraciones o presentando comentarios sobre el material publicado en la revista. La decisión sobre la publicación de las cartas recibidas queda a discreción del Editor de la Revista.

Comentarios bibliográficos: son escritos críticos breves sobre libros de la psiquiatría, psicología o salud mental.

► INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS MANUSCRITOS

Todo material propuesto para publicación y presentado en la Revista Paraguaya de Psiquiatría será revisado por el Editor, Consejo Editorial y Comité de Revisores Externos y posteriormente será enviado para la "evaluación externa por pares" a dos evaluadores o pares científicos. El Editor o Secretario de Redacción informará al autor principal o correspondiente de la recepción de su trabajo, le comunicará posteriormente los comentarios de los revisores y le hará saber la decisión final sobre la publicación de su manuscrito en la revista.

La Revista Paraguaya de Psiquiatría se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos y de hacer sugerencias para mejorar su presentación.

Una vez que el autor reciba los comentarios de los revisores, deberá contestarlos punto por punto e incorporar las modificaciones correspondientes en el texto. Si en el transcurso de las tres semanas siguientes no se recibe la respuesta de los autores, el Editor o Consejo Editorial retirará el manuscrito.

Una vez aceptado el manuscrito para publicación no se aceptarán modificaciones sobre su contenido y los autores deberán enviar una declaración de cesión de los derechos de autor a la revista, la cual debe ser firmada por todos los autores. Los originales de los artículos aceptados para publicación permanecerán en los archivos de la revista hasta por un año.

► PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

El manuscrito deberá incluir las siguientes secciones para todas las categorías de artículos:

Hoja de presentación:

- Título en español: corto (no más de diez palabras) claro, conciso y específico, sin abreviaturas.
- Título en inglés: traducción fiel del español.
- Apellidos completos y siglas de nombres de los autores separados por comas.
- Afiliación institucional: nombre de la/s Institución/es donde se llevó a cabo el trabajo.
- Autor correspondiente: nombre del autor responsable, dirección completa, teléfono, fax y correo electrónico para contactarlo.
- Fuentes de financiación.

Resúmenes:

- Resumen estructurado (introducción, objetivo, material y métodos, resultados y conclusión) o no estructurado en español y en inglés, redactado en tiempo pretérito. Cada uno no debe tener más de 250 palabras. No se permite el uso de referencias ni siglas o acrónimos.

Palabras clave:

- Se requieren 3 a 10 palabras clave en cada idioma (español e inglés). Consulte los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) del índice de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) en http://decs.bvs.br; para verificar el inglés consulte los Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en http://www.nlm.nih.gov/meshhome.htm

Conflicto de intereses y financiación:

- Se debe incluir antes de la referencias bibliográficas del manuscrito un párrafo en el que se expresa si existen o no conflictos de intereses, además de incluir la fuente de financiación de la investigación.

Referencias bibliográficas:

- Numere las referencias consecutivamente según el orden de las citas mencionadas en el texto utilizando referencias numéricas (número arábigo superíndice). No cite como referencias las observaciones inéditas o las comunicaciones personales. Si debe incluir como referencias artículos aceptados que aún no han sido publicados, indique el título de la revista y escriba el término "en prensa" para lo cual deberá tener la constancia del editor de dicha revista que lo habilita para citar dicho artículo.
- Consulte la lista de publicaciones periódicas del INDEX MEDICUS (http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html) para la abreviatura exacta de la revista citada. Si la revista no aparece, escriba el título completo de la revista. Transcriba solamente los seis primeros autores del artículo, seguido de et al. Consulte a Lilacs, Latindex, Scielo, Hinari u otras fuentes bibliográficas pertinentes para incluir referencias nacionales y latinoamericanas en su artículo.
- Todas las referencias bibliográficas seguirán las normas internacionales de Vancouver. (véase más adelante).

Artículos originales:

- Seguirán el formato internacional estandarizado **IMRD** (Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión).

- **Introducción:** Empiece escribiendo una breve referencia al tema investigado. Redacte el cuerpo de la introducción con una revisión bibliográfica no muy extensa y pertinente al tema. Coloque la/s cita/s bibliográfica/s correspondiente/s a cada artículo que ha utilizado para escribir este apartado. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que ha realizado. Incluya aquí el o los objetivos del trabajo y termine remarcando la relevancia del trabajo. Redáctelo en tiempo presente.
- **Material y Métodos:** Redáctelo en tiempo pasado, describiendo claramente el diseño del trabajo, la selección de los sujetos de observación o experimentación, características clínico-demográficas y periodo de tiempo del estudio, criterios de inclusión y exclusión. Identifique los métodos, equipos y procedimientos detalladamente de manera que otros investigadores puedan reproducir sus resultados. Identifique exactamente medicamentos y productos químicos utilizados, con su nombre genérico, dosis y vías de administración. Describa exactamente el experimento y los grupos de sujetos del estudio, así como su aleatorización, la estimación del tamaño de la muestra y los métodos estadísticos utilizados con detalle para que el lector pueda verificar los resultados. Cuantifique sus resultados y preséntelos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición (intervalos de confianza, valor de p, etc). Especifique el software utilizado.
- **Asuntos éticos:** Respete en todo momento los tres principios básicos de la ética como el respeto por los sujetos, el principio de beneficencia y el de justicia. No pueden publicarse nombres, iniciales ni número de historias clínicas de pacientes, descripciones, fotografías u otros detalles que identifiquen al paciente, especialmente en material ilustrativo, a menos que sea indispensable para la publicación. En este caso el paciente, padre o responsable legal debe expresar su consentimiento por escrito (con consentimiento informado). Cuando se trate de trabajos que incluyen experimentos en seres humanos, incluir si los procedimientos cumplen con los estándares éticos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y de la declaración de Helsinki de 1975, revisada en el 2000. Cuando se trate de experimentos con animales indicar si se han cumplido los principios básicos de carácter internacional aplicables a las investigaciones biomédicas con animales elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y del Consejo Internacional de Ciencia y Animales de Laboratorio (ICLAS).
- **Resultados:** Presente sus resultados con una secuencia lógica mediante texto, tablas o figuras. No repita en el texto los datos de cuadros y figuras sin embargo destaque o resuma las observaciones más importantes. Las tablas, figuras y fotos se presentarán según el orden mencionado en el texto, ajustándose al formato de la publicación y la editorial podrá modificarlas si presentan dificultades técnicas. El número de gráficos no debe exceder de seis y cada uno debe tener título y nota explicativa al pié. Redáctelo en tiempo pasado y no utilice citas bibliográficas en este apartado. No presente las tablas con cuadrícula ni sombreado en el texto que impidan su buena visualización.
- **Discusión:** Destaque los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos, afrontándolos con resultados presentados por otros autores e indicando exactamente su referencia bibliográfica. No repita nuevamente los resultados u otra información ya destacada en los apartados anteriores del manuscrito. Explique el significado de sus resultados, las limitaciones que existieron y haga referencia a la relevancia de sus hallazgos y/ o posibles futuros trabajos de investigación. Relacione los resultados con otras experiencias y establezca el nexo entre la conclusión y los objetivos. O sea concluya respondiendo a la pregunta de investigación u objetivo que figura en su introducción. A uno o más objetivos, una o más conclusiones, las cuales estarán insertas en los últimos párrafos de este apartado. Cuando sea pertinente puede incluir recomendaciones. Redáctelo en tiempo presente.
- **Referencias bibliográficas:** Los artículos originales deberán contener como mínimo 20 referencias bibliográficas.

Artículos de revisión:

- **Introducción:** Enuncie y defina el tema a ser tratado, siguiendo con una cuidadosa y pormenorizada revisión de la literatura de modo a presentar todos los datos más relevantes sobre su tema en los últimos años.
- **Subtítulos:** Usted tiene la libertad de dividir su escrito de acuerdo al orden de su plan de exposición utilizando diversos apartados subtitulados según crea conveniente. Puede utilizar además figuras, cuadros o esquemas ilustrativos que expliquen detalles de su tema de revisión. Siempre todo lo enunciado se acompañará de la cita bibliográfica correspondiente.
- **Conclusión:** Luego de redactar toda su revisión, terminará su manuscrito con una conclusión crítica, como especialista, acerca del tema revisado.
- **Referencias bibliográficas:** Deberán contener como mínimo entre 30 a 50 referencias bibliográficas de los últimos años.

Comunicaciones cortas:

- Como son comunicaciones que no alcanzan para una publicación completa (full papers) serán redactadas siguiendo los ítems de un artículo original con formato IMRD pero, en forma corta, de modo que el trabajo no alcance más de tres páginas. No más de una figura o una tabla. Agradecimientos y bibliografía igual que en un artículo original completo.

Reporte de casos:

- Puede ser de uno o de series de casos o casos familiares y siguen los siguientes ítems:
- **Introducción:** Sobre el tema con una breve revisión bibliográfica.
- **Presentación del caso clínico:** Describa completamente el o los casos a presentar, uno por uno, sin incluir referencias, en tiempo presente.
- **Discusión:** Siga la metodología de discusión como en un artículo original en base a la revisión de la literatura. Incluya además los diagnósticos diferenciales.
- **Referencias bibliográficas:** No más de 25 y hasta tres tablas o tres figuras.

Artículo de interés:

- Serán solicitados por la editorial así como los artículos de revisión. Deberán aportar un real interés científico actualizado sin tener un análisis crítico, criterio que requiere el artículo de revisión.
- Introducción, texto o desarrollo del tema con sus citas bibliográficas, conclusión y referencias bibliográficas. Puede incluir no más de tres figuras o tres cuadros.

Artículo de opinión:

- Serán solicitados por la editorial así como los artículos de revisión. Deberán aportar un real interés filosófico, literario o científico, sin necesidad de tener un análisis crítico, criterio que requiere el artículo de revisión.
- Texto o desarrollo del tema, con citas y referencias bibliográficas. Puede incluir no más de tres figuras o tres cuadros.

Cartas al Editor:

- Tienen la finalidad de estimular la discusión de temas generales de interés para la psiquiatría, la psicología o la salud mental o de los artículos publicados (en el volumen inmediato anterior de la Revista) en forma de críticas constructivas. Puede ser también comunicaciones de observaciones científicas muy breves, que no requieran del espacio de artículos cortos o completos. Redacte máximo en tres páginas. Puede utilizar una tabla o figura y hasta cinco referencias bibliográficas si es necesario. No olvide su dirección de correspondencia.

Comentarios bibliográficos:

- Escritos críticos sobre libros de psiquiatría, psicología o salud mental que cree pertinente e informativo redactar. Incluye una redacción crítica de no más de una página con la referencia correspondiente.

REQUERIMIENTOS UNIFORMES PARA LOS TRABAJOS ORIGINALES ENVIADOS A LAS PUBLICACIONES BIOMÉDICAS

Referencias bibliográficas

Las referencias se numerarán de manera correlativa según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto. Se identificarán en el texto, tablas y leyendas mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias que se citan sólo en las tablas o en las leyendas de las figuras se numerarán de acuerdo con el orden establecido por la primera identificación dentro del texto de cada tabla o figura.

Los ejemplos siguientes están basados en la forma usada por la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos en el Index Medicus. Se deberán escribir en abreviatura los títulos de las revistas según el estilo empleado en el Index Medicus, para lo cual se puede consultar la List of Journals Indexed que se publica anualmente como publicación específica y en el número correspondiente al mes de enero de Index Medicus. El listado también se puede obtener a través de Internet: http://www.nlm.nih.gov.

Es conveniente evitar citar como referencia los resúmenes presentados en congresos u otras reuniones. Las alusiones a trabajos admitidos para su publicación pero aún no publicados deberán aparecer como «en prensa» o «de próxima aparición»; los autores deberán obtener permiso escrito para citar estos trabajos así como tener constancia de que están admitidos para su publicación. La información sobre trabajos presentados pero que no han sido aceptados deberá aparecer en el texto como «observaciones no publicadas» y siempre con consentimiento escrito por parte de los responsables de la fuente de información.

En la medida de lo posible, se evitará utilizar expresiones como «comunicación personal», a menos que lo citado suministre información esencial que no se pueda obtener de fuentes publicadas, en cuyo caso el nombre de la persona y la fecha en que se efectuó la comunicación deberán constar entre paréntesis en el texto. Si se trata de artículos científicos, los autores necesitarán obtener permiso escrito de donde proceda la información particular, y confirmación de la exactitud de la misma.

El autor deberá comprobar las referencias cotejándolas con los documentos originales.
El estilo de los «Requisitos de Uniformidad» (estilo Vancouver) se basa en su mayor parte en un estilo estándar ANSI adaptado por la NLM para sus bases de datos. En los puntos donde el estilo Vancouver difiere del estilo utilizado por la NLM, se ha hecho referencia a ello, explicando en qué consiste la diferencia.

Siempre consulte http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html a fin de obtener la versión más actualizada de los estilos de referencia.

Artículos de Revistas

(1) Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al. (Nota: la NLM incluye un máximo de 25 autores; si hay más de 25 la NLM anota los 24 primeros, luego el último, y finalmente et al.).
Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124(11):980-3.
Como opción, si una revista utiliza paginación correlativa a lo largo del volumen (como suelen hacer la mayoría de las revistas médicas) el mes y el número del ejemplar pueden omitirse. (Nota: Para ser coherentes, esta opción se utiliza a lo largo de los ejemplos en los «Requisitos de Uniformidad». La NLM no utiliza esta opción).
Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.
Más de seis autores: Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childood leukaemia en Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.

(2) Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zeeland. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;116:41-2.

(3) No se indica el nombre del autor

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.

(4) Artículo en otro idioma distinto del inglés

(Nota: la NLM traduce el título al inglés, lo mete entre corchetes y añade una indicación del idioma original en abreviatura. Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne. Tidsskr Nor Laegeforen 1996;116:41-2.

(5) Suplemento de un volumen

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

(6) Suplemento de un número

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women´s psichological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996;23(1 Supl 2):89-97.

(7) Parte de un volumen

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995;32(Pt 3):303-6.

(8) Parte de un número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

(9) Número sin volumen

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in reumathoid arthritis. Clin Orthop 1995;(320):110-4.

(10) Sin número ni volumen

Browell DA,Lennard TW. Inmunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg 1993:325-33.

(11) Paginación en números romanos

Fisher GA, Sikic Bl. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995 Abr;9(2):XI-XII.

(12) Indicación del tipo de artículo según corresponda

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson´s disease [carta]. Lancet 1996;347:1337. Clement J, De Bock R. Hematological complications of antavirus nephropathy (HVN) [resumen]. Kidney Int 1992;42:1285.

(13) Artículo que contiene una retractación

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in the mice. [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: Nat Genet 1994;6:426-31]. Nat Genet 1995;11:104.

(14) Artículo retirado por retractación

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocius IRBP gene expression during mouse development [retractado en Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:3127]. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8.

(15) Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in sinptomatic patients following inguinal hernia repair [fe de erratas en West J Med 1995;162:278]. West J Med 1995;162:28- 31.

Libros y Otras Monografías

(Nota: el estilo Vancouver anterior añadía, de manera errónea, una coma en lugar de un punto y coma entre el editor y la fecha).

(16) Individuos como autores

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

(17) Editor(es), compilador(es) como autores

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

(18) Organización como autor y editor

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid programme. Washington (DC): The Institute; 1992.

(19) Capítulo de libro

(Nota: el anterior estilo Vancouver tenía un punto y coma en lugar de una «p» para la paginación).

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertensión and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertensión: pathophysiology, diagnosis and management. 20 ed. Nueva York: Raven Press;1995. p. 465-78.

(20) Actas de conferencias

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

(21) Ponencia presentada a una conferencia

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholf O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Ginebra, Suiza. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

(22) Informe científico o técnico

Publicado por la agencia patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Fynal report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOE169200860.

Publicado por la agencia responsable de su desarrollo:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health Services Research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contrato N1.: AHCPR282942008. Patrocinado por la Agency for Health Care Policy and Research.

(23) Tesis doctoral (o similar)

Kaplan SJ. Post-hospital home health-care: the elderly´s acces and utilization [tesis doctoral]. San Luis (MO): Washington Univ.; 1995.

(24) Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Méthods for procedures related to the electrophisiology of the heart. US patente 5,529,067. 1995 Jun 25.

Otros trabajos publicados

(25) Artículo de periódico

Lee G. Hospitalitations tied to ozone pollution: study estimates 50.000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sec. A:3 (col. 5).

(26) Material audiovisual

VIH +/SIDA: the facts and the future [videocassette]. San Luis (MO): Mosby-Anuario; 1995.

(27) Documentos legales

Ley aprobada: Preventive Healths Amendments of 1993 Pub. L. No.103-183, 107 Stat 2226 (Dec. 14, 1993).

Proyecto de ley: Medical Records Confidentiality Act of 1995, S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).

Código de Regulaciones Federales: Informed Consent, 42 C.F.R. Sect. 441257 (1995).

Comparecencia: Increased Drug Abuse: the impact of the Nation´s Emergency Rooms: Hearings before the Subcomm. on Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. on Goverment Operations, 103rd Cong., 1st Sess. (May 26, 1993).

(28) Mapa

North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [mapa demográfico]. Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health and Natural Resources Div. of Epidemiology; 1991.

(29) Libro de la Biblia

La Sagrada Biblia. Versión del Rey Jaime. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

(30) Diccionarios y obras de consulta similares

Stedman´s medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

(31) Obras clásicas

The Winter´s Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete Works of William Shakespeare. Londres: Rex; 1973.

Material no publicado

(32) En prensa

(Nota: la NLM prefiere poner «de próxima aparición» puesto que no todos los informes serán impresos). Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

Material Informático

(33) Artículo de revista en formato electrónico

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

(34) Monografía en formato electrónico

CDI, clínical dermatology illustrated [monografía en CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Versión 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

(35) Archivos de ordenador

Hemodynámics III: the ups and downs of hemodynámics [programa de ordenador]. Versión 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

CITACIÓN DE LOS REQUISITOS DE UNIFORMIDAD

Los «Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas» y las declaraciones que se incluyen en este documento están publicados en revistas de todo el mundo (y ahora diferentes páginas WEB contienen el documento). Para citar la versión más reciente de los «Requisitos de Uniformidad», debemos asegurarnos de que sea una versión publicada el 1 de enero de 1997 o posteriormente a esa fecha.

V CONGRESO PARAGUAYO DE PSIQUIATRIA

26, 27 y 28 de Setiembre - 2013
Hotel Excelsior

La Psiquiatría y su relación con otras especialidades médicas en el siglo XXI

ORGANIZA

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Comité Ejecutivo

Presidente	: Dr. Martín Moreno
Vicepresidente	: Dr. Andrés Arce Ramírez
Secretario General	: Dr. Julio Torales Benítez
Secretario Administrativo	: Dr. Eduardo Franco
Directores Científicos	: Dr. José Brítez Cantero
	Dra. Nora Gómez
	Dra. Ana Iris Benítez
Director de Logística	: Dr. Pedro López Olmedo

Comité Organizador

Dra. Viviana Riego Meyer (Secr. Científica)
Dra. Susana Recalde Berni (Secr. Gral.)
Dra. Cecilia Caniza Gardel (Secr. Científica)
Dra. María Emilia Chávez (Secr. Gral.)
Dr. Marcos Hernán Capurro (Secr. Gral.)

AUSPICIAN

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

apal
Asociación Psiquiátrica de América Latina

Informes:

SOCIEDAD PARAGUAYA DE PSIQUIATRIA
Teléf.: 595-21-3281507 Cel.: 0986-416997
Email: sociedad@psiquiatriaparaguaya.org

SECRETARÍA DE CURSOS DE POSTGRADO DE LA SOCIEDAD PARAGUAYA DE PSIQUIATRIA
Secretaría de Cursos (Eligio Ayala 1374 c/ Pa'i Pérez - Primer Piso.)
Tel: 223-298 15:00 hs. a 18:00 hs. de Lunes a Viernes
Cel. (0981) 784-868). 08:00 hs a 18:30 hs de Lunes a Viernes