

REVISTA PARAGUAYA DE **PSIQUIATRÍA**

Órgano de difusión científica de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Volumen 1 | Número 2 | Noviembre 2013

ISSN 2308-1562



- ❖ Derecho a la Salud en Paraguay
- ❖ Violencia intrafamiliar y puerperio inmediato
- ❖ Pérdida económica asociada a años de vida perdidos por discapacidad
- ❖ Nivel de llenado de historias clínicas
- ❖ Paciente agitado-violento en sala de urgencias



REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 1 | Número 2 | Noviembre 2013

ISSN 2308-1562

Editor

Prof. Dr. JULIO TORALES-BENÍTEZ

Secretario de Redacción

Dr. HUGO RODRÍGUEZ MARÍN

Consejo Editorial

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

Comité de Revisores

Prof. Dra. ANDREA ABADI (Argentina)

Presidenta de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesionales Afines (AAPI)

Prof. Dr. NELSON APURIL CÉSPEDES (Paraguay)

Director de la Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (EFACIM)

Prof. 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)

Prof. Dr. RODRIGO CHAMORRO (Chile)

Director de la Comisión de Psiquiatría de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN)

Prof. Dr. GUSTAVO RODRÍGUEZ ANDERSEN (Paraguay)

Director de Investigaciones y Jefe de la Cátedra de Bioestadística y Demografía de la Facultad de Ciencias Médicas UNA

Prof. Dra. LAURA VIOLA (Uruguay)

Presidenta de Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (FLAPIA)

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA | Vol. 1 N° 2 Noviembre 2013 | ISSN 2308-1562 | Tirada: 300 ejemplares

Diseño editorial: QUADRIVIUM • edicionesquadrivium@gmail.com | Tapa: Obra de Cacho Falcón. Gentileza de Exaedro - Galería de Arte

Secretaría: Cerro Corá esquina Tacuary, primer entre piso, edificio del Círculo Paraguayo de Médicos, Asunción - Paraguay

Correo electrónico: revista@psiquiatriaparaguay.org | Distribución gratuita.



Personería Jurídica por Decreto PE N° 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:



Asociación Psiquiátrica
de América Latina (APAL)



World Psychiatric
Association (WPA)

Página *[Page]* **6**

EDITORIAL *[Editorial]*
Recomendaciones para garantizar el derecho a la salud en Paraguay
[Recommendations to ensure the right to health in Paraguay]

Página *[Page]* **15**

ARTÍCULO ORIGINAL *[Original article]*
Violencia intrafamiliar, de pareja íntima y abuso sexual en puerperio inmediato. Su relación con depresión.
[Domestic violence, of intimate partner and sexual abuse in immediate puerperium. Its relationship with depression]

Página *[Page]* **22**

ARTÍCULO ORIGINAL *[Original article]*
Pérdida económica acorde a años de vida perdidos por discapacidad en pacientes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, años 2011-2012.
[Economic loss according to years lost due to disability in patients of the Psychiatry Department of the National University of Asunción School of Medicine, Paraguay, years 2011-2012]

Página *[Page]* **30**

COMUNICACIÓN CORTA *[Short communication]*
Estudio piloto sobre el nivel de llenado de las historias clínicas de pacientes de consultorio externo de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.
[Pilot study on the filling level of outpatient's medical records of the Psychiatry Department at the National University of Asunción School of Medical Sciences].

Página *[Page]* **35**

ARTÍCULO DE REVISIÓN *[Review article]*
Manejo básico del paciente agitado-violento en la sala de urgencias.
[Basic management of the agitated and violent patient in the emergency room]

Página *[Page]* **41**

NORMAS DE PUBLICACIÓN *[Instructions for authors]*

RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD EN PARAGUAY

[RECOMMENDATIONS TO ENSURE THE RIGHT TO HEALTH IN PARAGUAY].

I. Derecho a la Salud: introducción

El *derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr* (el denominado “derecho a la salud”) fue consagrado por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ de 1946, expresado en la Declaración Universal (artículo 25) y Americana (artículo 11) de Derechos Humanos en 1948, afianzado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y reiterado en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud de 1998.²

El acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud es un derecho humano fundamental y es la clave para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos fundamentales.³ Sin embargo, en el Paraguay, este derecho está aún lejos de convertirse en realidad. La situación sanitaria del país es la más desventajosa cuando se la compara con la condición promedio del Mercosur.⁴

Si bien muchos Hospitales del Paraguay realizan tremendos esfuerzos para brindar salud para todas las personas, a pesar de su exiguo presupuesto, los mismos resultan insuficientes para cubrir las necesidades de salud de la población, más aún teniendo en cuenta que el sistema de salud en Paraguay presenta un débil desempeño, atribuido a múltiples causas, entre las que destacan la escasa coordinación entre subsectores, la elevada ruralidad, la descentralización incipiente, las brechas de dotación de recursos humanos de salud, las debilidades de formación y desarrollo en las áreas de gestión, debilidades de organización de los servicios, disfuncionalidades en el modelo de atención, gestión y financiamiento.⁵ Asimismo, el Paraguay presenta uno de los más bajos porcentajes de gasto público en salud por habitante (3,4 como % del PIB - 2009)⁶, lo cual repercute negativamente en el ejercicio del derecho a la salud.

El acceso a la salud para todas las personas en el Paraguay, repensándola desde el sentido de un derecho humano transversal, atinente a la calidad de vida, implica que intereses poderosos deben ser cuestionados y disputados y que las prioridades políticas y económicas deben cambiar drásticamente.⁷

La salud, como derecho humano, se expande como asunto de carácter social, económico, y político. La desigualdad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están en la raíz misma de su mala calidad y de las consecuentes falencias que de ella se desprenden.

Hasta ahora los sucesivos Gobiernos de la República parecerían haber mostrado mayor esfuerzo en disimular las deficiencias, esquivar acusaciones y plantear excusas que en reconocer las falencias y procurar soluciones eficaces para garantizar el acceso a la salud para todas las personas.⁸

1 La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946.

2 Aprendiendo a curar: estudiantes de medicina y su rol con los derechos humanos [Internet]. Madrid: Amnistía Internacional; c2006 [consultado 15 de marzo de 2013]. Disponible en: <https://doc.es.amnesty.org/cgi-bin/ai/BRSCGI/Texto%20completo%20del%20Informe?CMD=VEROBJ&MLKOB=24819344141>

3 Exclusión, protección social y el derecho a la salud [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud; c2006 [consultado 15 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>

4 Caballero P. La difícil tarea de fortalecer la salud como derecho fundamental. En: Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY). Derechos Humanos en Paraguay 2011. Asunción: Editora Litocolor; 2011. p. 183-184.

5 Caballero P. La difícil tarea de fortalecer la salud como derecho fundamental. Op. cit.

6 Paraguay: sistemas de salud en Sudamérica [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; c2011 [consultado 14 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/07/SSS-PARAGUAY-2011.pdf>

7 Torales J, Giraldo N, Forestieri F, Garcete MJ. Salud Mental en el Paraguay: el infierno continúa. En: Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY). Derechos Humanos en Paraguay 2007. Asunción: AGR Impresiones; 2007. p. 388-398.

8 Torales J, Giraldo N, Forestieri F, Garcete MJ. Salud Mental en el Paraguay: el infierno continúa. Op. cit.

II. Derecho a la Salud: dilemas y restricciones en su ejercicio

En la República existen diversos factores internos y externos al sector salud que dan cuenta de las restricciones al acceso a la salud. El sistema sanitario paraguayo se constituye en una macroestructura burocrática que muchas veces impone condiciones de acceso a los sistemas de salud sólo posibles de satisfacer por los grupos sociales más privilegiados en lo social, lo laboral y lo económico⁹, consolidando y profundizando la inequidad (véase Tabla 1).

TABLA 1. Algunos indicadores de exclusión social en Paraguay

74 % de la población no cuenta con seguro médico. ¹
27,3 % de los partos son “extra institucionales” y 37,5 % de las mujeres embarazadas no tiene el número de controles prenatales adecuados. ²
3.200.000 de la población sin acceso a agua potable. ³
80 % de la población del área metropolitana de Asunción carece de alcantarillado sanitario. ⁴

Las “condiciones de acceso” (capacidad de pago de las personas, origen étnico, lugar de residencia) constituyen restricciones iniciales al ejercicio del derecho a la salud para todas y todos.

Además de las condiciones de acceso, ciertos factores propios de del sistema de salud generan exclusión y contribuyen a la permanencia de grandes brechas de equidad en la utilización de servicios y en los resultados de salud, restringiendo de manera importante el ejercicio del derecho a la salud. En ese sentido, los factores que generan mayor exclusión son la *segmentación*, la *discriminación* y la *fragmentación*.

La *segmentación*¹⁰ genera exclusión porque impone condiciones de acceso a los sistemas de salud sólo posibles de satisfacer por los grupos sociales más privilegiados en lo social, lo laboral y lo económico¹¹, consolidando y profundizando la inequidad. La segmentación de los sistemas de salud refleja los patrones de segmentación social en Paraguay y constituye un potente freno al ejercicio del derecho a la salud y al logro de mejores resultados de salud.

De todos los países de las Américas, sólo un grupo minoritario¹² ha implementado en los últimos cincuenta años intervenciones de carácter nacional para reducir o eliminar la segmentación de sus sistemas de salud; mientras que en la mayoría de los países del continente existen aún altos grados de segmentación en la arquitectura de sus sistemas de protección de la salud.

Los sistemas altamente segmentados se caracterizan por poseer mecanismos de acceso a la salud discriminatorios y con restricciones a algunos de los grupos sociales más vulnerables (personas de escasos recursos económicos y/o que viven en medios rurales). Asimismo, el origen étnico también es un factor que genera exclusión en los sistemas segmentados: en el Paraguay el pertenecer a un pueblo indígena constituye una barrera de acceso a los sistemas de salud¹³.

9 Behrman J, Gaviria A, Székely M. Who's in and who's out. Social exclusion in Latin America. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 2003.

10 La segmentación consiste en la división de los sistemas de protección de salud en sub – componentes “especializados” en diversos grupos de población y habitualmente se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el sub – sistema de Seguridad Social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un sub – sistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población; también existe, con mayor o menor presencia en los países, un sub – sistema privado sin fines de lucro orientado a atender las necesidades de aquellos que no consiguen acceder al subsistema público y que habitualmente son extremadamente pobres o sufren algún tipo de discriminación.

11 Behrman J, Gaviria A, Székely M. Who's in and who's out. Social exclusion in Latin America. Op. cit.

12 Brasil, Canadá, Chile, Cuba y Costa Rica.

13 Exclusión, protección social y el derecho a la salud [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud; c2006. Op. cit.

Sobre estos grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. La discriminación explícita o implícita infringe uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y a menudo es la causa de la mala salud. La discriminación contra la mujer, las personas mayores de edad, las poblaciones indígenas, las personas con capacidades diferentes y otros grupos marginados en la sociedad provoca y agrava la pobreza y la mala salud.

La discriminación y estigmatización que sufren las personas que viven con VIH está presente en el sistema sanitario del Estado paraguayo. La discriminación y la estigmatización de estas personas, claras violaciones a sus derechos humanos fundamentales, alimentan la pandemia del VIH/sida en todo el mundo. En el Paraguay, las personas tienen serias limitaciones económicas que inhiben la prevención del VIH/sida. Asimismo, las personas que viven con VIH sufren a diario violaciones a sus derechos de intimidad y confidencialidad, limitaciones a su participación en la vida pública de la sociedad y dificultades para acceder a tratamientos óptimos y oportunos.

El respeto de los derechos humanos se distingue y caracteriza por el principio de la ausencia de discriminación. La responsabilidad gubernamental en cuanto a la no discriminación incluye el asegurar la igualdad de protección y de oportunidades de conformidad con la ley, y el goce efectivo de derechos como el de la salud pública, la atención médica, el seguro social y los servicios sociales.

Las diferencias en la situación sanitaria de los grupos minoritarios e indígenas, en comparación con la población en general, se relacionan con factores estructurales como la pobreza, con factores directamente atribuibles a la organización de los servicios de salud y su calidad y con el nivel de información al alcance del público en lo referente a salud y asistencia sanitaria. Los sesgos en el tratamiento de las minorías indígenas y étnicas deberían corregirse con esfuerzos sistemáticos y con distintos mecanismos como el adiestramiento, el desarrollo de aptitudes y la elevación del grado de conciencia entre la comunidad médica y las y los estudiantes de medicina en cuanto a las implicancias que su trabajo tiene en el ámbito de los derechos humanos, todo ello con el respaldo de políticas y leyes apropiadas.

Las políticas y programas nacionales deberán planificarse y ejecutarse teniendo debidamente en cuenta los intereses legítimos de los miembros de las minorías. Ello incluye el respeto de las creencias, los conocimientos y el idioma de los beneficiarios, y requiere asimismo que se preste atención a su derecho a participar en los asuntos relacionados con su salud y desarrollo. Además, las autoridades del sector sanitario nacional deben elaborar instrumentos y programas de políticas sanitarias con una perspectiva intersectorial para lograr un enfoque eficaz de los derechos de los pueblos indígenas y de las comunidades de minorías étnicas, a fin de reducir las desigualdades de salud, a la luz de las obligaciones internacionales contraídas.

Por su parte, la *fragmentación*¹⁴ limita el ejercicio del derecho a la salud porque la existencia de múltiples agentes operando sin mecanismos de coordinación impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, encarece el costo de las intervenciones y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto. Esto último se expresa, por ejemplo, en la coexistencia de bajas tasas de ocupación hospitalaria en centros de seguridad social con altos porcentajes de demanda insatisfecha, como se observa en los casos de varios hospitales del Paraguay.¹⁵

14 La fragmentación se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica sino más bien tienden a ignorarse o a competir entre sí y se puede manifestar en el ejercicio de todas o alguna de las funciones del sistema.

15 Exclusión, protección social y el derecho a la salud [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud; c2006. Op. cit.

III. Derecho a la Salud: avances estatales

En los primeros días de gobierno de Fernando Lugo (15 de agosto de 2008-22 de junio de 2012) se declaró la gratuidad de la salud, lo que logró que la población deje de percibir que la salud era una necesidad que debía ser pagada siempre. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social puso en marcha la Política Nacional para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2020, definiendo estrategias de salud con enfoque de derechos humanos.¹⁶

Asimismo, entre 2009 y 2011, se implementaron 704 unidades de salud de la familia en 234 distritos de todo el territorio nacional, en el marco del programa de Atención Primaria de Salud. Estas estrategias de atención primaria de la salud, junto con la gratuidad, han logrado el aumento de un millón de personas más accediendo al sistema de salud, es decir, un aumento del 77% de consultas en tres años (2009-2011). La población cubierta es de 2.012.000 de personas y la brecha por cubrir de 4.151.913 personas. No obstante al inicio del proceso gradual para la transformación de la fragmentación de servicios de salud, aún continúa la provisión insuficiente e incompleta de reactivos, medicamentos e insumos en general. Los equipos biomédicos (auxiliares de imágenes como radiografías, ecografías, tomografías, entre otros) que posee el Ministerio de Salud todavía son insuficientes, así como lo son también los reactivos para laboratorio, que no cubren las demandas de la población.¹⁷

Si bien las políticas de atención primaria de la salud han sido beneficiosas para la población, esta *“estrategia como eje estructurante del sistema de salud no logró encontrar el camino de la articulación y el desarrollo de una verdadera red de servicios, que pudiera dar respuesta a los innumerables problemas detectados en el territorio o las demandas explícitas en la puerta de urgencias de los hospitales del sistema. La sensación de las personas fue como si fueran dos sistemas de atención diferentes, a lo que se agregó la falta de calidad en la atención hospitalaria, la persistencia de prácticas discriminatorias y el maltrato en los servicios”*.¹⁸

IV. Derecho a la Salud: exigibilidad y justiciabilidad

a. El Estado paraguayo tiene la obligación de garantizar el acceso a la salud

El derecho a una salud accesible, de calidad y sin discriminaciones es exigible en el Paraguay, a la luz de instrumentos jurídicos internacionales y nacionales y a las políticas nacionales de salud.¹⁹

La Constitución Nacional, en su artículo 68, reconoce la salud como un derecho y determina la obligatoriedad de implementar un Sistema Nacional de Salud (artículo 69), definiendo como estrategias básicas para la salud a la educación sanitaria y la participación ciudadana (artículo 70).

Asimismo, la Constitución Nacional establece la igualdad entre hombres y mujeres y la prohibición de todo tipo de discriminación, determinando con claridad que la mayor exclusión del derecho a la salud a que están sometidos ciertos grupos poblacionales, viola los principios elementales sobre los cuales se sustenta el Estado paraguayo (artículos 46 a 48).²⁰

La República ha contraído obligaciones a través de variados instrumentos internacionales a través de los cuales se compromete a implementar mecanismos que permitan efectivizar el derecho a la salud. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW); la Convención sobre los Derechos del Niño; la Convención para prevenir y sancionar toda forma de violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), firmados y ratificados por el Paraguay, determinan lineamientos que el Estado debe seguir indefectiblemente y cuya inobservancia ha sido objeto de reclamos al país en diversas circunstancias. Además, siempre dentro

16 Irala Rivas R, Caballero P. Una mirada crítica a la implementación de la política de salud: la salud es un derecho, no un privilegio. En: Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY). Derechos Humanos en Paraguay 2012. Asunción: Editora Litocolor; 2012. p. 223-230.

17 Caballero P. La difícil tarea de fortalecer la salud como derecho fundamental. Op. cit.

18 Rodríguez, José Carlos. La soledad diplomática del golpe franquista. Revista Acción 2012: 328.

19 Soto L. ¿Es un derecho la salud en Paraguay? En: Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY). Derechos Humanos en Paraguay 2007. Asunción: AGR Impresiones; 2007. p. 370-386.

20 Soto L. ¿Es un derecho la salud en Paraguay? Op. cit.

de la esfera internacional, se tiene la Plataforma de Acción de Beijing, adoptada por la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, que establece mecanismos de monitoreo y seguimiento.

En el ámbito nacional, las leyes y políticas del país han, asimismo, declarado el derecho a la salud y a la igualdad en salud. El artículo 3 de la ley 1032/96 (que crea el Sistema Nacional de Salud) determina explícitamente que el sistema tiene como *“finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo”*.

b. La responsabilidad del Estado en un juicio emblemático

El 19 de septiembre de 2007, el Tribunal de Sentencia de la circunscripción judicial de Misiones absolvió de culpa y pena a las médicas Gladys Martínez y Ubaldina Arévalos y a la enfermera Lucina Román (directora, jefa de pediatría y jefa del departamento de enfermería, respectivamente, del Hospital Regional de San Juan Bautista), las cuales habían sido acusadas por el Ministerio Público de homicidio culposo por el fallecimiento del recién nacido Gerardo Rolón, ocurrido en 2004. El niño había fallecido calcinado dentro de una cuna térmica que mal funcionaba, encendida por una enfermera que se encontraba de guardia. Esta profesional había sido condenada en un juicio previo, en el cual había asumido la culpa expresando no haberse percatado de que había puesto en funcionamiento la cuna térmica.

El 20 de septiembre, el Círculo Paraguayo de Médicos (CPM) y la Asociación Médica de Misiones (AMEMI) emitieron un comunicado por el que consideraron que el Tribunal de Sentencia, al decidir la absolución de las implicadas, *“había comprobado a través de la documentación (historia clínica, evolución e indicaciones) presentada durante el juicio, que las personas han actuado dentro de la conducta esperada de los mismos como garantes de la protección de la vida de las personas: a. [...]identificando, previamente al hecho, el riesgo del mal funcionamiento de algunos equipo médicos; b. peticionando las medidas correctivas para la disminución del riesgo del equipo a las instancias responsables (Ministerio de Salud); c. advirtiendo por escrito el riesgo del funcionamiento parcial del equipo al personal de la institución (cartel en el equipo: ‘no usar - calor’); d. utilizando, bajo supervisión de personal capacitado, el equipo disponible, en la modalidad correcta (luminoterapia); e. auxiliando al niño, rápidamente con los conocimientos médicos y los recursos disponibles del sistema público”*. Más aún, los gremios insistieron que la sentencia *“ha valorado correctamente la situación, dentro del contexto de un sistema de salud perverso e injusto, que obliga a ejercer la profesión en una ambiente laboral riesgoso, para los profesionales de la salud y para garantizar el Derecho a la salud de la ciudadanía que acude a los centros asistenciales”*.²¹

Este juicio dejó en evidencia la precariedad en la que se desenvuelven los hospitales públicos, con equipos dañados, obsoletos y en mal funcionamiento, así como las acciones desesperadas en las que debe incurrir el personal de salud para intentar salvar vidas.

c. Mujeres y salud

El acceso a la salud es deficiente para las mujeres y niñas de la República. La tasa de mortalidad materna es de 100,8 por 100.000 nacidos vivos.²² El compromiso asumido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas es reducir dicha tasa a 40 por 100.000 nacidos vivos para el 2015.

El aborto es la primera causa de mortalidad materna, seguido de hemorragia, causa que podría estar relacionada con el aborto, ya que en ocasiones los casos de aborto son registrados como hemorragias, al ser esta una complicación del aborto realizado en condiciones inseguras. Hay que recordar además que al estar penalizada la práctica hay un enorme subregistro que impide tener la dimensión total de los abortos realizados.²³ En muchos casos, en los centros de salud se niega la atención médica a aquellas mujeres que han decidido abortar, mientras que en otros casos las mujeres no acuden a los hospitales públicos por miedo a ser denunciadas, ya que parte del cuerpo médico de dichos hospitales no respeta el secreto profesional. Todo ello atenta contra la vida de las mujeres o las expone a un perjuicio grave de su salud física y mental. El Estado sigue sin aplicar

21 Soto L. ¿Es un derecho la salud en Paraguay? Op. cit.

22 Moragas Mereles, M. Antiguas recomendaciones, nuevas deudas, más mujeres muertas. En: Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY). Derechos Humanos en Paraguay 2011. Asunción: Editora Litocolor; 2011. p. 366-368.

23 Moragas Mereles, M. Antiguas recomendaciones, nuevas deudas, más mujeres muertas. Op. cit.

medidas efectivas para hacer frente a dicha problemática y fundamentalmente suprimir las disposiciones punitivas que se aplican a las mujeres que se hayan sometido a abortos.²⁴

A pesar de estos indicadores negativos, paradójicamente, en noviembre de 2007, los Senadores y Senadoras de la República rechazaron el proyecto de “ley de Salud Sexual, Reproductiva y Materno Perinatal”, cuyo propósito era la promoción de políticas gubernamentales para reducir la mortalidad materna y proporcionar una mejor atención a la salud para las mujeres durante el embarazo y el parto.

El Senado Paraguayo ignoró elementales derechos consagrados en numerosos instrumentos de derechos humanos y en la propia Constitución Nacional y esgrimió principios confesionales y moralistas como base para el rechazo. Este rechazo supone un lamentable retroceso para los derechos humanos y una injustificable negación de la dura realidad que viven las mujeres del Paraguay. Es un triste ejemplo de cómo los poderes del Estado no siempre son capaces de estar a la altura de los compromisos internacionales asumidos y de poner en el centro de sus decisiones los derechos humanos, por encima de cualquier otro tipo de consideración. El derecho a la libertad de conciencia y religión es un derecho humano fundamental que debe ser protegido a cabalidad, pero que en ningún modo puede ser entendido como la posibilidad de limitar en el ámbito público el reconocimiento o ejercicio de los derechos humanos, como lo es el derecho a la salud, con base en concepciones privadas de conciencia o religión.²⁵

d. Salud Mental

La salud mental es un componente intrínseco de la buena salud y, según el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud de las Naciones Unidas, Paul Hunt, “*el derecho a la salud mental es parte del derecho a la salud para todos*”.²⁶ La salud mental debe entenderse, no como ausencia de enfermedad psiquiátrica, sino como derecho al goce de una vida mental sana y plena.

La salud mental involucra tanto a las experiencias cognitivas, es decir, los procesos mentales y las percepciones, como a las afectivas y relacionales, es decir, la manera en que las personas interactúan con las otras. Esto ocurre en un contexto social, económico, cultural y de relaciones de género, donde la desigualdad y la ausencia de derechos prevalecen y ameritan una respuesta integral y diferenciada desde el Estado, en tanto que una sociedad discriminadora e intolerante incrementa las tasas de depresión, suicidio e infelicidad en las personas.²⁷

En Paraguay, la salud mental se encuentra mayormente excluida de los planes de aseguramiento privados y con una restringida oferta de servicios públicos y, por lo tanto, se convierte en un privilegio inaccesible para gran parte de la población paraguaya, lo que en algunas situaciones conlleva a una doble violación de derechos. La salud mental debe dejar de ser vista como un estigma y como dádiva y tiene que comenzar a ser vivida como un derecho humano indispensable para el ejercicio de los otros derechos.

A nivel nacional, se carece de una ley de Salud Mental. Esto es motivo de gran preocupación, puesto que una legislación sobre salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con discapacidad mental, ya que estas personas, particularmente vulnerables, se enfrentan a la estigmatización, discriminación y marginación, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos. La legislación sobre salud mental puede proporcionar un marco legal para abordar asuntos clave, como la integración en la comunidad de personas con trastornos mentales, la prestación de una atención de calidad, la accesibilidad a dichos cuidados, la protección de los derechos civiles y la protección y promoción de derechos en otras áreas clave, como la vivienda, la educación y el empleo. La legislación también juega un papel importante en la hora de promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales. Asimismo, resulta esencial para complementar y reforzar la política sobre salud mental, y, además, proporciona un marco legal para alcanzar sus objetivos.²⁸

24 Irala Rivas R, Caballero P. Una mirada crítica a la implementación de la política de salud: la salud es un derecho, no un privilegio. Op. cit.

25 Violencia de Género sigue arraigada en la sociedad paraguaya [Internet]. Asunción: Torales J, García Muñoz S; c2008. [consultado el 14 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://archivo.abc.com.py/2008-06-01/articulos/420280/violencia-de-genero-sigue-arraigada-en-la-sociedad-paraguaya>

26 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, 61º período de sesiones, Tema 10, ONU Doc. E/CN.4/2005/51 (2005), párr. 15.

27 Torales J, Giralda N, Forestieri F, Garcete MJ. Salud Mental en el Paraguay: el infierno continúa. Op. cit.

28 Torales J, Giralda N, Forestieri F, Garcete MJ. Salud Mental en el Paraguay: el infierno continúa. Op. cit.

La legislación puede proteger los derechos humanos, mejorar la calidad de los servicios de salud mental y promover la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales. Estos objetivos, que forman parte de las políticas nacionales sobre salud mental, deben ser alcanzados en el menor tiempo posible por el Gobierno de la República.

Sin embargo, a pesar de la ausencia de legislación nacional determinada, la Salud Mental está protegida por normas internacionales específicas, entre las que pueden ser mencionadas: la Declaración sobre los Derechos de las Personas con Retraso Mental, la Declaración sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, la Declaración de Caracas (adoptada en 1990). La Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (ratificada por Paraguay el 22 de octubre de 2002), es el primer instrumento internacional de derechos humanos específicamente dedicado a personas con discapacidad, y representa un invaluable compromiso de los Estados americanos para garantizar el goce de los mismos derechos de que gozan las demás personas. Asimismo, la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad ya ha sido ratificada por el Paraguay.

Los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de Salud Mental de las Naciones Unidas (Principios de Salud Mental o Principios) son las normas más amplias de derechos humanos en relación a la asistencia del tratamiento a la salud mental.

A falta de una convención especializada sobre los derechos de personas con discapacidad mental, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha sostenido que los Principios de Salud Mental sirven como guía autorizada para la interpretación de la Convención Americana con respecto a su aplicación para personas con discapacidad mental.²⁹ En este mismo sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) sostiene que “[...] en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud, como de la Organización Panamericana de la Salud, se han establecido los principales estándares aplicables al tratamiento de salud mental. La Corte considera que dichos instrumentos, tales como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de las Naciones Unidas, y Normas Uniformes a la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad, así como los estándares técnicos dispuestos en la Declaración de Caracas y la Declaración de Madrid, son particularmente importantes para el análisis y el escrutinio de la conformidad del tratamiento prestado [...]”³⁰

e. VIH

En 2009 se adoptó y promulgó la ley de la Nación 3940/09 que garantiza el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos en el tratamiento de las personas que viven y son afectadas por el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y establece las medidas preventivas para evitar su transmisión. Mediante esta ley, la provisión de medicación antirretroviral para las personas con VIH ha mejorado considerablemente, con el consiguiente aumento de la sobrevida. Asimismo, las atenciones de salud han mejorado con relación a años anteriores, así como la sobrevida de las personas ha aumentado.³¹

Sin embargo, las personas usuarias de drogas inyectables, las personas trabajadoras sexuales y los hombres que tienen sexo con otros hombres se constituyen aún en grupos desprotegidos, a los cuales el Gobierno de la República parecería no haberles otorgado todavía una respuesta efectiva para hacer frente a la epidemia. El fracaso del Estado paraguayo a la hora de hablar franca y abiertamente sobre el uso de drogas, el sexo y los métodos de prevención disponibles, temas que debido a las presiones de ciertos grupos religiosos no han sido lo suficientemente debatidos, representa una señal de su falta de liderazgo y ha contribuido a entorpecer la lucha contra el VIH.

A pesar de que la ley 3940/09 ha sido promulgada en 2009, a 4 años de su existencia sigue sin ser reglamentada y, lo que es peor, aún no es conocida a cabalidad jueces, fiscales, defensores públicos, entre otros, quienes tienen a su cargo su ejecución. Las personas con VIH en el país aún sufren diversas formas de discriminación y estigmatización en los servicios de salud, educación, trabajo y familia, convirtiéndose esto en una barrera para el acceso al tratamiento.

²⁹ Caso 1427 Víctor Rosario Congo vs. Ecuador, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Reporte de caso 63/99, 13 de abril de 1999, párr. 54.

³⁰ Caso Ximenes López vs. Brasil, Corte Interamericana de Derechos Humanos, Sentencia del 4 de julio de 2006, Serie C 149, párr. 111.

³¹ Ruiz Díaz M. ¿Acceso a la justicia en VIH/sida? Las personas con VIH son iguales en derecho. En: Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY). Derechos Humanos en Paraguay 2012. Asunción: Editora Litocolor; 2012. p. 147-157.

Las personas con VIH que han sido discriminadas o estigmatizadas poco a poco se van apropiando de sus derechos y empoderándose. A partir de conocer la ley, realizan sus denuncias a las organizaciones pertinentes. Sin embargo, al momento de presentar los casos ante el sistema judicial, sigue primando en estas personas el temor a ser individualizadas por la sociedad o la falta de credibilidad en la justicia. Estas situaciones hacen que solo lleguen a mediar o a hacer una nota, permitiendo que casos emblemáticos, que pueden marcar un precedente, queden sin ser denunciados judicialmente.³²

V. Derecho a la salud: estrategias y recomendaciones de acción

Los factores que encarecen el derecho a la salud en el Paraguay pueden ser superados teniendo en cuenta que los derechos humanos aplicados a la salud, pueden beneficiar a ésta en la medida que:

a. Para la salud en general:

- Se establezca un presupuesto de salud acorde a las necesidades de la población.
- Se garantice el derecho a la salud a través de la continuidad de la gratuidad universal de la atención en salud y servicios sociales.
- Se fortalezca la cantidad y calidad de la atención primaria de salud priorizando el principio de cercanía a la gente, a través de las unidades de salud de la familia.
- Se garantice el acceso a la atención especializada y hospitalaria mediante la inversión sostenida en infraestructura, equipamientos, medicamentos e incorporación de recursos humanos.
- Se implemente efectivamente el proceso de descentralización de la atención en salud, tal como lo establece la ley 1032/96.
- Se siga un enfoque basado en los derechos humanos para concebir, aplicar y evaluar las políticas y programas nacionales de salud.
- Se adecue la infraestructura de los hospitales, centros y puestos de salud del país, equipándolos con los insumos necesarios.
- Se aplique una estrategia que potencie el papel de la salud, y en la que los grupos vulnerables y marginados interesados tengan una participación valiosa y activa.
- Se cuente con un marco, un vocabulario y un tipo de orientación útiles para definir y analizar los factores determinantes básicos de la salud y darles respuesta.
- Se disponga de normas que sirvan de referencia para evaluar los resultados obtenidos por el Gobierno de la República en materia de salud.
- Se involucre a las estudiantes y a los estudiantes de medicina en la promoción de los derechos humanos y el derecho a la salud, en armonía con las mejores tradiciones de la medicina, teniendo en cuenta su futuro rol como actrices y actores en la provisión de salud y bienestar para todas las personas.
- Se establezca una visión donde las médicas, los médicos y las y los estudiantes de medicina hagan causa común con las activistas y los activistas de derechos humanos: que estudien y se adhieran a los derechos humanos y que utilicen el lenguaje de derechos humanos en discusiones con colegas, el Gobierno de la República y el público, tomando nota del inmenso poder que tiene el lenguaje de los derechos humanos para movilizar a la gente y avergonzar a las naciones para cambiar sus prácticas inhumanas.
- Se incorpore la obligación de “promover la salud para todas y todos” dentro de la ética y la práctica médica y dentro de los planes de estudio de las y los estudiantes de medicina.

b. Para la salud de las mujeres:

- Se establezcan disposiciones legislativas que garanticen la salud sexual y reproductiva de las mujeres: aprobando disposiciones adecuadas sobre salud sexual y reproductiva y despenalizando el aborto, mediante una ley.³³
- Se apruebe el proyecto de ley de Salud Sexual, Reproductiva y Materno Perinatal.
- Se incorpore, efectivamente, la perspectiva de género en los planes y programas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

32 Ruiz Díaz M. ¿Acceso a la justicia en VIH/sida? Las personas con VIH son iguales en derecho. Op. cit.

33 Soto L. ¿Es un derecho la salud en Paraguay? Op. cit.

c. Para la salud mental:

- Se adopte y promulgue la ley de Salud Mental, que proteja a los usuarios y las usuarias y a los/as profesionales de la salud relacionados con la salud mental.
- Se creen sistemas y mecanismos, por ejemplo un Comité de Revisión independiente, de vigilancia de los derechos humanos en todas las unidades de salud mental del país (con especial énfasis en el hospital Neuropsiquiátrico de Asunción y las penitenciarias).
- Se apueste por la efectiva descentralización de la atención en salud mental, no sólo en materia monetaria, sino también como método de integración de los programas de atención primaria de salud dentro de las comunidades de los usuarios y las usuarias.
- Se favorezca la correcta implementación de servicios de salud mental en todos los hospitales generales y regionales. Las grandes instituciones, tan a menudo asociadas a violaciones de los derechos humanos, deben ser sustituidas por centros comunitarios de salud mental, apoyados por camas de hospital para pacientes psiquiátricos en los hospitales generales y la atención domiciliaria.

d. Para el VIH:

- Se reglamente e implemente la ley N° 3940/09 “Que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el VIH y el sida”.
- Se apruebe y promulgue la ley contra toda forma de discriminación.
- Se adopten las mejoras políticas nacionales que permitan una ampliación equitativa del acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH/sida.
- Se desarrolle una infraestructura sanitaria adecuada, que facilite la prevención, atención y tratamiento del VIH/sida, incluida la formación de proveedores de atención a la salud, hospitales, clínicas y dependencias para la realización de pruebas.

Para hacer realidad estas recomendaciones, se requiere de una firme voluntad política y de las autoridades nacionales, voluntad que se hace indispensable para, de una vez, dar respuesta al derecho a la salud de todos los paraguayos y paraguayas.



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

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DE PAREJA ÍNTIMA Y ABUSO SEXUAL EN PUERPERIO INMEDIATO. SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN.

[DOMESTIC VIOLENCE, OF INTIMATE PARTNER AND SEXUAL ABUSE IN IMMEDIATE PUERPERIUM. ITS RELATIONSHIP WITH DEPRESSION].

Cristina H. Arrom, Margarita Samudio, Carmen Marina Arrom, Natalie Lampert, María Auxiliadora Arrom, Elizabeth Orué.

Correspondencia: Mgtr. Cristina H. Arrom, Psicóloga Clínica y Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, UNA | crisarrom@gmail.com | Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA, San Lorenzo-Paraguay.

RESUMEN

Introducción: la violencia hacia la mujer es un tema de salud pública y de derechos humanos, atenta contra el derecho a la vida, la dignidad y la igualdad. La ejercida en el ámbito familiar o doméstico es la expresión más radical de discriminación, un tipo de abuso que implica lastimar a la pareja, como también un padre, hijo u otro familiar. Repercute con diferentes niveles de gravedad en la salud mental y la exposición durante la infancia constituye un factor de riesgo de ser víctima. La investigación tuvo como objetivo identificar la exposición a violencia intrafamiliar, violencia de la pareja íntima y presencia de episodios depresivos graves, moderados y leves durante el puerperio inmediato. **Sujetos y métodos:** estudio descriptivo, de corte transversal y muestreo consecutivo. La población estudiada, 304 mujeres que dieron a luz en el Hospital Materno Infantil de Trinidad en la ciudad de Asunción. Previo consentimiento, se utilizó un instrumento estructurado y anónimo, completado por estudiantes de la Carrera de Trabajo Social de la UNA. **Resultados:** 58 % de la población tenía menos de 24 años, 70 % con pareja, 55 % tenía primaria incompleta, completa o sin instrucción, 64 % no trabajaba. 63 % fue víctima de violencia física por parte de padres o encargados, 75 % de violencia psicológica, 8,6 % de abuso sexual. 37,8 % presentó episodio depresivo leve, 19 % moderado, 23 % grave y 18,4 % sin episodio. Un bajo porcentaje, 8,6 % (26) recibió violencia física de sus parejas, y 32,2 % (98) violencia psicológica. Se constató asociación entre ($p < 0,00001$) violencia psicológica y ($p < 0,0031$) violencia física de padres o encargados ($p < 0,0031$) y episodios depresivos. También asociación ($p < 0,00001$), entre la violencia física recibida de la pareja y episodios depresivos y una tendencia entre violencia psicológica ($p < 0,094$) y episodios depresivos. Así como entre abuso sexual ($p < 0,0031$) y episodios depresivos. **Discusión:** la población estudiada, joven y de bajo nivel educativo, reúne condiciones de alta vulnerabilidad para sufrir violencia en diferentes ámbitos. El haber sido víctima de violencia física y psicológica en su infancia y adolescencia predispuso a la población a episodios depresivos durante el puerperio inmediato, así como a la cadena de violencia doméstica, ejercida luego por la pareja íntima. El alto porcentaje de episodios depresivos graves durante el puerperio pone en alto riesgo el vínculo madre-hijo necesario para el desarrollo normal del niño y alerta sobre la necesidad de profundizar en la anamnesis del puerperio inmediato sobre síntomas no relacionados al parto. El puerperio se convierte en una oportunidad invaluable para detectar y tratar eficazmente episodios depresivos no expuestos fácilmente por cuestiones culturales y donde los trabajadores de salud son el principal o único contacto con servicios públicos que puedan brindar ayuda en casos de violencia doméstica.

Palabras clave: violencia, salud mental, puerperio.

ABSTRACT

Introduction: violence against women is an issue of public health and human rights, violates the right to life, dignity and equality. The exercised in the family or household is the most radical expression of discrimination, a type of abuse that involves hurt the partner, as a parent, child or other relative. Reverberates with different levels of severity in mental health and exposure in childhood is a risk factor of being a victim. The research aimed to identify exposure to domestic violence, intimate partner violence and the presence of severe depressive episodes, moderate and mild during the immediate postpartum period. **Subjects and Methods:** a descriptive, cross-sectional and serial sampling. The study population, 304 women who gave birth at the Maternity Hospital of Trinidad in the city of Asunción. Upon approval, we used a structured instrument and anonymous, completed by students of the School of Social Work at the UNA. **Results:** 58 % of the population was under 24 years, 70 % with a partner, 55 % had incomplete primary, complete or no education, 64 % did not work. 63 % were victims of physical violence by parents or caregivers, 75 % of psychological violence, 8.6 % sexual abuse. 37.8 % had mild depressive episode, 19 % moderate, 23 % severe and 18.4 % without episode. A small percentage,

8.6 % (26) received physical violence from their partners, and 32.2 % (98) psychological violence. Association was found ($p < 0.00001$) and psychological violence ($p < 0.0031$) physical violence from parents or guardians ($p < 0.0031$) and depressive episodes. Also association ($p < 0.00001$), received physical violence between the couple and depressive episodes and a trend among psychological violence ($p < 0.094$) and depressive episodes. And between sexual abuse ($p < 0.0031$) and depressive episodes. **Discussion:** the study population, young and poorly educated, that conditions of high vulnerability to suffer violence in different areas. Having been a victim of physical and psychological violence in childhood and adolescence population predisposed to depressive episodes during the immediate postpartum period, as well as the chain of domestic violence, then exercised by an intimate partner. The high percentage of major depressive episodes during the postpartum period in high risk puts the mother-child bond necessary for the normal development and highlights the need to delve into the history of the postpartum period on symptoms not related to childbirth. The postpartum becomes an invaluable opportunity to detect and effectively treat depressive episodes easily exposed and cultural issues where health workers are the main or only contact with public services that can provide help in cases of domestic violence.

Keywords: violence, mental health, postpartum.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica es considerada como la expresión más radical de discriminación contra la mujer. En su origen se encuentran las relaciones de jerarquía y poder entre hombres y mujeres por ser tales y las mujeres mantienen una posición de subordinación asignada culturalmente (1).

Ante esta situación, la mujer se encuentra en una situación de indefensión y desprotección que se encubre por la tradicional intimidad y privacidad de la vida familiar pudiendo sufrir emocionalmente depresión, ansiedad o aislamiento social (1- 2).

La depresión afecta al doble de mujeres que de hombres (Galenus 2012) y la OMS estima ocupa el cuarto lugar como la enfermedad más discapacitante, que ocupará en el 2010 el segundo lugar si no se mejora la prevención, diagnóstico y terapia.

El embarazo, el período de postparto y la menopausia son momentos en la vida de la mujer donde aumenta el riesgo de padecer depresión, siendo desencadenada principalmente por un padecimiento previo de ésta, por un embarazo no deseado o a una edad temprana o tardía, estrés laboral, entre otros motivos El riesgo de depresión postparto en mujeres con antecedentes de depresión mayor es de 25 % (3). El padecimiento tiene períodos de alto riesgo durante el embarazo y postparto (4).

La OMS señala que la violencia conyugal contribuye de manera importante a los problemas de salud mental de las mujeres con casi el doble de posibilidades de sufrir depresión en comparación con las que no padecieron ningún tipo de violencia (5).

En este contexto, se espera que profesionales de salud se encuentren atentos al desafío que implica la proyección de los trastornos mentales para los próximos años, respecto de detectar las señales de violencia en los servicios de atención (1).

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la exposición a violencia intrafamiliar, violencia de la pareja íntima y presencia de episodios depresivos graves, moderados y leves durante el puerperio inmediato en el Hospital Materno Infantil de Trinidad de la ciudad de Asunción.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio fue descriptivo de corte transversal. El muestreo fue consecutivo de las mujeres que acudieron al Hospital Materno Infantil de Trinidad de la ciudad de Asunción para su parto hasta alcanzar el tamaño de la muestra.

Previo consentimiento, las mujeres fueron invitadas a participar de una entrevista para el estudio, realizada por estudiantes de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), previamente

capacitadas en el Departamento de Ciencias Sociales del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Se utilizó un instrumento estructurado, anónimo. Para determinar la presencia de sintomatología depresiva semanas previas al parto y en los últimos 30 días, se utilizó el instrumento del Estudio Nacional de Salud Mental y Hábitos Tóxicos en Paraguay (CIRD), el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la detección de casos de Atención Primaria en Salud y la Tabla 3 de Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10, (Criterios A,B,C y D). Para medir violencia psicológica y física, la escala de Welles y Straus adaptada (ítems 3 al 7 para violencia psicológica y 8 al 16 para violencia física).

RESULTADOS

58 % de la población menor a 24 años, 70 % con pareja, 55 % tenía primaria incompleta, completa o sin instrucción, 64 % no trabajaba.

TABLA 1. Características socio demográficas de la población estudiada. n = 304

Características socio demográficas	n (%)
Edad	
Menor de 20 años	74 (24,2)
20 a 24 años	103 (34,2)
25 a 30 años	64 (20,7)
31 a 34 años	30 (9,9)
35 a 39 años	24 (7,9)
40 años y más	9 (3,0)
Estado Civil	
Acompañada	146 (48,0)
Soltera	75 (24,7)
Casada	71 (23,4)
Separada/Divorciada	12 (3,9)
Nivel educativo	
Ninguno a hasta el 2do. Grado	8 (2,6)
Primaria incompleta	46 (15,1)
Primaria completa	113 (37,2)
Secundaria incompleta	66 (21,7)
Secundaria completa	50 (16,4)
Universitaria incompleta	10 (3,3)
Universitaria completa	11 (3,6)
Trabajo fuera del hogar	
No	194 (63,8)
Si	108 (35,5)
No Contesta	2 (0,6)
Actividades económicas	
Tareas domésticas	131 (43,2)
Jornalera	13 (4,3)
Cuidar ancianos	2 (0,7)
Ninguna	75 (24,7)
Otras	58 (19)
No Contesta	25 (8,2)

Alrededor de dos tercios de la población, 63,2 % (192) fue víctima de violencia física por parte de sus padres o encargados, tres cuartas partes, 75,0 % (228) de violencia psicológica y 8,6 % (26) de abuso sexual. Por otro lado, 37,8 % (115) presentó episodio depresivo leve, 19,0 % (58) moderado, 23,6 % (2) grave y 18,4 % (56) sin episodio. De parte de la pareja, un bajo porcentaje, 8,6 % (26) recibió violencia física y un 32,2 % (98) violencia psicológica en comparación con la violencia recibida de padres o encargados de su crianza.

TABLA 2. Episodios depresivos según gravedad, violencia doméstica, abuso sexual y consumo de alcohol. n = 304

Variables		n	%
Episodio depresivo	Leve	115	37,8
	Moderado	58	19,0
	Grave	72	23,6
	Sin episodio	56	18,4
Violencia física/padres		192	63,2
Violencia psicológica/padres		228	75
Violencia física/pareja		26	8,6
Violencia psicológica/pareja		98	32,2
Abuso sexual		26	8,6

Se constató una asociación entre violencia psicológica, ($p < 0,00001$) y violencia física ($p < 0,0031$) por parte de padres o encargados de la crianza y episodios depresivos graves, moderados y leves. Así mismo entre el padecimiento de abuso sexual ($p < 0,0031$) y depresión.

TABLA 3. Asociación entre violencia física, psicológica, abuso sexual con episodios depresivos. n = 304

Violencia recibida de padres		Episodios depresivos				Total	Valor p
		Grave n %	Moderado n %	Leve n %	Sin episodio		
Violencia Psicológica	Presencia	60 (26,3)	41 (18,0)	96 (42,1)	31 (13,6)	228	0,00001
	Ausencia	12 (15,8)	17 (22,4)	19 (25,0)	28 (36,8)	76	
Violencia física	Presencia	50 (26,0)	79 (41,1)	38 (19,8)	25 (13,0)	192	0,0031
	Ausencia	22 (19,6)	36 (32,1)	20 (17,9)	34 (30,4)	112	
Antecedente de abuso sexual	Presencia	13 (50,0)	5 (19,2)	4 (15,4)	4 (15,4)	26	0,0031
	Ausencia	59 (21,2)	53 (19,1)	111 (39,9)	55 (19,8)	278	

Un tercio de la población 32,3 % (98) recibió violencia psicológica de parte de su pareja, mientras la gran mayoría 67,7 (206) no, padeciendo el 86 % (85) depresión de tipo leve, grave y moderada, en orden de importancia. Un porcentaje bajo, 8,5 (26) recibió violencia física de la pareja, presentando casi la totalidad, episodios depresivos. Se encontró una asociación significativa ($p < 0,00001$), entre la violencia física recibida de la pareja y episodios depresivos y una tendencia entre violencia psicológica ($p < 0,094$) y episodios depresivos. Del total de la población de estudio, 31,9 % (97/304) recibió violencia de parte de su pareja. De este total, 93,8 % (92) había sido víctima de violencia física o psicológica intrafamiliar (por parte de padres o encargados de su crianza), en tanto 5,1 % (5) no.

TABLA 4. Violencia física y psicológica de la pareja con episodios depresivos.
n = 304

Violencia recibida de pareja		Episodios depresivos				Total	Valor p
		Grave n %	Moderado n %	Leve n %	Sin episodio		
Violencia psicológica	Presencia	30 (30,6)	15 (15,3)	40 (40,8)	13 (13,2)	98 (32,3)	0,011
	Ausencia	42 (20,3)	43 (20,8)	75 (36,4)	46 (22,3)	206 (67,7)	
Violencia física	Presencia	13 (5,0)	4 (1,5)	5 (1,9)	4 (1,5)	26 (8,5)	0,094
	Ausencia	59 (21,2)	54 (19,4)	110 (39,5)	55 (19,7)	278 (91,4)	

DISCUSIÓN

El estudio evidencia que la población estudiada femenina, mayoritariamente joven, con bajo nivel educativo, ausencia importante de actividad laboral formal o remunerada, en situación de maternidad se encuentra con alta vulnerabilidad a padecer violencia y sus consecuencias. Los altos porcentajes de prevalencia de violencia intrafamiliar durante la infancia y la asociación de violencia física y psicológica con la presencia de episodios depresivos refuerzan conocimientos de estudios previos de que la violencia en general se produce con mayor ocurrencia en el seno familiar que en cualquier otro lugar de la sociedad, y predispone a la mujer a partir de la adolescencia a duplicar la presencia de depresión por razones de género.

Se constata que las adolescentes casadas o unidas, con alta representación en el grupo estudiado, tienen mayor riesgo de experimentar violencia sobre todo durante el embarazo y mucho más si han experimentado abuso físico y sexual en su infancia. Ya que el riesgo de violencia conyugal es mayor cuando han sido víctimas de maltrato durante la infancia y la adolescencia. La violencia física experimentada por parte de la pareja fue inferior a la prevalencia estimada a nivel mundial, a pesar de ello presenta una asociación significativa con la episodios depresivos durante su puerperio. Puede señalarse que gran parte de las dificultades de identificar su presencia es el conocido carácter privado que se establece con la violencia en el seno familiar, que enmascara su ocurrencia y dificulta su exposición por parte de las víctimas. No obstante, es de tener en cuenta que muchas mujeres buscan atención médica sin revelar necesariamente la causa de sus lesiones o problemas de salud.

El elevado porcentaje de episodios depresivos moderados y graves encontrados durante el puerperio inmediato debe llamar a una estratégica reacción de servicios de salud por las consecuencias que este acarrearía al impedir el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo, poniendo el riesgo el desarrollo normal de la simbiosis y posterior separación e individuación. La mujer pierde su capacidad para reconocer las señales del hijo y tampoco es capaz de recibir esa gratificación afectiva de recién nacido hacia ella, lo que no afectará solamente la relación del niño con la madre sino también con la sociedad. Y generarán factores predisponentes a trastornos mentales en el psiquismo infantil.

Otro elemento que no coopera con la situación, constituye la actitud de las mujeres, quienes, al dar a luz y respondiendo a expectativas culturales, ocultan sentimientos de tristeza durante el embarazo y posterior alumbramiento, lo que dificulta la posibilidad de diagnosticar trastornos del estado de ánimo instalados antes del puerperio. La situación expuesta recalca el papel crucial que desempeña la buena indagación de síntomas no asociados al parto durante la anamnesis, cuyo protocolo así lo incluye. Y señala la necesidad de incorporar el concepto de atención primaria en salud mental en el equipo de profesionales de distintos servicios de salud de la mujer.

ACERCA DE LOS AUTORES

La MGTR. CRISTINA H. ARROM es Psicóloga Clínica y Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

La DRA. MARGARITA SAMUDIO, PhD, es Doctora en Microbiología y Docente Investigadora de tiempo completo de la Universidad Nacional de Asunción de la Universidad Nacional de Asunción.

La MGTR. CARMEN MARINA ARROM es Magister en Metodología de la Investigación asociada al Centro para el Desarrollo para la Investigación Científica (CEDIC).

La LIC. NATALIE LAMPERT es Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción..

La MGTR. MARÍA AUXILIADORA ARROM es Magister en Metodología de la Investigación asociada al Centro para el Desarrollo para la Investigación Científica (CEDIC).

La LIC. ELIZABETH ORUÉ es Trabajadora Social y Docente Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aliaga P, Ahumada S, Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Rev. Chil. Obstetr. Ginecol. [internet] 2003. [Citado 10 Oct 2013]; 68 (1): 75-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=0717-7526&script=sci_serial
2. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. NIH Institutos Nacionales de Salud. [internet]. Bethesda: MedlinePlus; [citado 10 Oct 2013]. Información de Salud para usted. Violencia Doméstica. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/midlineplus/spanish/elderabuse.html>
3. Rondón M; Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. Acta Médica Peruana 2005 [internet]. 2005 [citado 10 Oct 2013]; XXII (1) 15-18. Disponible en: <http://www.vinculoapoyoposparto.es/trastornos-depresivos-del-embarazo-y-el-puerperio-dra-marta-b-rondon>
4. Wolff C, Valenzuela X, Esteffan S, Zapata B. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Rev.chil.obstet. ginecol. [internet]. 2009; 74(3): 151-158.
5. Fumero IM. La depresión mayor en la mujer. Galenus: 2012. Puerto Rico. Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/La-depresion-mayor-en-la-mujer.html>
6. Gómez-Restrepo, C; Bohorquez, A.; Pinto Masis, D; Gil Laverde, J.F A.; Rondón Sepúlveda M; Díaz Granda, N; Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población de Colombia. Rev Panam de Salud Pública. 2004; 16 (6) 378-86. Disponible en Pg. Web: www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23682.pdf
7. Comité Paraguay Kansas- Proyecto Marandú. Estudio sobre salud mental y hábitos tóxicos en el Paraguay. Asunción. 1991. Proyecto Marandú del Comité Paraguay-Kansas. Vol 1. 1-181.
8. Pardo A. G.; Sandoval, D.A; Umbarila Z. D.; Adolescencia y Depresión. RCP. 2004; 13, 13-28.
9. Luyten, P; Lowyck & Jozef C. Teoría y tratamiento de la depresión ¿Hacia su integración?. UGR Biblioteca [internet]. 2003 [citado 10 Oct 2013]; Persona 6, 81-97. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2879570.pdf
10. Aepap.org [internet]. Madrid: Aepap; Ciurana Misol R; 1996 [citado 10 Oct 2013]. Disponible en: www.aepap.org/previnfad/embpuer.htm
11. Püschel G. Embarazada y deprimida. CiuDADAN@S [internet]. 2002 [citado 11 Oct 2013]; Disponible en: www.mujeramujer.cl/2002/03/09/embarazo1.html
12. Infocop.es [internet]. Madrid: Martínez Otero, V. 2006 [citado 10 Oct 2013]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=961
13. OPS/OMS. La salud pública al servicio de la salud mental. Capítulo I. [internet] Washington. 2001; [citado 11 Oct 2013]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_es.pdf
14. Mediacentre [internet]. Ginebra: 2009 [citado 10 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>
15. Forosalud.org.pe [internet]. San José. OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo; [citado 11 Oct 2013]. Disponible en: http://www.forosalud.org.pe/Abuso_sexual_en_mujeres_adolescentes.pdf
16. Masterforense.com [internet]. Zaragoza. Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna. 2003; [citado 10 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.masterforense.com/pdf/2003/2003art1.pdf>

17. Cassella C.A.; Gómez V.G.; Maidana D.J. Puerperio Normal. Rev Posgrado de la Cátedra VIa Medicina. 2000; (100)2-6. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm
18. Machado Ramírez F; García Serrano T; Moya Rüegg N; Bernabeu Sáez N; Cerdá Díaz R. Depresión puerperal. Factores relacionados. Aten Primaria. 1997; 4(20):161-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-puerperal-factores-relacionados-14610-originales-1997>
19. Aecid.es [internet]. Túnez: AECID; 2010 [citado 11 Oct 2013]. Disponible online en: http://www.aecid.es/galerias/bibliotecas/descargas/Tablon/Encuesta_violencia_mujeres_Tunez.pdf
20. Ochoa S. Factores asociados a la presencia de violencia hacia la mujer. [internet]. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) . Lima, Perú. Talleres de la Oficina Técnica de Administración del INEI. 2002. [citado 10 Oct 2013]. Disponible online en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0560/Libro.pdf>
21. Mediacentre [internet]. Ginebra: (OMS); c2012. [citado 10 Oct 2013]. Disponible en: [ww.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/)
22. Pérez R. Informe final de investigación sobre violencia contra las mujeres indígenas. (PIES), (UNIFEM), (AMUTED). [internet] 2007. [citado 11 Oct 2013]; 1-67. Disponible en: http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/18333/original/Violencia_contra_la_mujer_maya.pdf?1301495708
23. Ruiz I, Plazaola J, Vives C, Montero M, Escribá V, Jiménez E.. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac Sanit. [internet] 2010. [citado 11 Oct 2013]; Barcelona. 1-8. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/mt/Variabilidad_geografica_de_la_violencia_contra_las_mujeres%20en_Espana.pdf
24. Estudio del Secretario General Naciones Unidas. [internet] Nueva York. 2006 [citado 10 Oct 2013]. Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras los hechos. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf
25. Gelles R., Straus M., 1988. Intimate Violence. The definitive study of the causes and consequences of abuse in the american family. Published by the Simon & Schuster Trade Division. Manufactured in the United States of America.
26. Oficina para la Salud de la Mujer del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U. [internet] 2011. Washington. [citado 10 Oct 2013]. La violencia contra la Mujer. Salud Mental Y la violencia. Disponible en: <http://womenshealth.gov/espanol/violencia-contra-mujer/salud-mental-y-violencia/>

PÉRDIDA ECONÓMICA ACORDE A AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR DISCAPACIDAD EN PACIENTES DE LA CÁTEDRA Y SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN, PARAGUAY, AÑOS 2011-2012.

[ECONOMIC LOSS ACCORDING TO YEARS LOST DUE TO DISABILITY IN PATIENTS OF THE PSYCHIATRY DEPARTMENT OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN SCHOOL OF MEDICINE, PARAGUAY, YEARS 2011-2012].

Larissa Páez López, Marcelo O'Higgins Roche, Julio Torales Benítez.

Correspondencia: Univ. Larissa Páez, estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía, FCM-UNA | laripaez17415@gmail.com | Avda. Dr. Montero esquina Dr. Mazzei, Edificio de Ciencias Básicas, Asunción-Paraguay.

RESUMEN

Introducción: los YLD (*years lost due to disability*, años perdidos por discapacidad) muestra la medida en que las distintas enfermedades afectan la esperanza de vida útil del paciente y, en términos prácticos, cuánto dinero se está dejando de producir a consecuencia del padecimiento de enfermedades. El objetivo del presente trabajo fue estimar la pérdida económica a consecuencia de los diferentes trastornos mentales. **Materiales y métodos:** estudio observacional, analítico de prevalencia, de corte transversal y retrospectivo, que incluyó la revisión de 2267 fichas médicas de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA, mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se calcularon los años perdidos por discapacidad (YLD) según la fórmula $YLD = I \times DW \times L$, donde (I) es incidencia, (DW) es el peso tabulado por la OMS y (L) es la duración promedio de la enfermedad (L= la expectativa de vida-edad). Se calculó la pérdida monetaria estimada multiplicando los YLD por el PIB per cápita del Paraguay (4.855 USD). Se evaluó la asociación de los YLD según sexo y edad mediante la prueba estadística ANOVA ($p < 0,05$). **Resultados:** en las mujeres, la depresión mayor es el trastorno con mayor número de años perdidos por discapacidad (promedio de 28,34 años perdidos por paciente); mientras que en los hombres, lo son el Alzheimer y otras demencias (promedio de 23.41 años perdidos por paciente). El mayor costo económico promedio se da en la depresión mayor y es de 128.172 USD de pérdida para el paciente promedio a lo largo de su vida por discapacidad. **Conclusiones:** la República invierte un 1 % de su presupuesto para salud en el área psiquiátrica con una pobre participación de los servicios de atención primaria de la salud en el cuidado de la salud mental, rasgo compartido con muchos países de bajo e intermedio-bajo ingreso. El país sólo es capaz de brindar 0,1 psiquiatras y 0,5 camas psiquiátricas por cada 10000 habitantes. Lo anterior, obliga a repensar la política de distribución e inversión de recursos en el área de salud mental, considerando las altas pérdidas humanas y económicas producidas en el contexto de las enfermedades mentales.

Palabras clave: años perdidos por discapacidad, pérdida económica, trastornos mentales.

ABSTRACT

Introduction: the YLD (*years lost due to disability*) shows the extent to which the different diseases affect the life expectancy of the patient and, in practical terms, how much money is not being produced as a result of suffering from diseases. The aim of this study was to estimate the economic loss caused by the various mental disorders. **Materials and methods:** study of analytical prevalence, randomized, and retrospective, which included there view of 2267 medical records of the Department of Psychiatry of the National University of Asunción School of Medicine, using a non-probability sampling of consecutive cases. YLD were calculated according to the formula $YLD = I \times DW \times L$, where (I) is incidence, (DW) is the weight weighted by WHO, (L) is the average duration of illness (L = life expectancy-age). Monetary loss was calculated by multiplying the estimated YLD by Paraguay's GDP per capita (\$ 4,855). The association of the YLD was assessed by sex and age by ANOVA statistical test ($p < 0.05$). **Results:** in women, major depression is the disorder with the highest number of years lost to disability (average 28.34 years lost per patient), whereas in men, are Alzheimer's and other dementias (average 23.41 years lost per patient). The greatest economic average cost occurs in major depression and loss of \$ 128,172 for the average patient throughout his/her life disability. **Conclusions:** the Republic invests 1 % of its health budget on the mental health area with poor participation of primary care health in mental health, shared with many low and lower middle income feature. The country is only able to provide 0.1 psychiatrists and 0.5 psychiatric beds per 10,000 inhabitants. This obliges us to rethink the distribution policy

and investment of resources in the area of mental health, considering the high human and economic losses in the context of mental illness.

Keywords: years lost due to disability, economic loss, mental disorders.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como “*un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, capaz de hacer una contribución a su comunidad*” (1). Los trastornos mentales severos afectan a 1,5 % de la población paraguaya total. La tasa prevalente de la depresión ha ido en aumento, sobre todo en la franja etérea de adolescentes y adultos jóvenes (2).

Desde ya hace varios años, las organizaciones encargadas de la atención sanitaria han dado mayor importancia a estudios de medición que puedan contabilizar el progreso de procedimientos enfocados en mejorar la vida de los enfermos. Entre estos, el cálculo de los Años de Vida Ajustados según Discapacidad (AVAD), calculo que consta de la suma de AVP (Años de vida perdidos por muerte prematura) y AVD (años perdidos por discapacidad) y que mide las pérdidas de salud en la población que representan tanto las consecuencias mortales como las no mortales de las enfermedades, lesiones y los factores de riesgo asociados a las mismas (3).

La OMS ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos fueron responsables del 10% de los Años de Vida Ajustados según Discapacidad (AVAD), totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones y para el 2000 ese porcentaje aumentó al 12 %, y se prevé que llegará hasta el 15 % en 2020 (4).

Aunque es importante tener una idea del impacto que las enfermedades mentales tienen en la esperanza de vida con o sin discapacidad del paciente, es más práctico conocer cuánto dinero se está dejando de producir a consecuencia del padecimiento de enfermedades. Entre las condiciones con mayor cantidad de AVP y por lo tanto mayor pérdida económica potencial, encontramos a las enfermedades mentales, las cuales son de baja mortalidad y dejan al paciente incapacitado en la realización de actividades propias de personas con plena salud. En nuestro país existe un considerable sub registro de los trastornos mentales, situación que refleja la falta de entendimiento sobre los efectos nocivos que los mismos conllevan a nivel social y económico. El Gobierno destina tan solo el 1 % del gasto en salud a la salud mental (5), por lo cual este trabajo otorgaría un estimado de perdida tangible, recalando la importancia del conocimiento y actuar sobre ambas perdidas, ya sea en años o monetaria a consecuencia de dichas patologías.

MATERIALES Y METODOS

Objetivo general: estimar la pérdida económica acorde al cálculo de años de vida perdidos por discapacidad (AVD) para enfermedades mentales en pacientes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, años 2011-2012.

Objetivos específicos:

- Describir el perfil demográfico del paciente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, años 2011-2012.
- Determinar la incidencia de trastornos mentales atendidos en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, años 2011-2012.
- Calcular los años perdidos por discapacidad (AVD) para enfermedades mentales y sus respectivos costos económicos, en general y según sexo.

Diseño: estudio observacional, analítico de prevalencia, de corte transversal y retrospectivo. Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, considerando una prevalencia de trastornos mentales en la población general del 22 %.

Tamaño de la muestra: Calculo según la ecuación $n = \frac{4Z^2 p(1-p)}{w^2}$
Con un intervalo de confianza del 95 %, una desviación normal estandarizada de 1,96 y una $p = 0.22$ y una $w = 0.11$, el tamaño de la muestra es de 218 personas.

Criterios de inclusión: hombres y mujeres de todas las edades, que hayan sido diagnosticados con un trastorno mental tabulado en peso por la OMS, durante el periodo 2011-2012.

Criterios de exclusión: hombres y mujeres de todas las edades, que no hayan sido diagnosticados con un trastorno mental tabulado en peso por la OMS, durante el periodo 2011-2012.

Hipótesis nula: los AVD (años perdidos por discapacidad) y la incidencia de los diferentes trastornos mentales son iguales según sexo.

Hipótesis alternativa: los AVD (años perdidos por discapacidad) y la incidencia de los diferentes trastornos mentales son diferentes según sexo.

Intervenciones: se completo el cuestionario confeccionado acorde a los datos disponibles en las fichas médicas de los pacientes de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, años 2011-2012. Para el cálculo de los Años de Vida Ajustados según Discapacidad (AVAD = AVP + AVD) se tomó la suma de AVP (Años de vida perdidos por muerte prematura) como un valor nulo por la nula mortalidad vinculada directamente con las enfermedades mentales según valores de años pasados registrados por la OMS (Ver anexos: Tabla 1) y se calcularon los AVD o YLD (años perdidos por discapacidad) según la fórmula: $YLD = I \times DW \times L$. Donde: I= Incidencia, DW = Peso de la enfermedad (Tabla 1); L= duración promedio de la enfermedad.

TABLA 1. Pesos tabulados de las enfermedades mentales (OMS).

Transtorno	Peso tabulado
Trastornos depresivos unipolares	
Leve	0,140
Moderado	0,350
Severo	0,760
Distimia	0,140
Trastorno bipolar	0,367
Esquizofrenia	0,528
Epilepsia	0,113
Dependencia de sustancias	0,252
Alzheimer y otras demencias	0,666
Parkinson	0,351
Estrés post-traumático	0,105
Tx. obsesivo compulsivo	0,127
Tx. de pánico	0,165
Insomnio	0,100
Migrañas	0,029
Retraso mental	0,361

Las incidencias de de las enfermedades tabuladas fueron multiplicadas por sus respectivos pesos. Para el cálculo de la duración promedio de la enfermedad, se tomo en cuenta la baja mortalidad atribuida a los trastornos mentales, por lo cual se considero la expectativa de vida de cada paciente según sexo (78 años en mujeres y 72 en hombres) y se resto de la edad del paciente en el momento del diagnostico. Con el cálculo de los YLD, se hallaron pérdidas monetarias estimadas, al multiplicar los YLD por el producto interno bruto (PIB) del Paraguay (4.855 USD) considerando el potencial productivo de todos los miembros de la población. El promedio de los YLD según sexo se utilizó para extrapolar dichos resultados a valores estimados a la población entera, se tomo como referencia que el 1,5 % de la población sufre de trastornos mentales severos, de los cuales 50,3 % son del sexo masculino y 49,7 % del sexo femenino en una población de aproximadamente 6,5 millones de habitantes.

Se hicieron análisis cruzados de significancia de asociación entre los AVD y el sexo del paciente.

Análisis estadísticos: para el análisis estadístico se creó una base de datos en Microsoft Office Excel (2010) donde se calcularon los YLD según la fórmula y las prevalencias de los trastornos tabulados. El análisis cruzado de los YLD y diagnóstico según sexo fue evaluado en su significancia mediante la prueba estadística ANOVA provista por el paquete estadístico IBM SPSS 20.

Asuntos Éticos:

- Confidencialidad: la información de los pacientes se mantuvo en el anonimato.
- Beneficencia: los resultados y conclusiones estuvieron enfocados hacia el entendimiento de la necesidad de mejor designación de fondos de Salud.
- No maleficencia: este estudio no presentó ningún tipo de riesgo para el paciente.
- Justicia: los resultados y conclusiones de esta investigación están disponibles a todo aquel que los requiera.

RESULTADOS

De los 2267 casos recolectados, se determinó como perdidos los incompletos en el caso de las variables de edad, procedencia y diagnóstico. Para el análisis de los años perdidos por discapacidad (YLD), se consideraron como perdidos aquellas edades cuyas diferencias entre la esperanza de vida y la edad actual dieron un valor negativo.

La edad media de los pacientes fue de 37,13 años, con una desviación típica de $\pm 18,35$ años. La moda fue de 15 años y la mediana de 34. La varianza de 336,74 con un rango de 91, mínimo de 0 y máximo de 91 años. El sexo predominante fue el femenino con 1361 casos (60 %). La principal procedencia de los casos fue de la ciudad de Asunción con 714 casos (33,7 %).

En general, el diagnóstico de mayor prevalencia fue el trastorno depresivo con un 42,46 % sobre un total de 1001 casos incluidos, entre los cuales tenemos a la depresión mayor con un 20,88 % y la depresión leve con un 19,38 %. El próximo es la dependencia de sustancias con el 11,59 % y en tercer lugar esquizofrenia como la patología prevalente con un 10,59 %.

El mayor costo económico promedio; que se da en el trastorno prevalente, la depresión mayor, de 128.172 USD de pérdida para el paciente promedio a lo largo de su vida con discapacidad. El segundo mayor costo se observa para la esquizofrenia con una pérdida de 91.679 USD para el paciente promedio.

En total, para una población de 6.541.591 habitantes (censo 2011), considerando que el 1,5 % de la población sufre de trastornos mentales severos, en promedio la pérdida total a lo largo de la vida de todos estos pacientes es de 4.264.255.126,71 USD.

Mediante la prueba de ANOVA, y una $p < 0,05$, se afirma la hipótesis alterna de que la incidencia de los diagnósticos de las diferentes enfermedades mentales no son iguales según sexo. En el caso de las mujeres, el diagnóstico de mayor prevalencia fue el trastorno depresivo leve con un 23,57 % sobre un total de 449 mujeres incluidas, seguido por la depresión mayor con un 23,42 % y en tercer lugar tenemos al Alzheimer y demencia con el 11,71 %. Para los hombres, el diagnóstico prevalente fue la dependencia de sustancias con el 22,79 % sobre un total de 351 hombres incluidos. Seguido por la depresión mayor con un 16,24 % y en tercer lugar tenemos la esquizofrenia con el 14,81 %.

Mediante la prueba de ANOVA, y una $p < 0,05$, también se afirma la hipótesis de que los años perdidos por discapacidad son diferentes según el sexo del paciente.

En las mujeres se observa a la depresión mayor como el trastorno de con mayor número de años perdidos por discapacidad, con un promedio de 28,34 años perdidos por paciente. Seguido por la esquizofrenia con 18,72 años y en tercer lugar tenemos al Alzheimer y otras demencias con 16,78 años perdidos por discapacidad por el paciente promedio. Estos números nos dan una pérdida promedio, a lo largo de sus vidas, de 2.064.421.822 USD para una población femenina de 48.817 habitantes que sufre de trastornos mentales severos. Siendo el trastorno depresivo mayor el de mayor pérdida con 137.615 USD en promedio para cada paciente con dicho trastorno a lo largo de su vida. En los hombres vemos al Alzheimer y otras demencias como los trastornos con mayor número de años perdidos por discapacidad, con un promedio de 23,41 años perdidos

por paciente, seguido por la depresión mayor con 20,46 años y en tercer lugar tenemos a la Esquizofrenia con 18,15 años perdidos por discapacidad por el paciente promedio.

Estos números nos dan una pérdida promedio, a lo largo de sus vidas, de 1.601.236.215 USD para una población masculina, de aproximadamente 49.306 habitantes, que sufre de trastornos mentales severos. Siendo el trastorno depresivo mayor el de mayor pérdida con 102.990 USD en promedio para cada paciente con dicho trastorno.

DISCUSIÓN

La edad promedio de los sujetos es de 37 (13±18 años) la esperada para expuestos a trastornos mentales. La población entre los 15 y 49 años de edad, corre el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta (6). La alta frecuencia de casos en jóvenes es consistente con lo esperado en la población latinoamericana, hecho relevante para este estudio ya que la mayor fuerza y potencial social y económico se encuentra en la población joven. Esta desproporción etaria surge como resultado de la prestación insuficiente de servicios generales de salud, tanto para niños como para adolescentes, especialmente lo que se refiere a salud mental. Asimismo, el sistema educativo enfrenta un déficit de maestros y escuelas para la población escolar normal, situación que es mucho más grave en cuanto a la educación de niños con retrasos y con trastornos de conducta (7).

La predominancia del sexo femenino (60 %) entre los sujetos se corresponde con estudios anteriores (8). Se observa una mayor concurrencia al servicio de psiquiatría por parte de los habitantes de zonas urbanas. Esto se puede deber a una serie de factores. Por un lado, la mayor cobertura de centros asistenciales en comparación a zonas rurales. Además, las personas que habitan ambientes urbanos, en especial las grandes urbes como el caso de Asunción, están más expuestos a condiciones que pueden derivar en desórdenes del ámbito psiquiátrico. En las grandes ciudades, se observan con una mayor frecuencia los problemas como el desarraigo, la exposición al consumo de sustancias, el fracaso en el mundo laboral, etc., que pueden derivar en afecciones que hagan mella en la salud mental (6,7).

El desarraigo, una realidad de la sociedad paraguaya, conocida estrategia familiar para hacer frente a la falta de oportunidades laborales, cuyo costo social es visible en las familias fragmentadas y con consecuencias en la falta de acompañamiento educativo a los hijos. Este distanciamiento es un detonante para problemas de salud mental (9). Además, la cantidad de emigrantes llega hasta el 17 % de la población económicamente activa (10); sería interesante añadir las pérdidas económicas por emigración a las pérdidas que dicho fenómeno acarrea en términos de salud mental, y así conocer y actuar sobre esta problemática.

El trastorno depresivo de alta frecuencia, con un 42,46 % sobre un total de 1001 casos incluidos, es consistente con estudios llevados a cabo por otros investigadores en Colombia (8). Los resultados indican que los trastornos depresivos implican la mayor cantidad de años perdidos por discapacidad. Estos datos son consistentes con los encontrados en estudios anteriores (11, 13, 15, 16, 17). La OMS calcula que para el 2030 estos trastornos sean la principal causa de años perdidos por discapacidad a nivel global (11). Expertos aseguran que se debe a la transición progresiva de enfermedades transmisibles a las no transmisibles como el cáncer, la diabetes y enfermedades crónicas, así como también enfermedades mentales (18). Además, es importante contemplar el doble efecto de los trastornos mentales ya que los mismos no solo son una patología, sino también son consecuencia del diagnóstico de otras enfermedades.

Tanto en el hombre como en la mujer se observa a la depresión mayor, la esquizofrenia al Alzheimer y a la dependencia de sustancias como los trastornos con mayor número de años perdidos por discapacidad. Esto concuerda con los rankings de causas mundiales de discapacidad, donde tenemos a la depresión mayor en el puesto 2, la dependencia de sustancias en el puesto 6, la esquizofrenia en el puesto 19 y al Alzheimer en el puesto 18 de entre 120 causas de discapacidad (18).

En las mujeres se observa a la depresión mayor como el trastorno de con mayor número de años perdidos por discapacidad, con un promedio de 28,34 años perdidos por paciente (tabla 2), mientras que en los hombres vemos al Alzheimer y otras demencias como los trastornos con mayor número de años perdidos por discapacidad, con un promedio de 23,41 años perdidos por paciente (tabla 3).

Siendo las incidencias de los diferentes diagnósticos diferentes según sexo, podemos inferir sobre las diferentes maneras en que los hombres y las mujeres afrontan sus problemas psicosomáticos. Vemos que el diagnóstico prevalente en la mujer es la depresión y en el hombre es la dependencia de sustancias, de esto podríamos inferir una mayor facilidad de la mujer para asumir debilidades mentales, antes de recurrir a otros medios de desahogo.

El mayor costo económico promedio; que se da en la depresión mayor y es de 128.172 USD de pérdida para el paciente promedio a lo largo de su vida con discapacidad.

La pérdida económica más alta se observa en los años perdidos por discapacidad de las mujeres. Esto es especialmente alarmante por la gran mayoría y aumento de familias paraguayas con jefas de hogar, a excepción de los unipersonales, pero el crecimiento casi explosivo se da en los hogares extendidos y los compuestos en el periodo que va desde 1982-2002 (19). Esto puede indicar que la asistencia y prevención de desórdenes mentales impliquen un mayor costo e impacto en las personas que dependen de estas jefas de hogar.

Los trastornos mentales corresponden al 8,8 % de los años de vida ajustados por discapacidad observados en América Latina y el Caribe (7). Esto se traduce en una gran pérdida económica para los países que la integran, en su mayoría en vías de desarrollo. La cifra de 4.264.255.126,71 USD calculada a partir del porcentaje nacional de enfermos mentales y la pérdida monetaria a lo largo de sus vidas, constituye una cifra alarmante. Hay que considerar que enfermedades crónicas con menor cantidad de años perdidos por discapacidad y por consiguiente de menor pérdida monetaria reciben un mayor interés e inversión tanto para su tratamiento como su prevención (11).

La República invierte un 1 % de su presupuesto para salud en el área psiquiátrica con una pobre participación de los servicios de atención primaria de la salud en el cuidado de la salud mental, rasgo compartido con muchos países de bajo e intermedio-bajo ingreso (20). La proporción de camas psiquiátricas en hospitales psiquiátricos en el país está bastante por encima del promedio para la región (20). El número de psiquiatras por 100 000 habitantes es similar a la mayoría de los países de las Américas, similar al promedio de los países con intermedio-bajo ingreso en el mundo (14). Con esto solo somos capaces de brindar 0,1 psiquiatras y 0,5 camas psiquiátricas por cada 10 000 habitantes (21). Hay aproximadamente 6 enfermeras por cada 100 000 habitantes que trabajan en el área de salud mental (14). La OMS señala que es preocupante la superpoblación de los hospitales psiquiátricos del país (14,21). También señala la escasa cantidad de asistentes sociales en el área de salud mental (14,19).

Todo esto apunta a una necesidad de mejorar las prestaciones de servicios en el área de salud mental, considerando las pérdidas humanas y económicas. Es necesario re direccionar la política de atención a la salud nacional para poder prevenir la pérdida humana y económica que involucran estos desordenes.

TABLA 2. Frecuencia, YLD total, YLD promedio y sus correspondientes repercusiones económicas en pacientes de sexo femenino.

Diagnóstico	Frec.	% del total	YLD total	YLD promedio	YLD prom *PIB (USD)	YLD total *PIB (USD)
Tx. Dep. Leve	153	23,57	677,18	4,4260	21488,3	3287708,9
Tx. Dep. Moderado	17	2,62	203,7	11,9824	58174,3	988963,5
Tx. Dep. Severo	152	23,42	4308,44	28,3450	137615,0	20917476,2
Distimia	7	1,08	33,74	4,8200	23401,1	163807,7
Tx. Bipolar	51	7,86	692,896	13,5862	65961,0	3364010,1
Esquizofrenia	54	8,32	1011,12	18,7244	90907,2	4908987,6
Epilepsia	10	1,54	50,963	5,0963	24742,5	247425,4
Dependencia de sustancias	36	5,55	431,928	11,9980	58250,3	2097010,4
Alzheimer y otras demencias	76	11,71	1275,39	16,7814	81473,9	6192018,5
Parkinson	0	0,00	0		0,0	0,0
Estrés post-traumático	12	1,85	66,675	5,5563	26975,6	323707,1
Tx. Obsesivo compulsivo	7	1,08	43,815	6,2593	30388,8	212721,8
Tx. de pánico	56	8,63	360,03	6,4291	31213,3	1747945,7
Insomnio	13	2,00	48,5	3,7308	18112,9	235467,5
Migrañas	2	0,31	0,899	0,4495	2182,3	4364,6
Retraso mental	3	0,46	3,538	1,1793	5725,7	17177,0
TOTAL	649	100	8531,634	139,3640	676612,2	44708791,970

TABLA 3. Frecuencia, YLD total, YLD promedio y sus correspondientes repercusiones económicas en pacientes de sexo masculino.

Diagnóstico	Frec.	% diag	YLD total	YLD prom	YLD prom *PIB (USD)	YLD total *PIB (USD)
Tx. Dep. Leve	41	11,68	203	4,9512	24038,2	985565,0
Tx. Dep. Moderado	5	1,42	66,5	13,3000	64571,5	322857,5
Tx. Dep. Severo	57	16,24	1209,16	21,2133	102990,7	5870471,8
Distimia	2	0,57	4,34	2,1700	10535,4	21070,7
Tx. Bipolar	28	7,98	379,111	13,5397	65735,1	1840583,9
Esquizofrenia	52	14,81	990,528	19,0486	92481,0	4809013,4
Epilepsia	7	1,99	24,973	3,5676	17320,6	121243,9
Dependencia de sustancias	80	22,79	890,82	11,1353	54061,6	4324931,1
Alzheimer y otras demencias	10	2,85	-3,996	-0,3996	-1940,1	-19400,6
Parkinson	1	0,28	-0,351	-0,3510	-1704,1	-1704,1
Estrés post-traumático	4	1,14	18,585	4,6463	22557,5	90230,2
Tx. Obsesivo compulsivo	4	1,14	20,193	5,0483	24509,3	98037,0
Tx. de pánico	45	12,82	288,255	6,4057	31099,5	1399478,0
Insomnio	6	1,71	16,5	2,7500	13351,3	80107,5
Migrañas	0	0,00	0		0,0	0,0
Retraso mental	9	2,56	135,375	15,0417	519607,5	657245,6
TOTAL	351	100,00	4242,99	15,0417	4709,0	20599731,015

AGRADECIMIENTOS

- Al Prof. Dr. Andrés Arce Ramírez, Profesor Titular y Jefe de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, por otorgarnos la oportunidad y el permiso para trabajar con las fichas médicas del servicio a su cargo.
- Al Prof. Dr. Gustavo Rodríguez Andersen, Director de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, por su apoyo en el entendimiento de los requerimientos estadísticos de una investigación.
- Al Prof. Dr. Esteban Ferro, por su guía en el entendimiento de las bases estadísticas de una investigación.

ACERCA DE LOS AUTORES

La UNIV. LARISSA PÁEZ LÓPEZ es estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El UNIV. MARCELO O'HIGGINS es estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El PROF. DR. JULIO TORALES BENÍTEZ es Profesor Asistente y Jefe de Investigaciones de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe WHO-AIMS sobre el sistema de salud mental en el Paraguay [base de datos en línea]. Asunción: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud ,2006. [fecha de acceso 5 de abril de 2012]. URL disponible en: www.who.int/entity/mental.../paraguay_who_aims_report_spanish.pdf
2. The Global Burden of Disease; 2004 update. WHO Geneva.
3. Pinto Masís D, Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M, Miranda C, Pérez A, de la Espriella M, et al. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2010;39(3):465-80.
4. Leitáo RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Los costos de la esquizofrenia: los costos directos y el uso de recursos en el Estado de Sao Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(2):304-9.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation; The Global burden of disease: Generating evidence, guiding policy. Washington DC. 2010. Publicación Científica; 29p.
6. Palacios M. Situación de la familia en Paraguay. *Abc color* 2011 Jun 14; Sect. Escolar (col. 1). Disponible en: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/suplementos/escolar/situacion-de-la-familia-en-paraguay-270786.html>
7. Informe WHO - AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay. Asunción: OPS/OMS; 2006.
8. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Ginebra: OMS; 2013.
9. OMS. Global Burden of disease 2004 Update: Disability weights for diseases and conditions. En: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD2004_DisabilityWeights.pdf

ESTUDIO PILOTO SOBRE EL NIVEL DE LLENADO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES DE CONSULTORIO EXTERNO DE LA CÁTEDRA Y SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN.

[PILOT STUDY ON THE FILLING LEVEL OF OUTPATIENT'S MEDICAL RECORDS OF THE PSYCHIATRY DEPARTMENT AT THE NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN SCHOOL OF MEDICAL SCIENCES].

Iván Barrios, Karina Domínguez, Alexandra Colucci, Andrés Arce.

Correspondencia: Univ. Iván Barrios, estudiante universitario de la carrera de Medicina y Cirugía, FCM-UNA | ivanjuan2013@gmail.com | Avda. Dr. Montero esquina Dr. Mazzei, Edificio de Ciencias Básicas, Asunción-Paraguay.

RESUMEN

Introducción: Una historia clínica debe ser completa, ordenada, inteligible, respetuosa, veraz, en virtud de cumplir con las obligaciones médico-legales que pudieran derivar del acto terapéutico. El presente estudio estuvo dirigido a evaluar el nivel de llenado o registro de datos en las historias clínicas de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría (FCM-UNA), permitiendo identificar los vacíos frecuentes realizados en el registro de la información relacionada al paciente o al servicio brindado. **Objetivos:** evaluar el nivel de llenado de las historias clínicas de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, FCM-UNA, en el año 2012; e identificar los vacíos de información más prevalentes. **Materiales y métodos:** se analizaron 100 historias clínicas de consultorio (consulta de primera vez) de pacientes que consultaron durante el año 2012. El muestreo fue del tipo aleatorio simple. Las variables que se consideraron fueron: datos de filiación, que son completados por la Secretaría Asistencial de la Cátedra; y datos clínicos, que son completados por el profesional que realiza la consulta. Para propósitos del estudio se consideró una medición dicotómica (ausencia o presencia) de cada variable. **Resultados:** *Datos de filiación:* del total de fichas examinadas, el 100 % presentaba al menos un ítem incompleto (100 % de ausencia de correo electrónico, 67 % de ausencia de número telefónico de línea baja y 35 % de ausencia de número de teléfono celular). *Datos clínicos:* del total de fichas examinadas, se hallaron completas en todos los ítems objeto de este estudio 19 fichas (19 %), mientras que el 81 % poseía al menos un ítem incompleto. La mayor frecuencia de falta de llenado se vio en los ítems correspondientes a indicaciones médicas (55 %), cognición del estado actual (40 %) y tratamientos anteriores (34 %). **Discusión y conclusiones:** el presente estudio evidencia una debilidad estructural que debe ser corregida por la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, identificando primero si la falta de llenado es a causa de desconocimiento (en dicho caso, instruir a los profesionales en el correcto llenado de la historia) o porque los profesionales no desean todos los ítems (siendo este el caso, recordar a los médicos y psicólogos sobre las consecuencias médico-legales de un incorrecto llenado). Asimismo, este estudio podría servir como oportunidad para abrir el debate entre los profesionales que integran la Cátedra acerca si el formato actual de historia clínica es el más adecuado a las necesidades.

Palabras clave: historia clínica, nivel de llenado, psiquiatría.

ABSTRACT

Introduction: a medical record must be complete, accurate, intelligible, respectful, truthful, pursuant to comply with legal obligations that may arise from the therapeutic act. The present study was aimed at assessing the level of filling in the medical records of the Department of Psychiatry (FCM-UNA) in order to identify the frequent gaps made in the recording of information related to the patient or the service provided. **Objectives:** To assess the level of filling of the medical records of the Department Psychiatry, FCM-UNA, in 2012, and identify the more prevalent information gaps. **Materials and Methods:** 100 outpatient's medical records seen during 2012 were analyzed. The variables considered were: personal and clinical data. For purposes of the study was considered a dichotomous measure (absence or presence) of each variable. **Results:** Vital statistics: the total records examined, 100%, had at least one incomplete item (100 % of no email, 67% of no land-line phone number and 35% of no mobile phone number). Clinical data: 19% of examined records were found complete in all items, while 81% have had at least one incomplete item. The highest frequency of failure was filling in items corresponding to medical indications (55%), cognition of the current state (40%) and previous treatment (34%). **Discussion and conclusions:** This study demonstrates a structural weakness that should be corrected by the Department of Psychiatry, first by identifying whether the lack of filling is because of ignorance (in this case, instruct professionals in the correct method to fill the medical record) or because professionals do not

agree with all the items (if this being the case, remind doctors and psychologists on the legal consequences of lack of filling the medical records. This study could also serve as an opportunity for open discussion among professionals in the Department about whether the current format of the medical record is best suited to the Department needs.

Keywords: history, filling level, psychiatry.

INTRODUCCIÓN

El Código Deontológico define la historia clínica como el “*documento médico en donde quedan registrados todos los actos médicos realizados con el paciente, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia*” (1). Desde el área de la medicina legal puede definirse como el documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda (2). Desde un punto de vista etimológico “historia” es la descripción de los hechos pasados y “clínica” es la palabra que significa al lado o junto a la cama. La unión de los dos términos significa “la narración escrita de los hechos sucedidos junto a la cama del enfermo” en la que queda plasmada la actividad del profesional, constituyéndose en el pilar en que se basa la excelencia de la práctica médica (3).

La historia clínica permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico, sindrómico o nosológico. Debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona. El llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial (4).

La historia clínica se constituye como fuente de derechos y deberes del paciente, de los médicos y del centro o consultorio en los que tenga lugar el acto asistencial, sin olvidar derechos y deberes de terceros implicados circunstancialmente en la dinámica de las relaciones médico-paciente-familiares, etc. En relación con lo dicho, la historia clínica plantea: *a)* el derecho del paciente a que se realice y su deber de colaborar fielmente en ella, *b)* el derecho y el deber del médico a hacerla, *c)* el derecho del paciente a que se custodie debidamente con seguridad para su intimidad, *d)* el derecho del paciente y/o el/los familiares que lo representen a acceder a esta y/o tenerla a su disposición, *e)* la utilización de la historia clínica como fuente de información científica, docente, investigadora, etc. La utilización de la historia clínica con fines de investigación y docencia debe estar en consonancia con el respeto a la intimidad del paciente y la salvaguarda del secreto profesional. Por ello, las personas que accedan a los datos contenidos en la historia deberán conocer estas obligaciones (5).

Una historia clínica debe ser completa, ordenada, inteligible, respetuosa, veraz. Un problema médico-legal frecuente de la historia clínica es que ésta es una de las causas más comunes de vulneración del secreto médico profesional. El secreto médico profesional es un deber médico que se encuentra regulado.

Secreto consiste en mantener oculto a los demás una información que nos ha sido proporcionada con una finalidad concreta, en este caso la asistencia sanitaria. Y es bajo el prisma asistencial la razón por la que el paciente nos permite el acceso a su intimidad bajo la confianza de que no será utilizada con otros fines (6). La relación médico-paciente descansa sobre un pilar básico, que es el secreto profesional. La confidencialidad es el acto de confiar en otro lo que se tiene oculto o reservado; el secreto profesional es el deber que tiene todo profesional de no descubrir esos datos ocultos o reservados y que han sido conocidos en el ejercicio de su profesión (7).

Una estructura bastante útil y completa de la historia clínica psiquiátrica resulta de distribuir la información obtenida en los siguientes apartados: anamnesis, examen psíquico, funcionalidad previa, exploraciones complementarias, diagnóstico multiaxial y plan terapéutico (8).

La anamnesis influye: datos de filiación (nombres y apellidos, número de documento de identidad, lugar de nacimiento, edad, sexo, estado civil, dirección, número telefónico, etc.), motivo de consulta, motivo de interacción, antecedentes de la enfermedad actual, antecedentes remotos de la enfermedad actual, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares, psicobiografía, personalidad previa.

El examen psíquico o exploración psicopatológica analiza: hábito externo, conciencia, orientación, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, sensopercepción, juicio e introspección. El diagnóstico multiaxial establecen los diagnósticos en cinco ejes de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés).

El presente estudio está dirigido a evaluar la calidad del llenado o registro de datos en las historias clínicas de la cátedra y servicio de psiquiatría del Hospital de Clínicas, permitiendo identificar los vacíos frecuentes realizados en el registro de la información relacionada al paciente o al servicio brindado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio piloto que se realizó en el mes de agosto del año 2013. Se analizaron las fichas clínicas de los pacientes que consultaron en la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción as desde el 1 de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2012 para conocer el nivel de llenados de las mismas. El muestreo fue del tipo aleatorio simple.

Las variables que se consideraron fueron: datos del paciente (nombres, apellidos, edad, estado civil, fecha de nacimiento, cédula de identidad, estudios, ocupación, domicilio, lugar de nacimiento, fecha de primera consulta, número telefónico, número celular, correo electrónico) que son completados por la secretaria de la cátedra y los datos completados por los médicos: motivo de consulta, signos y síntomas, inicio y progresión, qué ha dejado de hacer el paciente, qué ha hecho el paciente para solucionar su problema, el genograma, tratamientos anteriores, cognición del estado actual, examen psíquico, impresión diagnóstica, plan terapéutico, pronóstico e identificación del médico tratante.

No se discutió la calidad de la información sino solo su existencia. Para propósitos del estudio se consideró una medición dicotómica (ausencia o presencia) de cada variable. En todo momento se respetó la confidencialidad de los datos del paciente como del médico que completó la historia clínica.

RESULTADOS

Se tomaron un total de cien fichas a través, de un muestreo aleatorio simple, de pacientes que habían consultado con la cátedra y servicio de psiquiatría del Hospital de Clínicas de enero a diciembre de 2012. Se evaluó la hoja de consulta de primera vez de cada una de las fichas, no las evoluciones.

Datos de filiación

Del total de fichas examinadas, el 100% presentaba al menos un ítem incompleto (100% de ausencia de correo electrónico, 67% de ausencia de número telefónico de línea baja y 35% de ausencia de número de teléfono celular).

Datos clínicos

Del total de fichas examinadas, se hallaron completas en todos los ítems objeto de este estudio 19 fichas (19%), mientras que el 81% poseía al menos un ítem incompleto.

La mayor frecuencia de falta de llenado se ve en los ítems correspondientes a indicaciones médicas (55%), cognición del estado actual (40%) y tratamientos anteriores (34%) como se observa en la tabla 1.

TABLA 1. Nivel de llenado en los ítems de las fichas clínicas completados por los médicos tratantes en la cátedra y servicio de psiquiatría del Hospital de Clínicas.

Ítems estudiados	Completo	Incompleto
Motivo de la consulta	97	3
¿Por qué decidió consultar?	86	14
¿Cuál es el problema?	86	14
Inicio y progression	79	21
¿Qué ha dejado de hacer como consecuencia del problema?	70	30
¿Qué ha hecho para intentar resolver su problema?	72	28
Núcleo de convivencia actual y núcleo familiar original	67	33
Tratamientos anteriores	66	34
Cognición del estado actual	60	40
Examen psíquico	77	23
Impresión diagnostic	78	22
Indicaciones	45	55
Nombre del medico	97	3
Firma del medico	88	12

De las 55 fichas que tienen incompletas las indicaciones, 62 % fueron completadas por auxiliares de la enseñanza, 29 % por residentes, 2 % por profesores y 7 % no se sabe el cargo que ocupa.

En cuanto a las 40 fichas que no poseen datos sobre cognición del estado actual 72,5 % fueron completadas por auxiliares de la enseñanza, 17,5 % por residentes, 7,5 % no se sabe el cargo, 2,5 % por profesores.

En cuanto a las 34 fichas con el ítem incompleto de “tratamientos anteriores” el 74,6 % fueron completadas por auxiliares de la enseñanza, 11,76 % por residentes, 8,82 % no se sabe el cargo que desempeña y 2,94 % por profesores.

DISCUSIÓN

Una manera de aproximarse y entender cómo se viene implementando el mejoramiento de la calidad del proceso prestacional en las instituciones de salud, es analizar la calidad de llenado de fuentes secundarias, dentro de ellas, la historia clínica.

En este estudio se consideraron los ítems mínimos de llenado dictados por la cátedra y servicio de psiquiatría del Hospital de Clínicas. En los casos de datos de filiación llama la atención que adolecen de datos como número de teléfono celular y línea baja, así como también dirección de correo electrónico, considerando el desarrollo tecnológico alcanzado en nuestro país y dada su importancia para un correcto seguimiento del tratamiento adoptado. Estos datos fueron completados por la secretaria de la cátedra.

El presente trabajo nos permitió encontrar vacíos de información (en más del 80 %) en las fichas clínicas principalmente la variable indicaciones médicas (ausente en un 55 % de los casos), lo cual llama la atención siendo la función principal del médico otorgar las indicaciones para el paciente.

Al parecer los residentes que por estar más supervisados completan mejor las historias clínicas, mientras que la mayoría de los auxiliares de la enseñanza, ya todos psiquiatras, son los que menos llenan las historias y son ellos los que deberían ser el ejemplo a la hora del llenado correcto de las fichas y más aún en el caso de profesores.

Con base en los resultados que encontramos en este estudio piloto emitimos las siguientes recomendaciones: pedir a los médicos llenar las historias clínicas con letra legible para un correcto seguimiento del paciente y facilitar futuras investigaciones, hacer un estudio similar al nuestro pero a gran escala, que la secretaria de la cátedra se preocupe por llenar los ítems como número de teléfono, celular y correo electrónico para un mejor

seguimiento del paciente, que la cátedra analice si la historia clínica actual cumple con sus objetivos y plantearse una posible reformulación de la misma, insistir con los médicos en el correcto llenado de los mismos y declarar si la falta de llenado es a causa de desconocimiento (en dicho caso instruir a los mismos en el correcto llenado) o porque los mismos no quieren completar todos los ítems (siendo este el caso, recordar a los médicos que el correcto llenado de la historia clínica es una obligación médico-legal).

ACERCA DE LOS AUTORES

El UNIV. IVÁN BARRIOS es estudiante universitario de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La UNIV. KARINA DOMÍNGUEZ es estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La UNIV. ALEXANDRA COLUCCI es estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El PROF. DR. ANDRÉS ARCE 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Río M. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*, 1999, vol. 112, p. 24-28.
2. Silvia Velito A, Tejada Soriano S. La historia clínica como instrumento de calidad.
3. Portillo Delvalle, C. Historia clínica dental, su importancia. Asunción. 2010
4. Llanos Zavalaga L, Mayca Pérez J, Navarro Chumbes G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Rev Med Hered*, 2006, vol. 17, no 4, p. 220-226.
5. Gisbert Calabuig J, Villanueva Cañadas E. Medicina Legal y toxicología. 6.ª Edición. p. 102-107.
6. Luna Maldonado A. Problemas médico-legales del manejo de la historia clínica. *Rev.Latinoam.Der.Méd. Medic. Leg.* 5 (1): 39-47, Jun. 2000
7. Hernández J. Historia clínica. Cuadernos de bioética, 2006, vol. 17, no 59, p. 57-68.
8. Arce Ramírez A, Torales Benítez J. El libro azul de la psiquiatría. 1.ª Edición. EFACIM. Asunción, 2012. p. 39-54.

MANEJO BÁSICO DEL PACIENTE AGITADO-VIOLENTO EN LA SALA DE URGENCIAS.

[BASIC MANAGEMENT OF THE AGITATED AND VIOLENT PATIENT IN THE EMERGENCY ROOM].

Oscar García Franco, Carol Maggi Cárdenas, Julio Torales Benítez.

Correspondencia: Oscar García Franco, estudiante de la carrera de Medicina y Cirugía, FCM-UNA | oscargarcia25@hotmail.com | Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus Universitario de la UNA.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes agitados son una situación clínica a la que con relativa frecuencia se enfrentan los médicos generales en su práctica clínica. No es infrecuente encontrarse con este tipo de urgencias en los consultorios de urgencia de los hospitales, tanto generales como psiquiátricos.

La agitación psicomotriz se define como un estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motora en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado. El paciente agitado se caracteriza por un estado de gran exaltación psicomotora acompañada de un importante componente de ansiedad, euforia y verbosidad amenazante. La agitación representa un grave problema para el propio paciente, para los familiares, personal sanitario y el entorno en general, como para los bienes (1, 2).

La agitación psicomotriz no es sinónimo de patología psiquiátrica, puesto que muchas condiciones médicas pueden desencadenarla (3).

ETIOLOGÍA

La agitación puede responder a distintas causas en los pacientes. Pueden ser consecuencias de descompensaciones de diversas patologías médicas, consumo de sustancias y agudizaciones de enfermedades mentales de base. Por esto, es fundamental establecer los diagnósticos diferenciales ante un paciente de estas características y de esta manera poder encarar un tratamiento adecuado para la circunstancia (4).

No es intención de este capítulo describir a cabalidad todos los cuadros orgánicos o psiquiátricos que pueden ser factor etiológico de una agitación psicomotriz. Más bien, se intenta dar una aproximación al manejo inicial del paciente agitado en urgencias, antes del concurso del especialista correspondiente. Tomando en cuenta lo anterior, en nuestra experiencia, la agitación psicomotriz puede dividirse en tres grandes grupos según la etiología responsable:

1. Agitación orgánica.
2. Agitación psiquiátrica, que a su vez puede ser psicótica o no psicótica.
3. Agitación secundaria al abuso de sustancias.

La tabla 1 informa de los cuadros que integran cada uno de estos grupos.

TABLA 1. Causas de agitación

<p>Agitación orgánica</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Demencias: Alzheimer, vascular, secundaria a VIH, etcétera.▪ Epilepsia (en especial la del lóbulo temporal).▪ Delirium.▪ Alteraciones metabólicas y endócrinas (hipoglucemia, hipertiroidismo, síndrome carcinoide, trastornos hidroelectrolíticos, hipo/hiperglicemia).▪ Enfermedades infecciosas, que cursan con hipertermia.▪ Encefalopatías (anóxica, urémica, hepática, hipertensiva, etcétera).▪ ACV, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural.	<p>Agitación psiquiátrica</p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Psicótica</i>: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno bipolar con síntomas psicóticos.▪ <i>No psicótica</i>: estrés agudo, duelo, trastorno de conversión, trastorno adaptativo, crisis de pánico. <p>Agitación secundaria al abuso de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Intoxicación por cocaína, fenciclidina, opioides, hipnóticos.▪ Síndrome de abstinencia a drogas.▪ Abstinencia de alcohol (Delirium tremens).
---	--

MANEJO EN LA URGENCIA

El tratamiento deberá ir dirigido en la medida que sea posible a abordar la causa que provoca la agitación. Es un error frecuente ante un paciente agitado asumir de entrada un origen psiquiátrico, olvidando descartar un proceso orgánico potencialmente vital como la hipoglucemia, hemorragia subaracnoidea, meningoencefalitis, hematoma subdural, etcétera (1, 2).

El manejo de un paciente agitado en la urgencia se basa en 4 pilares fundamentales:

- I. Medidas de seguridad.
- II. Contención verbal.
- III. Contención física.
- IV. Contención farmacológica.

Es fundamental recordar que toda intervención en este tipo de pacientes debe partir de una premisa fundamental: el objetivo del tratamiento es tranquilizar, no sedar (4). De esta manera será posible una evaluación apropiada del paciente, decidir la conducta apropiada a seguir y mantener una adecuada relación médico paciente, respetuosa de la ética y los derechos humanos.

I. Medidas de seguridad

Antes de la aplicación de cualquier técnica de intervención deben asegurarse dos puntos importantes: medidas de seguridad para controlar cualquier conducta no deseada que pueda ocurrir y tener en cuenta la presencia de sintomatología que comprometa la vitalidad del paciente.

Garantizar la seguridad del personal, paciente, familiares y entorno material debe ser la primera intervención a realizar (5). Por ello, ante la presencia de armas, objetos peligrosos o riesgo inminente, el personal médico y sanitario debe dejar que primero actúen los cuerpos de seguridad disponibles en el hospital.

Hay que sentirse seguros con el paciente, de lo contrario la inseguridad interferirá en la evaluación (6). Algunas medidas útiles son:

- Mantener una distancia de seguridad.
- Evitar que el paciente se coloque entre nosotros y la vía de evacuación.
- No dar la espalda al paciente.
- Intentar crear un ambiente lo más relajante posible.
- Evitar estímulos externos (música, gente gritando, luz intensa).
- Estar atentos a signos inminentes de agitación.

II. Contención verbal

Involucra técnicas que calman una situación pasible de llegar a transformarse en violenta. Se deben utilizar estas técnicas antes de llegar a utilizar otras intervenciones. El profesional que recibe en la urgencia a un paciente agitado debe intentar establecer un vínculo con el paciente, enfatizando en que quiere cooperar con él, negociando opciones realistas y evitando amenazas.

Es una buena opción realizar preguntas abiertas e interrogar sobre la razón de la ira del usuario, demostrando preocupación acerca de la situación que atraviesa el paciente. Sus respuestas deben ser escuchadas con suma atención, reconociendo sus quejas, preocupaciones y frustraciones, pues esto le demostrará al paciente que se empatiza con él. Sin embargo, no se debe caer en el error de adoptar una conducta paternalista (4).

El médico debe investigar, con el relato del paciente o sus acompañantes, cuáles son los desencadenantes que lo alteran. Además, teniendo en cuenta lo anterior, debe aprender a controlar su propio comportamiento verbal y no verbal, de tal forma a que no sea posible que el paciente interprete tal conducta como provocadora o amenazante. El personal debe reconocer que la contención verbal es un elemento continuo en el manejo de estas situaciones.

III. Contención física

Esta técnica debería ser evitada y si fuera utilizada no se la debe poner en práctica por tiempos prolongados, dándola por finalizada lo antes posible. Para evitar la intervención física prolongada, se debe considerar una estrategia alternativa tal como la contención farmacológica o aislamiento.

Aunque considerada como una medida excepcional, la contención física puede ser la primera medida cuando se trata de una situación de agitación grave o con riesgo inminente, tanto de agresividad hacia otros como hacia sí mismo (7).

Antes de proceder a la contención física, debe informarse al paciente de la razón o motivo y cuáles son las opciones terapéuticas y ofrecerle siempre la posibilidad del tratamiento farmacológico. Hay que explicar que esta técnica tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo (8). En ocasiones, sólo la presencia y la disposición del personal de seguridad decidido para la contención hacen que el paciente reconozca como real la inminencia de la misma y provoque el cambio de actitud y su cooperación.

IV. Contención farmacológica

No debe perderse de vista que el objetivo principal de la intervención de estos pacientes se basa en el principio de tranquilizar y no sedar. Sin embargo, no solo a ese punto debe tenerse presente, pues cuando se inicia la utilización de fármacos se deben tener en cuenta todos sus posibles efectos adversos y contraindicaciones.

La indicación de terapia farmacológica y la vía de administración dependerán del grado de agitación y la impresión diagnóstica (neurolépticos en el caso de agitaciones psiquiátricas psicóticas; Benzodiazepinas en el caso de agitaciones psiquiátricas no psicóticas).

Cuadros leves/moderados

En estos cuadros la vía oral puede ser utilizada, asegurándose que el paciente ingiera la medicación. La vía sublingual también es eficaz en esta situación.

De forma genérica, si el paciente no presenta síntomas psicóticos, los fármacos de elección son las benzodiazepinas, por ejemplo en los síndromes de abstinencia o las intoxicaciones por drogas; si por el contrario son pacientes psicóticos o maniacos, administraremos neurolépticos. Si el paciente ya tiene antecedentes de contención farmacológica, la respuesta satisfactoria a determinados fármacos será un factor a tener presente. En la tabla 2 se detallan las drogas y las dosis usuales a ser indicadas.

TABLA 2. Contención farmacológica por vía oral.

<p>Benzodiazepinas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diazepam: 5 mg/VO ▪ Alprazolam: 1 mg/VO ▪ Clonazepam: 2 mg/VO 	<p>Neurolépticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Haloperidol: 5 a 10 mg/VO ▪ Levomepromazina: 12,5 a 25 mg/VO
---	---

Cuadros graves

Aquí generalmente se recurrirá a la vía parenteral, y es preferible la intravenosa (IV) a la intramuscular (IM) por su rapidez de acción. Sin embargo, la obtención de un acceso IV en pacientes con agitación aguda puede resultar difícil y habitualmente requerirá la contención física previa, por lo que con frecuencia se recurre a la vía IM, aunque por esta vía la tranquilización requiere de más de tiempo (2).

En la tabla 3 se detallan los fármacos más comunes y sus dosis usuales.

TABLA 3. Contención farmacológica por vía IV/IM.

<p>Benzodiazepinas: producen una sedación rápida y eficaz. Se deben utilizar por vía IV, si bien el midazolam tiene una buena absorción IM y un buen perfil de seguridad. Existe riesgo de depresión respiratoria, especialmente en pacientes broncópatas.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Midazolam 	<p>Se administra por vía IV a dosis inicial estándar de 0,1 mg/Kg. Para un mejor manejo se diluye la ampolla en suero fisiológico. La vía IM es una alternativa eficaz, obteniéndose una respuesta aproximadamente a los 6 min.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diazepam 	<p>Se administra 5 mg por vía IV o IM, aunque por esta última vía la absorción es errática.</p>
<p>Neurolépticos: el objetivo inicial no es el tratamiento de los síntomas psicóticos (si los hubiera), que puede requerir varias semanas, sino el control de la hiperactividad, la excitación y la ansiedad, que se consigue en 30 a 90 min. Los efectos secundarios más frecuentes son los síntomas extrapiramidales, que deben tratarse con biperideno 2 mg IM. Los antipsicóticos pueden disminuir el umbral convulsivo.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haloperidol 	<p>Es el neuroléptico de elección para el tratamiento de la agitación psicótica. La dosis inicial es de 2,5 a 10 mg por vía IV o IM, que se puede repetir cada 30 min hasta conseguir la sedación o llegar a la dosis máxima de 30 mg en 24 horas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Levomepromazina 	<p>Es el neuroléptico más sedante. Dosis de 25-50 mg por vía IM (nunca IV) que se puede repetir cada 2-4 horas hasta conseguir la sedación, sin sobrepasar los de 200 mg.</p>

Tras la administración de la medicación, sea por la vía que fuere, se debe monitorizar los signos vitales del paciente. La frecuencia de dichos controles queda al criterio del profesional según cada caso en particular (4).

TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

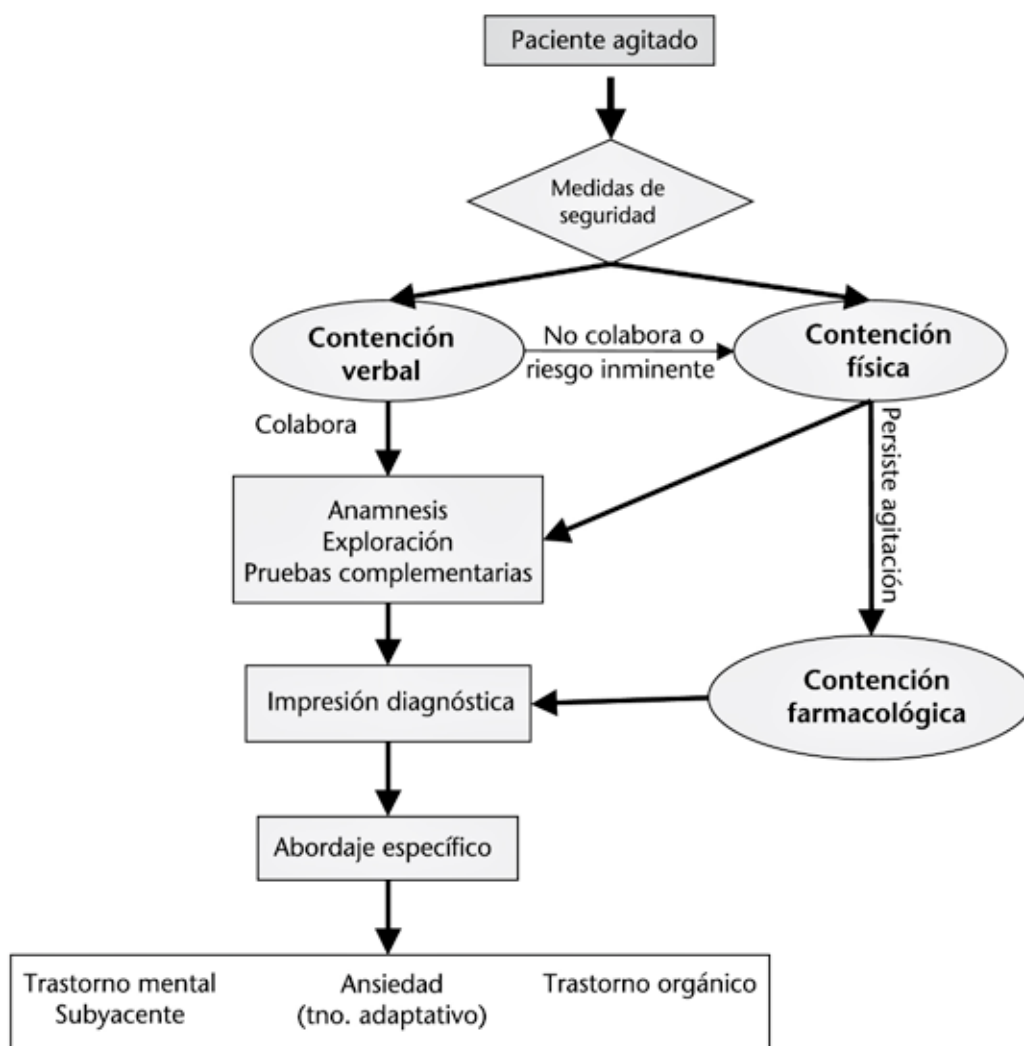
El tratamiento etiológico, obviamente, dependerá de la causa de la agitación psicomotriz. Como se mencionó previamente en este capítulo, en ocasiones, un adecuado diagnóstico en la fase de contención verbal y física puede llegar a evitar un tratamiento farmacológico sedante (por ejemplo, si estamos frente a una hipoglucemia).

Dentro del tratamiento etiológico incluiremos todas aquellas medidas generales, que incluyen el control de las constantes vitales, del equilibrio hidroelectrolítico y metabólico, efectos indeseables de la medicación administrada, sueroterapia, así como lesiones producidas antes o durante la contención.

En muchos casos el tratamiento etiológico es lento en su actuación, primordialmente a nivel psicomotor, por lo que se requerirá de la utilización, además, de otras medidas terapéuticas, como las asistenciales y/o psicofarmacológicas (9).

La figura 1 resume el algoritmo de manejo de un paciente con agitación psicomotriz que consulta al servicio de urgencias.

FIGURA 1. Algoritmo de manejo de un paciente con agitación psicomotriz (2).



ACERCA DE LOS AUTORES

OSCAR GARCÍA FRANCO es estudiante de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción y ayudante del Departamento de Investigación de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría.

La DRA. CAROL MAGGI CÁRDENAS es médica psiquiatra y auxiliar de la enseñanza de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El PROF. DR. JULIO TORALES BENÍTEZ es médico psiquiatra, Profesor Asistente y Jefe de Investigaciones de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz Ávila J, Martínez Grueiro M, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L: Manejo en urgencias del paciente agitado, en: Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. 2ª ed. Madrid, Harcourt SA, 2002: 609-14.
2. Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MC: Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias 2009; 21.
3. Calcedo Ordoñez A, Molina Rodríguez V, Arango López C: Cuidados y tratamiento de paciente violento (1ª parte). An Psiquiatría 1994; 10: 135-9.
4. Torales-Benítez J, Bogado JA, Recalde Berni S, Capurro MH: Urgencias psiquiátricas, en: El Libro Azul de la Psiquiatría, editado por Arce Ramírez A, Torales-Benítez J. El Libro Azul de la Psiquiatría. Asunción, EFACIM, 2012: 273-85.
5. Catherine A, Marco MD, Vaughan J: Emergency Management of agitation in schizophrenia. Am J Emerg Med 2005; 23: 767-76.
6. Alcántara Espadafor S, Fernández Castillo A: Urgencias en psicopatología, en: Manual de Urgencias, editado por Vílchez Lara MJ. Barcelona, Masson SA; 1999: 365-70.
7. Torres Hernández P, Fernández-Amela Herrera R, Zabala Fernández ML: Uso de los medios de contención en una unidad de agudos de psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo. An Psiquiatría 2002; 18: 369-74.
8. Mc Coy MC: Violencia en la sala de urgencias, en: Medicina de Urgencias, editado por Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. 5ª ed. México, Mc Graw Hill, 2002: 2236-40.
9. Binder RL, McNeil DE: Contemporary practices in managing acutely violent patients in 20 psychiatric emergency rooms. Psychiatric Services 1999; 50:1553-4.

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 sigan 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 las 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 pie. 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 subtítulados 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 pancreaticobiliary 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. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

(2) Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. 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 psychological 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. Immunologic 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 BI. 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 antiviral 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 sintpomatic 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. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: 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 neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 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, Rienhoff 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.: HH-SIGOE169200860.

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 electrophysiology 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 Government 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, clínicl 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.

