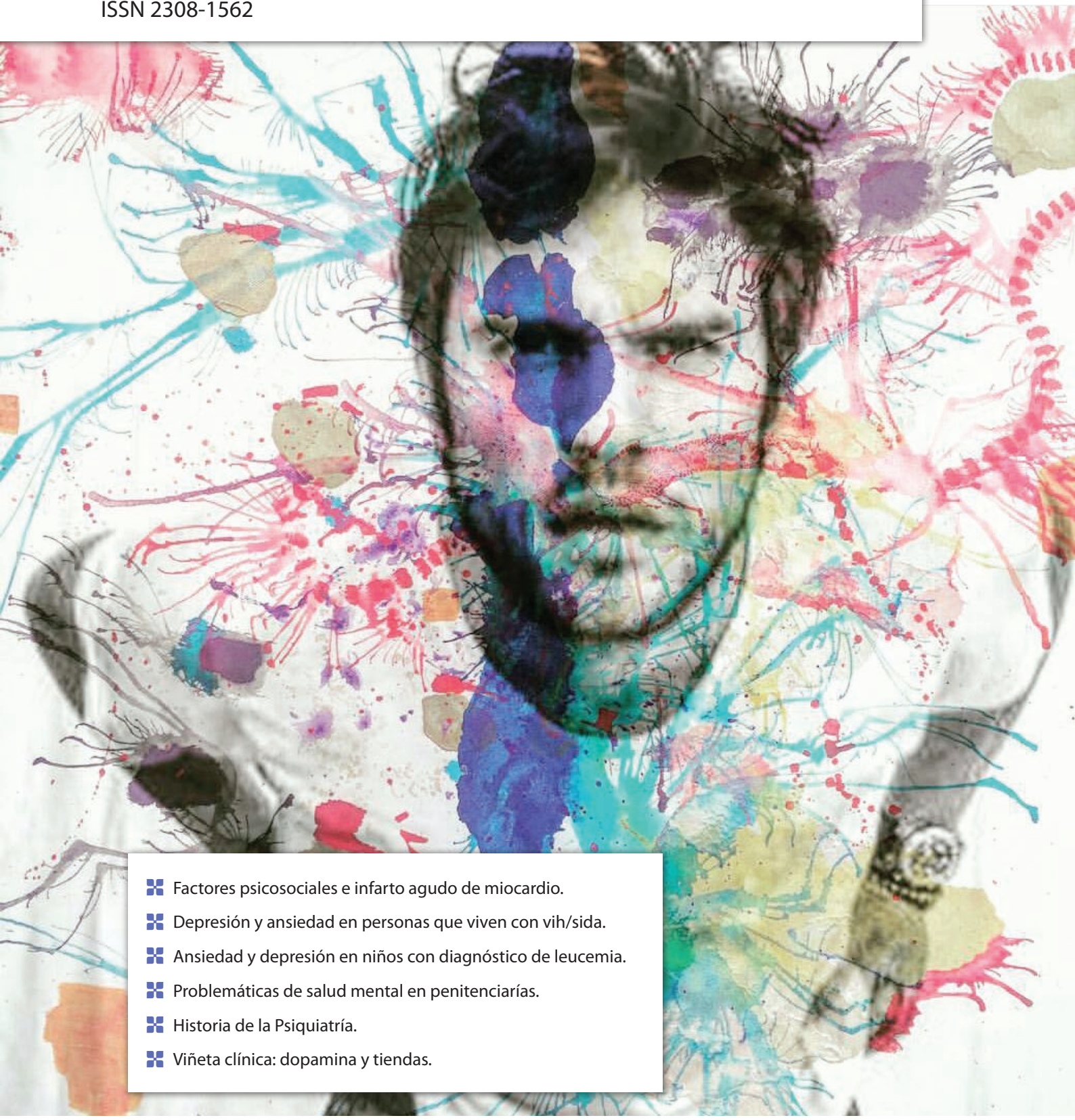
REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Órgano de difusión científica de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
Volumen 3 | Número 2 | Diciembre de 2015
ISSN 2308-1562



- Factores psicosociales e infarto agudo de miocardio.
- Depresión y ansiedad en personas que viven con vih/sida.
- Ansiedad y depresión en niños con diagnóstico de leucemia.
- Problemáticas de salud mental en penitenciarías.
- Historia de la Psiquiatría.
- Viñeta clínica: dopamina y tiendas.

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 3 | Número 2 | Diciembre de 2015 | ISSN 2308-1562

Editor en Jefe
Prof. Dr. JULIO TORALES

Editor Asociado
Dr. HUGO RODRÍGUEZ

Secretarios de Redacción
Dra. MARÍA EMILIA CHÁVEZ Dr. JORGE VILLALBA Dr. CÉSAR RUIZ DÍAZ

Asistente Editorial
IVÁN BARRIOS

Consejo Editorial Nacional

Prof. Dr. ANDRÉS ARCE
Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Mgtr. CRISTINA ARROM
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Dra. ANA IRIS BENÍTEZ
Sociedad Paraguaya de Psiquiatría, Paraguay

Prof. Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO
Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Dr. MANUEL FRESCO
Centro Nacional de Control de Adicciones, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay

Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES
Cátedra de Psicología Médica, Psicopatología y Psicomotricidad, carrera de Kinesiología y Fisioterapia,

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Prof. Dr. MARTÍN MORENO
Cátedra de Psicología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Prof. Dra. INOCENCIA PERALTA
Dirección General de Investigación Científica y Tecnológica, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

PhD. MARGARITA SAMUDIO
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Consejo Editorial Internacional

Prof. Dra. ANDREA ABADI
Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesionales Afines, Argentina

Prof. Dr. DINESH BHUGRA
Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), Reino Unido

Prof. Dr. RODRIGO CHAMORRO
Sociedad Chilena de Neurocirugía, Psiquiatría y Neurología, Chile

Prof. Dra. LAURA VIOLA
International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Uruguay

Revista Paraguaya de siquiatría | Vol. 3 Nº 2 Diciembre de 2015 | ISSN: 2308-1562

Imagen de tapa: Cacho Falcón (autorretrato).

Diseño: Alejandra Corbeta (malecorbeta@gmail.com).

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

Asunción – Paraguay | Correo electrónico: **revista@psiquiatriaparaguaya.org** | Distribución gratuita.

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

COMISIÓN DIRECTIVA 2014 – 2016

Presidente
Prof. Dr. MARTÍN MORENO

Vicepresidenta
Dra. MIRTA MENDOZA

Secretaria General
Dra. ANA IRIS BENÍTEZ

Tesorero
Prof. Dr. JULIO TORALES

Secretario de Actividades Científicas
Prof. Dr. ANDRÉS ARCE

Vocal Titular
Dra. HUGO RODRÍGUEZ

SINDICATURA

Dr. CARLOS GAUTO

TRIBUNAL DE ÉTICA

Prof. Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO
Dr. MANUEL FRESCO
Dr. ANDRÉS BOGADO

JUNTA ELECTORAL

Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES

CAPÍTULOS

Adicciones
Presidente: Dr. MANUEL FRESCO
Jóvenes psiquiatras
Presidentes: DR. JORGE VILLALBA & DR. CÉSAR RUIZ DÍAZ

Patología Dual
Presidenta: Dra. VIVIANA RIEGO MEYER

Psicodermatología
Presidente: Prof. Dr. JULIO TORALES

Psicofarmacología:
Presidente: Prof. Dr. JULIO TORALES

Psicoterapias
Presidente: Prof. Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO

Psiquiatría de Enlace
Presidentes: Prof. Dr. MARTÍN MORENO & Dra. ANA IRIS BENÍTEZ

Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia
Presidente: Prof. Dr. ANDRÉS ARCE

Psiquiatría Forense
Presidente: DR. JOSÉ VERA

Rehabilitación y Salud Mental
Presidente: Prof. Dr. MARTÍN MORENO

Violencia intrafamiliar
Presidente: Prof. Dr. ANDRÉS ARCE

La Sociedad Paraguaya de Psiquiatría forma parte de:

Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

World Psychiatric Association (WPA)

CONTENIDO *[Contents]*

Página *[Page]* **7** **EDITORIAL** *[Editorial]*
Reflexiones tras el VI Congreso Paraguayo de Psiquiatría.
[Reflections after the sixth Paraguayan Congress of Psychiatry].

Página *[Page]* **9** **ARTÍCULO ORIGINAL** *[Original article]*
Factores psicosociales del infarto agudo de miocardio en funcionarios del ámbito financiero: un estudio piloto de la ciudad de santa rosa del aguaray, departamento de San Pedro, Paraguay.
[Psychosocial factors of acute myocardial infarction in financial sector employees: a pilot study from the city of santa rosa del aguaray, San Pedro province, Paraguay].

Página *[Page]* **15** **ARTÍCULO ORIGINAL** *[Original article]*
Niveles depresivos y estados de ansiedad en personas que viven con VIH - SIDA.
[Depressive levels and anxiety states in people living with HIV-AIDS].

Página *[Page]* **20** **TESIS** *[Thesis]*
Ansiedad y depresion en niños con diagnóstico de leucemia según etapa del tratamiento en el Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.
[Anxiety and depression in children with leukemia by stage of treatment in Hospital de Clínicas, School of Medical Sciences, National University of Asunción].

Página *[Page]* **33** **TESIS** *[Thesis]*
Problemáticas y estrategias en salud mental en las penitenciarias.
[Problems and strategies in mental health in prisons].

Página *[Page]* **47** **TESIS** *[Thesis]*
Historia de la Psiquiatría.
[Psychiatry's history].

Página *[Page]* **56** **EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA** *[CONTINUING MEDICAL EDUCATION]*
Alex, las tiendas y la dopamina.
[Alex, shops and dopamine].

Página *[Page]* **57** **Normas de publicación** *[Instructions for authors]*

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

REFLEXIONES TRAS EL VI CONGRESO PARAGUAYO DE PSIQUIATRÍA.
[REFLECTIONS AFTER THE SIXTH PARAGUAYAN CONGRESS OF PSYCHIATRY].

Esta editorial se escribe luego de haber culminado el VI Congreso Paraguayo de Psiquiatría, que fuera celebrado en Asunción, del 16 al 19 de septiembre de 2015.

Quiénes integramos el Comité Organizador, estamos honrados por la confianza que los más de 700 participantes del congreso depositaron en nosotros. Liderar el VI Congreso Paraguayo de Psiquiatría fue un proceso titánico, pero consideramos que logramos llegar a buen puerto.

Este congreso superó a la quinta edición realizada con sumo éxito en el año 2013. La Sociedad Paraguaya de Psiquiatría apostó por potenciar la imagen de una especialidad construida sobre el trípode biológico-psicológico-social e integrada a toda la medicina y a las demás profesiones que trabajan en salud mental.

Aparte de la masiva participación, de médicos psiquiatras, internistas, de familia, de atención primaria; psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, así como estudiantes de las carreras citadas, el VI Congreso basó su éxito en la cantidad y por sobre todo calidad de sus propuestas científicas, las cuales pueden resumirse de la siguiente manera:

18 ponentes extranjeros
41 ponentes nacionales
1 curso precongreso
5 cursos intracongreso
1 taller
1 panel
1 foro de video-debate
4 conferencias magistrales
3 simposios
1 Encuentro Regional
1 Congreso de Jóvenes Investigadores
1 Encuentro de Jóvenes Psiquiatras
110 disertaciones

El VI Congreso logró aglutinar el apoyo y el auspicio de la Asociación Mundial de Psiquiatría (World Psychiatric Association, WPA), Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Cátedra de Socioantropología y Unidad de Derechos Humanos de la Facultad de Ciencias Médicas UNA, Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, Sociedad Paraguaya de Neurología, Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, Sociedad Paraguaya de Pediatría, Asociación Paraguaya de Terapia Cognitivo Conductual y Círculo Paraguayo de Médicos. Estos apoyos fueron pivotantes para darle al congreso su solvencia académica y científica.

La Sociedad Paraguaya de Psiquiatría, comprometida con la educación médica continua, es consciente de la necesidad de ir profundizando y afianzando el espacio académico que brinda el Congreso Paraguayo de Psiquiatría para compartir los últimos adelantos de la medicina basada en la evidencia, las guías clínicas actuales, las controversias, los procesos diagnósticos y terapéuticos, y todo lo relacionado con la dignificación del paciente que consulta con servicios de Psiquiatría y Salud Mental.

Como última reflexión, considero que el Congreso Paraguayo de Psiquiatría tiene una finalidad social que es una responsabilidad ineludible para la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría, así como de todas aquellas organizaciones que se precien de ser sociedades científico-profesionales, a decir del Profesor Humberto Reyes, Editor en Jefe de la Revista Médica de Chile (1). Esta responsabilidad social puede traducirse en que son una espacio de encuentros y re-encuentros entre colegas, maestros y estudiantes, y profesionales de distinta formación; y, además, cumplen con un papel de hacer accesible, a través de sus memorias, mucha información disponible no solo para el mundo médico sino también para la sociedad toda.

Prof. Dr. **JULIO TORALES**, MD, MSc, IFAPA
Editor en Jefe
Revista Paraguaya de Psiquiatría

REFERENCIAS:

Reyes H. Los congresos médicos de especialidades: algunas reflexiones. Réplica del Editor. Rev Med Chile 2013; 141: 676-677

Cómo citar este artículo: Torales J. Reflexiones tras el VI Congreso Paraguayo de Psiquiatría. Revista Paraguaya de Psiquiatría 2015; 3(2): 7-8.

La Revista Paraguaya de Psiquiatría se une al mundo digital.
Con el afán de llegar a más personas interesadas en la investigación en Psiquiatría y Salud Mental, desde este número y en adelante, la Revista Paraguaya de Psiquiatría abandona el mundo del papel y se embarca en un formato digital más amigable y accesible a todas las personas. Cambiamos en lo físico, más nuestra mente sigue intacta y concentrada en brindar una revista sólida científicamente y basada en la evidencia.

FACTORES PSICOSOCIALES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN FUNCIONARIOS DEL ÁMBITO FINANCIERO: UN ESTUDIO PILOTO DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA DEL AGUARAY, DEPARTAMENTO DE SAN PEDRO, PARAGUAY.

[PSYCHOSOCIAL FACTORS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN FINANCIAL SECTOR EMPLOYEES: A PILOT STUDY FROM THE CITY OF SANTA ROSA DEL AGUARAY, SAN PEDRO PROVINCE, PARAGUAY].

José Rojas-Melgarejo[1], Fátima Sánchez-Holt[1], Nelson Sosa-Ramoa[1], Melissa Villalba-Medina[1], Julio Torales[2].

1. Estudiantes de la Carrera de Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas (Filial Santa Rosa del Aguaray), Universidad Nacional de Asunción, Santa Rosa del Aguaray – Paraguay.
2. Jefe de la Cátedra de Socioantropología, Facultad de Ciencias Médicas (Filial Santa Rosa del Aguaray), Universidad Nacional de Asunción, Santa Rosa del Aguaray – Paraguay.

Autor correspondiente:
José Rojas-Melgarejo
Estudiante de la Carrera de Medicina y Cirugía
Facultad de Ciencias Médicas (Filial Santa Rosa del Aguaray)
Universidad Nacional de Asunción
Santa Rosa del Aguaray – Paraguay
mo_jaz@hotmail.com

Manuscrito recibido: 6 de noviembre de 2015.
Manuscrito aceptado: 30 de diciembre de 2015.

Cómo citar este artículo: Rojas-Melgarejo J, Sánchez-Holt F, Sosa-Ramoa N, Villalba-Medina M, Torales J. Factores psicosociales del infarto agudo de miocardio en funcionarios del ámbito financiero: un estudio piloto de la ciudad de Santa Rosa del Aguaray, Departamento de San Pedro, Paraguay. Revista Paraguaya de Psiquiatría 2015; 3(2): 9-14.

RESUMEN

El estrés se presenta causando un desajuste entre el trabajador, el puesto de trabajo y la propia jerarquía de la entidad. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de factores de riesgo psicosociales para infarto agudo de miocardio en funcionarios del ámbito financiero de la ciudad de Santa Rosa del Aguaray, Departamento de San Pedro, Paraguay. Fue un estudio observacional, analítico de prevalencia, de corte transverso, con muestreo no probabilístico a criterio. Se realizó una encuesta mixta junto con el test DASS-21 a empleados de entidades financieras de Santa Rosa del Aguaray, durante los meses de mayo y junio de 2014. Los datos se expresaron en medias y proporciones. Para la comparación de los grupos se consideró $p<0,05$ como significativo. Se incluyeron a 42 sujetos con edades entre 19 y 65 años (26,83 ± 7,2). 34 fueron hombres. Alcanzaron significancia estadística mediante x^2: asociación procedencia - presencia de estrés, ansiedad y depresión, estado sentimental - presencia de depresión. Alcanzaron significancia estadística mediante correlación de Spearman: nivel de ansiedad - nivel de estrés (R= 0,664), nivel de depresión - nivel de estrés (R= 0,61) y nivel de ansiedad (R= 0,687). La prevalencia de factores psicosociales como el estrés y la ansiedad en funcionarios del área financiera fue del 40,5% y del 54,8%, respectivamente. Se observaron con mayor frecuencia niveles normales de factores psicosociales en funcionarios que trabajan en turnos de mañana a tarde y con sueldo a partir de 2 salarios mínimos. Estos resultados serán tenidos en cuenta para estudios posteriores en otros ámbitos de la ciudad.

Palabras clave: infarto agudo de miocardio; factores psicosociales; empleados; ámbito financiero.

ABSTRACT
Stress occurs causing a mismatch between the employee, the workplace and the own hierarchy of the organization. The aim of this study was to determine the prevalence of psychosocial risk factors for acute myocardial infarction in financial sector employees of the city of Santa Rosa del Aguaray, Department of San Pedro, Paraguay. This was an observational, cross-sectional study, of analytic prevalence, and no probabilistic sampling. A joint survey with the DASS-21 test was performed in employees of financial institutions of the city of Santa Rosa, during the months of May and June 2014. Data were expressed as means and proportions. For comparison of groups it was considered $p<0.05$ as significant. We included 42 subjects aged between 19 and 65 years (26.83 ± 7.2). 34 were men. The following reached statistical significance by x^2: association between origin - presence of stress, anxiety and depression, emotional state - presence of depression. The following reached statistical significance using Spearman correlation: level of anxiety - stress level (R = 0.664), level of depression - stress level (R = 0.61) and level of anxiety (R = 0.687). The prevalence of psychosocial factors such as stress and anxiety in the financial sector employees was 40.5% and 54.8%, respectively. Normal levels of psychosocial factors were found more frequently in staff working in morning and afternoon shifts, with a salary beyond 2 minimum wages. These results will be considered for further studies in other areas of the city.

Keywords: acute myocardial infarction; psychosocial factors; employees; financial sector.

INTRODUCCIÓN

La principal respuesta psicológica asociada al estrés es la sensación subjetiva de malestar emocional. Las personas no reaccionan de igual forma en presencia de estímulos estresantes y además, esta respuesta posee efectos distintos en diferentes sujetos (1). A pesar de esto, y sin considerar el tipo de asociación existente, resulta muy común el diagnóstico de estrés en simultáneo con la ansiedad y la depresión.

El estudio INTERHEART (2) expone que estas tres enfermedades son consideradas como factores de riesgo psicosociales para la ocurrencia del infarto agudo de miocardio, con un riesgo correspondiente al 33%, superior éste a los calculados para los antecedentes familiares de hipertensión arterial y la obesidad abdominal.

En el ámbito laboral, estos factores psicosociales se presentan causando un desajuste entre el trabajador, el puesto de trabajo y la propia jerarquía de la entidad.

Los niveles más altos de tensión laboral, comparados con otros profesionales, pueden ser encontrados en trabajadores de plataformas marítimas, pilotos aviadores, empleados en plantas nucleares, administradores, médicos en áreas de urgencia y terapia intensiva, enfermeras y odontólogos (3). No obstante, a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento biomédico, estos siguen siendo una complicación común y grave en el medio laboral (4), por lo cual, la difusión de información, la capacitación de los empleadores y la búsqueda de mecanismos para solucionar estos trastornos resulta conveniente para mejorar la calidad de vida de los trabajadores, y en simultáneo aumentar la eficiencia y la productividad de los mismos.

Tomando en cuenta que no se han realizado estudios sobre factores de riesgo psicosocial para el infarto agudo de miocardio en la ciudad de Santa Rosa del Aguaray, Departamento de San Pedro (Paraguay), se ha decidido incursionar en un ambiente cuyos datos no son publicados de manera frecuente, como lo es el del sector privado, específicamente empresas del ámbito financiero. Esto es de utilidad para la actividad investigativa porque representa gran parte de la bolsa laboral de la ciudad de Santa Rosa del Aguaray y porque, además, la población enfocada presenta características socioeconómicas que las hacen adecuadas para la medición de las variables de interés.

En vista a lo anterior, el objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia de factores psicosociales relacionados al infarto agudo de miocardio en funcionarios del ámbito financiero en la ciudad de Santa Rosa del Aguaray. Además, se describieron las características demográficas, los datos laborales y los hábitos y actividades de los sujetos participantes del estudio, se midieron los niveles de estrés, ansiedad y depresión y se correlacionaron estas variables.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional, analítico de prevalencia, de corte transversal y muestreo no probabilístico a criterio.

Muestra: La muestra estuvo constituida por 42 funcionarios del área administrativa y de seguridad que prestaban servicios en cinco entidades financieras, en la ciudad de Santa Rosa del Aguaray, Departamento de

San Pedro, Paraguay. El estudio se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio de 2014. Fueron incluidos aquellos funcionarios que prestaban servicios en una entidad bancaria, financiera o cooperativa con sede en la ciudad de Santa Rosa del Aguaray, y que hayan aceptado participar del estudio, previa firma de un consentimiento informado. Se excluyeron a aquellos participantes con diagnóstico de trastornos mentales o que hayan entregado el cuestionario que les fuera entregado de manera incompleta.

Instrumentos: Los instrumentos utilizados fueron el instrumento en estudio: Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), y los instrumentos de validación: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Estrés Laboral de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT – OMS).

El DASS – 21 fue modificado en 2010, en Chile, siendo esta última versión la utilizada. El DASS - 21 cuenta con 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, las cuales van desde 0 ("No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana") hasta 3 ("Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre"). Para responder, la consigna establece indicar en qué medida la frase describe lo que le pasó o sintió la persona durante la última semana. Este instrumento tiene la ventaja de ser una escala de auto reporte, breve, fácil de administrar y responder, siendo su interpretación sencilla (5).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Es un instrumento autoaplicable de 21 ítems, desarrollado para estimar ansiedad, discriminando entre ésta y la sintomatología depresiva. Aunque fue diseñado para ser utilizado en población clínica, tiene también capacidad para identificar ansiedad patológica en población no clínica (6).

La Escala de Estrés Laboral de la OIT-OMS es de fácil aplicación debido a que podría ser autoadministrable, o aplicado de manera individual o grupal. Tiene un tiempo aproximado de 15 minutos. Los materiales que conforman la prueba psicológica son un cuadernillo de preguntas y una plantilla de respuestas (7). Consta de 25 ítems con 7 alternativas como respuestas que van desde la puntuación del 1 al 7, de la siguiente manera:

- 1 = si la condición 'Nunca' es fuente de estrés.
- 2 = si la condición 'Raras veces' es fuente de estrés.
- 3 = si la condición 'Ocasionalmente' es fuente de estrés.
- 4 = si la condición 'Algunas veces' es fuente de estrés.
- 5 = si la condición 'Frecuentemente' es fuente de estrés.
- 6 = si la condición 'Generalmente' es fuente de estrés.
- 7 = si la condición 'Siempre' es fuente de estrés.

Además se utilizó un cuestionario sociodemográfico de construcción propia para clasificar datos sociodemográficos de los participantes.

Procedimientos: Se encuestaron 42 personas en sus propios lugares de trabajo (entidades bancarias, financieras y cooperativas). Las funciones desempeñadas por los participantes eran las siguientes: gerentes, cajeros, limpiadores, agentes y personal de seguridad. Cada participante recibió un cuestionario sociodemográfico, con diversas preguntas, que permitió clasificar datos personales, demográficos, familiares, de educación, de salud y laborales de los mismos. Se otorgó 30 minutos de tiempo para el llenado de este cuestionario. Posteriormente, los participantes completaron el DASS-21, el BAI y la escala de estrés laboral de la OIT-OMS, tomando en cuenta situaciones que sucedieron en la última semana. Para completar estas escalas, los participantes del estudio contaron con 75 minutos de tiempo, 15 minutos para cada test, con un espacio de 10 minutos entre cada uno de ellos, tal como lo recomiendan las técnicas psicométricas. Los investigadores corrigieron cada encuesta de manera manual. Cada dominio (ya sea depresión, ansiedad, estrés) fue sumado en forma independiente y posteriormente comparado para conocer el grado de severidad (tabla 1).

Tabla 1. Graduación de estrés según puntajes en el Test DASS-21

Severidad	Puntaje según dominios		
	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0 - 4	0 - 4	0 – 7
Leve	5 – 6	4– 5	8 – 9
Moderado	7 - 10	6- 7	10 – 12
Severo	11 - 13	8 - 9	13 – 16
Extremadamente severo	Más de 14	Más de 14	Más de 17

Aspectos éticos:

- *De la autorización de las empresas:* Se entregó una carta de presentación junto con un informe sobre la investigación a cada entidad privada participante. Se garantizó la no divulgación tanto de marcas como de nombres de los funcionarios que accedieron a participar del estudio.
- *De la obtención de la información:* Cada participante firmó un consentimiento informado. Se mantuvo la confidencialidad y el anonimato durante el análisis y presentación de los resultados.
- *Principio de justicia:* Se dio la misma oportunidad de participación a todos los funcionarios de todas las entidades financieras con sede en la ciudad de Santa Rosa del Aguaray, no haciendo discriminación de cualquier tipo.
- *Principio de beneficencia:* Cada institución participante recibió un informe de la situación de estrés, ansiedad y depresión de los empleados de la empresa por área de trabajo y con respecto al total de los participantes del estudio. Los sujetos que lo solicitaron recibieron los resultados de sus test.
- *Principio de autonomía:* Cada sujeto tuvo la oportunidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

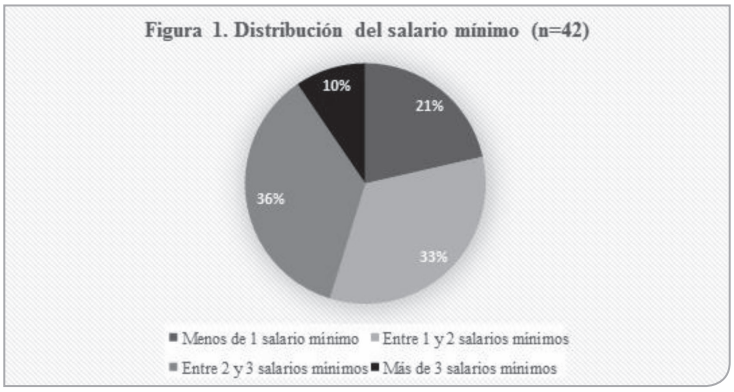
Análisis de datos: El ordenamiento de los datos se realizó utilizando tablas de Microsoft Excel 2003 y el análisis con el software estadístico libre PSPP. Se procedió a evaluar las distintas variables cuantitativas y cualitativas para su posterior análisis mediante medidas de tendencia central (media aritmética, mediana y moda); y, a su vez, medidas de dispersión (rango y desvío estándar). Se utilizaron el test de chi-cuadrado y la correlación de Spearman para los estudios analíticos. La significancia estadística quedó fijada en $p<0,05$.

RESULTADOS

El total de encuestas entregadas fue de 42, siendo todas plausibles de análisis. Del total de participantes, 8 eran mujeres y 34, hombres.

El promedio de edad de la muestra fue de 26,83±7,2 años; la mediana y la moda fueron ambas de 26. El 61,9% (26 sujetos) eran solteros. El 23,8% (10 sujetos) provenía de la ciudad de Santa Rosa del Aguaray.

Los días de trabajo y el turno de trabajo más observados son de lunes a sábado (40,5%) y de mañana a tarde (83,3%), respectivamente. El 35,7% (15 sujetos) percibía un ingreso mensual de entre 2 y 3 salarios mínimos (Figura 1).



No tenían vacaciones el 23,8% (10) de los encuestados. El 90,5% (38) de los sujetos afirma haber recibido educación terciaria. El porcentaje de funcionarios con seguro médico es del 73,8% (31 sujetos).

El estrés fue observado en el 40,5% (17) de los casos, la ansiedad en un 54,8% (23) y la depresión en un 40,5% (17) (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de estrés, ansiedad y depresión según severidad

Severidad	Estrés		Ansiedad		Depresión	
	n	%	n	%	n	%
Normal	25	59,5	19	45,2	25	59,5
Leve	8	19	7	16,7	12	28,6
Moderado	6	14,3	7	16,7	2	4,8
Severo	1	2,4	5	11,9	1	2,4
Extremadamente severo	2	4,8	4	9,5	2	4,8
TOTAL	42	100	42	100	42	100

Severidad Estrés Ansiedad Depresión

La proporción de ansiosos con estrés fue de 69,56% (29 sujetos). La razón entre los ansiosos con estrés y los ansiosos con valores normales de estrés fue de 57/25. La odds ratio fue de 2,28.

La proporción de deprimidos con estrés fue de 70,58% (30 sujetos). La razón entre los deprimidos con estrés y los deprimidos con niveles normales de estrés fue de 12/5. La odds ratio fue de 3,66.

La proporción de ansiosos con depresión fue de 65,21% (27 sujetos). La razón entre los ansiosos con depresión y los ansiosos con valores normales de depresión fue de 187/100. La odds fue de 1,87.

Significancia con prueba de chi-cuadrado

- Procedencia - Nivel de estrés. p=0,018
- Días de trabajo - Nivel de ansiedad. p=0,009
- Horario de trabajo - Presencia de ansiedad. p=0,030
- Sexo - Presencia de ansiedad. p=0,030
- Sexo - Presencia de depresión. p=0,020
- Procedencia - Presencia de depresión. p=0,030
- Situación Sentimental - Presencia de depresión. p=0,001
- Presencia de estrés - Presencia de ansiedad. p=0,000
- Presencia de estrés - Presencia de depresión. p=0,001
- Presencia de ansiedad - Presencia de depresión. p=0,000

Significancia con correlación de Spearman

- Cargo categorizado - Presencia de estrés, R=0,409
- Cargo categorizado - Presencia de ansiedad R=0,486
- Nivel de ansiedad - Nivel de estrés. R= 0,664
- Nivel de depresión - Nivel de estrés. R=0,610
- Nivel de ansiedad - Nivel de depresión. R=0,687
- Cargo categorizado - Presencia de estrés. R=0,409
- Cargo categorizado - Presencia de ansiedad. R=0,486

No significancia con la prueba de chi-cuadrado:

- Días de trabajo – nivel de estrés
- Días de trabajo – depresión
- Horario de trabajo – presencia de estrés
- Horario de trabajo – presencia de depresión
- Cargo ejercido – presencia de depresión
- Tiempo de descanso – presencia de estrés
- Tiempo de descanso – presencia de ansiedad

No significancia con la correlación de Spearman:

- Edad – niveles de estrés
- Edad – niveles de ansiedad
- Edad – niveles de depresión
- Ingreso mensual – niveles de estrés
- Ingreso mensual – niveles de ansiedad
- Ingreso mensual – niveles de depresión

DISCUSIÓN

Los trabajadores del ámbito financiero se encuentran expuestos frecuentemente a situaciones de excesiva demanda por parte de sus superiores. En este estudio, la prevalencia de factores psicosociales relacionados al infarto agudo de miocardio, como el estrés, la ansiedad y la depresión, fue del 40,5%; 54,8%; y 40,5%, respectivamente.

Se encontraron personas con grados severos y extremadamente severos de estrés y ansiedad. La presencia de éstos guardaba relación con el cargo que desempeñaban los participantes del estudio.

La relación ansiedad – estrés, la influencia no significativa del tiempo de descanso y de las variables sociodemográficas en los niveles de estrés y ansiedad coinciden con lo encontrado en estudios anteriores (1, 8). Por su parte, la asociación de la procedencia con el estrés, la ansiedad y la depresión poseen significancia estadística, tal como lo encontrado en estudios similares (9).

Los factores psicosociales presentes en forma intensa y continuada pueden provocar problemas de salud física y mental: ansiedad, depresión, enfermedades cardiacas, gastrointestinales y musculoesqueléticas. Estudios previos han relacionado estos factores con un mayor riesgo para desarrollar un infarto agudo de miocardio (2).

Los funcionarios del ámbito financiero están constantemente bajo la presión de sus superiores o ante la superación de sí mismos frente a cualquier exigencia o tarea, por lo que se entiende que el estrés no sea solo debido al entorno laboral, sino a la formación psicológica personal (seguridad, control emocional, autoestima, etcétera), a la salud física y a los entornos social y familiar de las personas.

El desajuste entre los individuos y las condiciones de trabajo, la tarea y la organización de la empresa contribuyen al malestar del trabajador. Por ende la salud psicológica está vinculada fuertemente con el entorno laboral y la vida personal del individuo. Lastimosamente, en el interior de Paraguay a dicho padecimiento no se le da la importancia necesaria, a pesar de que precauciones en el manejo del estrés llevarían a una mejora en el rendimiento y en el bienestar del trabajador. Se debe apuntar a generar políticas institucionales y comunicacionales acerca del estrés y sus consecuencias en la salud de todas las personas.

Se observaron con mayor frecuencia niveles normales de factores psicosociales en funcionarios que trabajan en turnos de mañana a tarde y con sueldo a partir de 2 salarios mínimos. Considerando que a mayor remuneración y a mayor flexibilidad del horario de trabajo se observan niveles normales de estrés, ansiedad y depresión, estos elementos deberían ser mejor estudiados y medidos en estudios posteriores sobre el ámbito laboral, utilizando modelos de mayor potencia y una mayor muestra.

AGRADECIMIENTOS
Los autores desean agradecer la colaboración del licenciado Pedro César Cáceres Rodi, del señor Wenceslao Aguilera Iglesias, y de la licenciada (en psicología) Mónica Teresa González.

REFERENCIAS
1. Rodríguez J. Síndromes clínicos, personalidad y procesos de recuperación del estrés: estudio en muestras ocupacionales. Medwave 2012; 11: 55-69.
2. Rosengren A, Hawken A, Ôunpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed W, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 953-962.
3. Díaz R, Lartigue T. Síndrome de Burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. Revista ADM, 2001; 2: 63-67.
4. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. México: Martínez Roca; 1991.
5. Román M. Validación de la versión abreviada de las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS — 21) en adolescentes estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. [tesis doctoral]. Temuco: Universidad de La Frontera; 1996.
6. Sanz J, Navarro M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta 2003; 29: 239-288.
7. Suárez A. Adaptación de la escala de estrés laboral de la OIT-OMS en trabajadores de 25 a 35 años de edad de un contact center de Lima. Revista PsiqueMag. 2013; 2(1): 33-50.
8. Fritz, C; Sonnentag S. Recovery Health and Job Performance. J Occup Health Psychol. 2005; 10(3): 187-199.
9. Pita Fernández S, Pértega Díaz S. Significancia estadística y Relevancia Clínica. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complexo Hospitalario Juan Canalejo. A. Coruña. Cad Aten Primaria 2001; 8: 191-195.

NIVELES DEPRESIVOS Y ESTADOS DE ANSIEDAD EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH - SIDA.

[DEPRESSIVE LEVELS AND ANXIETY STATES IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS].

José Carmona[1]

1. Licenciado en Psicología, Facultad de Filosofía, Universidad Nacional de Asunción, Asunción – Paraguay.

Autor correspondiente:
Lic. Psic. José Carmona
Facultad de Filosofía, Carrera de Psicología
Universidad Nacional de Asunción
Asunción – Paraguay
jcarmonarolon21@gmail.com

Manuscrito recibido: 1 de octubre de 2015.
Manuscrito aceptado: 30 de octubre de 2015.

Cómo citar este artículo: Carmona J. Niveles depresivos y estados de ansiedad en personas que viven con vih/sida. Revista Paraguaya de Psiquiatría 2015; 3(2): 15-19.

RESUMEN

La temática de esta investigación se vinculó a los niveles de ansiedad y depresión que predominan en las personas que viven con vih-sida (PVVS), por lo que se propuso describir la relación entre los niveles de ansiedad y depresión en las mismas, así como establecer las diferencias por sexo en los integrantes de la muestra. La metodología fue cuantitativa, el diseño no experimental del tipo descriptivo correlacional y transversal. El estudio se realizó en el Instituto de Medicina Tropical (IMT) y el Programa Nacional de Control del SIDA/ITS (PRONASIDA), durante el periodo 2012-2013, con un universo aproximado de 2000 personas que acudían por mes al servicio de atención integral del PRONASIDA/IMT y con un promedio de 28 personas en internación adultos por mes en el IMT. Se tomó como muestra 100 PVVS divididos en dos grupos por sexos. Para la recolección de datos se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE SxE). Los resultados fueron analizados con el software SPSS 20. Se estableció a través de la correlación de Pearson la relación entre las variables depresión y ansiedad (r=0.644, sig=0.01). Se establecieron diferencias por sexo de ambas variable a través de la prueba t de Student, siendo el resultado t=0.41, gl: 98 y p<0.68, para la depresión; t=0.29, gl: 98 y p< 0.76 para la ansiedad. Se concluyó que existe una correlación positiva significativa entre los niveles de depresión/ansiedad estado y que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a estas variables.

Palabras clave: depresión; ansiedad; vih/sida.

ABSTRACT

The theme of this research was linked to levels of anxiety and depression in people living with hiv/aids (PVVS). It was proposed to describe the relationship between levels of anxiety and depression in PVVS, as well as to establish gender differences in the members of the sample. The methodology was quantitative, cross sectional, with a non-experimental design, descriptive and correlational. The study was conducted at the Institute of Tropical Medicine (IMT) and the National AIDS Control Program (PRONASIDA) during the 2012-2013 period, with a universe of approximately 2,000 people attending per month the PRONASIDA/IMT services and with an average of 28 hospitalized people per month at the IMT. 100 persons was recruited and divided into two groups by gender. For data collection the Beck Depression Inventory (BDI II) Inventory and State-Trait Anxiety (IDARE SxE) were used. The results were analyzed with SPSS 20 software.

It was established a relationship between variables depression and anxiety through the Pearson correlation (r = 0.644, sig = 0.01). Regarding differences by sex of both variables, it was used the Student t test (t = 0.41, df: 98, p <0.68 for depression; t = 0.29, df: 98, p<0.76 for anxiety). It was concluded that there is a significant positive correlation between levels of depression/anxiety condition and that there are no significant differences between men and women in relation to these variables.

Keywords: depression; anxiety; hiv/aids.

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no es lo mismo que síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El VIH es virus con la capacidad de infectar células del sistema inmunitario a través de una infección persistente que se expresa clínicamente después de un tiempo prolongado (1). El SIDA por otra parte es etapa final, particularizada por infecciones oportunistas, procesos neoplásicos y elevada letalidad (1). La depresión es comprendida como una condición que afecta directamente el pensamiento, las emociones deteriorando el funcionamiento normal de la persona. Por su parte, la ansiedad es un sentimiento de pánico o aflicción que frecuentemente se acompaña de síntomas físicos (2).

La necesidad de conocer como se relacionan estas dos variables en las personas que viven con vih/sida (PVVS) es lo que da apertura a esta investigación, que se propuso establecer la relación entre estado de ansiedad y niveles depresivos en personas, de la misma forma determinar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño metodológico corresponde a una investigación cuantitativa, descriptiva correlacional. La investigación se desarrolló en el Instituto de Medicina Tropical y en el servicio de atención integral del IMT/PRONASIDA de la ciudad de Asunción entre los años 2012 y 2013, que consistió desde la aprobación del tema, trabajo de campo y recogida de datos, procesamiento de datos, el análisis e interpretación de datos, hasta el informe final.

La población estuvo constituida por personas que viven con VIH – SIDA, tanto ambulatorios e internados que asistieron al Instituto de Medicina Tropical y al servicio de atención integral del IMT/PRONASIDA; la misma estuvo compuesta por hombres y mujeres de la zona urbana y rural.

En el consultorio de atención integral del IMT/PRONASIDA, concurren aproximadamente 100 personas de forma diaria con lo que se llegó aproximadamente a 2000 personas por mes (La atención es de lunes a viernes), para asistir a su consulta médica, psicológica y en algunos casos sólo para retirar medicamentos o sacar turno.

En el Instituto de Medicina Tropical, se encuentran personas internadas en el hospital en donde reciben su asistencia médica y psicológica. La población del IMT que ingresa internada con diagnostico de VIH – SIDA por mes arrojó un promedio de 28 personas para servicio de adultos, este cálculo se hizo considerando el promedio de pacientes internados por mes en los últimos tres años (años 2010 – 2011 – 2012).

La muestra estuvo compuesta por cien personas adultas que viven con VIH – SIDA, se llegó a esta cantidad sin realizar ningún cálculo para la muestra debido al difícil acceso a la población. La muestra se dividió en dos grupos: de hombres y mujeres, cuyas edades están comprendidas entre 20 a 60 años, de estado civil: soltero/a, casado/a, viudo/a, concubinato, separado/a y divorciado/a.

En un primer momento fue por criterio, debido al acceso al lugar y a la población, pacientes internados en el IMT y pacientes que asisten al servicio de atención integral del IMT/PRONASIDA, en donde se visualiza la derivación médica al servicio de psicología para la contención y trabajo en adherencia al tratamiento.

En un segundo momento el tipo de muestreo fue por conveniencia en el cual se abordó pacientes ambulatorios en la sala de espera y pacientes internados en su respectiva sala de internación, luego se presentaba el consentimiento informado de tipo verbal en el cual expresaba si aceptaba o no a participar, en donde se destaca el difícil acceso a la población ya que muchas personas se negaban a participar del estudio (3).

Se utilizaron dos instrumentos: el BDI-II y el IDARE SXE (4, 5). El primero está diseñado para determinar la presencia y severidad de los síntomas de la depresión, el cual puede ser aplicado en adolescentes y adultos.

Se realizó puntos de corte en la unidad de medida percentil, se obtuvo cuatro puntos de cortes que fueron 1 – 23 por debajo de la zona de normalidad (ZN), que indica mínima presencia de indicios depresivos; de 24 – 50 ZN por debajo de la media, que representa sintomatología depresiva leve; de 51 – 77 ZN por encima de la media, que muestra indicios moderados de depresión; de 78 – 99 por encima de la ZN, que indica sintomatología depresiva severa.

El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI [*State-Trait-Anxiety Inventory*]) está compuesto por dos escalas de autoevaluación separadas que son utilizadas para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: a. la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y b. la correspondiente a Ansiedad-Estado (A-Estado).

Se realizó puntos de corte del IDARE SXE (Estado) en la unidad de medida percentil, se obtuvo cuatro puntos de cortes que fueron de 1 – 22 por debajo de la ZN, que indica mínimo estado de ansiedad; de 23 – 50 ZN por debajo de la media, que muestra leve estado de ansiedad; de 51 – 77 ZN por encima de la media, que representa moderado estado de ansiedad; 78 – 99 por encima de la ZN que señala severo estado de ansiedad.

RESULTADOS

La consistencia interna del BDI-II fue de 0,91 y del IDARE SxE fue de 0,90 por lo que se considera que presenta una confiabilidad elevada para la muestra del estudio.

La población está constituida por 100 personas que viven con VIH – SIDA, entre hombres y mujeres; la media de las edades es de 33.39, la moda es 28, con una desviación estándar de 9.25; con un mínimo de edad de 20 y con un máximo de 57.

Los pacientes internados en un total son 12, de los cuales 8 son hombres y 4 son mujeres; lo que corresponde a consultoría son 88, en los que se encuentran 42 hombres y 46 mujeres.

El coeficiente de relación r de Pearson es una correlación positiva media significativa e igual a 0,644 con un nivel de significancia de 0.01; esto muestra de que existe un 99% de que la correlación sea verdadera con una posibilidad de error de 1%, por lo cual al aumentar el nivel de depresión aumenta el nivel de ansiedad estado en PVVS.

La prueba t arrojó un resultado de 0,41, gl: 98 $p < 0,68$; con una media igual a 17,10 y una desviación típica de 12,81 para la depresión en hombres y una media igual a 18,16 y una desviación típica de 12,88 para la depresión en mujeres. Para la ansiedad – estado la prueba arrojó un valor de 0,29, el gl: 98 $p < 0,76$, con una media de 39,26 y una desviación típica igual a 9,94 en hombres en cambio en mujeres se obtuvo una media de 39,88 y una desviación típica de 10,86; por tanto no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a estas variables.

Los niveles de depresión en cuanto al sexo, para hombres; en el nivel mínimo hay 11 hombres, en el nivel leve hay 17 hombres, es decir que por debajo de la media se ubican 28 personas; en igual cantidad se encuentra en el nivel moderado y severo con 11 personas, lo que exhibe 22 personas por encima de la media. Con respecto a las mujeres; en el nivel mínimo hay 12 mujeres, en el nivel leve hay 14 mujeres, en donde se visualizan 26 personas por debajo de la media; en el nivel moderado hay 14 mujeres y en el nivel severo hay 10 mujeres, que muestra que hay 24 personas por encima de la media.

Los niveles de Ansiedad – Estado en cuanto al sexo, para hombres; en el nivel mínimo hay 9 hombres, en el nivel leve hay 17 hombres, es decir que por debajo de la media se ubican 26 personas; en el nivel moderado hay 14 hombres y en el nivel severo 10 hombres, lo que muestra 24 personas por encima de la media. Con respecto a las mujeres, en igual cantidad se encuentra en el nivel mínimo y leve con 13 mujeres, que exhibe 26 personas por debajo de la media; tanto para los niveles moderado y el severo se visualizan 12 mujeres, que expone 24 personas por encima de la media.

DISCUSIÓN

En la investigación el uso del BDI – II revela los indicios depresivos en las PVVS e indica la gravedad con que las aqueja, en la cual se considera la distribución de los puntajes con respecto a la unidad de medida percentil, a través de un baremo que se realiza para dicha población, lo que permite tener una mejor perspectiva de la variable en relación a las PVVS.

Con el uso del IDARE SxE, para el cual también se construye un baremo que posibilita visualizar cómo se comporta dicho constructo en las PVVS en relación a la distribución normal. La prevalencia de la depresión es mayor en mujeres que en hombres, con una relación de dos es a uno (6).

En la investigación se encuentra a la depresión en la mayoría de los casos, en relación a la variable sexo, por debajo de la media, es importante mencionar que el grupo mujer presenta mayor ocurrencia, por encima de la media, que el grupo hombre, aunque esta diferencia no es muy grande.

En el estudio de 100 pacientes entre hombres y mujeres; la depresión en hombres se da entre leve, moderado y severo; por otro lado, en mujeres se observa sintomatología depresiva leve y moderada, con un alto porcentaje de mujeres que se muestra sin rasgos depresivos (7).

La ansiedad – estado se comporta para ambos grupos, con respecto a la distribución normal, por debajo de la media, lo que nos dice que para el grupo hombre como el grupo mujer la ocurrencia de casos se da por debajo del percentil 50. La ansiedad – estado se presenta más en hombres que en mujeres, en donde el sexo hombre se ubica por encima del percentil 50 y el sexo mujer por debajo del percentil 50 (7).

La investigación presenta un muestreo no probabilístico por conveniencia, no se puede asumir que la distribución de los puntajes es normal y que haya homogeneidad de varianza, se plantea probar esto a través de la prueba no paramétrica de Kolmogorov – Smirnov, que arroja un resultado favorable para el estudio.

El estudio refleja que no existe diferencias entre los grupos hombre y mujer con respecto a los constructos psicológicos.

En un estudio con personas viviendo con VIH – SIDA, en el que se compara la depresión en relación al género se constata que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres; en donde el grupo que presenta mayor intensidad de síntomas es el de las mujeres (8).

Un punto muy importante es que para la realización del estudio no se separa los casos VIH de los SIDA, y esta última en sus tres categorías, atendiendo las características de las infecciones y conteo de CD4, el motivo es la imposibilidad de acceder a los diagnósticos y a las fichas de los pacientes, pues esta es la única manera de tener con exactitud el diagnóstico de cada participante del estudio.

Ansiedad – episodio es bastante frecuente, como trastorno su prevalencia es relativamente baja, el complejo demencia SIDA se visualiza y se detecta en estos pacientes, pero con mayor prevalencia se encuentra el trastorno depresivo (9).

Una investigación en la que se evalúa estrategias de afrontamiento y ansiedad – depresión en 92 pacientes entre hombres y mujeres, se encuentra niveles muy bajos de ansiedad – depresión y elevados usos de estrategias de afrontamiento. Entre las cuales se percibe, estrategias cognitivas, búsqueda de alternativas, así también la de apoyo en profesionales de la salud y en la religión, la de control emocional y teniendo un bajo nivel, la estrategia "reacción agresiva" (10).

La investigación revela la existencia de la ansiedad – estado y de la depresión por debajo de la media, esto dice que oscila entre los niveles: leve y mínimo con mayor ocurrencia en el nivel leve, con lo que se concluye que el nivel de los constructos psicológicos analizados en relación a las PVVS es bajo.

De acuerdo con la presente investigación acerca de depresión y estado de ansiedad en personas que viven con VIH – SIDA, permite ampliar el discernimiento acerca de este problema que concierne al abordaje de la psicología clínica.

Este estudio permite describir en categorías y atendiendo a la distribución normal a la depresión y estados de ansiedad, en las personas que viven con VIH – SIDA; como se visualiza el comportamiento de los dos constructos psicológicos, y la existencia de diferencias en relación al sexo.

A continuación se exponen aspectos de importancia en la investigación.

En el estudio se encuentra una relación entre los constructos implicados, por lo que se concluye que ante el aumento de la depresión también aumenta la ansiedad como estado. De la misma forma es correcta la interpretación de que al disminuir la depresión disminuye la ansiedad – estado.

El estudio muestra que no existen diferencias entre hombres y mujeres en relación a la depresión y ansiedad como estado.

Considerando la distribución normal, la depresión y la ansiedad se muestran en los cuatro niveles, el mínimo, el leve, el moderado y el severo, tanto para hombres y mujeres.

Para la depresión, con respecto al grupo hombre, a razón del parámetro media; el nivel de mayor incidencia por debajo de la media es el leve, la de mayor ocurrencia por encima de la media, se da de igual manera en los niveles, moderado y severo.

En relación al grupo mujer relacionada a la depresión, el nivel de mayor reincidencia por debajo de la media es el leve, la de mayor incidencia por encima de la media, se da en el nivel moderado.

Para la ansiedad estado con respecto al grupo hombre, a razón del parámetro media; el nivel de mayor reincidencia por debajo de la media es el leve, la de mayor ocurrencia por encima de la media, se da en el nivel moderado.

Para el grupo mujer y relacionada a la ansiedad, el nivel con mayor incidencia por debajo de la media, se da de igual forma en los niveles mínimo y leve; el nivel de mayor reincidencia por encima de la media, también se da de igual manera en los niveles moderado y severo.

Se hacen las siguientes recomendaciones:

- Considerar la importancia de la atención psicológica y psiquiátrica en la detección de sintomatología ansiógena y depresiva en PVVS.
- Realizar investigaciones acerca de estrategias de afrontamiento en PVVS, lo que permitirá ver cuáles son las estrategias que usan estas personas, si son adaptadas o no, así poder proporcionarles las estrategias adecuadas a la hora de la intervención psicológica.
- Una investigación acerca de conocimiento del VIH – SIDA/ ITS y mecanismos de protección y prevención, que permita contemplar el conocimiento con el fin de proporcionar información verdadera y valida a las poblaciones que así lo requieran.
- En esta investigación se estudiaron la depresión y la ansiedad como estado, seria de suma importancia e interés realizar una investigación teniendo en cuenta a la ansiedad como rasgo, lo que permitiría tener una mejor visión acerca de la ansiedad en las PVVS.

Limitaciones:

- Difícil acceso a la población de estudio.
- No se separó los casos VIH de los casos SIDA.
- Costo elevado de traslado.

REFERENCIAS

1. Casanova P. SIDA y Sistema Nervioso. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
2. Vargas J, Cervantes M, Aguilar J. Estrategias de Afrontamientos del SIDA en pacientes diagnosticados como seropositivos. Psicología y Salud 2009; 19(2): 215-221.
3. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México DF: McGraw-Hill; 2010.
4. Beck A, Steer R, Brown G. BDI – II Inventario de Depresión de Beck. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2006.
5. Spielberger C, Días-Guerrero R. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México DF: El Manual Moderno; 2002.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV). 4ª ed. Barcelona: MASSON; 1995.
7. Teva I, Paz Bermúdez M, Hernández Quero J, Buela Cazal G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. Salud Mental 2005; 28(5): 40-49.
8. Reis R, Haas V, Santos C, Teles S, Gir E. Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/SIDA. Latino-Am. Enfermagem 2011; 19(4): 1-8.
9. Gallego D, Álvarez – Valdez G. Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Anales de Medicina Interna 2001; 18(11): 597-604.
10. Gaviria A, Quinceno J, Vinaccia S, Martínez L, Otalvaro M. Estrategias de afrontamiento y ansiedad – depresión en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. Terapia psicológica, 2009; 27(1): 5-13.

ANSIEDAD Y DEPRESION EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA SEGÚN ETAPA DEL TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN.

[ANXIETY AND DEPRESSION IN CHILDREN WITH LEUKEMIA BY STAGE OF TREATMENT IN HOSPITAL DE CLÍNICAS, SCHOOL OF MEDICAL SCIENCES, NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN].

Cecilia Caniza Gardel[1].

1. Médica cirujana. Especialista en Psiquiatría Clínica por la Universidad Nacional de Asunción.

Autora correspondiente:
Dra. Cecilia Caniza Gardel
Asunción – Paraguay
cecicaniza@gmail.com

Tesis presentada para optar al título de Especialista en Psiquiatría Clínica de la Universidad Nacional de Asunción. Aprobada Diciembre 2014.

Manuscrito recibido: 1 de diciembre de 2015.
Manuscrito aceptado: 3 de diciembre de 2015.

Cómo citar este artículo: Caniza Gardel C. Ansiedad y depresión en niños con diagnóstico de leucemia según etapa del tratamiento en el Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Revista Paraguaya de Psiquiatría 2015; 3(2): 20-32.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil tienen una prevalencia de 10-20% en población general, sin embargo, son considerados importantes en investigaciones hace 20 años aproximadamente (1, 2).

Las investigaciones de morbilidad psiquiátrica en población oncológica revisadas resaltan la importancia del tratamiento de los trastornos de ansiedad por su potencial nocivo, principalmente sobre la calidad de vida del paciente y la familia, y probablemente también sobre la sobrevivencia a la enfermedad, adherencia al tratamiento y continuidad de psicopatología en la adultez. Los resultados de investigaciones que realizaron screening de psicopatologías como Ansiedad y Depresión en población similar fueron controversiales en cuanto a diferencias significativas entre población pediátrica oncológica y controles. Al parecer, la población pediátrica oncológica se encuentra protegida de trastornos mentales mediante mecanismos adaptativos represivos, desviación de atención, inmadurez de la corteza prefrontal y buen soporte social. A pesar de su aparente protección natural, un niño con diagnostico oncológico se enfrenta a una situación amenazante para su vida, que conllevará muchos cambios a los que deberá ajustarse. Es entendible, que sufran en el camino a la adaptación, es aquí donde es importante esta investigación, pues medirá la presencia de resultados de trastornos mentales a causa del diagnóstico en cuestión.

El actual trabajo investiga la presencia de trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, y también calidad de vida en la población de niños con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda según etapa de tratamiento recibido en el departamento de Hematooncología Pediátrica del Hospital de Clínicas, utilizando escalas de detección específicas para cada medida.

Ansiedad se define como una respuesta emocional o conjunto de respuestas poco placenteras que suelen implicar comportamientos desadaptativos, puede ser patológica o no patológica, para fines prácticos, cuando se habla de ansiedad en el presente trabajo, se trata de ansiedad patológica. Depresión se define como presencia de sintomatología depresiva que cumpla los criterios para el diagnóstico de depresión según los sistemas clasificatorios. Calidad de vida se refiere a la cualidad con la que los pacientes pasan su día a día, tomando en cuenta aspectos sociales, físicos y psicológicos, este trabajo habla específicamente de la calidad de vida relacionada con la salud. En los resultados, fue llamativa la presencia de síntomas ansiosos, que pueden impresionar superpuestos con

los síntomas de distrés emocional mencionados en revisiones bibliográficas, a pesar de ser conceptos distintos. Distrés emocional se define como sentimientos perturbados o aversivos experimentados por un individuo. Puede incluir sintomatología ansiosa o depresiva, puede cumplir o no los criterios para un trastorno mental definido por DSM-IV TR, mientras que al hablar de ansiedad, este trabajo se refiere al trastorno de ansiedad y sus síntomas.

EL PROBLEMA CIENTIFICO

Hipótesis

Partiendo de la suposición de que los niños con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, así como cualquier otro tipo de cáncer, tienen alto riesgo de padecer trastornos de ansiedad y depresión. Se formuló la hipótesis de que aquellos que se encuentren en los estadios iniciales del tratamiento, específicamente en el primer mes de diagnóstico, serían los que tendrían niveles más altos de síntomas ansiosos, y estos datos estarían correlacionados con los niveles de ansiedad aumentados en los padres o cuidadores.

En cuanto a la segunda medida investigada, la hipótesis formulada fue que aquellos pacientes con más de 6 meses de su diagnóstico, serían los que presentarían mayor frecuencia de trastornos depresivos.

Por último, la hipótesis formulada para la tercera medida investigada, calidad de vida, fue que toda la muestra, se vería afectada, sin importar tiempo desde el diagnóstico oncológico.

OBJETIVOS

General

Determinar la afectación psicosocial en los pacientes con LLA del departamento de Hemato-oncología pediátrica del Hospital de Clínicas, FCM-UNA.

Específicos

1. Determinar la frecuencia de ansiedad en pacientes con LLA
2. Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con LLA
3. Determinar la calidad de vida en pacientes con LLA
4. Determinar la frecuencia de ansiedad en cuidadores principales de pacientes con LLA
5. Indagar posibles asociaciones entre la presencia de ansiedad con el tiempo de diagnóstico
6. Determinar la concordancia entre la ansiedad en los pacientes con la ansiedad de los cuidadores

MARCO TEORICO

Ansiedad deriva del latín "anxietas", que significa angustia o aflicción. Ansiedad es definido comúnmente como una respuesta emocional o conjunto de respuestas poco placenteras que suelen implicar comportamientos desadaptativos. Su funcionalidad está relacionada con la supervivencia, así como lo están el miedo, la rabia y la felicidad. Son respuestas fisiológicas que surgen ante situaciones amenazantes. Los miedos normales de la infancia son aquellos que van desapareciendo con el desarrollo, se cree que tienen función protectora; estos son: miedo a los desconocidos, que desaparece a los 12-18 meses y miedo a la separación de los padres normal hasta los 3 años aproximadamente (1, 3).

La ansiedad se vuelve patológica cuando surge sin que exista peligro o amenaza, o la respuesta a este es desproporcionada. Una vez desarrollado el trastorno, éste limita la adaptación personal, familiar y social del que lo padece, además en los niños, tiene valor predictivo sobre la continuación del mismo trastorno en la adultez (1, 2).

Las manifestaciones de la ansiedad varían en función del desarrollo cognoscitivo y emocional de cada edad así también como de la estructura sociocultural del individuo. La capacidad intelectual modula la percepción que el sujeto tiene de la vida y la interpretación de los acontecimientos. Las características temperamentales y la educación de la persona influyen en como la ansiedad afecta el comportamiento (1).

Sustratos Neurobiológicos del Miedo y la Ansiedad

Se ha prestado esencial atención a la amígdala como componente crucial del circuito del miedo. Hay otras regiones cerebrales involucradas en la producción de miedo y ansiedad, un ejemplo es el núcleo de "stria terminalis", considerado como extensión de la amígdala. Esta región se considera responsable de las reacciones de miedo sostenidas, que requieren menos amenaza para ser gatilladas, se cree que es causante de la ansiedad en humanos. La corteza prefrontal, particularmente el área ventromedial de dicha corteza, modula las respuestas de la amígdala en situaciones provocadoras de miedo (4, 5).

Estudios neuroimagen en niños y adolescentes sugieren que la activación de la amígdala ante situaciones amenazantes (demostración de empatía al mostrarles caras asustadas de otros niños) es similar a la de los adultos. Lo llamativo fue que se descubrió que en adolescentes, la función se encontraba aumentada, esto resulta consistente al compararlo con la afinidad por reconocimiento de emociones que también se encuentra aumentada en la misma etapa del desarrollo. Por lo tanto, se puede deducir que la amígdala es crítica en el desarrollo normal del miedo. La corteza prefrontal, sin embargo, se encuentra aún inmadura en niños y adolescentes, por lo que se supone que la modulación de la corteza prefrontal sobre la amígdala, vista en adultos, importante para la amortiguación de las respuestas amigdalinas ante situaciones estresantes está ausente en adolescentes. La amígdala influye por demás sobre el comportamiento y regulación emocional en adolescentes por este motivo. Se cree que esto es una posible causa de la vulnerabilidad para trastornos de ansiedad durante dicha etapa de la vida (4-6).

Revisiones de trabajos similares

La revisión de trabajos sobre la relación entre psicopatología infantil y oncología pediátrica, principalmente en sitios de oncología dio muchos resultados. Se incluyeron aquellos que presentaban datos de interés para el trabajo, estando relacionados con ansiedad infantil, depresión infantil y calidad de vida en niños o familiares de niños con diagnostico oncológico. Las poblaciones seleccionadas más similares fueron padecientes de LLA y tumores cerebrales.

Los resultados fueron controversiales en cuanto a la presencia o ausencia de ansiedad. En lo que coincidían era en que es importante tratar la ansiedad una vez diagnosticada porque puede tener efectos nocivos principalmente sobre la calidad de vida del paciente y la familia. Resultados sobre real aumento de sobrevivencia en pacientes con tratamientos en ansiedad y depresión fueron controversiales. Algunos trabajos expusieron que la mayoría de los adolescentes pueden lidiar con el caos emocional ocasionado por el cáncer, y no sólo dar muestras de adaptación, sino también de crecimiento y desarrollo psicosocial positivo. Sin embargo, otros desarrollan problemas psicológicos tales como depresión, ansiedad, trastornos del sueño y dificultad en las relaciones interpersonales, así como no querer seguir el tratamiento indicado, uno de ellos fue el de Rodríguez Candia, "Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer" (7).

Un estudio interesante, "Revisión sobre distrés emocional en pacientes pediátricos oncológicos antes de los 5 años de supervivencia" habla de la importancia de explorar el distrés emocional (concepto parcialmente superpuesto al de síntoma ansioso) porque puede comprometer la calidad de vida, incrementar la minusvalía y resultar en prolongación de estadías hospitalarias así también como provocar falta de adherencia a los tratamientos, y como resultado, disminuir supervivencia. Los resultados de mencionada investigación demostraron que la mayor parte de las muestras estaban sufriendo distrés emocional. Como factores predisponentes se incluyeron: dolor, preocupaciones sobre la enfermedad, baja autoestima y malas relaciones interpersonales. Por lo tanto, los pacientes pediátricos oncológicos se beneficiarían de screenings rutinarios para evaluar presencia de distrés y proceder a intervenciones pertinentes (8).

Otros estudios investigaron los efectos posibles de ansiedad en pacientes oncológicos: podría aumentar la sensación de dolor, interferir con el sueño, puede causar malestar gastrointestinal, nauseas, vómitos además de interferir con la calidad de vida del paciente. Si se dejara sin tratar, incluso podría influir sobre la supervivencia del paciente (9).

El nivel de ansiedad experimentado por una persona con cáncer puede ser diferente del nivel de ansiedad en una persona sana. La mayoría de los pacientes tienen la habilidad de reducir su ansiedad al aprender sobre su enfermedad y tratamiento. Aquellos pacientes con antecedentes de ansiedad antes del diagnóstico oncológico, podrían expresar severos síntomas de ansiedad que arriesga interferir con el tratamiento. Se cree además que aquellos pacientes sin antecedentes de síntomas ansiosos previos al diagnóstico oncológico, tampoco lo desarrollaran como consecuencia de este. El trastorno de ansiedad asociado con el tratamiento oncológico se da comúnmente en pacientes con antecedentes ansiosos y en aquellos que sufren de dolores severos, quedan inválidos o tienen antecedentes traumáticos. En un estudio se tomaron en cuenta síntomas ansiosos remisión oncológica, investigando a sobrevivientes de cáncer pediátrico, se concluyó que un sobreviviente de cáncer pediátrico puede encarar nuevas ansiedades al retomar sus actividades cotidianas y tener que compartir su experiencia. Pueden desencadenarse síntomas ansiosos en cada visita clínica rutinaria (9-12).

Otra investigación interesante; "Regulación Cognitiva Emocional en niños con Leucemia Linfoblástica Aguda", abarca la misma población del trabajo, con una mirada especial a la regulación cognitiva emocional. Considera al cáncer infantil como uno de los problemas amenazantes de la salud que influye en las funciones cogniti-

vas y sociales de los individuos y sus familias. Sin embargo, los resultados de investigación indican que estos niños no están muy lejos de sus contemporáneos, incluso se podría decir que tienen una mejor funcionalidad emocional comparados con niños sanos de las mismas edades. La investigación se llevó a cabo utilizando imágenes positivas y negativas que los niños sanos y enfermos debían observar, para luego determinar cual les llamaba más la atención. En los resultados, los niños con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, reconocían más imágenes positivas que negativas. Factores que influyeron en los resultados de este estudio fueron: edad, sexo, duración de estadía hospitalaria, duración de la enfermedad y situación económica. Una memoria sesgada positivamente podría explicar la baja cantidad de sintomatología depresiva y ansiosa encontrada en los niños con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda. Factores protectores podrían considerarse los fenómenos multifactoriales neurológicos como la habilidad para manejar los cambios de atención y el apoyo familiar que reciben estos niños (13-15).

Un dato llamativo en el mismo trabajo mencionado anteriormente, es que se ha encontrado que el tratamiento quimioterapéutico influye en las habilidades neurocognitivas al causar estrés oxidativo en el SNC, provocando disminución de atención, memoria y procesamiento de información. Además, la quimioterapia causa supresión adrenal, y como consecuencia de los bajos niveles de cortisol en niños con LLA, la memoria negativa se ve afectada. Debido a esto, la adaptación de los niños con LLA se ve facilitada (13-16).

Los mecanismos reguladores de la emoción juegan un rol importante en la adaptación de los niños con cáncer, abarcan los procesos que influyen en el monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales a las experiencias dolorosas. En niños pequeños, forma parte del proceso de desarrollo, modula la memoria, atención e interacciones sociales, todas influyentes en las emociones. Fueron investigadas estrategias reguladoras de emociones voluntarias e involuntarias. Se ha propuesto al cambio de atención ("atention shift") como una técnica de regulación emocional, se toma a la distraibilidad como una estrategia involuntaria aplicada en el caso de los niños con diagnóstico de LLA. La teoría de regulación emocional postula que los niños con diagnostico LLA regulan sus emociones negativas al restringir su atención (14-16).

Revisiones de artículos de investigación sobre depresión y ansiedad en pacientes oncológicos pediátricos no reportaron diferencias significativas en comparación con grupos controles de niños sanos, normas poblacionales o jóvenes con otras enfermedades médicas. El hecho de ocurrencia de eventos negativos vitales, un pronóstico incierto y bajo CI fue identificado como factores de riesgo potenciales para la presencia de sintomatología ansiosa (8).

Investigaciones en adultos sobrevivientes de cáncer pediátrico indican riesgo continuado para el padecimiento de trastornos de ansiedad, en particular, trastorno por estrés postraumático. Factores de riesgo para trastorno por estrés postraumático incluían; escolaridad incompleta, no estar casados, estar desempleados o tener bajos ingresos y haber atravesado un tratamiento muy intenso. Sin embargo, el riesgo para el desarrollo de estrés postraumático no se vio afectado en aquellos sobrevivientes que tuvieron recaídas o un diagnostico oncológico secundario (4).

Se comparó la prevalencia de estrés postraumático del estudio en adultos sobrevivientes con otro estudio que investigo el mismo trastorno en sobrevivientes que aún eran niños y adolescentes, arrojando datos de mayor prevalencia en los adultos sobrevivientes que en los niños sobrevivientes. Por lo tanto, se discute que si el desarrollo del estrés postraumático es el resultado de un trauma temprano asociado con el diagnóstico de cáncer infantil, ¿Por qué los resultados no son mayores en los niños sobrevivientes? Se manejan distintas hipótesis, desde la falta de estudios longitudinales en los propios sobrevivientes desde la infancia a la adultez, las mejoras en los tratamientos oncológicos actuales y los nuevos desafíos que presentan los jóvenes adultos sobrevivientes en sus vida (necesidad de trabajar, menor apoyo familiar, necesidad de establecer relaciones íntimas duraderas), esta última hipótesis refiere que los nuevos desafíos de los jóvenes adultos conllevan recordatorios de que están en desventaja en comparación con otros de sus mismas edades como resultado de efectos adversos del propio cáncer o su tratamiento, por ejemplo infertilidad, baja estatura o dificultades cognitivas. Por lo tanto, dichos desafíos podrían considerarse los gatillantes de la sintomatología del estrés postraumático encontrado en los jóvenes adultos sobrevivientes de cáncer infantil (4).

Uno de los trabajos de investigación en la temática de *calidad de vida* de pacientes con diagnostico oncológico revisado es "Parent Proxy–Reported Health-Related Quality of Life and Fatigue in Pediatric Patients Diagnosed with Brain Tumors and Acute Lymphoblastic Leukemia" (5), en el que utilizan escalas que miden la calidad de vida para comparar la afectación de la misma en pacientes con diagnostico LLA versus tumor cerebral. Se compararon los resultados categorizando a los pacientes según etapa del tratamiento en la que se encontraban

(sin tratamiento por más de 12 meses, por menos de 12 meses o en tratamiento) comparando a la vez estos con datos de controles sanos. En los resultados se obtuvo que 63% de los pacientes con tumor cerebral y 37% de los pacientes con LLA puntuaron por debajo del punto de corte normativo (indicando riesgo a la calidad de vida). Niños con diagnóstico de tumor cerebral tuvieron más problemas de calidad de vida relacionada a la salud. Los datos de dicho estudio concuerdan con la literatura de otros trabajos revisados, indicando que los pacientes con tumores cerebrales tienen problemas en cuanto a la funcionalidad física, intelectual y psicosocial que no se resuelve en el tiempo, por lo tanto, pacientes con tumores cerebrales tienen más riesgo de tener problemas relacionados con la calidad de vida debido a problemas de la salud que los pacientes con diagnóstico de LLA que experimentan las consecuencias del tratamiento de distinta manera, retornando la mayoría de ellos a su funcionalidad normal terminado el tratamiento (11, 17).

Las intervenciones psicosociales en pacientes con tumores cerebrales o LLA deben adecuarse a las etapas del tratamiento en la que se encuentran dichos pacientes. Una comprensión distintiva de las etapas de tratamiento puede beneficiar el desarrollo de programas de detección de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes, intervenciones y seguimiento a largo plazo (11, 17).

METODOLOGÍA

Muestra

Una vez accedido al permiso del servicio de Hemato- oncología pediátrica, a través de la jefa del departamento a cargo de Prof. Dra. Angélica Samudio para la realización del trabajo de investigación con los pacientes que reciben tratamiento para Leucemia Linfoblástica Aguda, se procedió a la selección de población. La muestra incluye población infanto-juvenil en limites etarios de 3 a 18 años, con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, que reciben tratamiento en el servicio de Hemato-oncología pediátrica del Hospital de Clínicas FCM-UNA localizado en San Lorenzo, Paraguay. Esta muestra recibe tratamiento dentro del servicio de internación, por complicaciones de enfermedad o tratamiento inicial, o acude al servicio de "hospital día" de dicho departamento para tratamiento ambulatorio de mantenimiento.

Para organización de resultados, la muestra fue clasificada en tres categorías según etapa del tratamiento en el cual se encontraban al momento de la investigación. Las clasificaciones fueron:

1. En el primer mes desde el diagnostico o recaída. Esta etapa se llama Etapa de Inducción y conlleva los primeros bloques de tratamiento quimioterapéutico.
2. En el tiempo mayor a un mes, pero menor a 6 meses desde el diagnostico o recaída. Etapa en la cual los pacientes se encuentran en remisión y reciben tratamientos llamados de mantenimiento.
3. Posterior a 6 meses de diagnóstico o recaída de LLA. Encontrándose los pacientes recibiendo tratamientos de mantenimiento aun o consultas de seguimiento.

La población adulta incluida, cuidadores primarios de los niños y adolescentes de la muestra, fueron divididos según el mismo criterio de tiempo desde diagnostico reciente de enfermedad o recaída.

Ética

Fue elaborada una hoja de consentimiento informado para los padres o cuidadores de los participantes, dejando en claro que la participación en dicha investigación seria voluntaria, el hecho de aceptar o rechazar la participación no influiría de ninguna manera en el tratamiento ni en el trato recibido por los médicos del servicio. Además, informaba los objetivos del trabajo y la metodología del mismo, asegurando total confidencialidad y anonimidad de los participantes para cubrir los aspectos éticos.

El mismo consentimiento aseguraba que, de tener resultados positivos, serian contactados para sugerir la intervención más conveniente para solucionar el problema individual.

Diseño y Materiales

El diseño de estudio es observacional transversal. Los materiales utilizados fueron cuestionarios auto-administrados por los niños y sus cuidadores o tutores. Los cuestionarios electos fueron diferentes para los tres temas investigados.

Para la investigación de *ansiedad* en niños y adolescentes, se utilizó "Spence Childrens Anxiety Scale" (SCAS), una escala validada que mide la ansiedad, cuyo resultado, si positivo, se puede dividir en subescalas que podrían sugerir los tipos de trastornos de ansiedad que padecería la persona interrogada. La misma escala

tiene variantes para pre-escolares, escolares y padres y esta validada en lengua inglesa y española. Los niños mayores de 8 años pudieron completar el cuestionario auto-administrado para niños y los padres o cuidadores completaron la escala SCAS para padres sobre datos de los niños menores de 8 años.

Los resultados del cuestionario SCAS completados por padres y/o niños fueron sometidos a las normativas de corrección establecidas por Susan H Spence, PhD, basadas en una muestra comunitaria de población infantil australiana. Estas normativas indicaron que los resultados debían ser clasificados según sexo y según edades en menores y mayores de 8 años. Para la simplificación de corte resultante de las encuestas Susan H Spence, PhD estableció los "T-scores" que comparan los resultados de los participantes con los de la normativa equivalente en edad y género. El "T-score" es un puntaje estandarizado que se calcula de la totalidad de puntos en el resultado de la muestra. De esta manera, los resultados son reevaluados para que el promedio sea de 50 considerando desviaciones estándar de 10. Aquellos resultados fuera del desvió estándar son considerados fuera de rango. Como estos instrumentos de evaluación no son aptos para realizar el diagnostico de algún trastorno de ansiedad, se considera que todos los puntajes fuera de rango sugieren presencia de síntomas ansiosos sugeribles de trastornos de ansiedad. Es por esto que los participantes que tengan puntajes por encima del desvió estándar, serán contactados para una investigación profunda de sus síntomas y poder confirmar diagnóstico.

Para investigar síntomas *depresivos* en la población infanto-juvenil fue elegida la escala autoadministrada "CDI", Inventario de depresión de Beck para niños. Esta escala pudo ser completada por aquellos participantes mayores de 7 años, como lo indican las instrucciones de la misma. El punto de corte para discriminar entre niños deprimidos o no deprimidos es de una puntuación directa de 19 para arriba.

En cuanto a la investigación de calidad de vida, se utilizó la escala "Pediatrics quality of life scale", autoadministrada para niños mayores de 8 años y administrada por los padres en los niños menores de 8 años. La escala PedsQL™ es un modelo de medición de calidad de vida relacionada con la salud que se utiliza en niños y adolescentes sanos o con enfermedades agudas y crónicas. Integra el modulo general y especifico de enfermedades a un sistema de medición "generic core scale" en una versión que mide las dimensiones físicas, emocionales, sociales y funcionales de calidad de vida. Permite comparaciones con niños sanos y otras poblaciones (11).

La escala PedsQL 4.0 es breve, contiene 23 ítems que llevan menos de 4 minutos en completar, es flexible puesto que ha demostrado su utilización en comunidad, población escolar y población pediátrica hospitalizada. La escala tiene la posibilidad de adecuarse a las etapas del desarrollo del niño/a dividiéndose en edades de 2-4, 5-7, 8-12 y 13-18. Es multidimensional; mide las variables físicas, emocional, social y funcionalidad escolar con fiabilidad reconocida mundialmente. Han sido publicados valores promedio de población general. Los puntajes se promedian con la cantidad de respuestas obtenidas, siempre y cuando estas superen el 50% de la totalidad. Cuanto mayor es el puntaje, mejor es la calidad de vida. Los reportes de cuidadores son esenciales cuando el niño/a no puede participar en la evaluación o cuando la validez de respuesta del niño pueda ser cuestionada (11). Se estableció como valor riesgoso de afectación de calidad de vida un puntaje igual o menor a 70, por lo que, en este trabajo, aquellos niños o adolescentes que puntuaron por debajo son considerados como "riesgo de afectación de calidad de vida", y todos aquellos cuyo puntaje supera 70 considerados como libres de riesgo a la calidad de vida (11). Las respuestas son puntuadas del revés, transformadas a una escala del 0 al 100, cuanto se obtengan mayores los puntajes, mejor calidad de vida relacionada a la salud del paciente (17).

A los cuidadores o tutores, les fue administrado el cuestionario de *Ansiedad de Hamilton*, por su rapidez y facilidad de realización. Fue elegido este cuestionario porque podía ser administrado por el investigador debido a la dificultad de la autoadministración de los cuestionarios anteriores en la comprensión de las preguntas. La mayoría de la población participante era del interior del país, habiendo dejado incompleto el nivel primario de educación básica y cuya lengua principal era el guaraní. Al optar por una escala administrada por el investigador, las preguntas del mismo pudieron ser explicadas para que los participantes las pudieran comprender y responder. Consta de 14 ítems que evalúan la intensidad de la ansiedad en la última semana del paciente. Tiene criterios operativos de puntuación de 0 a 4, identificando en esos puntajes gravedad, frecuencia y disfunción. Los puntos de corte establecidos son: 0-5: ausencia de ansiedad, 6-14: ansiedad leve, ≥ 15: ansiedad moderada/ grave (17-19).

Participación

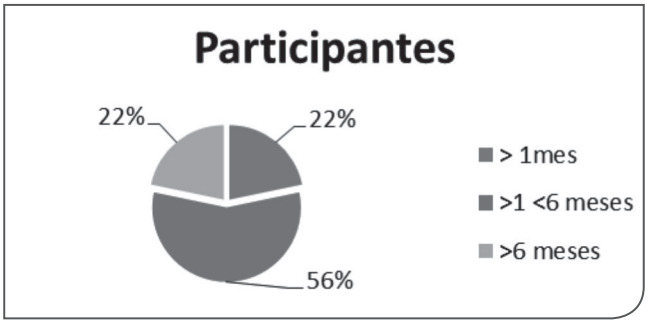
De aproximadamente 150 pacientes entre ambulatorios e internados, 23 (15,3%) accedieron participar del estudio. Algunos declinaron participación sin brindar razón y esto fue respetado, otros refirieron que los cuestionarios eran muy largos y "no tenían tiempo ni ganas para completarlo porque estaban en el servicio por

otras razones." o referían que ya estaban recibiendo atención psicológica y no deseaban otra más. Otra dificultad a la hora de participación fue que como en realidad los cuestionarios eran largos, los pacientes y padres pedían que "se les diera unos días para la realización de los mismos" y a la hora de ir a retirarlos se habían retirado del servicio sin dejar los cuestionarios por lo que no pude contar con sus resultados.

Uno de los participantes infanto-juveniles, tuvo que ser excluido por diagnóstico psiquiátrico diferente de los evaluados en este estudio. La madre de dicho participante accedió a la participación en el estudio muy interesadamente, se le explicó que el paciente no podría incluirse por tener otro diagnostico psiquiátrico en el momento de las evaluaciones, por lo que los resultados de la madre tampoco fueron incluidos.

RESULTADOS

Los 23 participantes fueron divididos en categorías según tiempo desde diagnóstico o recaída. La primera categoría medida fue aquella con participantes que llevaban menos de un mes desde el diagnostico o recaída de LLA, en la cual se encontraban 5 de los 23 participantes (21,7%). La segunda categoría medida fue aquella con participantes que llevaban más de un mes y menos de 6 meses desde el diagnóstico o recaída de LLA, aquí se encontró la mayor parte de la población estudiada: 13 de los 23 participantes (56, 6%). La última categoría medida fue aquella con participantes que llevaban más de 6 meses desde el diagnostico o recaída de LLA, en esta categoría se encontraba 21,7% de la población estudiada, 5 de los 23 participantes. Grafico 1.



Ansiedad

Fueron incluidos en el estudio 23 pacientes con LLA, de quienes 11 (48%) eran del sexo femenino y 12 del masculino (52%). Con respecto a la edad, 14 eran menores de 8 años y 9 ocho o más años de edad. Se observó mayor frecuencia de sintomatología ansiosa sugestiva de trastorno de ansiedad en el sexo femenino pero sin diferencia significativa. En forma similar la frecuencia fue mayor en los de ocho y más años de edad (67%). Las diferencias en resultados no son significativas estadísticamente. Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de sintomatología ansiosa por sexo y edad en pacientes con diagnóstico de LLA. n=23

	Sintomatología ansiosa		
	Presencia	**Ausencia**	**Total**
Sexo			
Femenino	7 (67%)	4 (33%)	11 (48%)
Masculino	6 (50%)	6 (50%)	12 (52%)
Edad (años)			
<8	7 (50%)	7 (50%)	14 (61%)
≥8	6 (67%)	3 (33%)	9 (39%)

Valor p = 0,7 (Prueba de Fisher)

Al clasificar los resultados según tiempo de diagnóstico; *cinco* del total de participantes se encontraban en el primer mes del diagnóstico, *trece* entre el primer y sexto mes siguiente al diagnóstico y *cinco* en los seis meses posteriores al diagnóstico.

La mayor frecuencia de presencia de ansiedad indicativa de trastorno fue observada en el tiempo de mayor a 1 mes y menos de 6 meses desde el diagnostico de LLA, 77% del total de la muestra. Estas diferencias no estadísticamente significativas, a pesar de mostrar tendencia de mayor frecuencia de síntomas ansiosos en el grupo mencionado. Tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de sintomatología ansiosa por tiempo de diagnóstico de LLA. n=23

	Sintomatología ansiosa		
Tiempo desde diagnóstico	**Presencia**	**Ausencia**	**Total**
1 mes	2 (40%)	3 (60%)	5
>1 y <6 meses	10 (77%)	3 (23%)	13
>6 meses	1(20%)	4 (80%)	5

Valor p = 0,7 (Prueba de Fisher)

Teniendo en cuenta la frecuencia total de sintomatología ansiosa, sin clasificarla según el tiempo de diagnóstico, la mayor parte de los participantes 56.5% obtuvieron resultados positivos.

Depresión

De los 23 participantes tomados en cuenta para la realización de la investigación de presencia de síntomas depresivos, solo 12 era mayor de 7 años, edad necesaria para poder completar el inventario para depresión infantil de Beck (CDI). Esta población corresponde al 52% de la muestra del estudio. De los 12 niños y adolescentes mayores de 7 años, cinco eran de sexo masculino y 7 de sexo femenino. Ninguno de los participantes puntuó mayor a 19 en el CDI, por lo que ninguno de los pacientes podría ser considerado portador de síntomas depresivos sugerentes de trastorno depresivo. El puntaje máximo fue de 17, en una participante de sexo femenino, de 16 años, que se encontraba en el periodo de 6 meses posteriores al diagnóstico.

Calidad de vida

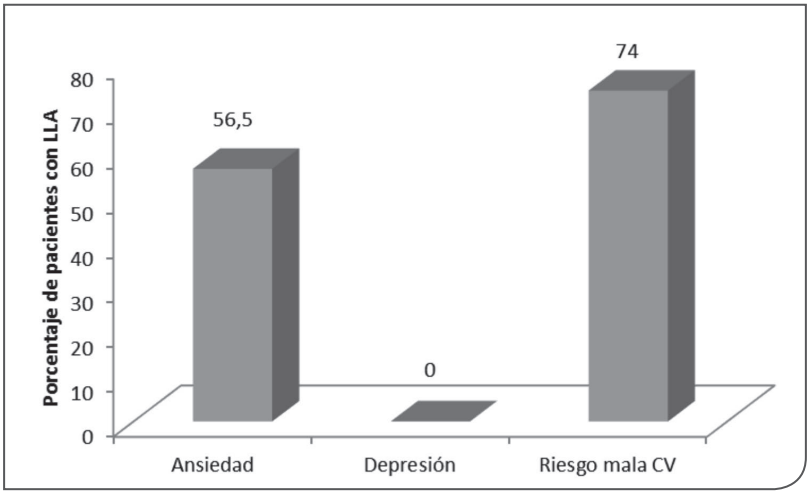
La tabla 3 muestra resultados de las escalas auto aplicadas que investigaron calidad de vida relacionadas con la salud en los pacientes con diagnostico LLA, dividiendo estos en categorías según etapa de tratamiento en la que se encontraban los mismos. Hay una mayor frecuencia de riesgo para mala calidad de vida en el tiempo de más de 1 menos de 6 meses, pero la diferencia no llega a significancia estadística.

Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud según tiempo de diagnóstico en pacientes con diagnóstico de LLA. n=23

Tiempo desde diagnóstico	**Calidad de vida relacionada con la salud**		
	Riesgo para mala CV	**Sin riesgo**	**Total**
1 mes	3 (60%)	2 (40%)	5
>1 y <6 meses	12 (92,3%)	1 (7,7%)	13
>6 meses	2 (40%)	3 (60%)	5
Total	17 (74%)	6 (36%)	23

Valor p = 0,0559

El grafico 2 resume las frecuencias halladas en el total de población infantil estudiada. La medida con mayor frecuencia de afectación fue la calidad de vida relacionada con la salud.



Ansiedad en cuidadores principales

El 56,5% del total de cuidadores primarios tuvo presencia de ansiedad moderada a grave. La tabla 4 explica los resultados divididos en categorías según el tiempo trascurrido desde el diagnostico o recaída de LLA del paciente. Se observa mayor ansiedad el primer grupo de diagnóstico, este valor no llega a significancia estadística, aunque se ve una tendencia. Sin embargo, cuando se compara 1 mes con mayor a 1 mes desde el diagnostico (sin clasificarlos en >1<6meses o >6meses), la diferencia si es significativa.

Tabla 4. Ansiedad de cuidadores principales según tiempo de diagnóstico en pacientes con diagnóstico de LLA. n=23

Tiempo desde diagnóstico	Ansiedad		
	Moderada/ grave	Ausencia	Total
1 mes	5 (100%)	0	5
>1 y <6 meses	6 (46,2%)	7 (53,8%)	13
>6 meses	2 (40%)	3 (60%)	5
Total	13 (56,5%)	10 (43,5 %)	23

Valor p = 0,08; Valor p = 0,0457

Concordancia de ansiedad en cuidadores o tutores y pacientes con diagnostico LLA

La tabla 5 muestra la concordancia de datos entre cuidadores y pacientes, se ve una distribución pareja en todas las variables, ninguna de las diferencias alcanza significancia estadística.

Tabla 5. Concordancia entre ansiedad de cuidadores principales y ansiedad de pacientes con diagnóstico de LLA. n=23

Niño	Padre/cuidador	
	con ansiedad	sin ansiedad
con ansiedad	6 (26,1%)	5 (21,7%)
sin ansiedad	7 (30,5%)	5 (21,7%)

Prueba de McNemar = 0,8

La concordancia entre ansiedad de cuidadores principales y ansiedad de pacientes según tiempo desde diagnóstico de LLA no muestra diferencias estadísticamente significativas, a pesar de la tendencia a la mayor frecuencia de resultados discordantes. Tabla 6.

Tabla 6. Concordancia entre ansiedad de cuidadores principales y ansiedad de pacientes con diagnóstico de LLA según tiempo de diagnóstico. n=23

Tiempo desde el diagnóstico	Ansiedad en ambos	Ausencia de ansiedad en ambos	Discordancia	Total
1 mes	2 (40%)	0	3 (60%)	5 (100%)
>1 y <6 meses	4 (31%)	4 (31%)	5 (38%)	13 (100%)
>6 meses	0	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)

DISCUSIÓN

Una vez analizados los resultados, a los dos meses del inicio de la investigación, comparando los resultados con aquellos revisados en investigaciones similares mencionadas en la monografía, se puede sostener que los resultados replican, en su mayoría, los de investigaciones evaluadas.

Ansiedad

En este estudio se encontró una frecuencia de 56,5% de sintomatología ansiosa en los pacientes con LLA. Este valor está ligeramente por encima (aunque no es significativo) de los valores reportados por otros estudios como Rodríguez Candiales y Sánchez que reportaron la prevalecía de 12% ansiedad entre los trastornos psiquiátricos de adolescentes con cáncer en Venezuela en el año 2008. Tebbi, Bromberg y Mallon investigaron psicopatología autoreportada en 30 pacientes oncológicos adolescentes en EEUU, obteniendo el mismo porcentaje de frecuencia de trastornos de ansiedad en el año 1988. Sin embargo, la revisión bibliográfica realizada por Stark y House, en Inglaterra, acerca de la prevalencia de trastornos de ansiedad en población oncológica en el año2000 destacó la variabilidad de prevalencias encontradas en distintos estudios aunque predominaba el aumento de ella en población oncológica. La investigación "Morbilidad psicológica en oncología pediátrica" de Sharan, Mehta y Chaudhry en India, en el año 1999 arrojo resultados indicando que los trastornos de ansiedad representaban el 23% de trastornos psiquiátricos encontrados en la población (se observó 30% de morbilidad psiquiátrica en la muestra) (7, 24, 25).

La mayor cantidad de sintomatología ansiosa sugestiva de patología se encuentra en la población desde el primer a sexto mes de diagnóstico de LLA, aunque probablemente no sea suficiente para el diagnóstico de trastornos según los criterios clasificatorios. El valor observado fue de 77%, aunque marca tendencia, no alcanza nivel estadísticamente significativo. Esto podría deberse a que el primer mes de diagnóstico es necesario para asimilar la situación por la que se está atravesando y el tratamiento aún no ha causado efectos adversos severos sobre la persona. El tiempo desde 1mes hasta 6 meses desde el diagnostico de LLA es suficiente para la asimilación del diagnóstico, de los efectos adversos del tratamiento y de los cambios que producirá en el aspecto de la persona. Hay posibles aumentos de estadías hospitalarias o complicaciones, separación de la familia y amistades, abandono de escuela, y aun no se tiene idea clara acerca del pronóstico de la enfermedad. Los resultados no apoyan la hipótesis formulada. Empero, la mayor limitación fue la baja participación, los resultados observados no son significativos probablemente por el tamaño de muestra, pero la tendencia observada en el análisis estadístico da entender que si el tamaño fuera menor, los resultados podrían alcanzar significancia.

Los resultados de ansiedad positiva en pacientes no concordaron en su mayoría con resultados de presencia de ansiedad en cuidadores de los mismos. Esto indica que los resultados no apoyan la hipótesis formulada sobre concordancia de ansiedad entre padres e hijos con diagnóstico de LLA. A pesar de la muestra pequeña, sigue siendo representativa y demuestra que el hecho de que el cuidador tenga ansiedad no influye significativamente en el desarrollo de ansiedad de los pacientes. Es un resultado tranquilizador para las familias y el equipo que trata con pacientes y se preocupa por los posibles efectos que puedan tener los actos y sentimientos de los padres sobre los pacientes ya que los resultados de ansiedad observada en los cuidadores indican frecuencia alta de la misma. Se observó la mayor frecuencia (100%) de ansiedad de padres o cuidadores en el tiempo de menos de 1 mes desde el diagnostico de LLA. La mayoría de las respuestas coincidieron en mayor intensidad de síntomas de estado de ánimo ansioso y de tensión. Estos resultados concordaron con la hipótesis de que los cuidadores principales en etapas iniciales de tratamiento de LLA o con diagnostico reciente, presentarían mayor frecuencia de ansiedad.

Depresión
Los resultados de *depresión* no sostuvieron la hipótesis formulada de que los pacientes que estuvieran en el periodo posterior a seis meses de diagnóstico serían los más afectados por trastornos depresivos. Se observó que ninguno de los pacientes investigados obtuvo puntajes indicativos de trastorno depresivo en la escala autoadministrada CDI. El resultado no concuerda con lo expuesto por Rodríguez Candiales y Sánchez que reportaron la prevalecia de 42% entre los trastornos psiquiátricos de adolescentes con cáncer en Venezuela en el año 2008. Dicho resultado observado en Venezuela, sin embargo, fue mayor a lo encontrado en bibliografías revisadas como la de Kashami y Hakani, que predicen una frecuencia de 17% de trastornos depresivos en la población oncológica infantil, significativamente mayor a la frecuencia de 1,8% de la misma patología en población control. Sin embargo, investigaciones como las de Sharan y col. en India que observo trastornos depresivos en solo 3% de la población, y Tebbi, Bromberg y Col. en EEUU que no hayo diferencia en la tasa de depresión de la población oncológica pediátrica comparada con población general. Además las revisiones bibliográficas como la de Phipps, Recklitis y Stark demuestran que esta población presenta estrategias involuntarias que los protegen del desarrollo de estas patologías, como el estilo adaptativo represivo, las emociones positivas, la restricción de atención y la memoria sesgada (7, 9, 16, 24, 25).

Calidad de vida
Los resultados detección de riesgo a la *calidad de vida relacionada con la salud* fueron los más concordantes con los trabajos revisados, además de sostener la hipótesis formulada. La mayoría de los participantes en riesgo de afectación de calidad de vida se encontró en las primeras dos categorías estudiadas; primer mes de diagnóstico y menos de 6 meses desde diagnóstico y tratamiento de LLA. Aquellos participantes con más de 6 meses desde diagnóstico y tratamiento de enfermedad dieron puntajes no sugerentes de afectación de calidad de vida relacionada con la salud. Se podría discutir que los resultados son lógicos, el tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda es un tratamiento agresivo, intrusivo e invalidante, tanto por sus características de intensidad y frecuencia con la que se debe realizar como por sus característicos efectos adversos. El primer mes de tratamiento es el más agresivo, en el que se consigue la remisión del paciente, a partir de allí el tratamiento dura en promedio 2 años, con visitas seguidas al departamento de Hemato-oncología pediátrica, volviéndose con el tiempo menos agresivo por la mejoría de los pacientes o por la tolerancia de estos al mismo. La investigación de Meeske, Katz y col del 2004 en EEUU, fue una de las investigaciones revisadas con resultados concordantes (5).

Limitaciones
La investigación de morbilidad psiquiátrica de Rodríguez Candia en Venezuela observo 65% de frecuencia de trastornos. Investigó ansiedad, depresión y trastornos adaptativos, encontrándose la mayor frecuencia de población con trastornos adaptativos. (46%). Kashani y Hakami estiman que el 54-70% de la población oncológica pediátrica se verá afectada por trastornos psiquiátricos, siendo la mayoría de ellos trastornos adaptativos. Sharan y col en India observaron que el 33% de su muestra presentaba morbilidad y de ellos, el 26% representaba a los trastornos adaptativos. Kurs y Schulman fueron otros investigadores en la misma temática, observando una frecuencia del 22,5% de trastornos adaptativos en los pacientes oncológicos. Esto es evidencia suficiente de que el hecho de no incluir al trastorno adaptativo entre las psicopatologías buscadas fue una limitación a la investigación, y puede ser responsable de los bajos resultados y de las no significancias estadísticas de los mismos (7, 24, 25).

Otra limitación fue la pobre participación, resultando en una muestra pequeña, que a pesar de ser representativa de la población, también es responsable de que los resultados no sean significativos estadísticamente. Además, es probable que la alta tasa de rechazo a la participación en la investigación haya influido en los resultados de la misma. Una posibilidad que se tiene en cuenta es que cuanto más angustiado o depresivo se encontrase el familiar, mayores pudieron haber sido las posibilidades de que rechazara la participación. Si esto fuera cierto, la muestra que accedió a la participación podría ser entonces la parte más sana de la población en estudio y podría no ser representativa del total.

La revisión bibliográfica toma en cuenta el rechazo a la participación en estudios de la población oncológica, justificando que los instrumentos de detección suelen ser largos y los familiares y pacientes se encuentran ya sobrecargados por temas propios de su enfermedad como para dedicar tiempo a la contestación de encuestas.

CONCLUSION
Las hospitalizaciones en sí, son situaciones que provocan ansiedad en pacientes pediátricos y sus familias. El hecho de tener un diagnóstico de cáncer, en este caso LLA, funciona como promotor de afectación psicosocial.

Se formuló la hipótesis de que los niños y adolescentes que se encontraran en el primer mes de diagnóstico tendrían mayores niveles de ansiedad comparados con los mismos pacientes en tiempos de menor o mayor a 6 meses desde el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda. A la vez, se pensó que esta ansiedad elevada se correlacionaría con la de sus cuidadores principales. Se cumplieron los objetivos propuestos, tanto general como específicos.

La principal dificultad fue la baja participación de los pacientes y familiares que acudían al servicio, esto impresionó ser debido a múltiples causas, una de ellas barreras del lenguaje, muchos hablaban guaraní y las escalas eran auto-administradas. Otra causa fue que las encuestas eran largas, numerosas y probablemente muy específicas al intentar detectar trastornos en vez de síntomas generales. Se tiene en cuenta que probablemente los que participaron estaban en mejor situación y por lo tanto, existe un sesgo de selección entre los resultados de la muestra.

Es interesante la continuación de la investigación de afectaciones psicosociales en pacientes oncológicos pediátricos con instrumentos más breves y menos selectivos, que busquen síntomas desadaptativos en vez de diagnósticos. Es necesario que dichos instrumentos estén adaptados para nuestra cultura y nivel educativo, por eso deberían desarrollarse instrumentos de medición propios.

Son reparadores los resultados de este estudio, que replican los resultados de otros investigadores estudiando población similar, indicando que esta población no es diferente de la población sana a en cuanto a detección diagnósticos psicopatológicos específicos como ansiedad y depresión, hay incluso datos sugerentes de que esta población se encuentra protegida de dichos problemas.

En base a la necesidad de investigar afectaciones psicopatológicas como distrés emocional y trastornos adaptativos, en vez de diagnósticos específicos como ansiedad y depresión, surge la complementación al presente trabajo con una revisión actualizada de material que investiga dichos síntomas menos graves que los buscados en el primer capítulo. Es difícil juzgar cuándo será desproporcionada la reacción ansiosa a la amenaza que conlleva un diagnostico oncológico pues siempre se asocia a una amenaza real.

REFERENCIAS

1. Mardomingo Sanz M, Gutiérrez-Cesares J, Soutullo C. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Trastornos de Ansiedad. Madrid: Medica Panamericana; 2010.
2. Rapee RM. Soutullo C. Figueroa, A. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent; 2012.
3. Arce Ramírez A, Torales Benítez J. El Libro Azul de la Psiquiatría. Asunción: EFACIM; 2012.
4. Blackford JU, Pine D, Neural Substrates of Childhood Anxiety Disorders A Review of Neuroimaging Findings. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2012; 21 (2012): 501–525. DOI: 10.1016/j.chc.2012.05.002
5. Meeske K, Katz E, Palmer S. Parent Proxy–Reported Health-Related Quality of Life and Fatigue in Pediatric Patients Diagnosed with Brain Tumors and Acute Lymphoblastic Leukemia. American Cancer Society. New York: Wiley Intescience; 2004.
6. Kumar SK, Russell SJ, Rajkumar SV, Drake MT. Dexamethasone and the risk for adrenal suppression in multiple myeloma. Leukemia. 2009; 23(5): 40-49.
7. Rodríguez Candiales, V. Sanchez, C. Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer Revista Venezolana de Psiquiatría 2008; 54(111): 29-34.
8. Canning, Sarah Elisabeth. Emotional distress amongst paediatric oncology patients prior to reaching five-year survivorship status. [Tesis Doctoral]. Universidad de Manchester; 2012.
9. Stark, DPH. House, A. Anxiety and Cancer Patients. British Journal of Cancer 2000; 83(10): 1261-1267.
10. Kazak A, Barakat, Lamia P. Meeske K et al. Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1997; 65(1): 120-129.
11. Stuber M. Meeske K, Krull K. Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Disorder in adult Survivors of Childhood Cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. Pediatrics 2011; 125(5): 2009-2308
12. Tremolada M, Bonichini S, Aloisio D, Schiavo S, Carli M, Pillon M. Post-traumatic stress symptoms among mothers of children with leukemia undergoing treatment: a longitudinal study. Psycho-oncology. 2013; disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22777982
13. Chow E, Tsao M, Harth T. Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. Palliative Med. 2004; Disponible en: http://pmj.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/1/25

14. Firoozi M, Besharat MA, Pournaghash S. Cognitive Emotion Regulation in Children with Acute Lymphoblastic Leukemia. Iran. J Cancer Prev; 2011; 4(4): 183-188.
15. Kanellopoulos A, Hamre HM, Dahl AA, Fosså SD, Ruud E. Factors associated with poor quality of life in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia and lymphoma. Pediatr Blood Cancer. 2013. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335116.
16. Phipps S, Srivastata D. Repressive Adaptation in children with cancer. Health Psychology. 1997. Vol. 16 (6). 521-528. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9386997
17. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. The PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care* 2001 ***39***: *800*–812. Disponible en: http://www.pedsql.org/about_pedsql.html
18. Spence S. Spence Children's Anxiety Scale. [Pagina web] 2007. Disponible en: http://www.scaswebsite.com/
19. Arévalo E. Inventario de Depresión Infantil, Investigación Psicológica. 2008. Perú. http://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi
20. Blackford JU, Pine S. Neural substrates of childhood anxiety disorders: a review of neuroimaging findings. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2012. 21(3):501-25. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/229155217_Neural_substrates_of_childhood_anxiety_disorders_a_review_of_neuroimaging_findings?ev=pub_cit_inc
21. Buchbinder D, Recklitis C, AlderferM, Robinson L. Psychological Outcomes of Siblings of Cancer Survivors: A Report from the Childhood Cancer Survivor Study. 2012. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22114043
22. Fagundes C, Lindgren M, Kiecolt-Glaser J. Psychoneuroimmunology and Cancer: Incidence, Progression, and Quality of Life. Psychological Aspects of Cancer, Springer Science+Business Media, LLC; 2013. Disponible en: http://pni.osumc.edu/KG%20Publications%20(pdf)/214.pdf
23. Kiecolt-Glaser JK, Robles TF, Heffner KL, Loving TJ, Glaser R. Psycho-oncology and cancer: Psychoneuroimmunology and Cancer. Ann Oncol. 2002; 13(4):165-9. Disponible en: http://bravacorp.com/pni_research.pdf
24. Kiecolt-Glaseran J, (2009) Personality, Stress, and Cancer: A Re-Examination. Department of Psychiatry Ohio State University College of Medicine. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/1449058
25. Kashani J, Hakami N. Depression in children and adolescents with malignancy. Can J Psychiatry. 1982; 27(6): 474-477.
26. Tebbi, C., Bromberg, C., Mallon, J. Self-reported depression in adolescent cancer patients. Am J Pediatr Hematol Oncol.1988; 10 (3): 185-190.

PROBLEMÁTICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL EN LAS PENITENCIARIAS.
[PROBLEMS AND STRATEGIES IN MENTAL HEALTH IN PRISONS].

Yessica Rivera[1].

1. Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría Clínica por la Universidad Nacional de Asunción.

Autora correspondiente:
Dra. Yessica Rivera
Asunción – Paraguay
yessikrivera@hotmail.com

Tesis presentada para optar al título de Especialista en Psiquiatría Clínica de la Universidad Nacional de Asunción. Aprobada Diciembre 2014.

Manuscrito recibido: 2 de diciembre de 2015.
Manuscrito aceptado: 7 de diciembre de 2015.

Cómo citar este artículo: Rivera Y. Problemáticas y estrategias en salud mental en las penitenciarias. Revista Paraguaya de Psiquiatría 2015; 3(2): 33-46.

INTRODUCCIÓN

La población penitenciaria va en aumento exponencial, tanto en nuestro país como en el resto del mundo. Hay más de 10 millones de presos en todo el mundo, una población que ha crecido cerca de 1 millón por década. En el 2008, los EE.UU. tuvo el mayor número de personas encarceladas 2,3 millones y la tasa más alta per cápita de la población (756 por 100 000 personas en comparación con una media de 145 por 100 000 en todo el mundo) China, Rusia, Brasil y la India tuvieron más de un cuarto de millón de prisioneros en cada una de ellas (1). El número de personas en los Centros Penitenciarios, del territorio español es de 75.874 personas en enero de 2010 (2). En Paraguay se realizó en 2013 un censo en la población penitenciaria, que fueron censados 9.413 internos, repartidos a su vez en 14 penitenciarías y 2 granjas de reinserción social (3).

El derecho a la salud es un derecho humano o fundamental, la persona privada de su libertad es un sujeto de derechos, cuya limitación es la libre circulación.

La atención sanitaria en las prisiones debe ser de la misma calidad de la que se presta a los ciudadanos en libertad, poniendo especial atención en el cuidado de las enfermedades psiquiátricas y en la de las transmisible, en especial las relacionadas con el VIH (4).

Las penas privativas de libertad tienen como finalidad esencial la reforma, la readaptación social y la rehabilitación personal, la resocialización y reintegración familiar; así como la protección de las víctimas y de la sociedad[4]. Pero también es conocida la escasa capacidad rehabilitadora de muchos centros penitenciarios.

Así también con el aumento de la población penitenciaria, han aumentado los trastornos mentales en esta población. Y este gran número de reclusos con trastornos mentales pueden ser que ya los presentaban al ingreso, que se exacerben o presenten recaídas con el encarcelamiento o que hayan debutado tras el encarcelamiento. Los trastornos mentales representan una causa frecuente de morbilidad.

Existen informes que personas que padecen enfermedades mentales graves tienen un 67% más probabilidad de ser arrestados que las personas que no la padecen[5]. Y tas la detención, las personas con enfermedad mental grave tienen más probabilidades de ser detenido en la cárcel (en lugar de ser puestos en libertad bajo palabra) y, una vez encarcelados, permanecen 2,5 a 8 veces más que las personas que no la padecen (5).

La OMS estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general (6).

Existen extensos reportes sobre tasas elevadas en los presos de trastornos psiquiátricos en comparación con la población general, incluyendo psicosis, depresión, trastorno de la personalidad y el abuso de sustancias, que son factores de riesgo de las tasas elevadas de suicidio, la mortalidad prematura en la libertad y el aumento de las tasas de reincidencia delictiva. Se estima que las tasas de suicidio en la cárcel se multiplicaron 4 a 5 veces y las muertes dentro de la primera semana de libertad 29 veces en comparación con la población general. Además, un estudio reciente encontró que las tasas de reincidencia se incrementan en un 40% en los delincuentes con trastornos psicóticos en comparación con los delincuentes que no poseen trastornos mentales (1).

Estudios realizados en España coinciden en concluir que entre 25 y 27% de los internos alojados en las cárceles españolas presentar algún tipo de trastorno mental, con o sin adicciones (7).

Otro indicador que llama la atención es el suicidio, causa hasta el 75% de las muertes de reclusos en prisión preventiva y el 50% de las muertes de presos condenados. Estas tasas son de 3 a 11 veces mayor que en las comunidades generales de las que proceden los prisioneros (5).

No debemos olvidar a los reclusos con problemas relacionados a sustancias psicoactivas. Más de la mitad de los seis millones de personas estadounidenses presas está en la cárcel por condenas relacionadas con la droga y el 80% por "posesión" de las mismas (8) y en España existe un altísimo porcentaje de reclusos dependientes a sustancias inmersos en procedimientos judiciales ligados directa e indirectamente con consumo de tóxicos, más de un 70% de los ingresos en prisión tienen relación con delitos contra la salud pública (9).

Varios estudios publicados afirman que la población penitencia tiene menos acceso a los servicios de salud en comparación con el resto de la población (9), sin olvidar que la persona privada de su libertad no deberían ser excluidos de la sociedad.

Este número alarmante de incidencia de patologías psiquiátricas en las prisiones no sólo es debido al efecto del encierro de la persona, también influyen en estos números, el elevado porcentaje de población extranjera internada en las cárceles, estimada porcentualmente en 3,2 veces más a la de la población general en España (10), esta población de por sí mismo puede ser un elemento de discriminación y afectación a su salud mental; la desaparición de los hospitales totalitarios donde por mucho tiempo fue el albergue de personas socialmente problemáticas (trastornos de personalidad); un aumento de la población general marginada que carece de todo tipo de recursos entre las cuales existe un buen número de personas con trastornos mentales que pueden caer fácilmente en prisión; la propia precariedad de los recursos sanitarios de la comunidad dedicados a la salud mental; decreciente implicación de la sociedad en este problema y también el aumento de trastornos mentales debidos a la adicción de sustancias psicoactivas (9-11). A todos estos factores se debe sumar el estrés por la adaptación al medio penitenciario, la masificación de los centros, la escasez del personal penitenciario y/o la falta de formación, la ausencia de información a los profesionales involucrados en el manejo de estas personas y el aislamiento prolongado o indefinido (11).

OBJETIVOS

Objetivo General

Aportar información en base a material bibliográfico estudiado, sobre la problemática y estrategias en salud mental en las penitenciarias.

Objetivos Específicos

1. Conocer prevalencias de trastornos mentales en la población reclusa en las penitenciarías.
2. Describir las dificultades encontrados en las penitenciarías que afectan a la salud mental.
3. Describir las acciones tomadas por las penitenciarías para mejorar la atención en salud mental.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Para la recopilación bibliográfica, se han utilizado artículos en buscadores; Pubmed, Scielo, Google académico, seleccionando los de mayor interés académico con referencias criteriosas y fiables. Además fueron de ayuda fragmentos de ediciones actualizadas de literatura de las siguientes áreas: Psiquiatría Clínica, Psiquiatría Forense, Salud Mental. Se utilizaron palabras claves como: *salud mental, prisiones, trastornos mentales, estrategias en salud, calidad de atención de salud, equidad en salud.* De las mismas fueron seleccionadas las que llenaban los criterios planteados en los objetivos.

MARCO TEÓRICO

Marco legal

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) 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 (12).

Los derechos humanos o fundamentales son normas jurídicas que pretenden equilibrar a aquellas personas que por sus condiciones físicas, psíquicas o sociales requieren un trato diferenciado que compense las desventajas socialmente construidas (13).

Todas las personas privadas de su libertad, tienen el derecho de ser tratadas humanamente, que se respete y garantice su dignidad, su vida y su integridad, física, psicológica y moral.

Las Naciones Unidas establece que todas las personas privadas de su libertad tienen derecho a la plena salud física y mental, a una evaluación médica completa el ingreso a las prisiones, al acceso libre a los servicios de salud con que cuente el país, que las decisiones acerca de su salud deberán ser tomadas por profesionales debidamente calificados (13); todas las prisiones deben contar con instalaciones de salud y profesionales médicos adecuados para proporcionar servicios, dentro de los cuales está la atención a los trastornos mentales, si no se pudiese ofrecer estos servicios a los reclusos que padezcan dichos trastorno se garantizará el traslado a una hospital civil o penitenciario especializado, toda prisión deberá disponer de un servicio psiquiátrico, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los trastornos mentales, los reclusos alienados no deberán ser recluidos, pero si se encuentran en prisión, los reclusos alienados y los que padezcan algún trastorno mental, deberán estar bajo el cuidado de un médico y este profesional deberá ser calificado y proporcionar a las personas privadas de su libertad el nivel de atención y tratamiento que los personas que no estén privadas de su libertad; todos los reclusos deberán disponer de tiempo para realizar actividades físicas (13). Los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos deberán incorporar como ley, medidas a favor de las personas con discapacidades mentales; además de una serie de medidas alternativas o sustitutivas a la privación de libertad y se deberá tomar en cuenta los estándares internacionales sobre derechos humanos (14); gozaran de los mismo derechos reconocidos a todas las personas, excepto aquellos cuyo ejercicio esté temporalmente restringido por razones inherentes a su condición de persona privada de su libertad; gozarán del derecho a la salud siendo este el completo y más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, incluyendo adecuada atención médica, disponibilidad permanente de personal médico capacitado, tratamientos y disponibilidad permanente de medicación y la incorporación de las políticas y prácticas de salud pública (14). En todo momento de la consulta médica se deberá tener siempre presente, la confidencialidad de la información médica, autonomía de los pacientes respecto a su propia salud y el consentimiento informado (14).

En relación al sexo femenino que se encuentre privado de su libertad, además tendrán derecho a una atención médica especializada, deberán contar con atención médica ginecológica, antes, durante y después del parto, que no se deberá realizar en los lugares de privación de libertad, sino en hospitales o establecimientos destinados al mismo (13, 14).

La Constitución Nacional, en su artículo 68, del derecho a la salud, donde el Estado promoverá y protegerá a la salud como derecho fundamental y en su artículo 69, declara la implementación de un sistema nacional de salud y en el artículo 70 la ley establecerá programas de bienestar social (15).

En nuestro país, se encuentra la Dirección General de Salud de Establecimientos Penitenciarios, Centros Educativos y Hogares de Abrigo, creada por Decreto Presidencial No. 1730 del 27 de marzo del 2009 en el cual se reorganiza el Vice Ministerio de Justicia. Es la encargada de coordinar, formular y ejecutar acciones de prevención, detección, diagnóstico, educación, tratamiento y control sanitario de las personas privadas de libertad y la niñez en estado de vulnerabilidad albergado en los hogares de abrigo, en estricta observancia de las garantías y derechos fundamentales. La Ley No. 210/70 capítulo X, Artículos 73, 74 y 75 establece el derecho de la persona privada de libertad a recibir asistencia médica para preservar y mejorar su salud, al establecimiento de vínculos con los servicios hospitalarios oficiales y a la necesidad de someter a la persona a su ingreso a exámenes clínicos necesarios para determinar su salud física y mental (16).

El Artículo 9 de la Ley 210/70 establece que en el período de observación el interno deberá tener un examen médico, psicológico y social, formulando un diagnóstico criminológico sobre el mismo, clasificándolo según su presunta adaptabilidad a la vida social, a fin de ir fijando el tratamiento a que será sometido (16).

Prevalencia de trastornos mentales en la población reclusa

Muchas veces por medios de estudios científicos realizados uno conoce las virtudes y problemáticas en las que se encuentras los servicios de salud. Es importante contar con datos de prevalencia de los trastornos mentales en la población penitenciaria, así de esta manera poder mejorar los servicios de salud penitenciaria, planificar la continuidad del tratamiento en la comunidad y también ayudar a la optimización de las políticas de salud implementadas en dichos servicios.

Muchos estudios epidemiológicos realizados en la población reclusa presentan limitaciones metodológicas relacionadas con el tamaño y heterogeneidad de las muestras (selección de la población que fueron referidos a los servicios de psiquiatría) y de los instrumentos de evaluación utilizados (17). Además existe dificultad de extrapolar datos obtenidos en un país u otro debido a las diferencias en cuanto a población reclusa, características de los sistemas penitenciarios y las leyes (10).

Según un estudio realizado en España la prevalencia de enfermedad mental en la población reclusa es 5 veces más alta en comparación de la población general, otros estudios hablan de un prevalencia de 45,9% de trastornos mentales (10), en Noruega 35% de internos con algún tipo de trastorno mental, en Grecia 78% internos con algún tipo de patología mental[11] y a nivel mundial concluyen que entre 4 y 6 veces más probabilidad de padecer un trastorno psicótico o depresión grave que la población general y alrededor de 10 veces más de ser diagnosticado con trastorno antisocial de la personalidad (10).

Un estudio sistemático publicado en el 2002, en el cual se utilizaron 62 estudios de 12 países occidentales, en el cual no se tuvo en cuenta problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas; en 29 estudios sobre trastornos psicóticos en personas privadas de su libertad, arrojo un 3,7% (IC 95%) de trastorno psicótico en la población masculina, encontrando heterogeneidad entre los estudios (x^2_{18}=68, p<0,0001), probablemente se deba en una pequeña parte a la utilización de instrumentos validados para el diagnóstico y en la población femenina un total de 4% (x^2_4=7,1, p>0,1); para el trastorno depresivo mayor se utilizaron 31 estudios dando un total de 10% en la población masculina, se demostró de nuevo heterogeneidad entre los estudios (x^2_{11}=64, p<0,0001), y 12% (x^2_4=7, p>0,1)en la población femenina; tanto para el diagnóstico de trastorno psicótico como para el trastorno depresivo mayor se utilizó el examen clínico en algunos y en otros cuestionarios validados, teniendo en cuenta la presencia de síntomas en los 6 meses previos (17).

En los 28 estudios sobre trastorno antisocial de la personalidad, en donde se tuvo en cuenta para el diagnóstico el comportamiento a lo largo de toda la vida y los que utilizaron encuestas validadas; se encontró 47% de prevalencia en el sexo masculino, encontrando heterogeneidad entre los estudios (x^2_{11}=438, p<0,0001), la población femenina arrojó un 21%, también se demostró heterogeneidad entre los estudios (x^2_1=285, p<0,0001), también se describe 5 estudios en población femenina en los cuales se reporta trastorno límite de la personalidad con un 25% de prevalencia (17).

También en el 2002 un estudio realizado sobre prevalencias de trastornos mentales en la prisión de Zaragoza, España objetivó un 59% con algún tipo de patología mental. Como diagnóstico principal un 27% de trastornos por uso de sustancias psicoactivas, un 2% de trastorno mixto ansioso-depresivo y un 30% de trastornos de personalidad. Es reseñable que en el 100% de los sujetos con trastorno de personalidad el segundo diagnóstico fue el trastorno por uso de sustancia psicoactivas (11).

Otros estudios realizados en España uno en el 2006 y otro en el 2009, arrojaron resultados muy similares, en el último se obtuvieron antecedentes de trastorno mental común en el 84.4% de los internos, trastornos por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas en el 76.2%. En el momento de la entrevista un 41.2% de los internos presentó algún tipo de trastorno mental, los resultados fueron trastorno de ansiedad el 23.3%, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas el 17.5%, trastornos afectivo, generalmente depresivo, el 14.9% y trastorno psicótico el 4.2% (6).

El estudio sistemático publicado por Fazel y Seewal en el 2012, donde se utilizaron 81 publicaciones de 24 países diferentes, 8 de los cuales eran considerados países de bajo a mediano ingresos, se demostró tasas de psicosis en los presos fueron significativamente mayores en los países de ingresos bajos y medianos que en los

de ingresos altos (5,5% vs. 3.5% respectivamente)[1]. Para el trastorno depresivo 10,2% de los varones presos y el 14,1% de las mujeres presas fueron diagnosticados con dicho trastorno (1).

Una de las hipótesis planteadas en este estudio, sobre el aumento de las tasas de psicosis y depresión con el tiempo, no la han encontrado, podría deberse a las mejoras en la atención en la salud mental en las prisiones, al aumento de las derivaciones de los delincuentes de las prisiones a los hospitales o mejoras en la calidad de vida dentro de las prisiones, pero aun las razones no están claras (1). El papel de las organizaciones internacionales, en las últimas dos décadas, en la mejora de la salud penitenciaria también podría haber influenciado (1).

En Canadá, a través de auto-reportes, la evidencia de datos y tasa de prescripciones de medicación psicotrópica sugiere que el problema de las enfermedades mentales graves en las prisiones es cada vez peor; se encontró que el 12% de los hombres reclusos y el 21% de las reclusas tienen síntomas significativos de enfermedades mentales graves en el ingreso a la institución correccional federal. Esta tasa supone un incremento del 61 y 71%, respectivamente, desde 1997[5]. Sin embargo, los datos aún no se han validado contra una herramienta de diagnóstico basada en la investigación, y por lo tanto no es claro si el aumento de angustia reportado al ingreso se traduce en mayores tasas de trastornos específicos (5). En cuanto a las tasas de prescripción, el número de personas que entran en el sistema federal que se les da la medicación psicotrópica se ha casi duplicado en los últimos diez años, a una tasa del 21% de los internos que reciben estos medicamentos en la cárcel 2008 (5).

El suicidio también ha aumentado a lo largo de los tiempos. A partir de 1996-1997 a 2009-2010, la tasa media anual de suicidio entre los reclusos federales canadienses estaba a punto 3.7 hasta 7.4 veces más alta que en la población general (5). Como grupo, los reclusos tienen mayores tasas de suicidios que su contraparte en la comunidad y existe evidencia de que las tasas están aumentando aún en los lugares donde el número de reclusos está disminuyendo (18).

Los detenidos en espera de juicio tienen una tasa de intentos suicidas de aproximadamente 7,5 veces y los presos sentenciados tienen una tasa casi 6 veces más alta que la de los hombres fuera de prisión en la población general (18).

Un punto en la prevalencia de los trastorno mentales en las penitenciarías es el relacionado al consumo de sustancias psicoactivas, el 27% de ellos admite consumir durante su encarcelamiento (10). Entre los reclusos con este problema se demostró que lo más frecuente fueron los trastornos por consumo de alcohol y cocaína y entre los trastorno inducidos por sustancias el más prevalente a lo largo de la vida fue el trastorno de ansiedad (16,1%), trastornos afectivos (15,8%) y trastorno psicótico (7,1%), estos reclusos además tenían una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (10).

Todos estos datos alarmantes nos hacen pensar que las enfermedades mentales son cada vez más comunes en las prisiones, pero esto no está tan claro si este aumento se debe a que la población penitenciaria está aumentando, o a que se están detectando de mejor manera enfermedades mentales en las prisiones o porque la prevalencia de las enfermedades mentales graves están aumentado.

Tres grandes estudios han examinado esta cuestión, Bradley-Engen y col. No encontraron aumento en la prevalencia de los trastornos mentales graves desde 1998-2006, aunque sí encontraron un aumento en la comorbilidad con abuso de sustancias (5). Sawyer y col. no encontraron diferencias en la prevalencia de los trastornos mentales en jóvenes detenidos en 2008- 2009, comparado con reportes de 10 años anteriores (5). Sin embargo, un estudio de hospitalizaciones psiquiátricas de los prisioneros demostró que el 2,6% de los presos tenían un diagnóstico de psicosis en 1984 -1985, mientras que el 6,5% tenía el diagnóstico en 1994-1995, también hubo un aumento significativo en el consumo de sustancias, pero las tasas de la depresión se mantuvieron estables (5).

En el Paraguay no se ha trabajado en el diagnóstico y clasificación de los internos de acuerdo a patologías mentales y trastornos de conducta, lo que dificulta el tratamiento y rehabilitación (16).

La atención sanitaria en las penitenciarias

Como se ha señalado en los párrafos anteriores, las personas privadas de su libertad, deben acceder a los servicios de salud como la población general. Contar con profesionales capacitados que ofrezcan un servicio de excelencia, recordando que mucha de esta población será la primera vez que entre en contacto con algún tipo de servicio de salud.

Desde el punto de vista preventivo, la consulta psiquiátrica en el medio penitenciario permite la detección precoz de alteraciones psíquicas, especialmente psicosis, trastornos del estado de ánimo, comorbilidad, que nos darán idea de su gravedad en el período más accesible a la terapia (19).

Los profesionales deberán proporcionar atención médica, desarrollar proyectos de educación para la salud, encaminar al recluso a su reinserción a la sociedad y estar controlar la posible aparición del síndrome de Burn-Out en el personal penitenciario. Hay pocos psiquiatras entrenados en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos en las penitenciarías y pocos médicos de otras especialidades que se sientan cómodos atendiendo a pacientes psiquiátricos. Esta atención requiere un profundo conocimiento de la clínica psiquiátrica, farmacología, y medio penitenciario. La atención de interconsulta por parte de un psiquiatra pretende, además de la tarea asistencial, formar al equipo médico de la prisión en esta difícil área de intervención y conseguir que se termine con la marginación del paciente psiquiátrico (19).

Las dificultades para acceder de manera libre a la atención médica se ve dificultada, porque los reclusos deben pasar primero por un vigilante, en muchos deben presentar por escrito su necesidad y el tiempo que transcurre entre su voluntad expresada y la realización de la consulta es mucho mayor en comparación con el exterior, salvo en casos de urgencia donde en la medida posible se realizan lo más rápido; la elección libre del médico se ve limitada a lo que ofrece el servicio de sanidad; tanto para las consultas como la realización de estudios no disponibles dentro de las cárceles el tiempo de espera supera al exterior (20).

En algunos centro penitenciarios las consultas se desarrollan a puertas abiertas o con las presencia de vigilantes, violando así el secreto profesional, quebranto leyes pero por sobre todo afectando la dignidad del individuo y al vínculo entre el médico y su paciente (20).

Si hay algo que claramente diferencia a la psiquiatría del resto de especialidades es el conocimiento de la intimidad del paciente, por ello al atender a la población reclusa debe tenerse muy claro la diferencia entre el papel que desempeñan el especialista clínico general y el evaluador forense. El psiquiatra que atiende al paciente es, y debe ser parcial respecto al mismo. Es la postura que debe adoptarse en el tratamiento, y con ella se fomenta la alianza terapéutica. Cuando se testifica ante un tribunal, es posible que el testimonio del psiquiatra obligue a revelar información, que aunque no sea legalmente privilegiada, sí sea para el paciente íntima y confidencial. Esta revelación por parte de un terapeuta de confianza produce un daña la relación terapéutica (19).

La asistencia en psiquiatría en las mayorías de las penitenciarías recae en el equipo de asistencia primaria y si hay un apoyo especializado, no existe coordinación entre ambos equipos, no cuentan con personal sanitario suficiente e idóneo para una detección precoz y manejo adecuado posterior de las patologías, muchas veces esto se relaciona con una inadecuada derivación, considerando muchas veces cualquier conducta inadaptada como síntoma de una enfermedad mental, tras la excarcelación una falta de coordinación entre el servicio de salud penitenciario y el servicio de salud mental comunitario, nula formación continuada de los servicio de salud de las prisiones en materia de salud mental o en otras materias, falta de recursos materiales y humanos en las prisiones para manejar casos psiquiátricos agudos ambulatorios, falta de recursos materiales y humanos en las urgencias de los servicios de salud fuera de las prisiones para manejar casos psiquiátricos agudos con criterios de internación que requieran medidas de seguridad propias de una prisión, falta de recursos materiales y humanos para manejar casos crónicos psiquiátricos en las prisiones (11).

Un estudio realizado en la prisión de Zaragoza, España demostró que el 50% del total de las consultas fueron por síntomas relacionados con problemas de salud mental y de estos la solicitud compulsiva de psicofármacos indican una medio de 18% observando la exigencia de la prescripción de dichos fármacos o a un aumento excesivo de las dosis, muchas veces sin necesidad alguna (11).

La derivación de casos por parte del equipo de asistencia primaria al psiquiatra consultor fue el 20,8% del total de la población reclusa, el motivo principal de la derivación fue en el 3% de los casos sintomatología psicótica positiva, 16 % de los casos sintomatología depresiva, 35% de los casos sintomatología ansiosa y en el 46% comportamiento desadaptado o incongruente; la sintomatología principal de estas derivaciones en el 37% de los casos se correspondió con un trastorno del estado de ánimo por depresión, asociado a trastornos por uso de sustancias psicoactivas, en el 23% trastorno de ansiedad asociado a trastornos por uso de sustancias psicoactivas, en el 10% trastorno del estado de ánimo, en el 7% trastornos por uso de sustancias psicoactivas, en el 7% trastorno de personalidad asociado a trastornos por uso de sustancias psicoactivas, en el 7% trastorno de ansiedad, en el 3% epilepsia, en el 3% psicosis y en el 3% no se encontró patología (11).

Muchas veces a pesar de contar disponibilidad de servicios de salud mental, los reclusos no optan por dicho servicio, debido a preocupaciones sobre la reputación y la confidencialidad, la experiencia previa o debido a la pobre conciencia de enfermedad que algunas enfermedades mentales graves generan.

Una encuesta realizada en Estados Unidos desde 2002 hasta 2004 mostró que un tercio de los presos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar no fueron tratados con medicación psicotrópica (5).

En términos de eficacia, una revisión reciente por Morgan y col. sugieren que las intervenciones para los delincuentes con enfermedades mentales reduce efectivamente los síntomas de malestar, mejora la capacidad de los delincuentes para hacer frente a sus problemas, y los resultados en la mejora de ajuste institucional y el funcionamiento conductual (5).

Muchos centros penitenciarios, cuentan con enfermerías que poseen camas, éstas están ocupadas casi en el 50% por internos a los que un trastorno mental les impide llevar una vida normal dentro de la prisión, así también toda la patología severa de la prisión se encuentra en el módulo de enfermería, siendo éste el lugar más terapéutico de la prisión; de estos ingresos llama la atención la alta proporción de procesos graves, como la psicosis, 15% de todos los ingresos (11).

Existe también una correlación estadísticamente significativa entre el ingreso directo en la enfermería procedente del juzgado y el tipo del trastorno mental que presenta el recluso, en el caso de sujetos diagnosticados de algún trastorno mental que además presentan un comportamiento difícil de controlar y/o presuntamente delictivo, se les ingresa directamente en la enfermería de la prisión al no existir un dispositivo sanitario adecuado que conjugue seguridad y asistencia médica especializada, esto se refuerza por el hecho de haber encontrado en, una correlación estadísticamente significativa entre el antecedente de enfermedad mental previa al ingreso en prisión y el ingreso directo en la enfermería del centro, procedente del juzgado, muchas veces estos no son los lugares más adecuados para estabilizar y tratar a este tipo de enfermos, porque no están destinadas a este fin, al carecen de personal adecuado, aunque sean la parte más sanitaria de las penitenciarías no dejan de ser parte de una cárcel, un lugar donde la seguridad y el orden priman ante la actividad curativa (11).

Características de la población a atender

El perfil del personas en las prisiones se observa baja escolarización, abandono, así como de la falta de un entorno contenedor, con pérdidas precoces (por separación o por muerte) de uno o ambos progenitores. El alcoholismo y la violencia suele ser una experiencia habitual en la infancia, tanto en casa como en las calles (19). La mayoría de ellos han cometido algún delito contra personas o propiedades y últimamente aumenta el número de los que llegan a la cárcel por delitos contra la salud pública. Muchos de los reclusos que habitan las prisiones ponen de relieve que la mayoría de ellos han tenido dificultades para controlar sus impulsos, padeciendo trastornos de la personalidad del Cluster B. Muchos de los reclusos han tenido también dificultades prolongadas para establecer relaciones permanentes. Tienden a desconfiar de la gente, a veces con razón, puesto que suelen provenir de ambientes en los que se recompensa poco la dependencia con los demás y el control de los propios impulsos. Una característica que llama la atención cuando se comienza a trabajar en el entorno carcelario es el empobrecimiento del lenguaje, la pérdida del vocabulario habitual que es sustituido por uno nuevo. El aislamiento socio-familiar que sufre la población carcelaria contribuye a esta progresiva y grave pérdida, con aparición del argot carcelario. Esto se transmite con facilidad, al personal de la prisión. Los profesionales de la salud debemos evitar cuidadosamente esta contaminación, para no contribuir aún más al aislamiento (19).

Los presos son estadísticamente más agresivos, que la población no reclusa. La impulsividad y el mal control emocional explican las reacciones violentas frente a la frustración. El manejo del interno que realiza un acto autoagresivo, debe ser cuidadosamente evaluado, pudiendo llegar a ser una manipulación para evitar su traslado a otra prisión o para motivar su ingreso hospitalario. Los gestos suicidas pueden interpretarse como autocastigos, como reacciones al estrés o como reacción contra un entorno que no facilita la comunicación, y que generalmente no responde a las demandas (19).

Características del medio penitenciario

La prisión constituye un entorno emocionalmente estresante y físicamente peligroso, que afecta la salud mental del personal penitenciario y a los presos. Las cárceles son estresantes, son entornos alterados donde los internos sufren inactividad, carencias afectivas con separación de sus grupos de apoyo, y la frustración de sus necesidades instintivas, además de la deshumanización que supone el encarcelamiento por sí mismo. A menudo el terapeuta está expuesto a actuar movido por sentimientos “negativos” que pueden afectar la relación con los

reclusos (19). Las personas que deciden trabajar en las prisiones a menudo están intrigadas por las historias de crímenes de los reclusos. Estos crímenes son acciones concretas que la mayoría de las personas se permiten sólo en la fantasía (19). El temor a la violencia es frecuente, pero lo más probable, afortunadamente, es que el recluso se inhiba en lugar de actuar, y si bien las fantasías de peligro son frecuentes, los ataques físicos al personal encargado de la salud mental son muy raros (19). Pocos psiquiatras siguen trabajando en la prisión a menos que la responsabilidad terapéutica y administrativa pase a sus manos o se sientan fuertemente apoyados por un programa que ponga de relieve su valor, su competencia y el respeto que merece, el psiquiatra general puede sentir en ocasiones que sus estrategias y opiniones son ignoradas. Los conflictos entre el psiquiatra y el equipo médico de la prisión mejoran con una buena comunicación y con un respeto y valoración mutuos (19).

Consecuencias somáticas de las prisiones sobre los reclusos

La cárcel es profundamente limitadora, no sólo para la mente y la vida social del preso sino también para su propio cuerpo. El ser humano, tanto a nivel mental como social y biológico, no está hecho para vivir en cautiverio. Las consecuencias somáticas sobre los reclusos, pueden ser:

Problemas sensoriales

Una de las primera consecuencias del encarcelamiento penitenciario sobre el recluso son las alteraciones sensoriales. El hacinamiento y el espacio reducido inciden profundamente en los sentidos, tanto de una manera física como psicológica.

- La visión: En primer lugar, en lo que se refiere a la visión, el recluso, a los pocos meses de ingresar en prisión experimenta lo que se denomina "ceguera de prisión", provocada por la permanente ruptura del espacio, la existencia de continuos impedimentos a la evasión, que no sólo impiden la fuga, sino también la visión a distancia. El recluso se encuentra continuamente con obstáculos a la propia visión donde sólo puede ver más allá de unos pocos centenares de metros. Esa configuración espacial produce frecuentes dolores de cabeza, así como incluso una deformación de la percepción visual, que hace que se pierdan formas e incluso colores. No se trata de alucinaciones sino de perturbaciones espaciales de la visión. La configuración arquitectónica provoca también grandes contrastes de iluminación. Los espacios interiores son sumamente oscuros, por lo que es necesaria permanentemente iluminación artificial que, en muchas prisiones, no es buena. En muchas prisiones la utilización de gafas oscuras suele ser frecuente, tanto por de la población penitenciaria como de los funcionarios, la razón es su utilidad. Además, la ceguera de prisión se convierte rápidamente en crónica, siendo necesaria la utilización de gafas para corregir la pérdida de visión (19).
  Otra característica de la prisión es el escaso contraste de colores. En las cárceles predominan fundamentalmente el gris y el marrón oscuro, colores que, unidos a la suciedad habitual, dan ese aspecto desagradable que caracteriza a las paredes y los suelos. Escasean otras gamas de colores, por eso, cuando algún recluso que sale de permiso o en libertad, uno de sus primeros deseos es salir al campo, para ver a distancia y "descansar la vista". Sin embargo, la falta de costumbre y el contraste de colores al que no está acostumbrado provoca que a menudo mareos (19).
- La audición: Cuando se prolonga el encarcelamiento, el preso suele acabar padeciendo problemas en el oído. El hacinamiento y la vida en un espacio permanentemente cerrado hacen que el nivel de ruido en las cárceles sea muy alto, aunque tampoco hay un contraste de ruidos, sino un rumor sordo y constante, que se ve incrementado porque la arquitectura penitenciaria hace que el sonido retumbe permanentemente (19).
- El gusto: Muchas veces la comida de la prisión no suele ser muy buena pero, sobre todo, es insípida. También eso es, al menos en parte, consecuencia del hacinamiento. No se puede hacer una comida refinada para un gran número de individuos, aunque también influye la escasez de la parte del presupuesto de las prisiones que llega al preso, en este caso en forma de alimentos (19).
- El olfato: En lo referente al olfato, la cárcel huele y casi todas huelen igual. Tiene un olor característico, del que se impregna el preso y todo el que pasa en ella un tiempo suficiente. Además, otra característica la limitación de los olores que percibe el individuo internado. Por eso, cuando el preso sale de la prisión también suele extrañarse ante la gran cantidad de olores nuevos que percibe y que, si el encarcelamiento ha sido prolongado, es posible que ni siquiera recuerde (19).

Alteraciones de la imagen personal

Las investigaciones sobre el ambiente penitenciario no suelen hacer hincapié en las alteraciones del esquema corporal que padece el preso, pero los estudios sobre el internamiento psiquiátrico sí. Un estudio sobre la perturbación de la percepción del espacio en pacientes mentales demostró que algunos de ellos llegaban a perder

la conciencia de los límites de sus propios cuerpos e incluso a confundirlos con los límites de su habitación. Algo similar ocurre en el contexto penitenciario, puede llegar a perder la imagen de su propio cuerpo y medir mal las distancias, tal vez, como en el caso de pacientes psiquiátricos, a causa de una confusión entre los límites del propio cuerpo y los del entorno. Esto suele pasar sobre todo en los presos que pasan una gran cantidad de tiempo encerrados en una estrecha celda y en encerrados en celdas de aislamiento (19).

La falta de cuidado personal es muy frecuente y que no sólo se debe únicamente a deficiencias en las instalaciones de las prisiones sino también a una pérdida de motivaciones para asearse. También, esa mala imagen que el preso tiene de sí mismo que ya arrastra desde antes, como una de las consecuencias del proceso de inadaptación social, pero que se acrecienta de una manera muy considerable en la prisión, también afecta al cuidado sanitario. Llega un momento en que hasta su propio cuerpo le es ajeno.

Agarrotamiento muscular (tensión muscular)

Esa tensión muscular, procedente de la tensión de la vida diaria en la prisión, en la que se mezcla desde la ansiedad con que se vive la cárcel hasta la sensación permanente de peligro y el miedo al futuro, a lo que se añade la escasez de movilidad y de práctica deportiva, se manifiesta en el padecimiento de frecuentes dolores en ciertas partes de su musculatura, sobre todo en la espalda y en el cuello. En este sentido, la actividad deportiva ha sido un aspecto importante de los programas de intervención que se están realizando en las prisiones. Además se desarrollan programas de entrenamiento en relajación.

Consecuencias psicosociales.

- Adaptación al entorno anormal de la prisión: Toda conducta tiene una finalidad adaptativa, esta se produce en un contexto y responde a las características de ese contexto, por eso una conducta adaptativa en un determinado ambiente no tiene por qué ser adaptativa en otro.
  Por lo tanto la adaptación a las prisiones supone la adopción de comportamientos adaptados a dicho contexto y muchas veces desadaptadas para la sociedad externa. Por eso en las cárceles muchas de las conductas consideradas adaptada para la sociedad externa son inadaptadas, ineficaces y aun peligrosas. En la cárcel el proceso de adaptación tiene consecuencias concretas:
- Exageración de las situaciones. Toda le vida del recluso gira en torno a la prisión y estructura a ella, llevándolo a que situaciones y cosas que en cualquier otro ambiente careciera de importancia en la prisión adquiere gran relevancia, esta es una de las causa de que acontecimientos insignificantes (observados desde fuera del contexto relacional), pueden terminar en situaciones conflictivas e incluso muy violentos (19).
- Autoafirmación agresiva o sumisión frente a institución. La institución penitenciaria es una estructura poderosa frente a la cual el propio recluso se ve a sí mismo como débil, debido a la características de la prisión, el recluso adoptará una autoafirmación agresiva, desarrollando una fuerte hostilidad hacia todo lo que tenga vinculación con la institución. Esto, sin embargo llevará a un endurecimiento del régimen penitenciario y consecuentemente a nuevas autoafirmaciones cada vez más agresivas (20).
  Pero no todos los individuos utilizan los mismos los mismos mecanismos de adaptación, los presos van adoptando diferentes mecanismos dependiendo de los sucesos ya desarrollados durante su vida y las posibilidades de encontrar refuerzos en la propia prisión dependiendo de cómo se incluya en el grupo de presos, que en algunos casos está relacionada con el tipo de delito.
  Así en las cárceles hay delitos prestigiados y delitos que denigran al autor y lo convierten en un marginado en propio contexto carcelario y sobre el cual puede recaer muchas agresiones. El profundo rechazo que suelen encontrar por parte de sus compañeros le obliga a utilizar como forma de supervivencia y, por tanto, de adaptación, la sumisión, es decir, el sometimiento prácticamente absoluto a la institución.
- Dominio o sumisión en las relaciones interpersonales. La autoafirmación agresiva no sólo se manifiesta frente a la institución, sino que también es un elemento importante a la hora de establecer relaciones interpersonales con otros reclusos. En un entorno violento todo se vuelve violento y quienes, por capacidad de liderazgo, por fortaleza física, porque "no tienen nada que perder", o por cualquier otra causa, están en condiciones de dominar a los demás, lo van a hacer.

Alteración de la sexualidad

También dentro de lo que implica la adaptación al entorno anormal de la prisión, la sexualidad merece una consideración especial dentro de las relaciones interpersonales y de poder que se establecen en el interior de la cárcel.

La pérdida de vinculaciones con el mundo exterior que se produce con la entrada en prisión las relaciones sexuales, además de escasas, van a tener que realizarse en el interior de la cárcel y, por tanto, van a estar matizadas por la estructuración de la vida penitenciaria, la relación sexual no se produce como resultado de un proceso de acercamiento afectivo entre dos personas, con un tiempo adecuado, con calma y ternura. Sólo dispone de un breve espacio de tiempo, promedio de una o dos horas y tal vez únicamente una vez al mes. Muchas veces, se ha de realizar en una sala casi siempre mal instalada.

En relación con la opción sexual en el contexto penitenciario, muchas veces no es una opción elegida libremente, sino impuesta por la realidad del recluso, se podría describir como sexualidad alternativa, sin tener que consolidarse más tarde ya en la libertad. No debemos olvidar que en la cárcel todo es susceptible de tráfico y de ser utilizado como mecanismo de control y dominación, por lo que suele ser frecuente que se establezcan redes de prostitución, que dejaran una marca profunda en quienes caigan en ellas ya sea por miedo o necesidad.

Ausencia de control sobre la propia vida

Y una vida así, en una prisión poderosa y violenta, con unas relaciones interpersonales jerarquizadas y centradas en la dominación, el recluso llega a perder el control sobre su vida.

A nivel institucional, depende por completa del régimen de la prisión, la capacidad de elección queda reducida a la mínima. No puede disponer de su tiempo ni el lugar donde desea estar, la institución es la quien decide donde va a estar y qué va a hacer, incluso si va a hacer algo, o simplemente nada.

Además de las dificultades inherentes al propio concepto de prisión, la percepción subjetiva que tiene el preso del funcionario, al margen de las características individuales de ese funcionario, dificulta profundamente sus posibilidades de intervención terapéutica, ya que todo terapeuta debe, en primer lugar, "ganarse al paciente".

Con las relaciones interpersonales, su conducta se va a ver fuertemente presionada por las relaciones de poder y en función del lugar que ocupe en las mismas (19).

Estado permanente de ansiedad

En las prisiones siempre la persona se siente en peligro, esto desarrolla en el recluso un estado permanente de ansiedad, que puede llegar a desarrollar trastornos relacionadas a la misma, como consecuencia su vida será cada vez más tensionada, aumentando con ello situaciones de riesgo, este ritmo de vida está relacionada con problemas relacionados con uso de sustancias psicoactivas en las prisiones.

Ausencia de expectativas de futuro

Si el recluso no puede controlar su presente, mucho menos puede planificar su futuro, de planificar su conducta en función de expectativas que no está en condiciones de establecer, todo esto podría dificultar el éxito de algún tipo de intervención recuperadora, si es que se plantea alguna vez.

Alteraciones de la afectividad

La desconfianza y la indiferencia afectiva son sanos mecanismos de defensa con los que el preso se defiende de las agresiones que recibe y, sobre todo, de la poderosa agresión que supone la cárcel. Para sobrevivir ha de encerrarse en sí mismo. Esa inafectividad es función del ambiente de la prisión, en los jóvenes, que aún no han tenido un largo proceso de prisionización, modificando el ambiente se modifica la conducta, y ello a pesar de que, la dureza emocional sea mayor (19).

Estas características afectivas, exclusivismo en la relación, necesidad de afecto, sensación de desamparo, muy profundamente ocultas en el preso, pero también profundamente asentadas, una vez que se logra romper la distancia es frecuente que aparezcan en la realización de los programas en forma de enamoramientos, lo que no es sino el resultado de su propio compromiso. Se trata sin duda de situaciones dolorosas, pero no de situaciones negativas, porque el que un preso, a veces con un largo periodo de encarcelamiento, sea aún capaz de amar, es un importante indicador de que aún está a tiempo de salir adelante. Eso, por supuesto, si el contexto anormalizador de la cárcel no logra destruirle definitivamente.

Estrategias utilizadas en la atención sanitaria de las penitenciarias

La propia OMS, la ONU, la Unión Europea y el Ministerio de Sanidad de España han editado recomendaciones generales para impulsar, coordinar y orientar los esfuerzos de las instituciones sanitarias públicas de manera que se garanticen en prisión, las mismas oportunidades de tratamiento que tienen los enfermos mentales fuera de los centros penitenciarios (6).

Algunas de las estrategias descriptas en los estudios analizados, describen como alternativa la contratación de psiquiatras consultores que acudan periódicamente a las prisiones, pero la eficacia de este modelo se da si existe un alto nivel de coordinación especialista-equipo de atención primaria penitenciaria (11).

Es necesario crear en las penitenciarías ambientes saludables, donde se puedan poner en marcha terapias específicas para la rehabilitación y autonomía de los enfermos, deben estar a disposición de los mismos y que no se conviertan en lugares donde agruparlos y estigmatizarlos, separándolos del resto de los internos de la prisión para que no interfieran en la vida "normal" de la prisión.

Luego de varios estudios publicados, como el caso del Reino Unido, sobre la morbilidad psiquiátrica en los internos de la prisiones de Inglaterra y Gales, el resultado fue la consecuencia del inicio del proceso de transferencia de la asistencia sanitaria dependiente del servicio de prisiones al sistema público de salud, debido a las denuncias de trato discriminatorio en el manejo que se daba a los reclusos con trastornos mentales en la prisión (6). Este tipo de estrategia podría ayudar a las personas que sufren estos trastornos en las prisiones.

Una revisión bibliográfica describe que para asegurar la equidad en la prestación asistencial, algunos autores, por una parte sostienen la necesidad de que sea la misma institución que presta la asistencia a las personas cuando están en libertad, la que la preste cuando están en prisión, lo que sin duda aseguraría un trato equivalente, por tanto se fomenta la trasferencia del personal asistencial desde la administración penitenciaria a la administración sanitaria de la comunidad como método ideal para asegurar la equidad en la prestación de este importante derecho (6). El equipo asistencial deben ser especializado, multidisciplinar y que ya trabajan con colectivos de exclusión y con cuadros complejos en la comunidad, para que actúen en el medio penitenciario, donde se combinan trastorno mental, que han evolucionado en el tiempo sin adecuado tratamiento o sin conciencia de enfermedad y casi en el 100% de estos enfermos hay asociado un problema de adicción a drogas (6).

Unidades de cuidados psiquiátricos especializados, también conocidos como centros de tratamiento residenciales, han sido identificadas como las mejores prácticas para hacer frente a las dificultades asociadas con la incorporación de los reclusos que necesitan servicios de salud mental (5). El propósito de estas unidades de atención especializada es permitir la observación adecuada de los internos con enfermedad mental grave y para estabilizar y la transición a la corriente principal prisión. Estas unidades han sido asociadas con la reducción de las crisis institucionales y problemas de gestión y mejoras en la calidad de vida de recluso (5).

Garantizar a los internos la detección de los trastornos mentales al ingreso, servicios de tratamiento de agudos y no agudos, asegurar el tratamiento farmacológico, los servicios para poblaciones especiales, tratamiento residencial para personas con enfermedades mentales graves, la observación crisis y la intervención (que puede tener lugar en las salas de psiquiatría en los hospitales locales), la hospitalización psiquiátrica, programas para satisfacer sus necesidades mientras esta bajo custodia, y la preparación para el lanzamiento y el compromiso con los servicios de salud mental de la comunidad en la liberación (5).

La preparación para la libertad y el compromiso con el seguimiento son esenciales. En una revisión sistemática, Fazel y Yu encontraron que las personas con enfermedad mental grave tienen un riesgo más alto de reincidencia y señalando que las mejoras en el tratamiento y manejo, mientras están privados de su libertad y después de la liberación tienen el potencial de tener un impacto positivo en la salud pública (5). A la liberación es bueno el seguimiento de estas personas con trastornos mentales graves por el equipo de salud en la comunidad.

Es necesaria el entendimiento y la coordinación entre las administraciones, la de justicia, la administración socio-asistencial, la penitenciaria, junto a la obligación de atender el punto de vista del usuario, en este caso las personas privadas de libertad y de la sociedad (6).

Desarrollar campañas de sensibilización social dirigida tanto a la opinión pública, como a los profesionales, socio-sanitarios y a los actores judiciales, que contrarreste la doble estigmatización que sufren los enfermos

mentales que están sometidos a un proceso judicial, estigma responsable en parte, de que se piense primero en estas personas como en delincuentes, más que como enfermos, lo que les discrimina gravemente a la hora de acceder a los tratamientos rehabilitadores que necesitan (6).

Resolver las controversias y dilemas éticos y legales que determinan la actuación clínica en casos concretos, como por ejemplo, las condiciones de aplicación del tratamiento en contra de la voluntad del enfermo, los protocolos de traslado urgente desde los lugares de detención y custodia del enfermo mental, como las comisarías o los centros penitenciarios, a recursos socio-asistenciales, tanto para diagnóstico de un cuadro agudo como para la derivación y seguimiento una vez que el paciente sale del sistema penitenciario (6).

Es importante establecer programas de formación continua, tanto de los funcionarios de vigilancia, como de los profesionales dedicados a la intervención terapéutica en las prisiones. La mejora de sus capacidades les permitirá tomar conciencia de la situación de estos enfermos en el medio penitenciario y de la influencia que todos los trabajadores penitenciarios tienen en la creación de ambientes terapéuticos en prisión y así facilitará su labor para evitar el estigma y la discriminación con estos enfermos en prisión (5, 6).

En nuestro país además de las demás estrategias urge la creación de la Ley de Salud Mental y Prevención-Rehabilitación de Adicciones que no solo se implementa en los penales sino también en los barrios marginales desde donde llegan la mayoría de nuestros internos (16).

DISCUSIÓN

No existen mucha bibliografía y estudios epidemiológicos realizados en la población reclusa puede deberse a limitaciones metodológicas relacionadas con el tamaño y heterogeneidad de las muestras (selección de la población que fueron referidos a los servicios de psiquiatría) y de los instrumentos de evaluación utilizados (17). Por la dificultad de extrapolar datos obtenidos de un país a otro debido a las diferencias en cuanto a población reclusa, características de los sistemas penitenciarios y a las leyes (10).

La población penitenciaria va en aumento y con ella aumenta, el hacinamiento y la masificación. La alta prevalencia de los trastornos mentales se puede evidenciar en las bibliografías revisadas, según estudios realizado en España la prevalencia de enfermedad mental en la población reclusa es 5 veces más alta en comparación de la población general, otros estudios hablan de un prevalencia de 45,9% de trastornos mentales (10), en Noruega 35% de internos con algún tipo de trastorno mental, en Grecia 78% internos con algún tipo de patología mental (11).

Se encuentra entre 4 a 6 veces más probabilidad de padecer un trastorno psicótico o depresión grave que la población en general y alrededor de 10 veces más probabilidad de ser diagnosticado con un trastorno antisocial de la personalidad (10), y se observó en mujeres un 25% de prevalencia de trastorno límite de la personalidad. El suicidio también ha aumentado a lo largo de los tiempos. A partir de 1996-1997 a 2009-2010, la tasa media anual de suicidio entre los reclusos federales canadienses estaba a punto 3.7 hasta 7.4 veces más alta que en la población genera (5). Y con relación al consumo de sustancias psicoactivas, el consumo habitual antes del ingreso a la prisión se encuentra entre 30% y 50%, una vez en las prisiones el 27 % de ellos admite consumir durante su encarcelamiento (10).

La mayoría de los estudios plantea este aumento en las prevalencias aunque las causas no estén claras, si este aumento se debe a que la población penitenciaria está aumentando, o a que se están detectando de mejor manera enfermedades mentales en las prisiones o porque la prevalencia de las enfermedades mentales graves están aumentando.

Una de los estudios arrojo un resultado distinto, no se encontró el aumento de las tasas de psicosis y depresión con el tiempo, se plantean que esto podría deberse a las mejoras en la atención en la salud mental en las prisiones, al aumento de las derivaciones de los delincuentes de las prisiones a los hospitales o mejoras en la calidad de vida dentro de las prisiones, pero aun las razones no están claras (1). También al papel de las organizaciones internacionales, en las últimas dos décadas, en la mejora de la salud penitenciaria también podría haber influenciado (1).

En el Paraguay se realizó en 2013 un censo en la población penitenciaria, que fueron censados 9.413 internos, repartidos a su vez en 14 penitenciarías y 2 granjas de reinserción social (3), hasta el momento no se cuenta con trabajos de investigación sobre salud mental en las penitenciarías y no se trabajado en el diagnóstico y

clasificación de los internos de acuerdo a patologías mentales y trastornos de conducta, lo que dificulta el tratamiento y rehabilitación (16).

En las penitenciarías se dificultad en demasía el acceso de manera libre a la atención médica, los reclusos deben pasar primero por un vigilante, en muchos deben presentar por escrito su necesidad y el tiempo que transcurre entre su voluntad expresada y la realización de la consulta es mucho mayor en comparación con el exterior, salvo contados casos de urgencia; la elección libre del médico se ve limitada a lo que ofrece el servicio de sanidad; tanto para las consultas como la realización de estudios no disponibles dentro de las cárceles el tiempo de espera supera al exterior (20). Las consultas se desarrollan a puertas abiertas o con las presencia de vigilantes, violando así el secreto profesional, quebranto leyes pero por sobre todo afectando la dignidad del individuo y al vínculo entre el médico y su paciente (20).

A todo esto debemos sumar que las cárceles son limitadoras, no sólo para la mente y la vida social del preso sino también para su propio cuerpo. El ser humano, tanto a nivel mental como social y biológico, no está hecho para vivir en cautiverio y trae consigo consecuencias somáticas y psico-sociales (19).

Organizaciones internacionales recomiendan implementar medidas generales para impulsar, coordinar y orientar los esfuerzos de las instituciones sanitarias públicas de manera que se garanticen en prisión, las mismas oportunidades de tratamiento que tienen los enfermos mentales fuera de los centros penitenciarios (6).

Existen diversas estrategias que pueden implementarse, pero la experiencia demuestra todo es útil si existe un alto nivel de coordinación especialista-equipo de atención primaria penitenciario (11).

CONCLUSIÓN

"Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano."

Organización Mundial de la Salud, 2003

Nuestro país como el resto del mundo no escapa de la problemática de la atención en salud mental en las penitenciarías, pero lo más preocupante es la falta de estadísticas significativas para poder implementar las estrategias en dichos servicios.

Las prisiones tienen una misión rehabilitadora, debería ser un dispositivo con capacidad de reinserción bio-psico-social de los reclusos. Son centros de gran importancia dentro de las estructuras sanitarias públicas, donde se podrían diagnosticar patologías y conductas disruptivas en personas con un importante componente de marginación y que no accederían a otros dispositivos sanitarios en sus comunidades o lo harían de un modo deficiente.

El ser curado, elegir a su médico y mantener con él una relación de confianza así como beneficiarse de las últimas técnicas que han demostrado eficacia en materia de curación son un derecho.

Los servicios de salud en las penitenciarías deberían ofrecer una asistencia especializada en salud mental y deberían formar parte de la red de asistencia de salud mental comunitaria que garantice un tratamiento integral de esta población de riesgo.

Es necesario el compromiso de las autoridades responsables, de los profesionales de salud y de toda la sociedad, para así brindar apoyo a esta población que no debería presentar limitaciones a los servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Fazel S, Seewal K. Severe mental illnes in 33588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regresión analysis. The British Journal of Psychiatry 2012; 200:364-373.
2. Castejón M, Pallarrs J, López J. Las personas con trastornos mentales graves en el ámbito penal y penitenciario. Situación actual y propuestas de intervención psicosocial. Fundación manantial. Madrid 2010.
3. http://ministeriodejusticia.gov.py/dercenso.php

4. Arroyo J. Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Union europea. Rev Esp Sanid Penit 2001; 3: 77-89.
5. Simpson A, McMaster j, Cohen S. Challenges for Canada in Meeting the Needs of Persons with Serious Mental Illness in Prison. J Am Acad Psychiatry Law 41:501–9, 2013.
6. Arroyo J. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 100-111.
7. Ramos J. Mental Health care in different fields within the criminal enforcement system: What model do we need? Rev Esp Sanid Penit 2012; 14: 38-40 Editorial.
8. https://jnusa2001.wordpress.com/2014/03/28/ee-uu-seis-millones-de-personas-recluidas-en-las-carceles-todo-un-record/
9. Herrera R. salud mental y prisiones. Rev Esp Sanid Penit 2000; 2: 138-140.
10. Vicens E, Tort V, Dueñas R y col. Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (estudio PRECA). Barcelona, 2011.
11. Arroyo J, OrtegaE. Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión. Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005). Rev Esp Sanid Penit 2007; 9:11-20.
12. Torales J. "Derecho a la Salud en el Paraguay". Asunción, 2007. (www.cej.org.py)
13. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training11Add3sp.pdf.
14. Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina. 2010
15. Constitución Nacional Paraguaya.
16. http://ministeriodejusticia.gov.py/politicasplanes.php
17. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002; 359: 545-550.
18. Prevención del Suicidio. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. OMS. Ginebra, 2007.
19. Figuerido J. Interconsulta psiquiátrica penitenciaria: diagnóstico diferencial y tratamiento del paciente preso. Foro sobre justicia social y penal. País Vasco, 2003.
20. Durand E. La reforma de la atención médica en el ámbito penitenciario: situación tras cinco años de aplicación. Rev Esp Sanid Penit 2000; 2: 99-104.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA.
[PSYCHIATRY'S HISTORY].

Christian Hermida[1].

1. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría Clínica por la Universidad Nacional de Asunción.

Autora correspondiente:
Dr. Christian Hermida
Asunción – Paraguay
hermidachristian@gmail.com

Tesis presentada para optar al título de Especialista en Psiquiatría Clínica de la Universidad Nacional de Asunción. Aprobada Diciembre 2014.

Manuscrito recibido: 2 de diciembre de 2015.
Manuscrito aceptado: 7 de diciembre de 2015.

Cómo citar este artículo: Hermida C. Historia de la Psiquiatría 2015; 3(2): 47-55.

INTRODUCCIÓN

La historia es un conjunto de saberes imprescindibles que hace falta conocer para preparar el estudio de una materia, ciencia o disciplina. La historia de la medicina y de manera particular la historia de la psiquiatría sirve como instrumento de reflexión para entender las teorías y prácticas que hoy día, son aceptadas, discutidas o simplemente consensuadas por la comunidad científica internacional. Dicho de otra manera tiene un reconocido papel como herramienta epistemológica.

Podemos citar varios autores que hacen referencia a esto: Henry Sigerist "La historia de la medicina nos enseña de dónde venimos, en donde nos encontramos en medicina en este momento y hacia donde nos dirigimos. Es la brújula que nos guía hacia el futuro" (1), Rafael Huerta propone "existe una necesidad epistemológica de que el psiquiatra acceda a niveles de explicación teórica en un marco conceptual, que forzosamente, debe tener en cuenta el paso del tiempo" (2).

Hablar sobre la historia de la psiquiatría plantea varias dificultades, primero su sujeto material de estudio, es decir el enfermo mental, sufrió idas y venidas en cuanto a su concepto. Por otro lado la forma de estudiar a ese sujeto material tampoco tuvo nunca un paradigma único. Esto nos lleva a decir que la psiquiatría está constituida por la respuesta a dos preguntas ¿qué entendemos por locura? y ¿qué hacemos con ella? Los intentos de respuesta a estas preguntas determinaron la forma de actuar de la sociedad sobre los enfermemos mentales. Y como muchas veces es difícil definir lo que es enfermedad mental, cada accionar fue variando a través de distintitas culturas y tiempos.

Esto que se propone como problema para definir la historia y el concepto de psiquiatría se ve plasmado por diferentes autores, uno de ellos "La Psiquiatría, rama de la ciencia médica cuyo objeto es la enfermedad mental, ha podido constituirse solamente en la medida en que la noción de enfermedad mental se ha delimitado con suficiente claridad" Henry Ey (3), otro autor dice "El problema central de la psiquiatría contemporánea es entender y resumir la confusa variedad de modos con los que conceptualizamos los orígenes, la naturaleza y el tratamiento de las enfermedades mentales" (4).

Quizás realizar un recuentro cronológico de los hechos no sirva de mucho para entender la historia de la psiquiatría, y sirva más tratar de contextualizar los hechos históricos, para poder entender como esos hechos históricos colaboraron para lo que hoy entendemos como psiquiatría.

Los diferentes autores consultados inician su relato desde épocas diferentes, esto también complica a la hora de hacer una revisión sobre la historia de la psiquiatría, ejemplo de ello es que González de Rivera propone que los orígenes de la psiquiatría pueden rastrearse hasta los mismos albores del pensamiento, desde donde

progresa con profundas ramificaciones y desgajamientos en la religión, la filosofía, la psicología y la medicina (5), y para otros autores la historia de la psiquiatría se inicia recién en la Ilustración, donde la racionalidad es tomada como elemento básico de salud y la locura es una forma de irracionalidad.

Esta presentación nos permite entender que el devenir de la historia de la psiquiatría está siempre marcado por lo que se entiende por enfermedad mental o por locura.

OBJETIVOS

Objetivo general
Realizar una revisión bibliográfica sobre la Historia de la psiquiatría

Objetivos específicos
1. Conocer como el concepto de enfermedad mental cambió a lo largo de la historia.
2. Entender como las diferentes épocas aportaron para la construcción actual de la psiquiatría como especialidad.
3. Conocer los mayores referentes de la psiquiatría como especialidad.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio
Para la recopilación bibliográfica, se han utilizado bases de datos en buscadores, Google y Scielo, seleccionando los de mayor interés. También se utilizaron fragmentos de textos en las áreas de Historia de la Medicina, Historia de la Psiquiatría, Psiquiatría, Psicopatología, Psicología. Palabras Claves: Historia, Psiquiatría, Edad Antigua, Edad Grecorromana, Edad Media, Renacimiento, Ilustración.

MARCO TEÓRICO

Edad antigua
Los pueblos que constituyeron la humanidad entre los años 10.000 y 5.000 a.C. deben ser divididos en 2 grandes grupos: los que siguieron progresando hasta construir las grandes culturas arcaicas y antiguas; y aquellos otros cuyo progreso fue mínimo o casi nulo. Estos últimos, quedaron prácticamente estancados en formas y niveles históricos, unos para extinguirse, otros para ser colonizados o conquistados por otros seres humanos en fechas diversas. A estos se los suele englobar bajo la denominación de pueblos primitivos (6). Algunos de estos pueblos primitivos forman parte de nuestra actualidad.

Entre los pueblos primitivos el concepto de enfermedad era o es mágico, misterioso y animista. Frederic Clements en 1932 tras un análisis etnológico de la enfermedad entre los pueblos primitivos distingue cinco formas principales de interpretación de la enfermedad: el hechizo nocivo, la infracción de un tabú, la penetración mágica de un objeto al cuerpo, la posesión por espíritus malignos y la pérdida del alma.

Este concepto mágico de la enfermedad también se pone de manifiesto en su forma de tratarla, donde lo importante en el tratamiento no es la naturaleza del medicamento, si no como, quien y donde se lo emplea. Realizado por medio de rituales, por un hechicero con poder de influir en quien este predispuesto, podríamos decir que este tratamiento es en realidad un poderoso instrumento de intervención psicológico (5).

Lo expuesto nos lleva a decir que psiquiatría, medicina y religión parecen difícil de distinguir en este primer periodo.

La psiquiatría grecorromana
Para hablar de una historia de la psiquiatría grecorromana debemos mencionar las ideas médicas acerca de la patogénesis de la locura como enfermedad, puesto que no existía el concepto de psiquiatría como especialidad. Situamos a este periodo entre los siglos VII a.C. y V d.C.

En un punto reducido en el tiempo y en el espacio, aparece en gran número de hombres la mentalidad científica, cuyo deseo es conocer las normas que regulan el funcionamiento de la naturaleza. Esto llevó, entre otras cosas, al desarrollo de la teoría de los cuatro humores y a la identificación del cerebro como órgano responsable de anomalías del comportamiento (5). Esto se menciona en el escrito atribuido a Hipócrates (460 – 377 a.C.) *Sobre la enfermedad sagrada* en su capítulo XVII (7):

Los hombres deben saber que los placeres, las alegrías, las risas y las diversiones así como también las penas, los descontentos y las quejas no provienen sino del cerebro… Por medio de él, también deliramos, enloquecemos, sufrimos la presencia de pesadillas…

Para contrastar, es importante señalar que anterior a esto el autor de la Ilíada y la Odisea (siglo VIII a.C.) hace referencia a que la vida del individuo perdura mientras permanecen en su cuerpo el alma (psykhé) o el ánimo (thymós), y en ese entonces se considera asiento del alma (psyhhé) al conjunto unitario del diafragma, el pericardio y el corazón, región llamada phrenes. Esta idea de que el phrenes sea la sede del psiquismo surge por la peculiar sensación somática a que dan lugar las emociones (6). Inclusive esto arraigado en nuestros días.

En las distintas escuelas de la antigüedad clásica, la dogmática, la metodista, la neumática y el eclecticismo, no existe una dicotomía entre enfermedades somáticas y enfermedades psíquicas, todas son enfermedades físicas, la diferencia estriba en el sitio donde se produce el trastorno (7). Que en el caso que nos atañe sería el cerebro, como se menciona anteriormente.

Pero algunas de las enfermedades descriptas son particulares, pues ejercen efectos considerables y característicos sobre el alma, el espíritu y el carácter, lo mismo que en los comportamientos. Cuatro de estas entidades descriptas son importantes a causa de su papel en el nacimiento de una psiquiatría autónoma, son, la frenesis o frenitis, la letargia, la manía y la melancolía. Los dos primeros términos ya no se usan, pues describen básicamente procesos tóxicos del cuerpo con síntomas psiquiátricos y no son enfermedades propiamente psiquiátricas. La manía y la melancolía, son términos utilizados hasta estos días, pero el significado cambió con el paso del tiempo.

La frenesis y la letargia son locuras agudas con fiebre, una con estado de excitación (frenesis), y la otra con estado de abatimiento profundo (letargia) (7). Probablemente el equivalente a lo que hoy día conocemos como delirium o síndrome confusional.

La manía y la melancolía son locuras crónicas, sin fiebre, la manía, con excitación, y la melancolía con abatimiento (7). La melancolía engloba aparentemente, todas las enfermedades mentales crónicas, no solamente la depresión, sino también las demencias y las psicosis crónicas no agitadas. La manía era considerada en los comienzos del pensamiento médico, más como un síntoma, que como una enfermedad, nombraban así a los cuadros de agitación y de delirio (7).

Hipócrates y Galeno (131 – 201) quizás sean los mayores referentes de esta época. La revolución hipocrática consiste en la aplicación del pensamiento racional a la medicina y en la introducción de las primeras clasificaciones de la enfermedad. De Galeno cabe destacar las tres subdivisiones en el alma: la racional, la irracional o irascible, responsable de los sentimientos, y la concupiscible o buscadora estricta del placer, la salud dependería del correcto equilibrio entre estas tres secciones, admitiendo la posibilidad de errores de juicio (parte racional) debidos a exaltaciones en el afecto (parte irracional) (5). Esta teoría de Galeno da pie a pensadores posteriores.

En general lo positivo de esta época consiste en la introducción del pensamiento racional en la medicina, como ya fue resaltado anteriormente, con la búsqueda de teorías patogenéticas, que si bien son básicamente especulativas, da inicio a lo que podrá llamarse modelo organicista (5). Y en lo particular a la psiquiatría lo positivo, el haber arrebatado a la magia, a los sacerdotes, a los charlatanes, al odio y al desprecio, a una primera hornada de enfermos mentales; es el haberlos observado y clasificado; es el haber tratado de curarlos, a veces con cierta brutalidad que, por lo demás era propia de la medicina en general, jamás con maldad, a veces con una suerte de ternura humana y gran optimismo (7).

Edad media

La edad media es el periodo comprendido entre el siglo V y el siglo XV. Podríamos decir que son pocas las referencias sobre esta época, donde existen posturas bien diferentes con referencia a las enfermedades mentales. Algunos afirman que la medicina medieval ha sido maltratada y que de mala manera se propone la asimilación entre locura y posesión (7). Otros proponen, que la medicina, y con ella la psiquiatría, sufrió por el desinterés de la mente medieval en la naturaleza, y que el dogmatismo eclesiástico impedía todo ejercicio autónomo del raciocinio (5).

Si bien la Edad Media y por sobre todo un periodo que los historiadores llaman Alta Edad Media (Siglo V hasta el siglo X), el Occidente Cristiano conserva la herencia antigua, por medio de autores de la época romana,

como Celso, Celio Aureliano o Casio Felix. Son los árabes los que generan un impulso para un despertar intelectual de Occidente, entre ellos, Avicena (980 – 1037), Avenzoar (1113 – 1161) y Averroes (1112 – 1198) (5, 7).

La patología medieval árabe y latina se funda en la distinción entre trastornos generales o fiebre y afecciones que tienen un asiento en una parte específica del cuerpo. Muchos de los trastornos mentales se cuentan entre las enfermedades de la cabeza, cerca de la jaqueca o de las heridas de cráneo. Podemos citar tres grupos principales dado por el autor Avicena: los apostemas o inflamaciones de una parte del cerebro, como la frenesís o la letargia; las afecciones que traen consigo una perturbación de los sentidos, entre los que cabe contar la alienación del espíritu o confusión de la razón, la estupidez o reducción de la razón, la corrupción de la memoria, la corrupción de la imaginación, y luego la manía, la melancolía, la licantropía y el amor; y las afecciones que traen consigo una perturbación del movimiento (7).

La fisiología medieval, habla sobre que los principales constituyentes del cuerpo son los humores, los miembros (todas las partes sólidas), las complexiones y los espíritus. Las complexiones caracterizan el temperamento de un individuo, y los espíritus (natural, vital y animal) son los portadores de las fuerzas o virtudes, estos espíritus tienen su sede en los tres ventrículos cerebrales (anterior, mediano y posterior). Las complexiones y los espíritus son eficaces para la explicación de los fenómenos psicológicos, que intentan revelar las causas de los trastornos (7).

En el siglo XIII llega a escena Santo Tomás de Aquino (1225 – 1274), que intenta dar cuenta y razón de lo que podría ser comprendido por la razón en la fe y de lo que la fe puede entender en la razón. Tuvo la capacidad de reconciliar el naturalismo con el dualismo cuerpo y alma promocionado por los padres de la iglesia. Haciendo esta conciliación biológicamente aceptable (5).

La teología tomista no debiera considerarse una elaboración dogmática, sino la exploración de la conducta humana para descubrir su dinámica propia, fundada en la razón. Debe entenderse más como una psicología de las facultades racionales y sensitivas de Santo Tomás. Básicamente la explicación que da Santo Tomás al dualismo cuerpo-alma, propone que el individuo es la unión de dos grados de realización del ser. El engendramiento material es el primero, donde aparece el animus, que organiza el cuerpo, las facultades sensoriales, sensitivas y motrices y las adapta a las condiciones de vida terrestre, se relaciona con las pasiones o la satisfacción inmediata. Por otro lado aparece el ánima (alma espiritual), creado directamente por Dios. El ánima es la sede de la razón, hecha de inteligencia y voluntad. Entonces propone una tensión entre el animus (pasiones, satisfacción inmediata) y el ánima, a la que siempre dejan insatisfecha los bienes limitados (7).

Entre las enfermedades que pueden considerarse mentales, Santo Tomas propone Amentes, Insania, que tienen que ver con la pérdida del ejercicio de la razón (anima), la Estulticia o debilidad mental, la epilepsia, la frenesís, la letargia, la manía, la melancolía (5, 7).

En la sociedad medieval la enfermedad mental se percibe de manera compleja y ambivalente, no es del todo cierto la creencia que en esta época se asemeja locura con posesión diabólica en una condena sin apelación. El cuidado recae en la parentela, las ciudades expulsan a los locos que no son propios, escoltados hasta su ciudad de origen o a lugares más acogedores. Son tolerados, pero también se les mantiene a distancia con risas y burlas. Numerosas incapacidades jurídicas se le impone al loco, principalmente desde el siglo XIV, no puede disponer de sus bienes, de los que se encargarán sus parientes o un tutor, no puede realizar contratos, etc. También la encarcelación de un alienado era posible a petición de un pariente, en caso de furiosos o frenéticos, pero sin ninguna finalidad terapéutica (7).

En cuanto a la terapéutica se propone las peregrinaciones terapéuticas y la invocación a los santos curadores. A cada enfermedad, a cada parte del cuerpo le corresponde un santo curador (5, 7).

Renacimiento

Renacimiento es el nombre dado a un amplio movimiento cultural que se produjo en Europa Occidental durante los siglos XV y XVI. Toma de la anterior era algunas de sus ideas y las potencia, terminan por gestarse las actitudes nuevas respecto de la locura.

Es una época de profundas contradicciones. Por un lado probablemente la intolerancia religiosa fue más virulenta en esta era, ejemplo de esto es el texto de los monjes dominicos Johann Sprenger y Heinrich Kramer, el "Malleus Maléficarun" (1486), un detallado manual sobre brujería, en el que se instruye sobre los signos y síntomas cuya presencia es patognomónica de afiliación demoniaca (5). Y por otro lado se observan señales

de una profunda compasión hacia los desdichados enfermos, esto se evidencia con la creación de numerosas instituciones para enfermos mentales, llega a fundarse el primer hospital psiquiátrico del mundo Occidental, en la ciudad de Valencia, fundado en 1409 por Fray Gilabert Jofre (1350 – 1417). La atención de estos centros llegó a ser de excelente calidad, muy diferente a los fundados en los siglos XVII y XVIII (5). Algunos historiadores proponen este hecho como la primera revolución de la psiquiatría.

En esta era aparecieron algunos personajes que marcaron el inicio de la psiquiatría, sin bien es necesario remarcar que para muchos el inicio de la psiquiatría como especialidad no se da hasta la era de la Ilustración. Entre los destacados citamos a Juan Luis Vives (1492 – 1540), considerado por algunos padre de la psiquiatría dinámica; Juan de Dios Huerte (1529 – 1588); Theophrastus Bombast von Hohenheim más conocido como Paracelso (1493 – 1541); Johan Weyer (1515 – 1588).

Vives con su tratado *De Anima el Vita*, describe aspecto sobre las asociaciones psicológicas, la relación entre cognición y emociones, el papel del instinto y la ambivalencia de los afectos hacia determinadas personas, y no pudiendo dejarse de mencionar el papel humanista que desempeño el citado (8).

Huerte con su libro *Examen de los Ingenios para las Ciencias* que es considerado el primer tratado de psicología médica, en él se establece una teoría de la personalidad, una tipología psicológica basada en conceptos fisiológicos, y su posible aplicación a pedagogía y sociología (5).

Weyer es autor de *De Praestigis Daemaniun* (1563), resuelto oponente de la caza de brujas, en su obra identificó a hechiceros y posesos como enfermos mentales y patrocinó que los tratara en primer lugar un médico y no un sacerdote. Incluso proponía que algunas de las alteraciones de las hechiceras podrían deberse a efectos del empleo de ungüentos de belladona, a excepción de lo último, su libro no implica que no creyera en el diablo o en la magia negra, si no que no podía concebir que el diablo o el ser humano sobrepasara el poder de Dios 5,8. Considerado por algunos padre de la psiquiatría moderna (9).

Paracelso, fue sin duda el médico más célebre de su tiempo, rechaza la demonología, advierte sobre el fundamento natural de las enfermedades tanto físicas como las que afectan el ejercicio correcto de la razón o de las emociones. Desarrollo un sistema de psicoterapia basado en la sugestión, en el razonamiento y en lo que hoy día llamaríamos apoyo (5, 8).

Thomas Syndenham (1624 – 1689), describió en detalle los síntomas de la histeria, observando que afecta tanto a mujeres como a hombres (5).

A modo de conclusión esta época con contradicciones, se caracteriza por el retorno de la observación a la naturaleza, principalmente en su última parte.

Ilustración

La Ilustración es un movimiento cultural e intelectual complejo, que tuvo formulaciones diferentes en los distintos países, se dio principalmente en Inglaterra y Francia, desde finales del siglo XVII hasta los primeros años del siglo XIX. En esta época destaca la idea optimista del poder de la razón, y ve en el dominio de la naturaleza la tarea fundamental del hombre.

Para muchos autores, la psiquiatría como especialidad nace en esta época, específicamente finales del siglo XVII. Esto se da no gracias a logros puramente médicos, sino a la filosofía de la Ilustración. Uno de los papeles de la Ilustración fue la de eliminar la idea de la posesión demoniaca definitivamente, la cual queda enmarcada dentro de la superstición (8). Otro aspecto importante es el desarrollo que tuvo la psicología, principalmente gracias a los pensadores de la época como dijimos anteriormente.

Es necesario destacar al principio de este periodo a René Descartes (1596 – 1650); Baruch Spinoza (1632 – 1677) y Gottfried Leibnitz (1646 – 1716).

Descartes, en lo que importa a nuestra tarea, se preocupó en alcanzar los principios de las cosas, propuso la interacción entre el alma, sustancia inmaterial, y el cuerpo, el cual tiene una sustancia física bien definida y localizada en el espacio. Esta interacción decía se daba atreves de la glándula pineal que consideraba asiento del alma y esta actuaría transmitiendo los impulsos hacia el cuerpo. Hablaba de que el comportamiento animal era puramente mecánico, esto explicaba solo alguno de los comportamientos del hombre, otros actos más complejos se daban por la interacción antes descripta (5). Otro aporte significativo fue la descripción de las

emociones o pasiones, propone que son 6 las principales y que las demás son especies de estas principales (expectación, amor, odio, deseo, alegría y tristeza) (9).

Spinoza al contrario de Descartes consideraba la mente y el cuerpo como aspecto de una misma realidad, llevándonos a la fusión entre fisiología y psicología. Para el, las emociones y los motivos de los humanos los considera como profundamente irracionales, operando a menudo a partir del inconsciente.

Leibnitz quedó a mitad de camino de los dos anteriores, por un lado al igual que Spinoza le costaba aceptar el alma inmaterial, pero tomaba lo de Descartes, el dualismo, pero eliminó el concepto de interacción que proponía este último. El alma lleva a cabo sus actos sin relación directa alguna con el cuerpo.

Aparece también en esta época el empirismo inglés, con su principal propulsor Francis Bacon (1561 – 1626), desarrolló las ideas acerca de la observación paciente de la realidad, recogida de datos, hasta poder en última instancia conseguir una generalización que refleja las leyes de la naturaleza, a través de una progresiva inducción.

Bacon, Hobbes, Locke, Hume deben ser considerados los creadores de la psicología moderna, y bajo sus influencias se establecieron las bases de la concepción de la locura como un trastorno psicológico, y las bases de lo que se llamó facultades morales, alteraciones que tienen su origen en el interior del hombre y que deben ser controladas. Esto estableció las bases de lo que será el "tratamiento moral", un modelo fundamental en el desarrollo de las concepciones sobre locura, su tratamiento y la organización asistencial (9).

Otro pensador importante es Williams Battie (1704 – 1776), para él existía una "locura original" que surge del interior del hombre, y una "locura secundaria", en la que la perturbación viene de afuera por circunstancias reales o morales que deben ser eliminadas, porque si no son eliminadas se pueden arraigar y se comporta como una segunda naturaleza. Podemos decir que este pensamiento sirvió para orientar la psiquiatría hacia una ciencia moral (9).

Se desarrolla el tratamiento moral, Battie propone una serie de medidas, como por ejemplo el alejamiento de las relaciones sociales y la supresión de objetos excitantes, y advierte la necesidad de dominar las pasiones, lo que puede conseguirse con el empleo de narcóticos o el uso de las pasiones contrarias, alegría – tristeza por ejemplo.

Estos conceptos posiblemente son la base para la creación de la psiquiatría como especialidad. Su principal figura es la de Philippe Pinel (1745 – 1826) y su obra Tratado de la insanía (1801) su punto de partida.

Estos hechos con Pinel a la cabeza son considerados por algunos autores con la segunda revolución de la psiquiatría.

Cinco rasgos destacan la obra de Pinel, y que tienen relación con lo comentado en párrafos anteriores, el empirismo, Pinel señalo la necesidad de alejarse de toda especulación y atender a los datos de la observación de los hechos que inmediatamente ofrece el enfermo; la teoría de la psicosis única, las formas clínicas que se observa a partir de la observación individual pueden ser agrupadas y ser descriptas como especies clínicas; dualismo etiopatogénico, si bien intenta encontrar una base cerebral como fundamento de las enfermedades mentales, prevalece la idea de las pasiones como causa de la locura; la terapia fundamental es la cura moral y la institución es un instrumento de curación, esto se entiende porque la locura es una forma de irracionalidad que significa perturbación de la voluntad y expresión del poder de las pasiones, por lo tanto existe una necesidad de contralar las pasiones con la cura moral y el sometimiento férreo del loco mediante una organización asistencial adecuada (9).

El discípulo de Pinel fue Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772 – 1840), desarrolló más el modelo que propone Pinel, y en él hace mayor referencia a las pasiones como etiología de las enfermedades mentales (9). Pero poco a poco se irá alejando de esta concepción y orientará sus planteamientos hacia una etiología cerebral. Importante aportación de Esquirol fue proponer que en los locos el estado de la mente es normal, pero hay fracaso en la atención, que es demasiado débil en la manía, y fija en la monomanía, término que creó y utiliza para caracterizar a las locuras parciales.

Otro hecho destacado de esta época y más específicamente de Pinel, fue las reformas institucionales que se produjeron en los Hospitales Psiquiátricos de Paris, primero en la Bicetre y después en la Salpetriere en el año 1873. Eliminar las ataduras, ampliar los pabellones, facilitar la comunicación social, el entretenimiento y la actividad formaban parte de las reformas institucionales que a la vez eran parte del tratamiento moral (5). Para

algunos esta reforma que planteó Pinel, secundado por Esquirol y que después se extrapolaron a otros lugares de Europa es considerada la primera gran revolución de la psiquiatría (10).

Segunda mitad del siglo XIX

Esta segunda mitad del siglo XIX tiene como principal figura a Esquirol con su libro *Tratado de insania* (1838). También se va desarrollando progresivamente la psiquiatría académica y Esquirol es considerado el verdadero creador de la escuela psiquiátrica francesa (11).

Tres hechos marcan esta época, el primero la introducción del modelo anatomoclínico, como principal ejemplo de ello, el estudio y la investigación sobre demencias. El segundo la valoración del curso de la enfermedad, que de la consideración puramente estática de la sintomatología clínica se pasó, a la consideración temporal, lo que dio lugar a descripciones brillantes, a citar, la idea de que la manía y la depresión puedan asociarse en un mismo proceso y las descripciones de los delirios crónicos. Y la tercera la concepción de degeneración de Morel, que puede resumirse diciendo que las degeneraciones son desviaciones morbosas, de tipo primitivo, que pueden mejorarse por la educación y que son consecuencias de muchas causas, físicas y morales, y que se traducen por estigmas físicos y mentales (9, 11).

Siglo XX

En 1883 Emil Kraepelin (1856 – 1926) publica la primera edición de su *Tratado de Psiquiatría*, y a través de las nueve ediciones sucesivas construyó un sistema de clasificación de los trastornos mentales que integraba el enfoque descriptivo y el longitudinal (11), y según algunos autores con esto el modelo médico parece imponerse definitivamente en el enfoque de la locura. La nosografía de Kraepelin evolucionó y se desarrolló, con esto fue ganando importancia, se tornó cada vez más grande a medida que se fue precisando y endureciendo su sistema clasificatorio (7).

En la primera edición de 1883, su clasificación fue sobre todo psicológica y muy cercana a la de Esquirol, pero desde la segunda clasifica a las enfermedades mentales en curables e incurables, cuyo criterio esencial para esto es la evolución y el pronóstico. En esencia para Kraepelin la enfermedad mental debe individualizarse y definirse por su evolución y el verdadero diagnóstico será el que permita hacer un pronóstico preciso (7).

Esta forma de estudiar a la enfermedad mental hizo posible su descripción sobre la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. Estudió sistemáticamente las afecciones mentales en función de su devenir. Sostuvo la etiología endógena de la demencia precoz y de la psicosis maniaco-depresiva, afirmando que el medio exterior nada tiene que ver con la enfermedad, y que provienen únicamente del individuo afectado (7). Pero también reconoció en la séptima edición de su obra que algunos trastornos leves, como las neurosis, podrían ser de origen psicógeno (11).

Otro gran personaje de la época es sin duda Sigmund Freud (1856 – 1939), elabora la doctrina psicoanalista, cuyas versiones, desde las más ortodoxas a otras más heterodoxas, llegan a la actualidad. El método ideado por este autor para el tratamiento de las neurosis, hace justamente que la atención se desplace de la psiquiatría pesada (psicosis) a la psiquiatría ligera (neurosis), creando mayor interés por el tratamiento ambulatorio que hospitalario de los pacientes. También posibilita una comprensión más completa del fenómeno psíquico normal o morboso. Sin duda se constituye no solo en una base para la psiquiatría, sino en una base para la cultura occidental (5).

A Freud también debemos el descubrimiento de la rigurosa necesidad del dialogo con el enfermo, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Esto cambia el enfoque de la especialidad, que antes era puramente visual y empieza a ser básicamente auditiva. El enfermo cuenta al médico cómo interpreta su enfermedad y el médico somete a interpretación cuanto en el enfermo ve y oye, el enfermo deja de ser solo un testigo de su enfermedad. Otro gran aporte que podemos citar es la influencia que la vida anímica ejerce en los movimientos del cuerpo y viceversa (9).

Las ideas de estos dos últimos personajes son considerados por un grupo de autores la tercera revolución de la psiquiatría.

Eugen Bleuler (1857 – 1939) publica en 1911 *Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias*, es quien cambia el término demencia precoz por el de esquizofrenia, introduce el punto de vista dinámico en el ámbito de la enfermedad mental, tenía la convicción de que el enfermo mental debía ser estudiado y comprendido desde una visión psicológica, prestó gran atención a las enseñanzas de Freud. Si bien pensaba que la enfermedad

mental era un proceso orgánico, estimuló la investigación cerebral, pero como habíamos dicho intentó comprender el contenido de los síntomas como resultado de mecanismos motivacionales o dinámicos (9).

Bleuler aclaró hechos básicos sobre la sintomatología y ordenó de forma comprensiva los síntomas, corrigió la noción de evolución fatal de la demencia. Entre algunos de sus aportes a la sintomatología describió la expresión inapropiada y alterada de la emoción, las asociaciones verbales circunstanciales y tangenciales, describió la escisión del pensamiento, habló sobre el fenómeno de ambivalencia. Se opuso a que todos los esquizofrénicos terminarían en demencia, como afirmaba Kraepelin, proponiendo la teoría del tercio sobre el modo de terminación de la enfermedad: curación, remisión social y terminación. Inicia la necesidad de distinguir entre síntomas primarios y secundarios o accesorios (9).

Karl Jaspers (1883 – 1969) con su libro *Psicopatología general de Jaspers* de 1913, tiene una gran repercusión en la psicopatología, propone el modelo de explicar y comprender para entender el fenómeno psíquico, el explicar que es propio de las ciencias naturales y el comprender que es más adecuado para las ciencias del espíritu. Propone un modelo estricto para los diagnósticos psiquiátricos (11, 12).

Un hecho histórico que es considerado como la cuarta revolución de la psiquiatría es el desarrollo de psicofármacos eficaces en el tratamiento de las enfermedades mentales. En la década de 1950 tuvo lugar la introducción en clínica de los principales grupo de fármacos. Más específicamente en 1952 los psiquíatras franceses Delay y Deniker publican dieciocho artículos sobre la sorprendente eficacia de la clorpromazina. Roland Kuhn descubrió en 1956, las propiedades antidepresivas de la imipramina (13).

Con esto, dos de las más graves enfermedades psiquiátricas tenían ahora un tratamiento eficaz. Que hasta ese momento, para el tratamiento de la agitación psicótica se habían utilizado barbitúricos, que si bien calmaban a los pacientes, los síntomas psicóticos no desaparecían. Con el uso de la clorpromazina se evidenciaba una disminución de la agitación psicótica, pero se observaba también una reducción de los síntomas psicóticos (14).

Otros hechos históricos de la psicofarmacología son el descubrimiento de la acción antimaníaca del litio en 1949 y la introducción del clordiazepóxido como ansiolítico. Puede considerarse una década de oro de la psicofarmacología.

CONCLUSIÓN

Hasta finales del siglo XVII no puede hablarse verdaderamente de psiquiatría como especialidad, primero porque el concepto de enfermedad mental, tema importante para hablar de psiquiatría, tenía una concepción más mágico-animista. Tampoco existían profesionales dedicados exclusivamente al estudio específico de la enfermedad mental, ni mucho menos escuelas de formación específica sobre la psiquiatría. Todo lo que se sabía sobre enfermedad mental se incluía dentro de la medicina general.

Esto no quita mérito a todos los personajes que sentaron las bases para la creación de la psiquiatría a finales del siglo XVII.

Un hecho que caracteriza a la historia de la psiquiatría es el hecho que la mayoría de los grandes movimientos, más tuvieron que ver con la organización asistencial que con la construcción de un cuerpo de teoría único de la especialidad.

Otro hecho característico de la historia de la psiquiatría es que muchas veces fueron los movimientos socio-políticos los que influyeron más en el acontecer de la especialidad, y no sus escuelas. Por ejemplo siempre se escribe sobre que Pinel es el que liberó a los alienados de sus cadenas, pero esto fue todo un movimiento socio-político que permitió tal evento. No por esto es restarle importancia a Pinel.

En la psiquiatría moderna existe muchas escuelas, fiel reflejo del desarrollo de la propia historia de la psiquiatría, a modo de comentario decir que muchas de estas escuelas son conflictivas e intolerantes unas con otras.

Finalmente decir que en un primer momento psiquiatría, medicina y religión eran una misma cosa, en ese entonces la salud y la enfermedad vienen de afuera mediante influencias animistas, la tarea era eliminar las influencias nocivas, muchas veces esto ni siquiera hacía el médico. El siguiente periodo se caracteriza por la búsqueda de causas naturales, y la salud y la enfermedad tienen que ver con un equilibrio interno, la tarea consiste en regularizar el equilibrio interno, tarea ya del médico.

En la época medieval volvemos a algo parecido del primer periodo, pero de una manera más elaborada o compleja que la primitiva, la iglesia o los hospitales caritativos se encargan de la enfermedad mental. En el siguiente periodo podemos hablar de una socioterapia con Pinel y se inicia el estudio del cerebro y el descubrimiento de afecciones cerebrales.

Casi simultáneamente se desarrollan la psiquiatría clínica y la dinámica. Esta última gana un poco de terreno para ser igualada o rebasada por la psiquiatría biológica con el advenimiento de los psicofármacos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eslava JC. La historia de la historia de la medicina: una exploración inicial (primera parte). Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia 2014; XIV(28): 147-173.
2. Huertas R. Historia de la Psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendencias. Frenia 2001; I(1): 9-35.
3. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. 8ª ed. Madrid: Masson; 1978.
4. Bennett S. Razón y Locura en la Antigua Grecia. Madrid: Ediciones Akal; 1984
5. González de Rivera JL. Evolución histórica de la Psiquiatría. Psiquis 1998; 19(5): 183-200.
6. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Madrid: Masson; 2001.
7. Postel Jacques QC. Historia de la Psiquiatría. México DF: Fondo de la Cultura Económica; 1987.
8. Ackerknecht EH. Breve Historia de la Psiquiatría. Autor-Editor; 1993.
9. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Tomo 1. Madrid: Marbán; 2012.
10. Arango-Dávila CA. Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría 2012; XVI(1): 11S-21S.
11. Vallejo Ruiloba Julio. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6ª ed. Madrid: Masson; 2006.
12. Marietán H. Historia de la Psiquiatría. Alcmeón – Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica [revista en Internet] 2004. [acceso 11 de octubre de 2014]; 11(4). Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/11/44/08_marietan.htm
13. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Tomo 2. Madrid: Marbán; 2012.
14. Jufe G. Psicofarmacología Práctica. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2001.

ALEX, LAS TIENDAS Y LA DOPAMINA.
[ALEX, SHOPS AND DOPAMINE].

Julio Torales[1], Iván Barrios[2].

1. Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo – Paraguay.
2. Ayudante de Cátedra de Metodología de la Investigación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo – Paraguay.

Autor correspondiente:
Prof. Dr. Julio Torales
Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Asunción
San Lorenzo – Paraguay
jtorales@med.una.py

Manuscrito recibido: 25 de noviembre de 2015.
Manuscrito aceptado: 25 de noviembre de 2015.

Cómo citar este artículo: Torales J, Barrios I. Alex, las tiendas y la dopamina. Revista Paraguaya de Psiquiatría 2015; 3(2): 56.

VIÑETA CLÍNICA FICTICIA

Alex, adolescente masculino de 16 años de edad, ha sido varias veces detenido por guardias de seguridad de un conocido shopping del barrio Villa Morra de la ciudad de Asunción. El motivo de las detenciones siempre ha sido el mismo: robo de tiendas. Alex ha robado cosas que no le son de utilidad, como ropa de mujer, juguetes para niños pequeños, elementos de oficina, y hasta flores. Alex no tiene antecedentes de enfermedad física o mental. Su familia no reporta disfuncionalidad y está constituida por su madre Lorena, de 39 años de edad (profesión: docente), su padre Germán, de 41 años de edad (profesión: contador público) y su hermana Rocío, de 13 años. Alex y Rocío asisten al mismo colegio, y son estudiantes regulares.

Según las bases neuroquímicas y neurofisiológicas, ¿qué procesos cerebrales son los que probablemente ocurren en Alex cuando entra a una tienda?:

1. La dopamina se libera en el núcleo accumbens, aportando así una recompensa anticipada en cuanto Alex entra a una tienda.
2. La amígdala de Alex avisa de una liberación de dopamina, desde el área tegmental ventral, lo que convierte su impulso de robo en una conducta de búsqueda de productos.
3. La dopamina se libera en el núcleo accumbens, convirtiendo su impulso de robo en una conducta de búsqueda de productos.
4. La amígdala de Alex avisa de una liberación de dopamina, desde el área tegmental ventral, aportando una recompensa anticipada en cuanto él entra a una tienda.

Respuesta y explicación en el siguiente número de la revista (Volumen 4, Número 1, 2016).

Lecturas recomendadas:

1. Brewer JA, Potenza MN. The Neurobiology and Genetics of Impulse Control Disorders: Relationships to Drug Addictions. Biochemical pharmacology 2008; 75(1): 63-75. DOI:10.1016/j.bcp.2007.06.043
2. Stahl SM. Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 4ª ed. Madrid: Aula Médica; 2014.

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA
Editor en Jefe: Prof. Dr. Julio Torales, MD, MSc, IFAPA

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Actualizadas a Diciembre 2015

La Revista Paraguaya de Psiquiatría es la primera revista científica revisada por pares del campo de la Psiquiatría en Paraguay. Es el órgano oficial de difusión científica de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Su fin primordial es la difusión de los resultados de trabajos científicos del campo de la Psiquiatría y/o la Salud Mental, en forma de artículos científicos de alta calidad que siguen la metodología de la investigación científica y los conceptos de la ética, aportando científicos que contribuyan a la solución de los problemas de salud mental del país, la región latinoamericana y el mundo. Se publica semestralmente en un volumen por año.

- **NORMAS GENERALES**
  Por cada trabajo presentar tres copias en papel tamaño A4 (212x297mm), letra tipo Arial 11, formato de texto Microsoft WORD, espacio simple, con márgenes de 2,5mm, 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.

  Tesis: presentan, en profundidad, el estado actual de un tema en cuestión. Son solicitadas por el Editor en Jefe a profesionales que las han presentado como requisito para la obtención de títulos de grado o postgrado, o como exigencia para el escalafón docente.

  Educación Médica Continua: escritos que sirven como elementos de formación continua en Psiquiatría, Medicina y Salud Mental, a través de la presentación de viñetas clínicas o preguntas de respuestas de opción múltiple. Las viñetas son elegidas por el Editor en Jefe y se presentan al final de cada número de la Revista. Las respuestas a los casos o preguntas planteados se publican en el número siguiente.

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 300 palabras. No se permite el uso de referencias ni siglas o acrónimos.

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

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

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

Artículos originales

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

Introducción: Empiece escribiendo una breve referencia al tema investigado. Redacte el cuerpo de la introducción con una revisión bibliográfica no muy extensa y pertinente al tema. Coloque la/s cita/s bibliográfica/s correspondiente/s a cada artículo que ha utilizado para escribir este apartado. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que ha realizado. Incluya aquí el o los objetivos del trabajo y termine remarcando la relevancia del trabajo. Redáctelo en tiempo presente.

Materiales 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 Conse-

jo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y de la declaración de Helsinki de 1975, revisada en el 2000. Cuando se trate de experimentos con animales indicar si se han cumplido los principios básicos de carácter internacional aplicables a las investigaciones biomédicas con animales elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y del Consejo Internacional de Ciencia y Animales de Laboratorio (ICLAS).

Resultados: Presente sus resultados con una secuencia lógica mediante texto, tablas o figuras. No repita en el texto los datos de cuadros y figuras sin embargo destaque o resuma las observaciones más importantes. Las tablas, figuras y fotos se presentarán según el orden mencionado en el texto, ajustándose al formato de la publicación y la editorial podrá modificarlas si presentan dificultades técnicas. El número de gráficos no debe exceder de seis y cada uno debe tener título y nota explicativa al pié. Redáctelo en tiempo pasado y no utilice citas bibliográficas en este apartado. No presente las tablas con cuadrícula ni sombreado en el texto que impidan su buena visualización.

Discusión: Destaque los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos, afrontándolos con resultados presentados por otros autores e indicando exactamente su referencia bibliográfica. No repita nuevamente los resultados u otra información ya destacada en los apartados anteriores del manuscrito. Explique el significado de sus resultados, las limitaciones que existieron y haga referencia a la relevancia de sus hallazgos y/ o posibles futuros trabajos de investigación. Relacione los resultados con otras experiencias y establezca el nexo entre la conclusión y los objetivos. O sea concluya respondiendo a la pregunta de investigación u objetivo que figura en su introducción. A uno o más objetivos, una o más conclusiones, las cuales estarán insertas en los últimos párrafos de este apartado. Cuando sea pertinente puede incluir recomendaciones. Redáctelo en tiempo presente.

Referencias bibliográficas: Los artículos originales deberán contener como mínimo 20 referencias bibliográficas.

Artículos de revisión:

Introducción: Enuncie y defina el tema a ser tratado, siguiendo con una cuidadosa y pormenorizada revisión de la literatura de modo a presentar todos los datos más relevantes sobre su tema en los últimos años.

Subtítulos: Usted tiene la libertad de dividir su escrito de acuerdo al orden de su plan de exposición utilizando diversos apartados subtitulados según crea conveniente. Puede utilizar además figuras, cuadros o esquemas ilustrativos que expliquen detalles de su tema de revisión. Siempre todo lo enunciado se acompañará de la cita bibliográfica correspondiente.

Conclusión: Luego de redactar toda su revisión, terminará su manuscrito con una conclusión crítica, como especialista, acerca del tema revisado.

Referencias bibliográficas: Deberán contener como mínimo entre 30 a 50 referencias bibliográficas de los últimos años.

Comunicaciones cortas:

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

Reporte de casos:

Puede ser de uno o de series de casos o casos familiares y siguen los siguientes ítems:

Introducción: Sobre el tema con una breve revisión bibliográfica.

Presentación del caso clínico: Describa completamente el o los casos a presentar, uno por uno, sin incluir referencias, en tiempo presente.

Discusión: Siga la metodología de discusión como en un artículo original en base a la revisión de la literatura. Incluya además los diagnósticos diferenciales.

Referencias bibliográficas: No más de 25 y hasta tres tablas o tres figuras.

Artículo de interés:

Serán solicitados por la editorial así como los artículos de revisión. Deberán aportar un real interés científico actualizado sin tener un análisis crítico, criterio que requiere el artículo de revisión.

Introducción, texto o desarrollo del tema con sus citas bibliográficas, conclusión y referencias bibliográficas. Puede incluir no más de tres figuras o tres cuadros.

Artículo de opinión:

Serán solicitados por la editorial así como los artículos de revisión. Deberán aportar un real interés filosófico, literario o científico, sin necesidad de tener un análisis crítico, criterio que requiere el artículo de revisión.

Texto o desarrollo del tema, con citas y referencias bibliográficas. Puede incluir no más de tres figuras o tres cuadros.

Cartas al Editor:

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

Comentarios bibliográficos:

Escritos críticos sobre libros de psiquiatría, psicología o salud mental que cree pertinente e informativo redactar. Incluye una

redacción crítica de no más de una página con la referencia correspondiente.

Tesis:
Introducción: Enuncie y defina el tema a ser tratado, siguiendo con una cuidadosa y pormenorizada revisión de la literatura de modo a presentar todos los datos más relevantes sobre su tema en los últimos años.

Subtítulos: Usted tiene la libertad de dividir su escrito de acuerdo al orden de su plan de exposición utilizando diversos apartados subtitulados según crea conveniente. Puede utilizar además figuras, cuadros o esquemas ilustrativos que expliquen detalles de su tema de revisión. Siempre todo lo enunciado se acompañará de la cita bibliográfica correspondiente.

Conclusión: Luego de redactar toda su revisión, terminará su manuscrito con una conclusión crítica, como especialista, acerca del tema revisado.

Referencias bibliográficas: Deberán contener como mínimo entre 30 a 50 referencias bibliográficas de los últimos años.

REQUERIMIENTOS UNIFORMES PARA LOS TRABAJOS ORIGINALES ENVIADOS A LAS PUBLICACIONES BIOMÉDICAS

- **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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

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

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

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

El autor deberá comprobar las referencias cotejándolas con los documentos originales.

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

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

Artículos de Revistas

(1) ARTÍCULO ESTÁNDAR

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al. (Nota: la NLM incluye un máximo de 25 autores; si hay más de 25 la NLM anota los 24 primeros, luego el último, y finalmente et al.).

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Como opción, si una revista utiliza paginación correlativa a lo largo del volumen (como suelen hacer la mayoría de las revistas médicas) el mes y el número del ejemplar pueden omitirse. (Nota: Para ser coherentes, esta opción se utiliza a lo largo de los ejemplos en los «Requisitos de Uniformidad». La NLM no utiliza esta opción).

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.

Más de seis autores: Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childood leukaemia en Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer 1996;73:1006-12.

(2) AUTOR CORPORATIVO

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

(3) NO SE INDICA EL NOMBRE DEL AUTOR

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

(4) ARTÍCULO EN OTRO IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS

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

(5) SUPLEMENTO DE UN VOLUMEN

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

(6) SUPLEMENTO DE UN NÚMERO

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

(7) PARTE DE UN VOLUMEN

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

(8) PARTE DE UN NÚMERO

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

(9) NÚMERO SIN VOLUMEN

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

(10) SIN NÚMERO NI VOLUMEN

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

(11) PAGINACIÓN EN NÚMEROS ROMANOS

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

(12) INDICACIÓN DEL TIPO DE ARTÍCULO SEGÚN CORRESPONDA

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

(13) ARTÍCULO QUE CONTIENE UNA RETRACTACIÓN

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

(14) ARTÍCULO RETIRADO POR RETRACTACIÓN

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

(15) ARTÍCULO SOBRE EL QUE SE HA PUBLICADO UNA FE DE ERRATAS

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

Libros y Otras Monografías

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

(16) INDIVIDUOS COMO AUTORES

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

(17) EDITOR(ES), COMPILADOR(ES) COMO AUTORES

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

(18) ORGANIZACIÓN COMO AUTOR Y EDITOR

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

(19) CAPÍTULO DE LIBRO

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

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

(20) ACTAS DE CONFERENCIAS

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

(21) PONENCIA PRESENTADA A UNA CONFERENCIA

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

(22) INFORME CIENTÍFICO O TÉCNICO

Publicado por la agencia patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Fynal report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSI-GOE169200860.

Publicado por la agencia responsable de su desarrollo:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health Services Research: work force and educational issues. Washington: Na-

tional Academy Press; 1995. Contrato N1.: AHCPR282942008. Patrocinado por la Agency for Health Care Policy and Research.

(23) TESIS DOCTORAL (O SIMILAR)

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

(24) PATENTE

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

Otros trabajos publicados

(25) ARTÍCULO DE PERIÓDICO

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

(26) MATERIAL AUDIOVISUAL

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

(27) DOCUMENTOS LEGALES

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

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

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

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

(28) MAPA

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

(29) LIBRO DE LA BIBLIA

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

(30) DICCIONARIOS Y OBRAS DE CONSULTA SIMILARES

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

(31) OBRAS CLÁSICAS

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

Material no publicado

(

32) EN PRENSA

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

Material Informático

(33) ARTÍCULO DE REVISTA EN FORMATO ELECTRÓNICO

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

(34) MONOGRAFÍA EN FORMATO ELECTRÓNICO

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

(35) ARCHIVOS DE ORDENADOR

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

CITACIÓN DE LOS REQUISITOS DE UNIFORMIDAD

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

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA