

Edición ESPECIAL

SALUD JALISCO

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Editorial

Artículos Originales

- Prevalencia de los Trastornos Mentales y la infraestructura en Salud Mental en el Estado de Jalisco
- Síntomas depresivos y sobrecarga de los familiares de pacientes deprimidos hospitalizados en el CAISAME estancia breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental
- Violencia percibida y psicopatología en una muestra de sujetos expuestos a violencia social
- Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, en un ámbito de tratamiento rehabilitatorio
- Duración de la psicosis no tratada en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray

Artículo de Revisión

- Utilidad del uso de Tamoxifeno en cuadro agudo de manía en Trastorno Bipolar

Caso clínico

- Manía de inicio tardío: ¿trastorno bipolar? Presentación de dos casos
- Trombocitosis y leucocitosis asociadas con clozapina y normalización posterior

Cultura médica

- La presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Zapopan: Más de un siglo de hospitalidad

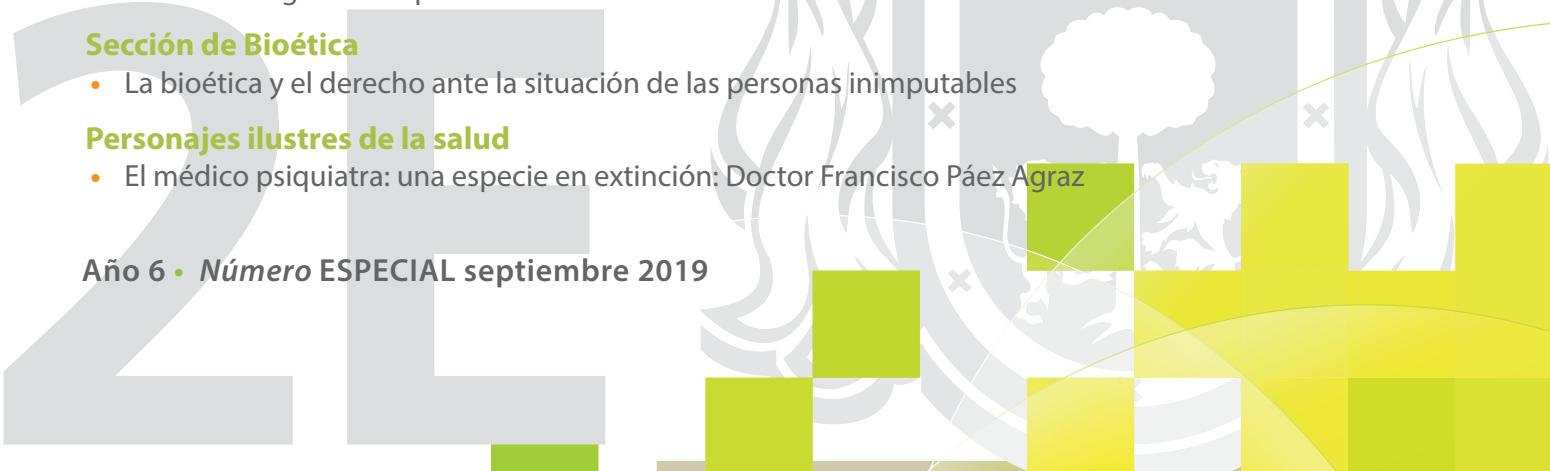
Sección de Bioética

- La bioética y el derecho ante la situación de las personas inimputables

Personajes ilustres de la salud

- El médico psiquiatra: una especie en extinción: Doctor Francisco Páez Agraz

Año 6 • Número ESPECIAL septiembre 2019



Síntomas del Dengue

Si identificas uno o más de estos signos
consulta a tu médico

- Fiebre muy frecuente
- Dolor retrocular
- Hemorragia
- Dolor muscular y articular
- Erupciones en piernas con puntos rojos y picor



Servicios de
Salud Jalisco



Salud



Servicio de Salud Jalisco DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Fernando Petersen Aranguren

Secretario de Salud Jalisco

Mtra. María del Consuelo Robles Sierra

Directora del OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Arturo Muzquiz Peña

Director General de Planeación y Evaluación Sectorial, SSJ.

Dr. José Mario Márquez Amezcua

Director General de Prevención y Promoción a la Salud

Dra. Elsa Eréndira García Díaz

Directora General de integración y desarrollo sectorial, SSJ.

Lic. María Abril Ortiz Gómez

Directora General de Asuntos Jurídicos, Estudios Legislativos y Transparencia, SSJ.

Dr. Héctor Hugo Bravo Hernández

Director General de Salud Municipal

Mtra. Gabriela Serratos Fernández

Directora General de Administración OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Emmanuel Hernández Vázquez

Director de Hospitales y Regiones Sanitarias OPD Servicios de Salud Jalisco

COMITÉ EDITORIAL

Director-Editor

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Editor Asociado Huésped

Dr. Cesar González González

Administrador

Ricardo Flores Calleros

Distribución Nacional

C. Gregorio Ramos Robles Gil

Secretario particular del Secretario de Salud Jalisco

Editores Asociados

Dr. Rafael Rivera Montero

Médico pediatra experto en bioética

Dr. Dionisio Esparza Rubio

Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara

Dr. Víctor Javier Sánchez González

Centro Universitario de los Altos
Universidad de Guadalajara

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez

Epidemiología Estatal, SSJ.

Editores Locales

Dr. Mario Salazar Paramo

Profesor Investigador CUCS-U. de G.

Dra. Mireya Guadalupe Rosales Torres

Coordinadora de Desarrollo Institucional Región Sanitaria II

Dra. Catalina Figueroa García

Coordinadora de Desarrollo Institucional Región Sanitaria IX

Dr. Bernardo Carrillo Barocio

Investigación Desarrollo Institucional Región Sanitaria X

Mtra. Xóchitl Fernández Olvera

Coordinadora de Desarrollo Institucional Región Sanitaria XII

Mtra. Beatriz Adriana Vázquez Pérez

Coordinadora de Desarrollo Institucional Región Sanitaria XIII

Dr. Efrain Andrade Villanueva

Jefe de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del
Hospital General de Occidente

Dr. Víctor M. Tarango Martínez

Jefe de Enseñanza e Investigación
Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"
Secretaría de Salud Jalisco

Mtra. Martha Cecilia Mercado Aranda

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional Puerto
Vallarta

Editores Nacionales

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

ExPresidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Leopoldo Vega Franco

Fundador de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas
Biomédicas, A.C. (AMERBAC)

Editores Internacionales

Dr. Radhamés Hernández Mejía/España

SaludJalisco Año 6, No. Especial 2, 2019. Es una publicación cuatrimestral editada por Servicios de Salud Jalisco, calle Dr. Baeza Alzaga 107 Zona Centro, Guadalajara, Jalisco, México. C.P. 44100. Tel: 3030 5000 ext. 35084. correo electrónico: revista.saludjalisco@gmail.com, Editor responsable. Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2015-062913055200-102. ISSN: 2428-8747, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor de la Secretaría de Cultura. Certificado de Licitud de Título y de Contenido en trámite, este último lo otorga la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Diseñada e impresa en México en la Dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco. Av. Prol. Alcalde1351, 1er Piso del Edificio C, Unidad Administrativa Estatal, Col. Miraflores, C.P. 44270, Guadalajara, Jalisco, México. Este número se terminó de imprimir el 24 de septiembre de 2019 con un tiraje de 1,500 ejemplares. El contenido y las fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total sólo podrá hacerse previa autorización del editor de la revista. Toda correspondencia debe ser dirigida al editor responsable: zenteno_gmo@yahoo.es Correo electrónico: revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx

SALUDJALISCO, ya se encuentra indizada en:



Año 6 • Número ESPECIAL septiembre 2019 • RevSalJal

Dra. Dafna Feinholz Klip

Directora de Bioética de la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO)

Thankam Sunil, Ph.D., MPH/Universidad de Texas en San Antonio

Reinaldo Godoy Novoa/Venezuela

Consejo Editorial

Dr. José Mario Márquez Amezcua

Dr. Eduardo Vázquez Valls

Dr. José Alfonso Gutiérrez Padilla

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez

Comité Científico

Dr. José Mario Márquez Amezcua

Director General de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Jalisco

Dr. Eduardo Vázquez Valls

Director General de Generación de Recursos Profesionales, Investigación y Desarrollo

Dr. José Alfonso Gutiérrez Padilla

Director de Investigación en Salud Estatal

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Director-Editor de la Revista "SaludJalisco"

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez

Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal SSJ

Dr. Rafael Santana Ortiz

Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.

Dr. Luis Alfredo Padilla Gómez

Director de Enseñanza SSJ

Dra. Irene Córdova

Comisión Estatal de Bioética e Investigación de Jalisco

Mtro. Jorge Laureano Eugenio

Asesor y promotor de investigación SSJ

Dr. Michel Bureau Chávez

Director del Hospital General de Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre

Reumatólogo del Hospital General de Occidente

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Dra. María del Rocío Ferrusco Ontiveros

Director del Instituto Dermatológico de Jalisco

Dr. Hiran Osiris González Gutiérrez

Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Dr. José Enrique Cabañas Vázquez

Director del Instituto Jalisciense de Cancerología

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva

Director General OPD Hospitales Civiles

Dr. José Sánchez Corona

Director del Centro de Investigación Biomédica de IMSS

Dr. Daniel Ojeda Torres

Jefe de Atención Médica de la Delegación Estatal del ISSSTE Jalisco

Dr. en C. José Francisco Muñoz Valle

Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara

Dr. Jorge Tellez Lopez

Rector del Centro Universitario de la Costa

Mtra. Karla Alejandrina Planter Pérez

Rector del Centro Universitario de los Altos
Universidad de Guadalajara

Dra. Patricia Bustamente Montes

Decana de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Dr. en C. Roberto Anaya Prado

Director de Educación e Investigación Corporativo Centro Médico
Puerta de Hierro.

Dr. Arturo Santos García

Decano de la Región Occidente Escuela de Medicina y Ciencias de la
Salud del Tecnológico de Monterrey

Lic. Psic. Karla Fernanda Mungaray Peralta

Rectora de la Universidad del Valle de México Campus Zapopan

Mtro. Jorge Eduardo Rodríguez Salazar

Rector de la Universidad Cuauhtémoc-Campus Zapopan

Lic. Sergio Octavio Gámez Gastelum

Rector de la Universidad Lamar

Pbro. Lic. Francisco Ramírez Yáñez

Rector de la Universidad del Valle de Atemajac

Mtro. Humberto Asael Trigueros Guzmán

Coordinación Especializada de Regulación y Calidad

Dra. Gabriela López Armas

Directora del Laboratorio de Salud Pública Centro Estatal de
Laboratorios

Dr. Francisco Martín Preciado Figueroa

Comisionado Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco
(CAMEJAL).

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia

Directora General del Sistema de Educación Continua para el Médico
General y Familiar

Lic. Ana Sofía Covarrubias Marrufo

Encargada del Despacho del Departamento de Capacitación y
Desarrollo, OPD Servicios de Salud Jalisco

Dr. Manuel Sandoval Díaz

Coordinador Estatal de Micobacteriosis, SSJ

Dr. Noé Alfaro Alfaro

CUCS-UdeG

Dra. En Cs. Blanca Miriam de Guadalupe Torres Mendoza

Profesor investigador Titular CUCS-U. de G.

C. Rubén Acosta García

Depto. de Investigación SSJ

Diego Alexanderson López

Director de Publicaciones y del Periódico Oficial

LDG Nathaly Alejandra Guillén Valenzuela

Supervisión Editorial

LDG Mariana C. Gómez Ruiz

Diseño Editorial y Diagramación

CONTENIDO

Editorial	4
Artículos Originales	
Prevalencia de los Trastornos Mentales y la infraestructura en Salud Mental en el Estado de Jalisco	6
Ojeda-Torres D., González-González C., Cambero-González E.G., Madrigal-De-León E.A., González-Méndez J.G., Calderón-Rivera D.	
Síntomas depresivos y sobrecarga de los familiares de pacientes deprimidos hospitalizados en el CAISAME estancia breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental	16
López-Gómez M.J., Márquez-Gómez C.A., Calderón-Rivera D.	
Violencia percibida y psicopatología en una muestra de sujetos expuestos a violencia social	22
Hernández-Torres S., González-González C., Medina-Dávalos R., Madrigal-De León E. Á., Calderón-Rivera D.	
Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, en un ámbito de tratamiento rehabilitatorio	31
Constanza-Peretto M., Medina-Dávalos R., Calderón-Rivera D.	
Duración de la psicosis no tratada en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	38
Buchan-López R., Corona-Hernández F.	
Artículo de Revisión	
Utilidad del uso de Tamoxifeno en cuadro agudo de manía en Trastorno Bipolar	48
Ledezma-Acevedo J.A., González-Méndez J.G., Calderón-Rivera D.	
Caso clínico	
Manía de inicio tardío: ¿trastorno bipolar? Presentación de dos casos	57
Aldana-López J.A., Medina-Dávalos R.	
Trombocitosis y leucocitosis asociadas con clozapina y normalización posterior.	63
Santiago-Luna J., García-Núñez Y., Barajas-Pérez G., Ortiz-Aguilar M., Corona-Hernández F.	
Cultura médica	
La presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Zapopan: Más de un siglo de hospitalidad	68
Castellanos-Martin H.D., Topete-Arellano L.R.	
Sección de Bioética	
La bioética y el derecho ante la situación de las personas inimputables	74
Hernández-Muñoz L.G., Penilla-González A.	
Personajes ilustres de la salud	
El médico psiquiatra: una especie en extinción: Doctor Francisco Páez Agraz	80
Rebeca Robles-García R.	

EDITORIAL

Estimados lectores, presentamos un número ESPECIAL de la revista SALUD JALISCO producto del esfuerzo intelectual y científico de varias instituciones nacionales, regionales y locales. Este número tiene un interés especial ya que en él se abordan temas bioéticos, epidemiológicos, clínicos y de actualidad en las neurociencias, escritos por profesionales de la salud mental de nuestro país

En el primer artículo se revisa como está la salud mental en el Estado de Jalisco, tema de vital importancia para el desarrollo de políticas públicas en nuestro Estado. Este trabajo es producto del esfuerzo del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Como mencioné en párrafos atrás, los profesionales que intervienen en el cuidado de los pacientes se hacen presentes, y es así como un grupo de enfermeros de SALME evaluaron el desgaste y sobrecarga que sufren los familiares de pacientes que padecen depresión, en él se avalúan las variables que condicionan la presencia de dicho desgaste.

El impacto en la salud mental de la violencia que sufre nuestro país también tenía que ser estudiado, fue así que un grupo de psiquiatras de SALME se dio a la tarea de evaluar la violencia percibida y la actitud que tenía la población expuesta a dicha violencia.

Un tema relevante para nuestra especialidad es la calidad de vida, en este número también incluimos el estudio y análisis de la calidad de vida en paciente que sufren esa enfermedad devastadora que es la esquizofrenia.

También quisimos que otras instituciones nos mostraran su quehacer en la atención de los pacientes con enfermedad mental, fue así que el hospital Fray Bernardino Álvarez (Ciudad de México) se hizo presente con el estudio de la duración de la psicosis no tratada en una muestra de pacientes que acuden a dicha institución. En este artículo abordan la duración de la psicosis no tratada y las variables sociodemográficas que condicionan o intervienen en dicha duración.

Es de vital importancia dar a conocer los adelantos en el terreno de la psicofarmacología, por esta razón incluimos una revisión sistemática, donde se analiza la evidencia científica que respalda la utilidad del Tamoxifeno en el tratamiento del trastorno bipolar.

No es menos importante el que clínicos expertos nos presenten sus casos relevantes que pueden ilustrarnos y actualizarnos en el manejo de patologías de difícil diagnóstico o que presentan retos terapéuticos, es así que se publican dos casos de manía de inicio tardío y un caso de eventos adversos serios asociados al uso de Clozapina, ambos reportes útiles y enriquecedores.

Y por último, las tres participaciones restantes tienen que ver con el aspecto histórico, humano y ético de nuestra profesión. En primer lugar se hace una revisión histórica de la orden hospitalaria de San Juan de Dios, institución pionera en la atención de la salud mental en Hispanoamérica; la siguiente participación aborda un tema importante que es el comportamiento bioético y del derecho en el plano de los pacientes infractores que son declarados inimputables. Y, finalmente se hace un homenaje a un personaje pionero en la fundación de nuestro querido SALME, que con su trabajo, ejemplo y compromiso sembró la semilla del conocimiento en varias generaciones de psiquiatras del occidente del país.

En resumen estamos ante un número ecléctico en la temática y diverso en los profesionistas que escriben. Espero que disfruten este número y les sea de utilidad en su formación continua y su práctica clínica.

Dr. Cesar González González

Editor Asociado Huésped

Artículo original

Prevalencia de los Trastornos Mentales y la infraestructura en Salud Mental en el Estado de Jalisco

Ojeda-Torres D. (1), González-González C. (2), Cambero-González E. G. (3), Madrigal-De-León E.A. (4), González-Méndez J.G. (5), Calderón-Rivera D. (6).

(1) Jefe de Enseñanza e investigación. Delegación Jalisco del ISSSTE, (2) Jefe de Investigación. Instituto Jalisciense de Salud Mental, (3) Jefa del Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Prevención de la Salud Comunitaria. CUCS. UDG, (4) Director General Adjunto de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud, (5) Psiquiatra adscrito al CAISAME estancia Breve. SALME, (6) Médico asistente de investigación. Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Resumen

Introducción: La prevalencia de los trastornos mentales en México proviene de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) del 2003. En dicha encuesta Jalisco (región centro-oeste) presenta una prevalencia más elevada de trastornos mentales en la vida (36.7%). Sin embargo, no contamos con un estudio propio que incluya las diferentes regiones económicas. **Objetivos:** Conocer la prevalencia de los trastornos mentales en Jalisco y la infraestructura en salud mental con la que cuenta el estado. **Método:** A 1819 sujetos elegidos aleatoriamente se les aplicó el Cuestionario en Red para la Detección de Trastornos Mentales Comunes (CRD) en las 12 regiones económicas de Jalisco. Se realizó el inventario de la infraestructura y recursos humanos con los que cuenta el estado con un formato diseñado exprofeso. **Resultados:** El 23.9 % de la población del Estado de Jalisco presentó cualquiera de los trastornos mentales evaluados. Los trastornos mentales más frecuentes son: La ansiedad (16%), depresión (4.4%) y el alcoholismo (3.2 %) de la población. Existen tres regiones con prevalencias altas como la región Norte (57%), Sierra de Amula (41.8%) y Valles con el 32.2%. La región Sureste, Sur, Costa Norte y Sierra Occidental tuvieron prevalencias de los trastornos mentales menores al 10%. **Conclusiones:** La prevalencia de los trastornos mentales en Jalisco es similar al resto del país y a otros países. Existen diferencias entre sus diferentes regiones económicas. Los trastornos más prevalentes son ansiedad, depresión y adicciones.

Palabras Claves: Prevalencia, trastornos Mentales, Jalisco, infraestructura.

Abstract

Introduction: The prevalence of mental disorders in Mexico comes from the National Survey of Psychiatric Epidemiology (ENEP) in 2003. In this survey, Jalisco (central-west region) has a higher prevalence of mental disorders in life (36.7%). However, we do not have our own study that includes the different economic regions. **Aims:** To know the prevalence of mental disorders in Jalisco and the mental health infrastructure on it. **Method:** A randomly selected 1819 subjects were administered the Network Questionnaire for the Detection of Common Mental Disorders (CRD) in the 12 economic regions of Jalisco. The inventory of the infrastructure and human resources with which the state has an exprofeso designed format was made. **Results:** The 23.9% of the population of the State of Jalisco presented any of the mental disorders evaluated. The most frequent mental disorders are: Anxiety (16%), depression (4.4%) and alcoholism (3.2%) of the population. There are three regions with high prevalences such as the North (57%), Sierra de Amula (41.8%) and Valleys with 32.2%. The Southeast, South, North Coast and Western Sierra regions had prevalences of mental disorders lower than 10%. **Conclusions:** The prevalence of mental disorders in Jalisco is similar to the rest of the country and to other countries. There are differences between their different economic regions. The most prevalent disorders are anxiety, depression and addictions.

Keywords: Prevalence, Mental Disorders, Jalisco, Infrastructure.

Introducción

La OMS recientemente propuso un significado más amplio de salud mental considerándola como un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.¹

En el año 2001 la OMS edita el Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo, presentando un análisis mundial y regional de la información sobre recursos de salud mental aportada por 185 países, que representan el 99.3% de la población mundial. Esta información procede fundamentalmente de fuentes gubernamentales dentro de cada país, siendo los resultados de este proyecto los siguientes: sólo el 59.5% de los países, que representan el 85.1% de la población mundial, disponen de una política de salud mental. La cifra se reduce al 70% en la Región de Asia Sudoriental y al 47.8% en la región de África.²

En más del 40% de los países del mundo, que comprenden aproximadamente el 65% de la población mundial, se tiene acceso a menos de una cama psiquiátrica por cada 10,000 habitantes. La media mundial de psiquiatras por 100,000 habitantes es de 3.96. El 52.7% de los países, que representan el 69.2% de la población mundial, tienen acceso a menos de un psiquiatra por 100,000 habitantes. Todos los países de la región de Asia Sudoriental y casi el 96% de los países de la Región de África, con el 89% de la población mundial, tienen menos de un psiquiatra por 100,000 habitantes. La distribución de los psiquiatras varía de unas regiones a otras. En la Región de África hay 1,195 psiquiatras para 626 millones de personas, frente a 77,242 psiquiatras para 841 millones de personas en la Región de Europa. La mediana por 100,000 habitantes es de 0.06 en los países con ingresos bajos y de 9.0 en los ingresos altos.^{3, 4, 5}

En México el principal antecedente demográfico que se tiene al respecto proviene La Encuesta Nacional de

Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) la cual surge como parte de la iniciativa 2000, de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental; con el objetivo de describir la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta.^{6, 7}

En dicha encuesta la región centro-oeste del país; donde se encuentra Jalisco, es la que presenta una prevalencia más elevada de trastornos mentales en la vida (36.7%) explicada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias.⁷ Sin embargo, a pesar de contar con esta información, no logramos identificar las regiones del estado con mayor problemática en salud mental, es por esto que surge la necesidad de diseñar un estudio epidemiológico local que nos permita conocer en nuestras regiones la problemática en salud mental; complementado con el análisis de la respuesta social a la problemática de salud mental.^{8, 9}

Método

El diseño del estudio consta de dos ramas por indagamos la prevalencia de trastornos mentales y por otro la respuesta social organizada que enfrenta la problemática de salud mental.

a) Para la prevalencia de los trastornos mentales.

Muestra

La población considerada para el estudio estuvo constituida por la población del Estado de Jalisco 7,350,682 de acuerdo con censo de población del Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) del 2010. Tomando como referencia las 12 Regiones Administrativas del Gobierno del Estado de Jalisco: Zona Centro (Municipios de la Zona Metropolitana), Centro, Altos Norte, Altos Sur, Ciénega, Sureste, Sur, Sierra de Amula, Costa Sur, Costa Norte, Sierra Occidental y Valles, las cuales en su conjunto abarcan los 125 Municipios del Estado.¹⁰ (Cuadro 1).

Cuadro 1.
Características del Diseño Muestral

Población objetivo de estudio	Adultos del Estado de Jalisco.
Marco Muestral	Conteo de Población 2005 de INEGI para el Estado de Jalisco.
Tipo de muestreo	Aleatorio simple
Unidades de Muestreo	Las 12 regiones administrativas del Estado.
Estratificación	La encuesta se aplicó a adultos entre 18 a 60 años que tuvieran viviendo hijos con ellos con edad entre 4 a 16 años.
Distribución de la muestra	Proporcional al tamaño de población por Región Administrativa
Sobre-muestreo	Si, se consideraron imprevistos de ausencia de respuesta o errores de registro.
Método de selección	40% de la muestra para las 4 Regiones Administrativa Centro. 60 % de la muestra para las 9 Regiones Administrativas restantes.

Fuente: Encuesta directa Jalisco, 2010.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se consideró la prevalencia de los trastornos mentales en el último mes según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que es del 5.8 %, con un I.C. del 95 % y un margen de error del 5 %. En el cuadro 2 se plasma el tamaño y distribución de la muestra, en donde se observan los 1,819 sujetos que fueron distribuidos en un 40 % en la Zona Metropolitana de Guadalajara y un 60 % en las Regiones Administrativas del Estado (Cuadro 2).

El muestreo fue polietápico estratificado en el que las subunidades muestrales de cada Región Administrativa del Estado, fueron las áreas geoestadísticas básicas (AGEBS) del INEGI, considerando para el sorteo aleatorio aquellas con población mayor a 2,500 habitantes, de las AGEBS sorteadas, se obtuvo su densidad poblacional y se seleccionó una manzana al azar (empleando números aleatorios y numeración de manzanas) dentro del AGEBS por cada 2,500 habitantes, se verificó por un supervisor que fueran manzanas con viviendas, antes de asignarla a los entrevistadores.

Cuadro 2.
Tamaño y distribución de la muestra

ZONA MUESTRA	POBLACIÓN MUESTRA (%)	CANTIDAD DE SUJETOS DE LA POBLACIÓN MUESTRA
Zona Metropolitana (1 región administrativa)	40%	719
Zona Foránea (11 regiones administrativas)	60%	1,100
TOTAL DE LA MUESTRA	100%	1,819

Fuente: Encuesta directa Jalisco, 2010.

Instrumentos

El Cuestionario en Red para la Detección de Trastornos Mentales Comunes (CRD), del original en idioma inglés *Web Screening Questionnaire for Common Mental Disorders* (WSQ), fue desarrollado por Tara Donker en 2009, validado al español por García-Olcina, M. y colaboradores en 2014. Es un cuestionario breve auto-aplicable, el cual detecta los trastornos mentales más comunes, contiene sólo 15 reactivos, basado en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Edición de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV): el trastorno depresivo mayor (TDM) con o sin ideación suicida (IS), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de angustia (pánico) (TP) con o sin agorafobia (AgF), la fobia social (FS), la fobia específica (fobia simple) (FE), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el abuso o la dependencia del alcohol (ADA).^{11,12}

PARA LA INFRAESTRUCTURA Y RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA.

Se tomaron en cuenta cinco instituciones públicas, cuatro instituciones privadas de salud mental del Estado de Jalisco y su personal médico y paramédico así como organismos no gubernamentales (ONG's) en el Estado de Jalisco. Se realizó el inventario de la infraestructura y recursos humanos con los que cuenta el estado con un formato diseñado exprofeso el cual consideró:

A) Hospital Psiquiátrico: Es un establecimiento especializado hospitalario que brinda atención a pacientes agudos y de larga estancia con trastornos mentales. En general son independientes y autónomos, aunque pueden tener vínculos con el resto del sistema de salud. El nivel de especialización varía: en algunos casos sólo se ofrecen servicios de custodia de larga estancia, en otros también están disponibles los de agudos y los servicios especializados (servicios de rehabilitación, unidades especializadas para niños y ancianos, etc.).

B) Hospitalización Psiquiátrica en Hospitales Generales: Una unidad psiquiátrica que brinda atención a pacientes ingresados para el abordaje de los trastornos mentales dentro de un hospital general. Estas unidades están ubicadas dentro de hospitales generales, las mismas brindan atención a usuarios con problemas agudos y el período de hospitalización es generalmente corto (semanas a meses).

C) Servicios de Consulta Externa: Servicio para pacientes ambulatorios que se dedica al abordaje de los trastornos mentales en sus aspectos clínicos y sociales. Incluye: Centros comunitarios de salud mental; clínicas de salud mental ambulatorias; servicios ambulatorios para trastornos mentales específicos o para tratamientos especializados; departamento de salud mental ambulatorio en hospitales generales; policlínicas de salud mental; centros especializados de ONG's con personal de salud mental y con atención ambulatoria de salud mental (por ejemplo, para supervivientes de violaciones sexuales o personas "sin hogar"). Se incluyen instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro. También se incluyen establecimientos de salud mental ambulatorios exclusivos para niños y adolescentes, así como para otros grupos específicos (por ejemplo, ancianos).

D) Dispositivo Residencial: Dispositivo de salud mental, no hospitalario, que brinda residencia nocturna para personas con trastornos mentales relativamente estables. Incluye: Hogar protegido; Alojamientos sin personal; Alojamientos con personal residencial o visitante; Alojamientos con personal diurno; Alojamientos con personal diurno y nocturno; Alojamientos y hogares con personal de enfermería las 24 horas; Casas de medio camino y Comunidades terapéuticas. Se incluyen instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro. También se incluyen dispositivos residenciales comunitarios exclusivos para niños y adolescentes y dispositivos residenciales comunitarios para otros grupos específicos (por ejemplo, ancianos). Excluye: dispositivos que sólo atienden personas con diagnóstico de trastornos de alcoholismo y abuso de drogas o retardo mental; dispositivos residenciales en hospitales psiquiátricos; dispositivos genéricos que son importantes para personas con trastornos mentales, pero que no están planificados para sus necesidades específicas (por ejemplo, asilos o casas de reposo para ancianos, instituciones que tratan principalmente trastornos neurológicos o problemas de discapacidad física).

E) Hospitales de Día (Establecimiento de tratamiento diurno). Es un servicio que ofrece atención a pacientes durante el día. Generalmente: (1) están disponibles para grupos de pacientes simultáneamente (en lugar de prestar servicios a un solo individuo por vez), (2) espera que los usuarios se

queden en el servicio períodos largos de tiempo (por ejemplo, el servicio no está simplemente basado en los usuarios que acuden a citas con el personal y se van inmediatamente después de la cita) y 3) los pacientes pueden permanecer en el servicio durante medio día o incluso todo el día. Incluye: centros diurnos; centros de atención diurna; talleres de formación para personas con trastornos mentales; casas club; centros de ayuda social; talleres de empleo/rehabilitación y firmas sociales. Se incluyen instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro. También se incluyen establecimientos o dispositivos de tratamiento diurno de salud mental exclusivos para niños y adolescentes; y de tratamiento diurno de salud mental para otros grupos específicos (por ejemplo, ancianos). Excluye: Establecimientos que sólo tratan personas con diagnóstico de trastornos de alcoholismo y abuso de drogas o retardo mental sin un diagnóstico asociado de trastorno mental; se excluyen los servicios genéricos que son importantes para personas con trastornos mentales, pero que no están planificados con sus necesidades específicas en mente y dispositivos de tratamiento diurno de pacientes internos.

F) Unidades Forenses: Son unidades de internamiento que se mantienen exclusivamente para la evaluación y/o tratamiento de personas con trastornos mentales involucradas con el sistema judicial. Estas unidades pueden estar ubicadas en hospitales psiquiátricos, hospitales generales u otros sitios.

G) Otros Dispositivos Residenciales: Un dispositivo residencial que alberga a personas con trastornos mentales pero que no cumple la definición para dispositivo residencial comunitario ni ningún otro dispositivo de salud mental definido para este instrumento (unidad de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, dispositivo residencial comunitario, unidad de internamiento psiquiátrico forense, hospital psiquiátrico). Se incluyen los dispositivos residenciales que son específicamente para personas con retardo mental, para personas con problemas de abuso de drogas o para personas con demencia. También se incluyen dispositivos residenciales que oficialmente no son de salud mental pero cuyos residentes, sin embargo, en su mayoría tienen trastornos mentales diagnosticables

Resultados

La población del Estado de Jalisco está conformada por 7,350,682 de habitantes de los cuales 3,600,641 millones

son hombres, 3,750,041 millones son mujeres, así mismo se puede observar con base en la pirámide poblacional, que el mayor porcentaje de la población se ubica en los rangos de edad de entre 10 a 29 años de edad, de acuerdo con la proyección al censo de población y vivienda 2010 del INEGI. 2005. Así mismo, de la población total proyectada para 2010 (7.3 millones) un 3.5% son analfabetas, de los cuales los hombres representan el 48.09% y las mujeres el 51.01%, un 12.3% tienen primaria y 15.3% tienen secundaria, un 6.60% tienen bachillerato y 23.24% tienen educación pos básica. La población no derechohabiente representa el 34.5%, la derechohabiente del IMSS 41.4%, la derechohabiente del ISSSTE 2.7%, con base en esta información y con la finalidad de determinar los trastornos mentales en la población adulta se realizaron un total de 1,819 entrevistas, 719 en la zona metropolitana de Guadalajara, y 1,100 en el interior del Estado (100 por cada región de las 11 regiones económicas restantes). La distribución poblacional siguió el patrón nacional, el 62.2% correspondió a la zona metropolitana de Guadalajara, el 37.8% restante repartido en las 11 regiones administrativas.^{12, 13}

La muestra se realizó en adultos entre las edades de 18 a 60 años. El 82.2% de los entrevistados fueron mujeres, la mayoría casados (73.3%). El nivel educativo predominante fue de primaria (37.6%) y secundaria (32.7%) (Cuadro 3).

Cuadro 3.

Distribución de las principales variables sociales de la muestra, Jalisco 2010

Variable	N	%
Sexo		
Masculino	324	17.8
Femenino	1,495	82.2
Total	1,819	100
Edad		
18-60 años	1819	100
Escolaridad		
Sin educación formal	12	0.7
Primaria	683	37.5
Secundaria	594	32.6
Preparatoria	267	14.7
Profesional	263	14.5
Total	1,819	100

Variable	N	%
Estado Civil		
Casado	1,333	73.2
Unión libre	194	10.7
Soltero	116	6.4
Separado	62	3.4
Viudo	54	3
Divorciado	60	3.3
Total	1,819	100

Fuente: Encuesta directa Jalisco, 2010.

b) Descripción clínica

Se evaluaron en los sujetos encuestados los siguientes síndromes: Depresión, Trastornos de ansiedad, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Angustia con y sin Agorafobia, Fobia Social, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno Obsesivo Compulsivo y alcoholismo, además se midió el grado de riesgo suicida (suicidio potencial).

El 23.9 % de la población del Estado de Jalisco presentó cualquiera de los trastornos mentales evaluados. Es decir alrededor de cinco de cada 20 Jaliscienses presentan un

trastorno mental.

Los trastornos mentales más frecuentes son los trastornos de ansiedad con un 16%, le sigue la depresión con un 4.4% y el alcoholismo que representa el 3.2 % de la población. En el cuadro 4 se presentan los datos pormenorizados de la prevalencia de los trastornos mentales en el Estado.

Analizando la prevalencia de trastornos mentales en las diferentes regiones del Estado de Jalisco, se observa una distribución irregular, así hay tres regiones con prevalencias altas como la región Norte (57%), Sierra de Amula (41.8%) y Valles con el 32.2%. En cambio la región Sureste, Sur, Costa Norte y Sierra Occidental tuvieron prevalencia totales de los trastornos mentales menores al 10%. (Cuadro 5)

Los trastornos mentales evaluados variaron enormemente en su frecuencia en las diferentes regiones, aunque se mantuvo la tendencia general, hubo variaciones en cada región, pero en general prevaleció el trastorno de ansiedad como el trastorno más frecuente, seguido de la depresión y el alcoholismo, a excepción de la región Norte donde el Alcoholismo (21.3%) superó a la depresión (8.9%) en frecuencia como la segunda causa.

La prevalencia de cada uno de los trastornos mentales por región del Estado de Jalisco se muestra en el cuadro 6.

Cuadro 4.

Prevalencia total de los Trastornos Mentales, resultado de la presente Investigación, expresada en porcentaje, tasas y su distribución por género, Estado de Jalisco 2010

Trastorno Mental	%	*M %	*F %	Tasa por 100,000 Habitantes	Población COEPO 2010 7,350,682
Total Trastornos de ansiedad:	16	6.8	9.1	16,000	1`132,409
Trastorno de Angustia	6.8	-	-	6,800	481,274
Trastorno Obsesivo Compulsivo	2.6	-	-	2,600	184,016
Trastorno de Ansiedad Generalizada	2.2	-	-	2,200	155,706
Fobia Específica	1.4	-	-	1,400	99,086
Trastorno de Estrés Postraumático	1.2	-	-	1,200	84,931
Fobia Social	1	-	-	1,000	70,776
Trastorno de angustia sin agorafobia	0.8	-	-	800	56,620
Depresión	4.4	1.4	3.0	4,400	311,412
Alcoholismo	3.2	3	0.2	3,200	226,482
Suicidio potencial	0.3	0.05	0.25	300	21,233

* Masculinos, femeninos.

Fuente: Encuesta directa Jalisco, 2010.

Cuadro 5.
Prevalencia de los Trastornos Mentales en las diferentes Regiones, expresada en porcentaje y tasas, Estado de Jalisco 2010

REGIÓN	%	TASA X 10000 HABITANTES *	Población COEPO 2010 7,350,682
REGIÓN SURESTE	6.1	610	431,731
REGIÓN COSTA NORTE	7.2	720	509,584
REGIÓN SUR	9.2	920	651,135
REGIÓN SIERRA OCCIDENTAL	9.7	970	686,523
ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA	16.2	1,620	1'146,564
REGIÓN ALTOS SUR	23	2,300	1'627,838
REGIÓN ALTOS NORTE	24.4	2,400	1'726,923
REGIÓN CIÉNEGA	30	3,000	2'123,266
REGIÓN COSTA SUR	30	3,000	2'123,266
REGIÓN VALLES	32.3	3,230	2'286,050
REGIÓN SIERRA DE AMULA	41.8	4,180	2'958,418
REGIÓN NORTE	57	5,700	4'033,206

* Debido al tamaño poblacional de las regiones se expresa por 10,000 habitantes a diferencia de los resultados de las prevalencias de todo el Estado.

Fuente: Encuesta directa Jalisco, 2010.

Cuadro 6.
Prevalencia de los trastornos mentales evaluados por región en porcentaje y tasas, Estado de Jalisco 2010

REGIÓN	DEPRESIÓN		ANSIEDAD		ALCOHOLISMO		SUICIDIO POTENCIAL	
	%	Tasa X 10,000	%	Tasa X 10,000	%	Tasa X 10,000	%	Tasa X 10,000
Zona Metropolitana de Guadalajara	4.2	420	15.1	1,510	1.9	190	0.1	10
Región Norte	8.9	890	27.1	2,710	21.3	2,130	0	0
Región Altos Norte	3.4	340	17.1	1,710	2.1	210	1.6	160
Región Altos Sur	2.3	230	19.6	1,960	0	0	0.9	90
Región Ciénega	11.9	1,190	13.6	1,360	4.4	440	0	0
Región Sureste	0	0	5.5	550	0	0	0.5	50
Región Sur	1.6	160	7.5	750	0	0	0	0
Región Sierra De Amula	2.7	270	21.5	2,150	17.5	1,750	0	0
Región Costa Sur	5.7	570	11.7	1,170	11	1,100	1.7	170
Región Costa Norte	0.5	50	4.2	420	2.4	240	0	0
Región Sierra Occidental	2.1	210	5.2	520	2.3	230	0	0
Región Valles	1.1	110	18.7	1,870	12.3	1,230	0	0

Fuente: Encuesta directa Jalisco, 2010.

2. INFRAESTRUCTURA

a) Hospitales psiquiátricos

En el estado de Jalisco actualmente contamos con 7 establecimiento o dispositivo especializado de tipo hospitalario que brinda atención a pacientes agudos y de larga estancia con trastornos mentales. Tres instituciones públicas administradas por el gobierno (Instituto Jalisciense de Salud Mental de la Secretaría de Salud Jalisco, Centro Comunitario de Salud Mental del IMSS, Unidad de Hospitalaria del Hospital Civil de Guadalajara) y 4 instituciones privadas (Sanatorio San Juan de Dios, Sanatorio Psiquiátrico San Camilo, Clínica Unidad de Orientación y Psicodiagnóstico^{*} y la Clínica de ansiedad, depresión y estrés (CADE).

Entre los 7 establecimientos suman 693 camas para adultos disponibles para todo el estado, hace 5 años el número de camas era de 601. Estas instituciones no tienen ninguna cama destinada para niños o adolescentes.

Las instituciones mencionadas atienden al año 16489 pacientes de los cuales 8574 (52%) son mujeres, 1684 menores de 17 años son atendidos solo en consulta externa. Del 51 al 80 % reciben además del tratamiento farmacológico una intervención psicosocial (psicoterapia, prestación de apoyo social, consejería, actividades de rehabilitación, formación en habilidades interpersonales y sociales y tratamientos psicoeducativos). El promedio de estancia hospitalaria es de 22.7 días.

b) Servicios de Psiquiatría en Hospital general

No existen unidades psiquiátricas que brinden atención a pacientes ingresados para el abordaje de los trastornos mentales dentro de un hospital general.

c) Servicios de consulta externa

Existen 42 establecimientos o dispositivos de salud mental ambulatorios en el estado, 35 administrados por el gobierno y 7 privados, los cuales atienden a 20720 personas de las cuales 10774 (52%) son mujeres, 1035 son menores de 17 años. Solo dos unidades son exclusivas para la atención de niños y adolescentes

(Hospital Civil de Guadalajara y el hospital de pediatría del CMNO del IMSS).

El tiempo aproximado de espera para recibir una consulta de primera vez es de una semanas, el diferimiento de las consultas subsecuentes es de dos meses.

De los 42 servicios solo en 28 está disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos), en la institución, durante todo el año.

d) Unidades residenciales

Existe un dispositivo de salud mental, no hospitalaria, que brinda residencia nocturna para personas adultas con trastornos mentales (Casa de medio camino Centro del Bosque, establecimiento residencia). Cuenta con 24 camas censables, atendiendo al mismo número de pacientes, 6 de los cuales son mujeres.

e) Hospital de día

En el estado de Jalisco se cuenta con un solo hospital de día que brinda atención a 240 pacientes al año en promedio, de los cuales 80 (33%) son mujeres.

e) Unidades Forenses

Existe una unidad de internamiento que atiende y/o trata de personas con trastornos mentales involucradas con el sistema judicial (Centro psiquiátrico penitenciario, dependiente de la Dirección General de Prevención y Readaptación de la Secretaría de Seguridad Pública). Cuenta con 164 camas con igual número de internos.

f) Organismos no gubernamentales

En nuestro estado solo existe una ONG registrada formalmente: Humanamente Asociación (VOZ PRO SALUD MENTAL A.C. JALISCO), la cual atiende aproximadamente 150 pacientes, y a 600 familiares.

3. RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos con los que cuentan todas las unidades de atención en salud mental anteriormente mencionadas se describen en el cuadro 7.

* Cerró: enero 2014

Cuadro 7.

Concentrado de los recursos humanos que prestan su servicio en el área de la salud mental en el estado de Jalisco

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD MENTAL	HOSPITAL PSIQUIÁTRICOS	SERVICIO EN HOSPITAL GENERAL	CONSULTA EXTERNA	UNIDADES RESIDENCIALES	HOSPITAL DE DÍA	UNIDADES FORENSES	ONG. PRÁCTICA PRIVADA
Psiquiatras	60	0	42	1	2	8	190
Residentes de Psiquiatría	49	0	0	0	0	0	0
Psicólogos	63	0	32	2	2	12	136
Enfermeras	328	0	18	0	2	24	96
Trabajadoras Sociales	20	0	5	0	1	8	23
Terapeutas ocupacionales	9	0	0	2	6	0	0

Fuente: Formato diseñado expofeso para infraestructura y recursos humanos, 2010

Discusión

En la actualidad el diseño de políticas públicas en nuestro país debe estar basado en información válida científicamente. Los programas de salud no se escapan a esta práctica.

Jalisco, por ser uno de los estados con mayor nivel de desarrollo, implementa programas de salud y en especial de salud mental para la atención de su población, dicha implementación demanda que contemos con estudios epidemiológicos que nos reflejen el comportamiento de los trastornos mentales en nuestra población; por esta razón, siguiendo el esfuerzo de Becerra y Colaboradores (1995),¹⁴ realizamos el estudio de prevalencia de los trastornos mentales en todas las regiones del estado de Jalisco, que a diferencia del estudio que nos precede llegamos a todas las regiones del estado en poblaciones por encima de 2000 habitantes y además evaluamos la infraestructura y la respuesta social organizada que responde a la demanda de servicios de salud mental.

El comportamiento epidemiológico de la población de Jalisco no difiere a la de otras poblaciones de otros países latinoamericanos,

Ya en el estudio de Medina Mora y cols. de 2003 contábamos con datos más o menos precisos de los principales trastornos mentales, ya que en dicho estudio nuestro estado fue incluido en la región central oeste y Guadalajara en las áreas metropolitanas; si bien, es un esfuerzo enorme e importante aún podemos caer en imprecisiones; en cambio, nosotros privilegiamos las regiones económicas del estado como proveedores de

la mayor parte de la muestra, para tener de viva voz el reflejo de los problemas de salud mental en la población.⁷

En nuestro estudio encontramos prevalencia de cualquier de los trastornos mentales a lo largo de la vida casi 13 puntos por debajo del estudio de Medina Mora (23.9% vs. 36.7% respectivamente), y en población solamente de Jalisco (estudio de Becerra y cols. 1995) casi 7 puntos menos.^{7, 14}

Analizando los principales trastornos mentales (depresión, ansiedad y alcoholismo), comparado con el estudio de Becerra 1994, las prevalencias difieren muy poco (trastornos de ansiedad 16%, depresión 4.4%, uso y alcoholismo 3.2 % vs. el estudio de Becerra y cols., trastornos de ansiedad 14.5%, 6.3% y alcoholismo 2.1%).¹⁴ En el caso del estudio epidemiológico del 2003 de Medina Mora las diferencias son mayores y difícilmente equiparables debido a que en este estudio, se englobó la depresión en los trastornos afectivos y abuso de alcohol y la dependencia o alcoholismo en el trastorno de uso de sustancias.^{7, 14}

Otro resultado que hay que destacar son las diferencias marcadas en la prevalencia de los principales trastornos en las diferentes regiones económicas del estado, de tal manera que regiones como la norte (57% de prevalencia de trastornos mentales), región sierra de amula (41.8 % de prevalencia de trastornos mentales) y región valles (32.3% de prevalencia de trastornos mentales) superan el promedio del estado, mientras la región sureste (6.1%), región costa norte (7.2%) y región sur (9.2%) tienen prevalencias muy bajas.

Con esta misma tendencia los trastornos mentales más prevalentes también tuvieron un comportamiento diferente en las regiones, por ejemplo la cifra más alta de depresión la encontramos en la región Ciénega (11.9%) y región Norte (8.9%), los trastornos de ansiedad fueron más frecuentes en la región Norte (27.1%) y región Altos Sur (19.6%); por último la prevalencia de alcoholismo en la región Norte y sierra de Amula (21.3% y 17.5 % respectivamente) fue alta comparada con las demás regiones.

Cabe resaltar que a diferencia de los estudios de prevalencia previos, nosotros evaluamos la intencionalidad suicida, que si bien no fue alta la cifra de prevalencia (0.3%) marca un hito en este tipo de estudios.

Hubo otra diferencia respecto al estudio de Becerra y Cols., en nuestro caso no evaluamos trastornos mentales severos como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar.¹⁴

Por último; al ser un estudio para el diseño de políticas públicas, evaluamos la infraestructura y los recursos humanos con los que cuenta el estado para responder a las necesidades en Salud Mental.

En conclusión la prevalencia de los trastornos mentales en el estado de Jalisco son equivalentes al resto del país y similar en comparación con otros países. Existen diferencias marcadas entre las diferentes regiones económicas del estado siendo más alta en la región norte y más baja en la región sureste del estado. Pese a que existe una buena infraestructura para dar tratamiento a estos trastornos esta resulta insuficiente para la alta prevalencia de los mismos. Los trastornos más prevalentes son ansiedad, depresión y adicciones por lo que resulta necesario fortalecer la infraestructura y servicios para su atención.

Contacto: Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Av. Zoquipan 1000-A, Colonia Zoquipan, Zapopan, Jalisco, México. C.P. 45170

cesar_gonzalez_gonzalez@msn.com

Referencias bibliográficas

1. Gervás J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. SEMERGEN-Medicina de Familia 2004; 30, (5): 245-257.
2. World Health Organization. Global burden of disease estimate. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>.
3. Saraceno B. The WHO world health report 2001 on mental health. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2002; 11 (2): 83-87.
4. Levav I, Lima BR, Somoza LM, Kramer M, González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. Bol Oficina Sanit Panam 1989; 107: 196-219.
5. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS (Organización Mundial de la Salud), 2001.
6. De La Salud Mental, OMS Promoción. Conceptos, evidencia emergente y práctica. Informe compendiado. Ginebra: OMS, Promoción de la Salud Mental, 2004.
7. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C, et al. Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud mental 2003; 26(4): 1-16.
8. SSA: Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006. México 2001. Pag. 51.
9. OMS. La Salud Mental en las Emergencias: Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. 2003.
10. <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=14#>. Consultada 27/06/17.
11. Garcia-Olcina M; Piqueras J A; Martínez- Gonzalez A E. Datos preliminares de la validación del Cuestionario de Detección vía Web para los trastornos emocionales (DETECTA-WEB) en adolescentes españoles. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 2014, 1(1): 70-78.
12. Donker, T., van Straten, A., Marks, I., & Cuijpers, P. A brief Web-based screening questionnaire for common mental disorders: development and validation. Journal of Medical Internet Research, 2009, 11 (3).
13. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2010/>. Consultado:
14. Becerra B, González Mendez JG, Paez Agraz F, Robles-García R. Lifetime prevalence of mental disorders in the state of Jalisco, México. En prensa, 1994.

Artículo original

Síntomas depresivos y sobrecarga de los familiares de pacientes deprimidos hospitalizados en el CAISAME estancia breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental

López-Gómez M.J.(1), Márquez-Gómez C.A.(2), Calderón-Rivera D. (3)

(1) Aux. Enfermería del turno nocturno, Instituto Jalisciense de Salud Mental (IISM); (2) Aux. Enfermería del turno nocturno, IISM; (3) Médico asistente de investigación, IISM.

Resumen

Actualmente, entre las enfermedades con mayor discapacidad se encuentra la depresión. La participación de la familia en la atención de las personas que la han padecido es de gran relevancia para el cuidado integral del paciente en su entorno familiar. **Objetivos:** Detectar síntomas de depresión, sobrecarga y el autocuidado en familiares del paciente deprimido que han sido hospitalizados en CAISAME Estancia Breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental y analizar la influencia variables clínicas con la presencia de síntomas depresivos, sobrecarga del cuidador y autocuidado. **Material y métodos:** A 62 familiares de pacientes con depresión, se les aplicó: la Escala de depresión de Beck, Escala abreviada de Zarit y la escala de Apreciación Agencia de Autocuidado, con la finalidad de evaluar sintomatología depresiva y sobrecarga del cuidador en los familiares de pacientes con depresión. **Resultados:** 17 (27.41%) de los cuidadores presentaron síntomas depresivos, dicha sintomatología se relacionó con el tiempo que cuidaron a sus familiares deprimidos ($r=0.404$, $p<0.001$); 14 (22.58%) presentan sobrecarga intensa y estuvo relacionada con el mal funcionamiento familiar ($r=0.265$, $p<0.03$) y la presencia de síntomas depresivos ($r=0.520$, $p<0.0001$), y 25 (40.32%) reportaron que los pacientes tenían un autocuidado insuficiente, esta percepción se vio influenciada inversamente por la presencia de síntomas depresivos ($r=-0.284$, $p<0.02$). **Conclusiones:** Las variables que se relacionaron con la sintomatología depresiva fueron: el tiempo que los cuidadores han cuidado al paciente, el funcionamiento familiar, la presencia de sobrecarga y las puntuaciones bajas de la escala de autocuidado ASA.

Palabras clave: Depresión, sobrecarga del cuidador, autocuidado.

Abstract

Currently, among the diseases with increased disability is depression. Family involvement in the care of people who have had it is of great importance to the comprehensive care of patients in their home environment. **Aims:** To detect symptom of depression, overload and self-care in relatives of depressed patients who have been hospitalized in CAISAME est. breve of the Instituto Jalisciense de Salud Mental and to analyze influence clinical variables to the presence of depressive symptoms, caregiver burden and self care. **Methods:** A 62 relatives of patients with depression were administered: the Beck Depression Scale, abbreviated Zarit Scale and scale of Self-Care Assessment Agency, in order to assess depressive symptoms and caregiver burden in family of patients with depression. **Results:** 17 (27.41%) of caregivers have depressive symptoms, such symptoms was related to the time it took care of their depressed relatives ($r=0.404$, $p<0.001$); 14 (22.58%) showed intense burden and was associated with poor family functioning ($r=0.265$, $p<0.03$) and the presence of depressive symptoms ($r=0.520$, $p<0.0001$), and 25 (40.32%) reported that patients had a poor self-care, this perception was inversely influenced by the presence of depressive symptoms ($r=-0.284$, $p<0.02$). **Conclusions:** In the presence of depressive symptoms influencing variables were: the time that caregivers have patient care, family functioning, the presence of overload and low scores on the scale of self-ASA.

Keywords: Depression, caregiver burden, self-care.

Introducción

Se estima que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. La OMS calcula que los padecimientos psiquiátricos y neurológicos contribuyen con el 20% del costo total de las enfermedades médicas. Los trastornos neuropsiquiátricos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) representan el 28% de la carga total de las enfermedades. En el 2020, la depresión ocupará el segundo lugar como causa de discapacidad total en el mundo. Después de las enfermedades del corazón, es el segundo contribuyente más caro de los sistemas de salud.

Desde la implementación del tratamiento psiquiátrico de la comunidad, el número de pacientes y cuidadores familiares está creciendo rápidamente; su participación y responsabilidad en este proceso aumenta, lo que resulta en una mayor carga familiar, sin embargo la nueva estrategia de políticas sanitarias psiquiátricas aboga por la inserción del enfermo mental en la comunidad. Esta filosofía comunitaria tiene como consecuencia que sea la familia la que asuma, en muchos casos, la mayor parte de la responsabilidad del cuidado del enfermo.¹

En México se evaluaron las consecuencias o dificultades que tienen en mayor medida los familiares (cuidadores) y resultó: en primer lugar, el costo o carga emocional (72.2%) a través de expresiones de irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diferentes emociones de culpa, enojo, frustración y resentimiento; en segundo lugar, el costo económico (52.7%) por gastos excesivos por los medicamentos y por su manutención; el costo físico en tercer lugar (44.4%), asociado a las enfermedades como diabetes, gastritis, colitis, herpes y otros más; y por el último el costo social (33.3%) observado en el aislamiento social por la vergüenza de tener un familiar enfermo, no obstante, se encontraron algunos familiares (19.4%) que indicaron que el paciente no representa ninguna carga para ellos. Mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador sacrifica sus propios recursos y actividades.²

Cuando se dé costos, impacto en la salud y sobrecarga de los cuidadores, generalmente se habla de esquizofrenia, demencia o cualquiera de las enfermedades crónicas incapacitantes o terminales.

Son pocos los estudios en cuidadores de pacientes con depresión en donde se analiza el involucramiento de los familiares como cuidadores primarios y el impacto que tienen en su salud física y mental.

El objetivo de la presente investigación es evaluar la presencia de síntomas depresivos y la sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes con trastorno depresivo mayor hospitalizados en el CAISAME Estancia Breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental y analizar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en la sobrecarga, sintomatología depresiva y acciones de autocuidado.

Material y métodos

Sujetos

Se obtuvo una muestra tipo censo de sujetos (hombres y mujeres) mayores de 18 años de edad familiares de pacientes con depresión que fueron hospitalizados en el CAISAME Estancia Breve del Instituto Jalisciense de Salud Mental y que estuvieran ejerciendo el cuidado del paciente con depresión.

Instrumentos

A todos los familiares se les aplicó la escala de Depresión de Beck de 21 ítems diseñada por Beck y colaboradores en 1961, validada al español por Conde en 1975.³

La escala de Zarit Abreviada, diseñada por Zarit, Reever y Peterson en 1980; fue validada en español por Regueiro Martínez consta de 7 ítems y evalúa las repercusiones negativas en determinadas áreas de la salud (salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos) cuando se prestan cuidados a personas con alguna enfermedad. El rango de puntuación es de 7 a 35 puntos.⁴

La escala Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas de tipo Likert, donde 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. El puntaje máximo que se puede alcanzar es de 120.

La capacidad de autocuidado como “suficiente” (>89 puntos) o “insuficiente” (<88 puntos). Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología por parte de enfermería, no proporcionar un diagnóstico.⁵

Procedimiento

Se obtuvo la autorización de la dirección del CAISAME estancia breve y de la jefatura de investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental y el consentimiento verbal de los sujetos (familiares de los pacientes con depresión). A los familiares con actividades de cuidadores se les aplicó la escala de depresión de Beck para la detección

de síntomas depresivos, la escala de Zarit para evaluar la sobrecarga del cuidador, la Apreciación de Agencia de Autocuidado y un instrumento diseñado ex profeso para la recolección de variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, ocupación, escolaridad, ingreso económico, parentesco con el paciente, tipo de familia, y el tiempo que ha cuidado al paciente.

Se vaciaron los datos obtenidos de las variables, y la puntuación de las escalas, en una hoja de concentración de datos en la que se les dio tratamiento estadístico.

Análisis Estadístico

En primer término se procedió a la descripción de variables utilizando media y desviación estándar para variables numéricas y frecuencias y porcentajes para variables categóricas.

Por último, el análisis de la influencia de las variables sobre la sobrecarga del cuidador se realizó con el índice de correlación de Pearson.

Resultados

Descripción general de la muestra

Se evaluaron 62 familiares de pacientes con depresión 36 (41.9%) fueron mujeres, el promedio de edad fue de 39.5 (+13.9) años, 22 (35.5%) personas no reportaron su ingreso económico. Las madres e hijos fue el parentesco más frecuente de los cuidadores (18, 29% y 14, 22.6% respectivamente).

De los 62 pacientes con depresión 39 (62.9%) fueron mujeres. Los detalles pormenorizados se describen en el cuadro 1 y 2.

Cuadro 1.

Variables sociodemográficas de los cuidadores

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
EDAD (media y desviación estándar)	39.5 (+13.9) AÑOS	
SEXO		
Masculino	26	41.9
Femenino	36	58.1

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
LUGAR DE RESIDENCIA		
Zona rural	9	14.5
Zona suburbana	9	14.5
Zona urbana	44	70.9
OCUPACIÓN		
Ninguna	22	35.5
Empleado	40	64.5
ESTADO CIVIL		
Soltero (a)	14	22.6
Casado (a)	29	46.8
Viudo (a)	3	4.8
Divorciado (a)	4	6.5
Unión libre	9	14.5
Separada (o)	3	4.8
ESCOLARIDAD (media y desviación estándar)	9.87 (+3.761) AÑOS	
INGRESO ECÓNOMICO		
1. No reporta	22	35.5
2. < \$1,900.00	4	6.5
3. \$ 2,000 – 2,900.00	5	8.1
4. \$3,000 – 3,900.00	3	4.8
5. \$4.000 - 5,000.00	5	8.1
6. >\$5.000.00	23	37.1

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

Cuadro 2.

Variables sociodemográficas de los pacientes con depresión mayor

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
EDAD DEL PACIENTE (media y desviación estándar)	35.39 (+13.968) AÑOS	
SEXO DEL PACIENTE		
Masculino	23	37.1
Femenino	39	62.9

VARIABLE	NÚMERO	PORCENTAJE
PARENTESCO DEL CUIDADOR		
Madre	18	29.0
Padre	5	8.1
Hijo	14	22.6
Tío	1	1.6
Sobrino	1	1.6
Esposo	12	19.4
Hermano	8	12.9
Cónyugue	3	4.8
TIPO DE FAMILIA		
Nuclear	36	58.1
Monoparental	9	14.5
Compuesta	15	24.2
Reconstruida	2	3.2
TIEMPO DE CUIDADO EN MESES (media y desviación estándar)	37.8+-43.5 MESES	

Fuente: Encuesta de datos sociodemográficos.

Descripción clínica

De los 62 cuidadores evaluados, 17 (27.4%) aceptaron tener una familia disfuncional.

Los cuidadores de los pacientes con depresión puntuaron en la escala de depresión de Beck en promedio 6.6 (+/-6.2) puntos, 11 (17.7%) tuvieron puntuaciones entre 10 y 15 puntos, es decir, calificaron con depresión leve y sólo seis (9.6%) pacientes tuvieron puntuaciones compatibles con depresión moderada. En la escala de Zarit (sobrecarga del cuidador) los cuidadores tuvieron una puntuación promedio de 15.1 (+/-13.8) puntos; 14 (22.5%) puntuaron con sobrecarga intensa, el resto no alcanzaron puntuaciones compatibles con sobrecarga. A pesar de que fueron pocos cuidadores con sobrecarga en el área de autocuidado la puntuación promedio de la escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) fue alta (87.3+-13.8 puntos), 25 (40.3%) cuidadores tuvieron un cuidado insuficiente (menos de 88 puntos de la escala). Ver cuadro 3.

Por último 30 (48.3%) consumían algún tipo de sustancia psicotrópica, de estos 11 consumían más de una sustancia psicotrópica. Ver cuadro 4.

Cuadro 3.
Descripción de las variables clínicas de los cuidadores

VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO-MÁXIMO
NIVEL DE DEPRESIÓN (Beck)	6.63	+/-6.250	0-26
NIVEL DE SOBRECARGA (Zarit)	16.13	+/-13.861	
NIVEL DE AUTOCUIDADO (ASA)	87.4	+/-17.113	33-118

Fuente: Escalas clinimétricas (Beck, Zarit, ASA).

Cuadro 4.
Sustancias psicotrópicas consumidas por los cuidadores

SUSTANCIA CONSUMIDA	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Tabaco	21	33.9
Alcohol	8	12.9
Fármacos	1	1.6
Ninguna	32	51.6
Total	62	100.0

Fuente: Encuesta directa del consumo de sustancias

Influencia de las variables sociodemográficas y clínicas en la presencia de síntomas depresivos, sobrecarga y autocuidado

Las variables que influyeron en la presencia de síntomas depresivos fueron: el tiempo que los cuidadores han cuidado al paciente ($r=0.404$, $p<0.001$), el funcionamiento familiar ($r=0.492$, $p<0.001$), la presencia de sobrecarga ($r=0.520$, $p<0.0001$) y las puntuaciones bajas de la escala de autocuidado ASA ($r= -0.284$, $p<0.02$).

Las puntuaciones altas de la escala de Zarit, traducidas a la presencia de sobrecarga sólo fueron influidas por el funcionamiento familiar ($r=0.265$, $p<0.03$) y la presencia de síntomas depresivos ($r=0.520$, $p<0.0001$).

Por último, el autocuidado por personal insuficiente se vio influenciado inversamente por la presencia de síntomas depresivos ($r= -0.284$, $p<0.02$), es decir a mayor puntuación de la escala de depresión de Beck los cuidadores tenían un cuidado insuficiente.

Discusión

Los resultados de nuestro estudio revelan un grupo pequeño de cuidadores que presenta un nivel de depresión leve y otro grupo inferior a este que presenta un nivel de depresión moderada lo cual sí tiene relación con la sobrecarga.

Se aprecia un resultado de sobrecarga intensa de un grupo pequeño de cuidadores, mientras que un poco menos de la mitad de la muestra presenta un nivel de autocuidado insuficiente. Dentro de los cuidadores afectos predomina el género femenino rebasando la mitad de la muestra y en las madres cuidadoras se eleva el porcentaje con respecto a los demás. En poco más del cuarto de la muestra los familiares aceptaron tener una familia disfuncional, y la mitad de la muestra reportan consumir algún tipo de sustancia psicotrópica, mientras que algunos de ellos consumen más de una sustancia psicotrópica.

Estos datos concuerdan con la imagen tradicional de la mujer como cuidadora. Diversos estudios sitúan esta preponderancia de la mujer como cuidadora entre un 60% y un 87,4%.^{6,7,8,9,10,11}

La presencia de síntomas de depresión fue menor comparado con otros estudios.^{6,7,8} No se sabe la razón de

dicho hallazgo, pero se podría deber a la sobreexposición de los cuidadores a la enfermedad (depresión).

El grado de sobrecarga es más elevado que en otros estudios,^{6,10,11} y la relación entre sobrecarga y sexo (las mujeres presentan una mayor sobrecarga) puede derivar del hecho de que la mujer asume tradicionalmente el rol de cuidar.^{12,13}

Comparado con otros estudios, los cuidadores tuvieron mayor capacidad del autocuidado y el cuidado deficiente fue menor (cuidado deficiente en el 47,0% de los casos y suficiente en el 53,0% restante).¹⁴

A pesar de los hallazgos, podríamos considerar como posibles limitaciones el tamaño de la muestra, un estudio que incluya un mayor número de cuidadores y otras patologías podrían dar un panorama más completo del fenómeno de sobrecarga. La falta de tiempo, la disponibilidad de espacios confortables y de privacidad puede inhibir o alterar la respuesta de las encuestas.

En conclusión se detectó sobrecarga del cuidador en un porcentaje menor a lo esperado, las mujeres sufrieron más de dicho fenómeno. La sobrecarga se relacionó principalmente con las deficiencias de autocuidado del cuidador. De entre ellos las mujeres fueron quienes adquirieron mayor puntuación probablemente relacionado a su rol de protectoras.

No hubo relación entre el consumo de psicotrópicos del cuidador y las puntuaciones de la escala de Zarit (sobrecarga del cuidador).

Contacto: Instituto Jalisciense de Salud Mental,

Av. Zoquipan 1000 "A", colonia Zoquipan, Zapopan Jalisco, C.P. 45170.

cesar_gonzalez_gonzalez@msn.com.

Referencias bibliográficas

1. Schnaa, F. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2017; 45 (1): 22-25.
2. Lopes-Monteiro da Cruz DA, De Mattos-Pimenta CA, Kurita GP, De Oliveira AC. Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *Int J Nurs Termil Classif* 2004; 15(1): 5-13.
3. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema* 1998; 10(2): 303-318.
4. Pardo X, Jurado S, Valencia A, Méndez J, Mora I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología* 2014; 11(1): 71-85.
5. Abril FGM, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan* 2009; 9(3): 222-235.
6. Lara PG, González AA, Blanco LA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Rev Esp Med Quir* 2008; 13: 159-66.

7. Domínguez JA, Ruiz M, Gómez J, Gallego E, Valero J, Izquierdo M.T. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen* 2012; 38:16-23.
8. Méndez L, Giraldo O, Aguirre-Acevedo D, Lopera F. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Rev Chil Neuropsicol* 2010; 5: 137-45.
9. Alfaro OI, Morales VT, Vázquez PF, Sánchez S, Ramos B, Guevara LU. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46: 485-94.
10. Leggett A, Zarit S, Taylor A, Galvin JE. Stress and Burden among caregivers of patients with Lewy body dementia. *The Gerontologist* 2010; 51: 76-85.
11. Garrido R, Menezes P. "Impact on caregivers of elderly patients with dementia treated at a psychogeriatric service." *Revista de saude publica* 2004; 38.6: 835-841.
12. Camacho EL, Yokebed-Hinostrosa G, Jiménez MA. "Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado." *Enfermería universitaria* 2010 7(4): 35-41.
13. Babarro AA, Garrido BA, Díaz PA, Casquero RR, Riera PM. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención primaria* 2004; 33(2), 61-67.
14. Gallegos EC. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Des. Científ Enferm.* 1998; 6(9):260-6.



Artículo original

Violencia percibida y psicopatología en una muestra de sujetos expuestos a violencia social

Hernández-Torres S. (1), González-González C.(2), Medina-Dávalos R. (3), Madrigal-De León E. Á. (4), Calderón-Rivera D. (5).

(1) Psiquiatra SSJ, (2) Jefe de Investigación. SALME, SSJ, (3) Jefe de enseñanza. SALME, SSJ, (4) Director General Adjunto de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud, (5) Médico asistente de investigación. Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Resumen

Introducción: La exposición a la violencia ha aumentado de forma considerable. Y por ende un elevado índice de exposición a la violencia por parte de la población ya sea de forma directa o indirecta. En México no se han investigado las consecuencias de la violencia social en la salud mental.

Objetivos: Analizar y comparar el impacto de la violencia percibida en dos grupos de personas expuestas directa e indirectamente a la violencia social, así como sus actitudes, postura ante esta y expresión psicopatológica.

Material y Métodos: Una muestra de sujetos de la zona metropolitana de Guadalajara (expuestos indirectamente) y habitantes de la Rivera de Chapala (expuestos directamente) a la violencia social. Se utilizaron, los siguientes instrumentos: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Trauma de Davidson, Escala de miedo a la victimización, riesgo y gravedad percibida, Cuestionario ACTIVA, y formato de variables sociodemográficas. **Resultados:** Los sujetos con exposición indirecta sufrieron delitos más comunes en ciudades como robo a mano armada y extorsión por autoridades. Los expuestos directamente tuvieron más secuestros y parientes asesinados. Se presentó una cantidad mayor de personas con síntomas de ansiedad, depresión y de estrés postraumático en los sujetos expuestos indirectamente a la violencia. **Conclusiones:** Los expuestos directamente a la violencia social tienen una mayor percepción de la gravedad y desconfianza en las instituciones, así como un mayor miedo a ser victimizados. Los expuestos indirectamente presentan mayor grado de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Palabras Claves.

Ansiedad, Depresión, Estrés Postraumático, Violencia Social, Violencia Percibida.

Abstract

Introduction: Exposure to violence has significantly increased; and therefore, a high population index has been exposed to violence, directly or indirectly. In Mexico, the consequences of social violence on mental health have not been investigated. **Aims:** To analyze and compare the impact of perceived violence on two groups of people directly and indirectly exposed to social violence, as well as their attitudes, posture and psychopathological expression. **Materials and methods:** A sample of subjects from the metropolitan area of Guadalajara (indirectly exposed) and residents of the Rivera de Chapala (exposed directly) to social violence. The following instruments were used: Hospital Anxiety and Depression Scale, Davidson Trauma Scale, Scale of fear of victimization, risk and perceived severity, ACTIVA Questionnaire, and format of sociodemographic variables. **Results:** Those indirectly exposed suffered more common crimes in cities such as armed robbery and extortion by authorities. Those directly exposed had more abductions and murdered relatives. A higher level of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress were present in subjects indirectly exposed to violence. **Conclusions:** Those directly exposed to social violence have a higher perception of severity and distrust in the institutions, as well as a higher fear of being victimized. Those indirectly exposed present a higher level of anxiety, depression and post-traumatic stress.

Key Words

Anxiety, Depression, Posttraumatic Stress, Social Violence, Perceived Violence.

Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la violencia como: el uso intencional de la fuerza física o el poder, hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesión, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privación.¹

Los tipos de violencia que reconoce la OMS son: La autoinflingida (mutilación y conducta parasuicida), la interpersonal y la violencia organizada. Todas estas formas de violencia pueden generar graves consecuencias en quienes las viven individualmente, pero también en la sociedad en su conjunto.¹

La naturaleza de los actos violentos puede ser: física, sexual, psicológica y que impliquen privación o negligencia.¹

Víctima de la violencia es “todo ser humano que sufre un malestar a causa del daño intencionado provocado por otro ser humano”. Se consideran “víctimas primarias” las personas que reconocieron haber recibido directamente un hecho de violencia colectiva y los familiares de primer grado de personas asesinadas por actos de violencia colectiva. Quienes sufrieron ante la visualización o el conocimiento de hechos violentos en terceras personas se consideran “víctimas secundarias”.²

De acuerdo con informes del año 2000, emitidos a través de Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, América Latina es el continente más violento y el que más dinero invierte para combatir la violencia social (13% del PIB). También es donde se registran las tasas de homicidio más altas sólo superado por el África Subsahariana.^{3,4}

La violencia en México ha aumentado de forma considerable en la última década, si bien no ha habido un aumento importante en los indicadores sobre la percepción de la misma, la población sí identifica que éste es el problema más grande que vive el país;⁵ en el último sexenio se reportan al menos 54 mil muertes relacionadas con la guerra entre carteles,⁶ además de otros delitos a los que está expuesta la población como serían: el secuestro, robo, coerción, extorsiones, etcétera. Se estima que un gran porcentaje de la población ha estado expuesta a la violencia de forma directa o indirecta.

En una encuesta realizada en 2011, sobre cuál considera la ciudadanía que es el problema más grave en el país,

la respuesta más común fue la violencia e inseguridad pública teniendo el 4º índice más alto en Latinoamérica.⁶ La tasa de homicidios intencionados en México aumentó de forma alarmante en la última década siendo de 11.7 en 2001 a 21.5 en 2010, más del doble de la tasa media mundial.^{7,10} El porcentaje de homicidio por armas de fuego fue de 54.9 % en ese mismo año, más del doble de las del 2001 (25.1%).⁶

En Jalisco el índice de percepción de inseguridad de la población fue 52.5 % en 2005 aumentando en 2009 a 54.9 %.⁸

El porcentaje de personas mayores de 18 años que fueron víctimas de un delito en 2008 en la zona metropolitana de Guadalajara fue de 15.2%. De acuerdo a datos publicados por la PGR. Las muertes violentas aumentaron en el estado de 70 en 2007, a 593 en 2010, mientras que entre enero y septiembre de 2011, la entidad registró 622 fallecimientos relacionados con el crimen organizado.⁶

Fuera de la zona metropolitana los municipios de Puerto Vallarta, Arandas, Ayotlán, Atotonilco el Alto y Jilotlán de los Dolores es donde se presentó el mayor índice de enero a septiembre de 2011.⁶

Se han asociado diferentes problemas de salud mental como consecuencia de la violencia social (comunitaria) entre los que se incluyen: Trastornos por estrés postraumático; trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias.^{7, 8, 9,10}

En este estudio se propone conocer cuáles son las consecuencias en salud mental de la violencia en dos áreas urbanas expuestas a grados diferentes de criminalidad, haciendo un comparativo en la prevalencia y las diversas secuelas psicopatológicas que tendría la misma en los ciudadanos.

Material y métodos

Sujetos

Se obtuvo una muestra tipo censo de sujetos mayores de 18 años de dos poblaciones; la zona metropolitana de Guadalajara expuestos a violencia indirecta (enterados por la radio, televisión, periódico, redes sociales e internet), y la Rivera de Chapala, expuestos a la violencia en forma directa (víctimas del crimen organizado).

Instrumentos

A los sujetos de ambas poblaciones se les evaluó sintomatología de estrés postraumático, depresión

y ansiedad y cómo percibían la violencia con: a) la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), la cual consta de 14 ítems y dos subescalas: una de ansiedad y otra de depresión. En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios: 0–7: rango de normalidad. 8–10: caso probable. 11–21: caso de ansiedad o depresión.¹¹ b) Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale; DTS), diseñada para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT desde un punto de vista subjetivo. Consta de 17 ítems. De cada ítem el paciente debe puntuar dos aspectos: la frecuencia de presentación y la gravedad del síntoma, se utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca o gravedad nula) y 4 (diariamente o gravedad extrema), según se trate de frecuencia o intensidad. Es auto aplicada: el marco de referencia temporal es la semana previa. Los autores proponen como punto de corte una puntuación de 40.¹² c) Escala de miedo a la victimización, riesgo y gravedad percibida. Es una escala realizada y validada por la Dra. Luciana Ramos-Lira y la Dra. Patricia Andrade-Palos, publicada en 1991 en la revista latinoamericana de Psicología. Consta de tres apartados: el primero Miedo a la Victimización, el segundo apartado Riesgo percibido de victimización y la Gravedad percibida. Se constituyó por una lista de 10 reactivos, de diferentes tipos de actos delictivos y/o violentos, que consideraron diversos niveles de gravedad en cuanto a violencia física. La respuesta a los reactivos se da en un continuo de 5 opciones, desde muy grave calificado con 5 puntos, hasta nada grave calificado con 1 punto.^{13, 14, 15} d) Cuestionario del Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (ACTIVA). Cuestionario Realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 1996, destinado a evaluar actitudes y normas culturales relacionadas con la violencia en ciudades de América Latina y España. El cuestionario se encuentra estructurado en 15 dimensiones, de las cuales en nuestra investigación utilizamos 6 de ellas: Confianza en Instituciones, Actitudes Sociales, Normas sociales y culturales (solo se incluyeron (5 ítems) los ítems relacionados con la violencia social omitiendo la violencia doméstica); Actitudes de aprobación de la violencia: (4 ítems de 11 posibles en los que se evaluó la aprobación de conductas violentas específicas); Aceptación del uso institucional de la fuerza (2 ítems en los que se evaluó el grado de aceptación o rechazo de medidas gubernamentales violentas contra grupos internos y si la presencia militar en las calles es necesaria), Victimización (se utilizaron 13 ítems para evaluar experiencias de victimización o de violencia del entrevistado), Uso de Armas (se evaluó la utilización de

armas de fuego en el hogar y fuera de este, así como el deseo de tenerlas. Se utilizaron 4 preguntas).¹⁵

Procedimiento

Prevía autorización de las autoridades de la institución se procedió a la aplicación de los instrumentos a los sujetos con exposición indirecta a la violencia (zona metropolitana de Guadalajara) y a sujetos con exposición directa (sujetos de la Ribera de Chapala), la información recabada de los instrumentos y las variables sociodemográficas se vaciaron en una base de datos y se le dio tratamiento estadístico.

Análisis estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de las variables utilizando media y desviación estándar para variables numéricas y frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para evaluar el impacto de la violencia en la salud mental, se utilizó el índice de correlación de Pearson y por último empleamos la X² (chi cuadrada) para comparar la percepción de la violencia por ambos grupos.

Resultados

Descripción general de la muestra.

Se evaluaron 372 sujetos, 298 estuvieron expuestos en forma indirecta a la violencia (habitantes de la zona metropolitana de Guadalajara) y 74 habitantes de la ribera de Chapala quienes estuvieron expuestos directamente a la violencia.

Del total de la muestra 219 (58%) fueron mujeres, las características sociodemográficas de ambos grupos se detallan en el cuadro 1.

Cuadro 1.

Variables Sociodemográficas de los sujetos expuestos y no expuestos a la violencia social

Variable	Sujetos con exposición directa (%)	Sujetos con exposición indirecta (%)
Sexo		
Mujeres	43 (58.1)	176 (60.1)
Hombres	31 (41.9)	117 (39.9)
Edad (Media, Dt.)	32.8 +/- 10.8	32.1 +/- 12.8

Variable	Sujetos con exposición directa (%)	Sujetos con exposición indirecta (%)
Estado Civil		
Soltero	33 (44.6)	150 (51.7)
Casado	35 (47.6)	109 (37.6)
Unión libre	2 (2.7)	14 (4.8)
Viudo	3 (4.1)	7 (2.4)
Divorciado	1 (1.4)	8 (2.8)
Separado	0	2 (.7)
Religión		
Católica	68 (91.9)	222 (77.6)
Testigo de Jehová	2 (2.7)	3 (1)
Cristiano	0	14 (4.9)
Otras	4 (5.4)	47 (16.4)
Escolaridad		
Analfabeta	0	2 (.7)
Primaria	14 (18.9)	24 (8.4)
Secundaria	19 (25.7)	50 (17.4)
Preparatoria	16 (21.6)	102 (35.5)
Carrera Técnica	1 (1.4)	11 (3.8)
Licenciatura	24 (32.4)	94 (32.8)
Postgrado	0	4 (1.4)

Variable	Sujetos con exposición directa (%)	Sujetos con exposición indirecta (%)
Situación laboral		
Empleado	38 (51.4)	166 (58.2)
Desempleado	36 (48.6)	117 (41.1)
Ingresos		
(Media, Dt.)	\$4648.40 +/- \$7037.70	\$9066.8 +/- \$18726.90

Fuente: Formato de variables sociodemográficas

Actitudes o posturas culturales hacia la violencia social.

En este apartado se evalúan varios constructos: Confianza en Instituciones, Actitudes Sociales, Normas sociales y culturales, Actitudes de aprobación de la violencia, Aceptación del uso institucional de la fuerza, Victimización y Uso de Armas.

a) Confianza en las instituciones:

El 30.6% de los sujetos expuestos indirectamente a la violencia consideran que el país va estar igual los próximos 5 años y el 44% considera que estará peor. El 24.3 % de los sujetos expuestos directamente a la violencia consideran que el país va estar igual y el 67.6 consideran que el país va estar peor los próximos 5 años. Por último 76.4% de los sujetos expuestos indirectamente a la violencia no consideran que los gobernantes del país están preocupados por lo que a ellos les pasa, similar respuesta tuvieron los sujetos expuestos directamente (75.7%). La evaluación desglosada de las instituciones se detalla en el cuadro 2.

Cuadro 2.
Evaluación de las instituciones por los sujetos con exposición directa e indirecta a la violencia social y sus diferencias

Variables	Sujetos con exposición directa; N (%)			Sujetos con exposición indirecta; N (%)			Diferencia (X2)
	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	
Policía	6 (8.1)	21 (28.4)	47 (63.5)	46 (15.7)	122 (41.6)	125 (42.6)	133.3, gl 4; p<0.0001
Juzgado	6 (8.2)	21 (28.4)	47 (63.5)	60 (20.7)	101 (34.7)	130 (44.7)	78, gl 4; P<0.0001

Variables	Sujetos con exposición directa; N (%)			Sujetos con exposición indirecta; N (%)			Diferencia (X2)
	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	
Sistema Penitenciario	4 (5.6)	15 (21.1)	52 (73.2)	34 (11.8)	93 (32.2)	162 (56)	NS
Fiscalía	3 (4.2)	23 (31.9)	46 (63.9)	52 (18.2)	101 (35.4)	132 (46.3)	84.1, gl 4; p<0.0001
Ejército	40 (54.8)	22 (30.1)	11 (15.1)	159 (54.4)	85 (29.1)	48 (16.4)	NS
Derechos Humanos	20 (27.8)	25 (34.7)	27 (37.5)	83 (28.6)	104 (35.7)	104 (35.8)	NS
Medios de Comunicación	16 (21.9)	29 (39.7)	28 (38.4)	94 (32.2)	89 (30.5)	109 (37.4)	55.6, gl 4; p<<0.0001

Fuente: Cuestionario ACTIVA.

b) Actitudes de aprobación de la violencia

En general los sujetos de ambos grupos tuvieron actitudes muy parecidas hacia la violencia, las opiniones se describen con detalle en el cuadro 3.

c) Aceptación del uso institucional de la violencia.

El 46.6% de los sujetos expuestos de forma indirecta a la violencia están en desacuerdo en que el gobierno se siente a negociar con grupos que se le enfrenten violentamente. El 54.8% de los expuestos directamente a la violencia están en desacuerdo en que el gobierno negocie con los grupos que se le enfrenten violentamente. El 61.8% de los sujetos expuestos indirectamente a la violencia consideran que la presencia militar en las calles es necesaria para controlar la violencia en el país. Similar respuesta tuvieron los sujetos expuestos directamente a la violencia (52.1%).

d) Victimización.

Hubo una proporción similar de sujetos que sufrieron delitos en ambos grupos. En el cuadro 4 se desglosan detalladamente el porcentaje de sujetos que sufrieron delitos en ambos grupos.

e) Uso de armas de fuego.

15.5% de los sujetos expuestos indirectamente a la violencia tienen algún tipo de arma de fuego en su casa, la principal razón para tenerla fue para protección personal 15.8%, de ellos 5.4% porta el arma al salir de casa para protegerse, y de los que no tienen arma de fuego 54% respondió que si pudieran comprarían una para su protección.

Entre los sujetos expuestos directamente a la violencia 8.1% tienen arma de fuego en su casa, el 50 % de ellos la principal razón para tenerla es por protección personal, 40% porta el arma al salir de su casa, de los que no tienen arma de fuego 38.4% tendrían una para protegerse.

Violencia percibida.

La violencia percibida fue evaluada a través de las dimensiones: miedo a la victimización, riesgo percibido de victimización personal y gravedad percibida.

a) Miedo a la victimización.

El promedio de puntuación de los sujetos con exposición indirecta fue 29.3+- 13.3 es decir por lo menos sufrieron miedo moderado, el 47.8% reportaron miedo o mucho miedo. Los expuestos en forma directa a la violencia su puntuación promedio fue mayor (Media: 33.7, d.t. +- 15.8, t -2.5, gl 73 p<0.05) y reportaron miedo o mucho miedo a la victimización el 52.2%.

b) Riesgo percibido de victimización.

Los sujetos expuestos en forma indirecta presentaron un promedio de puntuación de 25 +/- 12.1, es decir por lo menos perciben riesgo moderado de ser victimizados, un 37.8% reportaron riesgo probable o muy probable. Por su parte los sujetos expuestos en forma directa a la violencia presentaron un promedio de puntuación un poco mayor (media 26.3 +/- 13.6; 7-1.9, gl 73 p=0.05) y 39% de ellos reportaron un riesgo probable o muy probable a ser victimizados.

Cuadro 3.
Actitudes hacia la violencia de ambos grupos y sus diferencias

Variables	Sujetos con exposición directa			Sujeto con exposición indirecta			Diferencia (X ²)
	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	
Justicia por su propia cuenta	29 (39.2)	11 (14.9)	34 (45.9)	113 (38.5)	52 (17.7)	128 (43.7)	NS
Invadir casa sin orden de cateo	7 (9.5)	10 (13.5)	57 (77)	49 (16.7)	30 (10.2)	214 (73)	224.2, gl 4; p<0.0001
Detener jóvenes sospechosos	10 (13.5)	8 (10.8)	56 (75.7)	44 (15.1)	23 (7.8)	226 (77.1)	NS
Torturar sospechosos	6 (8.2)	18 (24.3)	50 (67.6)	43 (14.7)	41 (14)	209 (71.3)	NS
Matar para defender su familia	30 (40.5)	17 (23)	27 (36.5)	166 (56.6)	39 (13.3)	88 (30)	NS
Matar para defender su propiedad	17 (23)	21 (28.3)	36 (48.7)	132 (45.2)	43 (14.7)	117 (40)	NS
Arma en casa	16 (21.6)	14 (18.9)	44 (59.5)	106 (36.2)	61 (20.8)	125 (42.7)	60.5, gl 5; p<0.0001
Portar arma	10 (13.6)	18 (24.3)	46 (62.1)	87 (29.7)	50 (17.1)	155 (52.9)	92.3, gl 5; p<0.0001

Fuente: Cuestionario ACTIVA.

Cuadro 4.
Comparación de sujetos que sufrieron delitos en ambos grupos

VARIABLE	Sujetos con exposición directa N y (%)	Sujetos con exposición indirecta N y (%)
Robo a mano armada	11 (14.9)	49(16.6)
Vio robo a mano armada	14 (19)	61(20.6)
Extorsión por autoridades	16 (21.7)	73(24.7)
Extorsión por delincuentes	18 (24.4)	46(15.5)
Desplazamiento	11 (14.9)	17(5.7)
Agresión física	11 (14.9)	32(10.8)
Agresión por policía	11 (14.9)	20(6.8)
Herido por arma blanca	7 (9.5)	12(4.1)
Herido por arma de fuego	6 (8.2)	5(1.7)
Vio herido por arma blanca	14 (19)	61(20.6)
Amenazaron de muerte	22 (29.7)	52(17.6)
Secuestrado	12 (16.3)	26(8.8)
Pariente asesinado	15 (20.3)	25(8.4)

Fuente: Escala de miedo a la victimización, riesgo y gravedad percibida.

c) Gravedad percibida.

El promedio de puntuación en esta dimensión fue 18.8 +/- 6.8 es decir los sujetos con exposición indirecta perciben de poca a moderada gravedad, el 62.2% presentaron una percepción grave o muy grave. En el caso de los expuestos directamente a la violencia el promedio de puntuación fue de 18.9 +/- 7.7, y reportaron una percepción grave o muy grave el 60.8%.

Impacto de la violencia en la salud mental.

125 (42%) personas con exposición indirecta a la violencia puntuaron por encima de 10 puntos en la subescala de ansiedad de la HAD es decir presentaron síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad, el promedio de puntuación de dicha escala fue de 9.9 +/-4.9 puntos; 111 (37%) puntuaron por encima de 10 en la subescala de depresión es decir tenían síntomas compatibles con depresión el promedio de puntuación de la subescala fue de 8.5+/-5.1; 82 (27%) sujetos obtuvieron un puntaje compatible con estrés postraumático (promedio de 26.1+-30). De los personas expuestas a violencia directa (Rivera de Chapala) 20 (27%) presentaron síntomas de Ansiedad (promedio de 7.8+-4.6 puntos); 13 (17%)

personas tuvieron síntomas depresivos (promedio de 6.3+-4.3 puntos); y 13 (17%) presentaron síntomas de estrés postraumático (promedio de 20.9 +/-27.1 puntos).

No hubo diferencias significativas en los promedios de las puntuaciones de las subescalas de ansiedad y depresión del HAD en ambos grupos; sin embargo, las personas expuestas en forma indirecta a la violencia social tendieron a puntuar más alto en el promedio de la escala ETD ($t=-1.7$ gl 73 $p=0.08$).

Así mismo, hubo más personas con síntomas de ansiedad y depresión en el grupo de personas expuestas indirectamente a la violencia social (X^2 110.4, gl 21 $p<0.0001$; X^2 60.4, gl 20 $p<0.0001$ respectivamente).

Los delitos sufridos por los sujetos expuestos en forma indirecta correlacionaron altamente con la puntuación total de la escala de trauma de Davison. En el caso de los sujetos expuestos en forma directa a la violencia sólo dos delitos correlacionaron con las puntuaciones de las escalas de ansiedad y depresión (HAD, y una con la escala de Trauma de Davison, como lo expresa el cuadro 5.

Cuadro 5.

Influencia de los delitos sufridos por los sujetos de ambos grupos en las puntuaciones de las escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria (HAD) y la escala de Trauma de Davison

Delito sufrido	Suejtos con exposición directa			Sujetos con exposición indirecta
	Subescala de ansiedad (HAD)	Subescala de Depresión (HAD)	Escala de Trauma de Davison	Escala de Trauma de Davison
Robó a mano armada				$R=0.275, p<0.0001$
Vio robo a mano armada				$R=0.263, P<0.0001$
Extorsión por autoridades				$R=0.245, P<0.0001$
Extorsión por delincuentes				$R=0.308, P<0.0001$
Desplazamiento				$R=0.480, P<0.0001$
Agresión física				$R=0.362, P<0.0001$
Agresión por policía				$R=0.276, P<0.0001$
Herido por arma blanca				$R=0.311, P<0.0001$
Herido por arma de fuego				$R=0.265, P<0.0001$
Vio herido por arma blanca	$R=0.315, p<0.05$	$R=0.283, p<0.05$	$R=0.288, P<0.05$	$R=0.372, P<0.0001$
Amenazaron de muerte	$R=0.243, p<0.05$	$R=0.294, p<0.05$		$R=0.293, P<0.0001$
Secuestrado				$R=0.222, P<0.0001$
Pariente asesinado				$R=0.197, P<0.005$

Fuente: Escalas clínicas (depresión, ansiedad y estrés postraumático)

Discusión

La eficiencia de instituciones de servicio público tales como la policía, los juzgados, el sistema penitenciario y la fiscalía (ministerio público) fueron evaluados por los sujetos encuestados en ambas muestras como mala; la evaluación de derechos humanos se encuentra dividida en ambas muestras entre regular y mala, respecto a los medios de comunicación en los sujetos con exposición directa la calificación se encuentra dividida entre regular y mala y en los sujetos con exposición indirecta existe divergencia entre las 3 opciones. La única institución de servicio público con una calificación positiva en ambas muestras fue el ejército. Cabe señalar que esto no refleja necesariamente las condiciones reales de las instituciones sino cómo son percibidas y, por consiguiente, cómo actuarán las personas hacia ellas.

Frente a las actitudes de aprobación de la violencia, hubo pocas divergencias en ambas muestras, recalando sólo los siguientes puntos: al cuestionarles si la policía tiene derecho a invadir una casa sin orden de cateo para perseguir criminales, un porcentaje mayor de los sujetos expuestos directamente a la violencia están en desacuerdo. Similar porcentaje se obtuvo al preguntar si “el tener un arma en la casa, hace que sea más segura, o sí portar un arma hace que una persona esté más segura”.

En la actitud sobre el uso institucional de la violencia, ambas muestras se encuentran en desacuerdo en que el gobierno negocie un acuerdo con grupos delictivos y en que la presencia militar en las calles sea necesaria para controlar la violencia en el país.

Los resultados del estudio nos indican una alta exposición de la población a sucesos violentos. Aunque la proporción de sujetos que sufrieron delitos es similar en ambos grupos, los sujetos con exposición indirecta estuvieron expuestos a delitos más comunes en las grandes ciudades como el robo a mano armada y extorsión por autoridades, haber sido víctima de delitos considerados graves tales como extorsión por delincuentes, desplazamiento, haber sido heridos por arma de fuego y sufrir amenazas de muerte, secuestros y parientes asesinados fue mayor en los sujetos con exposición directa a la violencia social.

El porcentaje de sujetos que tienen arma de fuego fue pequeño en ambas muestras, sin embargo la mitad de los expuestos directamente expresó tenerla para su

protección personal y cerca de la mitad afirma llevar el arma consigo cuando sale de su casa. Siendo en ambas preguntas muy superior el porcentaje comparado a los no expuestos. La tenencia de armas o el acceso fácil a las mismas es un sólido factor predictivo de la violencia.

La percepción de la violencia fue similar en ambas muestras, cuando se evaluó que tanto miedo tenían de ser victimizados los sujetos expuestos presentaron puntajes más altos, lo mismo sucedió sobre la percepción del riesgo de ser victimizados, sin embargo al evaluar la gravedad de diferentes tipos de actos delictivos los sujetos expuestos indirectamente tuvieron un puntaje mayor.

Contrario a lo esperado hubo una cantidad mayor de personas con síntomas de ansiedad, depresión y de estrés postraumático en los sujetos expuestos indirectamente a la violencia, probablemente debido a que entre esta muestra se detectaron una cantidad importante de personas que sufrieron delitos, y que la forma en que perciben la gravedad de los actos delictivos es mayor entre ellos. En los expuestos en forma directa a la violencia social el haber presenciado a sujetos heridos por arma blanca y el haber sido amenazado de muerte fueron los únicos que se correlacionan con psicopatología.

Como ya se ha mencionado existe poca investigación respecto a la relación de la violencia con la psicopatología, en el proyecto ACTIVA, aunque se habían evaluado las actitudes y normas culturales frente a la violencia, los datos obtenidos se relacionaron con la posibilidad de ser un agresor y no con sus consecuencias psicopatológicas, por lo tanto los resultados no pueden ser comparables.¹⁶

En lo respectivo a la exposición a un suceso violento y sus posibles consecuencias psicopatológicas el único punto de referencia en nuestro país es el estudio realizado por la Doctora Medina-Mora, empero en ese caso en particular se evaluaron diversos tipos de violencia y no sólo la violencia social, los puntos en que confluyen ambos estudios son los siguientes: víctima de agresión física, secuestros, robo con arma, y ver que hirieran o mataran a alguien. En ese estudio la prevalencia total de estrés postraumático fue menor que en el realizado por nosotros y los sucesos violentos que se relacionaron más con el estrés postraumático fueron la violación, el ser perseguido y acosado y el secuestro.⁸

En estudios realizados posterior a ataques terroristas en los que se analizó el impacto en la salud mental, encontraron una prevalencia en estrés postraumático que oscila en cifras mayores que en nuestra muestra, y con una prevalencia en síntomas depresivos similar a la obtenida por nosotros.¹⁷

En otro estudio realizado en víctimas directas de atentados terroristas en España encontraron una prevalencia superior de síntomas depresivos así como de ansiedad que la obtenida en el nuestro.¹⁸

Son pocos los limitantes de este estudio, entre ellos cabría señalar un sesgo en el tamaño de la muestra de los sujetos expuestos a la violencia. Además que entre los sujetos expuestos de forma indirecta a la violencia social se incluyeron algunos que tuvieron exposición directa y viceversa.

Conclusión

La percepción de la gravedad de la violencia es mayor en los expuestos directamente a la violencia quienes revelaron mayor desconfianza en las instituciones, tuvieron mayor miedo a la victimización y percibieron mayor riesgo de ser victimizados.

Los expuestos indirectamente tuvieron mayores puntuaciones en escalas de ansiedad, depresión y estrés postraumático presentaron mayor gravedad percibida.

Contacto: Instituto Jalisciense de Salud Mental,

Av. Zoquipan 1000 "A", colonia Zoquipan, Zapopan Jalisco, C.P. 45170.

cesar_gonzalez_gonzalez@msn.com.

Referencias bibliográficas

1. Krug E G, Linda Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. The lancet 2002; 360 (9339): 1083-1088.
2. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Iraurgi L, Ballesteros J, Forero C G., Markez I et al. Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco. Gaceta Sanitaria 2011; 25 (2):108-114.
3. Buvinic M. Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones de prevención. Banco Mundial. Pensamiento Iberoamericano. 2008. (2): 37-55.
4. Buvinic M; Morrison A; Shifter M. La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. Inter-American Development Bank Washington D.C. 1999.
5. Lagos M, Dammert L. La seguridad ciudadana. El problema principal de América Latina. Corporación Latinobarómetro. Lima 2012.
6. Procuraduría General de la República. Página web. Resultados/ Estadística. Incidencia delictiva nacional. Octubre 2012. pgr.gob.mx
7. Rasinski KA, Berkold J, Smith T W, Alberston B L. America Recovers: A Follow-Up to a National Study of public response to the September 11th Terrorist Attacks. Chicago, IL: National Organization for Research at the University of Chicago (NORC) 2002.
8. Whalley MG, Brewin CR. Mental health following terrorist attacks. The British Journal of Psychiatry 2007; 190 (2): 94-96.
9. Steel Z, Tien C, Silove D, Marnane C, Bryant R, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and Meta-analysis. JAMA 2009; 302 (5): 537-549.
10. Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, Francois M, Rico-Villedemoros F, González M P, Bascarán M T, Bousoño M. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación de estrés postraumático. Grupo Español de trabajo para el estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. Actas Esp de Psiquiatría 2000; 28 (4): 207-218.
11. American Psychiatric Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR), cuarta edición revisada, Barcelona, Masson, 2002.
12. Herrero M J, Blanch J, Peri J M, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. General. Hospital. Psychiatry 2003; 25 (4): 277-283.
13. Ramos-Lira L, Andrade-Palos P. La victimización: Miedo, riesgo percibido y gravedad percibida. Construcción y validación de escalas. Revista Latinoamericana de Psicología 1991; 23 (2):229-246.
14. Ramos Lira L, Saltijeral M T, Caballero M A. Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. Salud Mental 1996; 28 (supl 1): 19-32.
15. Fournier M, de los Ríos R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA) Rev Panam Salud Pública 1999; 5 (4/5): 222-231.
16. Medina-Mora I M E, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J., Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud Pública de México 2005; 47 (1): 8-22.
17. Miller A M, Heldrig M. Mental health and primary care in a time of terrorism: psychological impact of terrorism attacks. Families Systems & Health 2004; 22(1) 7-30.
18. Baca E, Cabañas M L, Perez-Rodriguez, M M y Baca-García E. Trastornos mentales en las víctimas de los atentados terroristas y sus familiares. Medicina clínica. 2004, 122 (18): 681-685.

Artículo original

Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, en un ámbito de tratamiento rehabilitatorio

Constanza-Peretto M. (1), Medina-Dávalos R. (2), Calderón-Rivera D. (3)

(1) Médico Psiquiatra, (2) Jefe de investigación Instituto Jalisciense de Salud Mental (IJSJM); (3) Médico Asistente de investigación IJSJM.

Resumen

La calidad de vida es un concepto que tiene que tomarse en cuenta para hacer una valoración integral del proceso salud-enfermedad en psiquiatría. **Objetivos:** Evaluar, analizar y comparar calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en un ambiente de rehabilitación y en pacientes con tratamiento convencional. **Material y Métodos:** A 34 pacientes (17 pacientes de UNIRE y 17 pacientes con tratamiento convencional) con diagnóstico de esquizofrenia que acudieron de noviembre a diciembre de 2013 a consulta externa de CAISAME se les aplicó el PANSS y la escala de calidad de vida (QLS). **Resultados:** En el grupo con tratamiento convencional, la calidad de vida fue menor (45.29; \pm 20.03) que el grupo UNIRE (59.24; \pm 15.89, $p=0.037$), y la puntuación total en la escala PANSS fue mayor (64.12; \pm 17.17, $p=0.303$), correspondiendo a un empeoramiento de la sintomatología en los pacientes. Los puntajes altos en la escala QLS (mejor calidad de vida) se relacionan directamente con los puntajes bajos obtenidos con PANSS (psicopatología general, síntomas negativos, total) ($r = -0.581$, $p=0.014$; $r = -0.517$, $p=0.034$; $r = -0.562$, $p=0.019$; $r = -0.625$, $p=0.007$), respectivamente. El tener una religión se relaciona con peor calidad de vida y mayor sintomatología (QLS), ($r=-0.623$, $p=0.008$). **Conclusión:** en el grupo UNIRE el trabajo y la residencia, inciden de manera positiva para una mejor calidad de vida; en el grupo control, la religión es un factor precipitante de un empeoramiento en la calidad de vida, y de los síntomas.

Palabras Calve: Esquizofrenia, Calidad de vida, Psiquiatría, Rehabilitación, Evaluación

Abstract

Quality of life is a concept that has to be considered to make an integral assessment of the health-disease process in psychiatry. **Aims:** To evaluate, analyze and compare quality of life in patients with schizophrenia in a rehabilitation environment against those receiving standardized treatments. **Material and Methods:** A total of 34 patients (17 patients from UNIRE and 17 patients with conventional treatment) with diagnosis of schizophrenia who attended to CAISAME from November to December 2013 were given the PANSS and QLS. **Results:** In the group with conventional treatment, the quality of life was lower (45.29; \pm 20.03) than the UNIRE group (59.24, \pm 15.89, $p = 0.037$), and the total PANSS score was higher (64.12, \pm 17.17, $p=0.303$), corresponding to a worsening of the symptomatology in the patients. The high scores on the QLS scale are directly related to the low scores obtained with PANSS (general psychopathology, negative symptoms, total) ($r = -0.581$, $p = 0.014$, $r = -0.517$, $p = 0.034$; $R = -0.562$, $p = 0.019$; $r = -0.625$, $p = 0.007$), respectively. Having a religion is related to a lower quality of life and higher symptomatology (QLS), ($r = -0.623$, $p = 0.008$). **Conclusion:** in the UNIRE group, work and residence have a positive impact on a better quality of life; in the control group, religion is a precipitating factor of a worsening in the quality of life, and of the symptoms.

Keywords: Schizophrenia, Quality, Life, Psychiatry, Rehabilitation, Evaluation

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como la percepción de la vida de un individuo en un contexto cultural y un sistema de valores en donde cada persona vive en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.¹

Muchos de los instrumentos para medir la calidad de vida no cubren todos los aspectos ya mencionados, lo que es en ocasiones especialmente problemático en la evaluación de los trastornos psiquiátricos, ya que no sólo es necesario el involucramiento del paciente sino de los demás miembros de la familia, y del profesional tratante.^{2,3,4}

En el ámbito de la Psiquiatría, el interés por la búsqueda de nuevas medidas de resultados se acrecentó como consecuencia de la gran penetración de la medicación neuroléptica.⁵ Los tratamientos antipsicóticos facilitaron la desinstitucionalización y el movimiento masivo de los enfermos mentales crónicos desde los hospitales psiquiátricos a una variedad más o menos amplia de dispositivos asistenciales comunitarios.^{6,7}

En el manual diagnóstico DSM-IV, se describe la esquizofrenia como “Una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de fase activa (por ejemplo, dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos)”^{7,8}. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y atención. El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.^{8,9}

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objeto (abulia).^{10,11}

La prevalencia de esquizofrenia, más alta encontrada en la literatura universal, es del 0.7% (el cual fue publicado en la asociación psiquiátrica americana para el manual DSM-5), este trastorno no sólo afecta a la salud mental, los pacientes que tienen este diagnóstico fallecen 12 a 15 años antes que la población promedio, y la mortalidad ha ido en aumento las últimas décadas. La esquizofrenia causa más pérdida de vidas que varias manifestaciones del cáncer y algunas enfermedades de base física, lo que se relaciona con modos de vida poco saludables, y una mala calidad de vida.^{12,13}

En México aún no hay estudios relacionados con la calidad de vida en pacientes con trastornos de la salud mental, en este caso tampoco se encuentran en pacientes con esquizofrenia. Nos importa medir el nivel de calidad de vida de pacientes con esquizofrenia en un programa de rehabilitación, y compararlo con un grupo control los cuales son aquellos que reciben un tratamiento usual, y valorar qué factores tanto clínicos como sociodemográficos influyen en su calidad de vida.^{14,15}

Material y métodos

Sujetos

Se obtuvo una muestra a conveniencia de 34 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia (según criterios DSM IV) que acudieron en los meses de noviembre y diciembre del 2013 a la consulta externa del Centro de Atención Integral en salud Mental (CAISAME) estancia prolongada del Instituto Jalisciense de Salud Mental que cumplieron con los criterios de inclusión.

Instrumentos

La severidad de la enfermedad fue evaluada con la Escala de síntomas Positivos y Negativos de Esquizofrenia (PANSS) la cual fue diseñada por Kay y colaboradores en 1987. Consta de 30 ítems divididos en 4 subescalas: Escala positiva (7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado normal); Escala negativa (7 ítems, evalúa los déficits respecto a un estado mental normal); Escala compuesta (evalúa la predominancia de un tipo síntomas sobre el otro); psicopatología general (16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico: depresión, ansiedad, orientación).

Las puntuaciones oscilaran por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. Las puntuaciones en la escala compuesta se obtienen restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala

puede tener valencia positiva o negativa y sus valores pueden oscilar entre -42 y +42.¹⁶

La calidad de vida de los pacientes se evaluó con la Escala de Calidad de Vida Objetiva (QLS) diseñada por Heinrichs y colaboradores en 1984, fue validada al español por Rodríguez y colaboradores en 1992, es una entrevista semi-estructurada, que evalúa la afectación del funcionamiento debido a síntomas de defecto.¹⁷

Consta de 21 ítems, que se agrupan en 4 dimensiones (Relaciones interpersonales, Rol instrumental, Funciones intrapsíquicas, Uso de Objetos y actividades cotidianas). El marco de referencia temporal son las 4 semanas anteriores. La escala proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems de la escala excepto el 12 de satisfacción. También se obtienen puntuaciones parciales en cada uno de los cuatro factores. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor funcionamiento del paciente en esa categoría.

Procedimiento

Se tomó como muestra 34 usuarios con diagnóstico de esquizofrenia que acudieron a la consulta externa de CAISAME, estancia prolongada, durante el periodo de noviembre-diciembre del año 2013. Estos fueron divididos en dos grupos; un grupo (17 pacientes) que recibe un programa de rehabilitación (UNIRE) y otro grupo (17 pacientes) que solo recibe un tratamiento usual o estandarizado. A los 17 pacientes de cada grupo se les aplicó la escala de síntomas positivos y negativos de Esquizofrenia (PANSS), la Escala de Calidad de Vida Objetiva y un formato diseñado expreso para recabar variables sociodemográficas y clínicas; una vez obtenida la información se vaciaron los datos en una hoja de cálculo y se procedió a hacer el análisis estadístico.

Análisis estadístico

Se utilizaron medias y desviación estándar para la descripción de variables numéricas, y frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se utilizó t de Student para evaluar las diferencias en las puntuaciones del PANSS y la escala de calidad de vida.

Por último se utilizó el índice de correlación de Pearson y Spearman para analizar la influencia de las variables clínicas y sociodemográficas en la calidad de vida.

Resultados

a) Descripción general de la muestra

Se evaluaron 34 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 26 (76.4%) hombres 8 mujeres (23.5%),

el promedio de edad de 47.2 \pm 9 años. Las variables sociodemográficas se detallan en el cuadro 1 y 2.

Cuadro 1.
Características sociodemográficas
de la muestra total

VARIABLE		MEDIDA DESCRIPTIVA
Sexo	Masculino	26 (76.4%)
	Femenino	8 (23.5%)
Estado Civil	Soltero	26(76.4%)
	Casado	3 (8.8%)
	Separado	3(8.8%)
	Divorciado	2 (5.8%)
Escolaridad	Ninguno	2 (5.8%)
	Primaria	15 (44.1%)
	Secundaria	9 (26.4%)
	Preparatoria	4 (11.7%)
	Licenciatura	4 (11.7%)
Edad en años (media y desviación estándar)	47.2 \pm 8.89	
Ocupación	Empleado con salario	18 (52.9%)
	Desempleado	5 (14.7%)
	Nulo (otros, hogar)	11 (32.3%)

Fuente: formato de variables sociodemográficas

b) Descripción clínica

En el grupo que se encuentra en el programa de UNIRE, 17 tuvieron tratamiento farmacológico y 16 de ellos (94.1%) acudieron a terapia no farmacológica (psicoterapia individual, grupo psicoeducativo). La duración promedio de la enfermedad fue de 23.8 \pm 8.1 años, el promedio de tiempo de tratamiento en años es de 17.1 (\pm 8.5) años. Tomaban 3.41 \pm 1.17 fármacos en promedio. Habían tenido 5.5 \pm 11.6 internamientos en promedio.

En el grupo que recibe un tratamiento estándar, los 17 sujetos recibieron tratamiento farmacológico, sólo un sujeto (5.9%) acudió a terapias no farmacológicas

(terapia psicológica individual). La duración promedio de la enfermedad fue de 21.8 \pm 10.50 años, con promedio de tratamiento en años de 18.4 (\pm 9.24). Recibieron en promedio 2.8 \pm 1 fármacos, y el tratamiento duró 18.4 \pm 9.24 años. El promedio de número de internamientos fue 3.18 \pm 2.96.

Se estableció un punto de corte de 40 puntos en la escala de calidad de vida. Los sujetos con un puntaje igual o

mayor de 40 puntos, tienen una buena calidad de vida. En el grupo de rehabilitación el promedio de la puntuación de la escala de calidad de vida (QLS) fue de 59.2 \pm 15.89 puntos. En el grupo (tratamiento estándar) los pacientes obtuvieron puntuaciones promedio en la escala de calidad de vida (QLS) es de 45.2 \pm 20.03 puntos. Las puntuaciones de las escalas y sus diferencias se detallan en el cuadro 3.

Cuadro 2.
Características sociodemográficas de cada uno de los grupos

VARIABLE		GRUPO (UNIRE)*	GRUPO TRATAMIENTO ESTÁNDAR **
Sexo	Masculino	11 (64.7%)	15 (88.2%)
	Femenino	6 (35.3%)	2 (11.8%)
Estado Civil	Soltero	13 (76.5%)	13 (76.5%)
	Casado	0	3 (17.6%)
	Separado	2 (11.8%)	1 (5.9%)
	Divorciado	2 (11.8%)	0
Escolaridad	Ninguno	0	2 (11.8%)
	Primaria	6 (35.3%)	9 (52.5%)
	Secundaria	5 (29.4%)	4 (23.5%)
	Preparatoria	4 (23.5%)	0
	Licenciatura	2 (11.8%)	2 (11.8%)
Edad en años (Media y DS)		48.5 (\pm 7.26)	45.9 (\pm 10.83)
Ocupación			
Empleado con Salario		14 (82.4%)	4 (23.5%)
Desempleado		2 (11.8%)	3 (17.6%)
Otros (nulo, hogar)		1 (5.9%)	10 (58.8%)
Residencia			
Zona Metropolitana		0	10 (58.8%)
Fuera de Zona Metropolitana		17 (100%)	6 (35.3%)
Fuera del Estado		0	1 (5.9%)
Religión	Católica	16 (94.1%)	12 (70.6%)
	Testigo de Jehová	0	1 (5.9%)
	No creyente	0	2 (11.8%)
	Otra	1 (5.9%)	1 (5.9%)
	Desconocido	0	1 (5.9%)

* Grupo que recibe un programa de rehabilitación, UNIRE.

** Grupo que recibe un tratamiento estándar, Control.

Fuente: formato de variables sociodemográficas

Cuadro 2.
Características sociodemográficas de cada uno de los grupos

VARIABLE		GRUPO (UNIRE)*	GRUPO TRATAMIENTO ESTÁNDAR **
Sexo	Masculino	11 (64.7%)	15 (88.2%)
	Femenino	6 (35.3%)	2 (11.8%)
Estado Civil	Soltero	13 (76.5%)	13 (76.5%)
	Casado	0	3 (17.6%)
	Separado	2 (11.8%)	1 (5.9%)
	Divorciado	2 (11.8%)	0
Escolaridad	Ninguno	0	2 (11.8%)
	Primaria	6 (35.3%)	9 (52.5%)
	Secundaria	5 (29.4%)	4 (23.5%)
	Preparatoria	4 (23.5%)	0
	Licenciatura	2 (11.8%)	2 (11.8%)
Edad en años (Media y DS)		48.5 (+7.26)	45.9 (+10.83)
Ocupación			
Empleado con Salario		14 (82.4%)	4 (23.5%)
Desempleado		2 (11.8%)	3 (17.6%)
Otros (nulo, hogar)		1 (5.9%)	10 (58.8%)
Residencia			
Zona Metropolitana		0	10 (58.8%)
Fuera de Zona Metropolitana		17 (100%)	6 (35.3%)
Fuera del Estado		0	1 (5.9%)
Religión	Católica	16 (94.1%)	12 (70.6%)
	Testigo de Jehová	0	1 (5.9%)
	No creyente	0	2 (11.8%)
	Otra	1 (5.9%)	1 (5.9%)
	Desconocido	0	1 (5.9%)

* Grupo que recibe un programa de rehabilitación, UNIRE.

** Grupo que recibe un tratamiento estándar, Control.

1 Escala de Calidad de Vida, 2 Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia, 3 Escala Positiva de PANSS, 4 Escala Negativa de PANSS, 5 Escala Compuesta de PANSS, 6 Escala de psicopatología general de PANSS.

Fuente: Escalas de calidad de vida y clínicas.

c) Influencia de las variables sociodemográficas y clínicas en la psicopatología en la calidad de vida.

Los pacientes del grupo UNIRE tuvieron una baja puntuación en la escala compuesta de PANSS ($r =$

-0.551 , $p=0.022$), por ende una menor presencia de sintomatología.

En este mismo grupo (UNIRE), se observó que los que están empleados tienen menor sintomatología PANSS

total y PANSS positivo ($r=-0.607$, $p=0.010$; $r=0.654$, $p=0.004$) respectivamente. También en este grupo el empleo está relacionado con una menor prescripción ($r=-0.487$, $p=0.047$).

Se observó que la religión en el grupo tratamiento estándar influyó en forma negativa en la puntuación total de la calidad de vida ($r=-0.623$, $p=0.008$), es decir los sujetos que practican una religión, puntuaron más bajo en la escala de calidad de vida (QLS). No tener religión implica una mejor calidad de vida.

La religión también influyó en forma directa en la sub escala positiva de PANSS, en la sub escala negativa, en la sub escala de psicopatología general, y en los resultados de PANSS totales ($r=0.742$, $p=0.001$; $r=0.647$, $p=0.005$; $r=0.559$, $p=0.020$; $r=0.709$, $p=0.001$), respectivamente. Tener una religión se asocia con una mayor presencia de síntomas psicóticos.

Se analizó la relación de la sintomatología con la calidad de vida y se observó que puntuaciones altas en la escala de calidad de vida (QLS) en el grupo UNIRE, implica una menor puntuación en la escala PANSS de resultados totales, ($r=-0.587$, $p=0.013$), en la escala negativa ($r=-0.681$, $p=0.003$) y en la escala positiva ($r=-0.538$, $p=0.026$). El comportamiento fue similar en el Grupo con tratamiento estándar: a mayor puntaje en la escala QLS, hay una menor puntuación en la escala positiva de PANSS, la escala negativa, la escala de psicopatología general, y la escala de PANSS totales ($r=-0.581$, $p=0.014$; $r=-0.517$, $p=0.034$; $r=-0.562$, $p=0.019$; $r=-0.625$, $p=0.007$), respectivamente.

Discusión

Los hallazgos son consistentes con otros estudios, el meta-análisis de Shaun M. Eackand Christina E. Newhill, publicado en Schizophrenia Bulletin (2007), en donde se evaluó la relación de los síntomas de esquizofrenia y la calidad de vida, una reducción de la sintomatología está asociada a una mejor calidad de vida, siendo los síntomas psicopatológicos los que más afectan negativamente a la calidad de vida al igual que en nuestra investigación.¹⁸ En otras investigaciones (Stefan Priebe, RosemarieMcCabe, UlrichJunghan, Thomas Kallert, MirellaRuggeri, Mike Slade, UlrichReininghaus. (2011) Schizophrenia Research; (Laurent Boyer, AurelieMillier, Emeline Perthame, Samuel Aballea, Pascal Auquier, Mondher Toumi (2013) BMC Psychiatry) y en nuestro estudio, los

síntomas psicóticos y los síntomas negativos no son los únicos factores que inciden en el empeoramiento de la calidad de vida.^{19,20,21,22}

En el grupo UNIRE la presencia de puntuaciones más altas en la escala de calidad de vida se vincula con menores puntuaciones en la escala PANSS (sub escala negativa, positiva, total), menor presencia de síntomas y mejor calidad de vida. En este grupo que recibe un tratamiento de rehabilitación, hay otros dos factores que influyen en la calidad de vida: la residencia en las instalaciones de UNIRE y el tener un empleo. Además, el empleo con salario se relaciona a un menor número de fármacos, por ende una menor prescripción.

En el grupo control (estándar), la calidad de vida es menor que el grupo UNIRE, y la puntuación total en la escala PANSS es mayor, correspondiendo a un empeoramiento de la sintomatología en los pacientes. Los puntajes altos en la escala QLS (mejor calidad de vida) se relacionan directamente con los puntajes bajos obtenidos en la escala PANSS (psicopatología general, síntomas negativos, total). El único factor sociodemográfico que influye directamente en la calidad de vida es la religión: tener religión está relacionado con una peor calidad de vida, y mayor presencia de sintomatología.

En ambos grupos los factores sociodemográficos que inciden en la calidad de vida son diferentes, e influyen en distintas direcciones, en el grupo UNIRE el trabajo y la residencia, inciden de manera positiva para una mejor calidad de vida, mientras que en el grupo control, la religión es un factor precipitante de un empeoramiento en la calidad de vida, y de los síntomas.

En conclusión la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia que se encuentran en un programa de rehabilitación es mejor que aquellos que reciben un tratamiento estándar y habitan en la comunidad. El hecho de habitar en un ambiente con un programa de rehabilitación y tener empleo incide directamente en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, asociado a una reducción de los síntomas de esquizofrenia y la utilización de menor número de fármacos.

Contacto: Humanamente Voz Pro Salud Mental Jalisco A.c.

Aurelio Ortega #531, Col. Los Maestros, C.P. 45150. Zapopan, Jalisco, México.

vozprosaludmentaljal@yahoo.com

Referencias bibliográficas

1. Bautista-Rodríguez LM. La calidad de vida como concepto. *Ciencia y Cuidado* 2017; 14(1): 5-8.
2. Awad AG, Voruganti LNP. Intervention Research in Psychosis: Issues Related to the Assessment of Quality of Life. *Schizophrenia Bulletin* 2000; 26(3): 557-564.
3. Bobes J, Gonzalez MP, Bousoño M, Saiz PA. Calidad de vida en los trastornos esquizofrénicos. *Anales de psiquiatría* 1996; 12 (1):47-54.
4. Ibáñez E, Cervera S, Sanmartín A, Caballero R, Giner J. Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29(4): 233-242.
5. Van-Os J, Shitij K. Schizophrenia: Seminar. *The Lancet* 2009; 374 (6736) 635-645.
6. Aldaz JA, Vázquez C. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Siglo XXI editores (1996).
7. Voruganti L, Heslegrave R, Awad AG, Seeman MV. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for the subjectivity with the question of reliability. *Psychological Medicine* 1998; 28(1):165-172.
8. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Pub (2008).
9. García-Portilla MP, González MT, Bascarán Fernández PA, Sáiz Martínez, Bousoño García M, Bobes-García J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Sexta edición. Tomo I y Tomo III. Editorial Cyesan (2011)
10. Stanley R, Kay Lewis A. Opler, J.P. Lindermayer, Fiszbein A. Manual de aplicación de la Escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (1991).
11. Allardice J, Boydell J. Environment and schizophrenia: review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2006, 32(4): 592-598.
12. Lobana A, Matto SK, Basu D, Gupta N. Quality of life in schizophrenia in India: comparison of three approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001; 104 (1): 51-55.
13. Barge-Schaapveld DQCM, Nicolson NA, Delespaul PAEG, De Vries MW. Assessing daily quality of life with the experience sampling method. 1997: 95-107.
14. Nur-Akmar T,*Izham-Ibrahim M, Rahman F, Asrul-Akmal S, Hamid-Rahman AH. Validation of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 among Chronic Schizophrenia Patients in Malaysia. *Value in health regional*. 2012; 1(1):82-86.
15. Wilkinson G, Hedson B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, Fitzpatrick R, Jenkinson C. Self-Report quality of life measure for people with schizophrenia: The SQLS. *The British Journal of Psychiatry*. 2000, 177(1): 42-46.
16. Katsching, Heinz. Schizophrenia and quality of life, the psychosocial basis of schizophrenia 2000;102 (407):33-37.
17. Stanley R. Kay, Lewis A. Opler, J.P. Lindermayer, Fiszbein A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13:261-276.
18. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin* 2007; 33(5):1225-1237.
19. Priebe S, McCabe R, Junghan U, Kallert T, Ruggeri M, Slade M, et al. Association between symptoms and quality of life in patients with schizophrenia: A pooled analysis of changes over time. *Schizophrenia Research*. 2011;133(1):17-21.
20. Priebe S, McCabe R, Junghan U, Eklund M, Hansson L, Kallert T, et al. Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: A pooled analysis. 2010, 121(1-3): 251-258.
21. Wild D, Wilkinson G. Assessing Quality of Life. *The British Journal of Psychiatry*. 2001;178 (2):181.
22. Boyer L, Millier A, Perthame E, Aballea S, Auquier P, MondherToumi. Quality of life is predictive of relapse in Schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013; 13(1):13-15.

Artículo original

Duración de la psicosis no tratada en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Buchan-López R. (1); Corona-Hernández F. (2).

(1) Curso de Alta Especialidad en Neurobiología de la Esquizofrenia, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, SSA; (2) Profesor Titular del Curso de Alta Especialidad de Neurobiología de la Esquizofrenia, Hospital Fray Bernardino Álvarez.

Resumen

Introducción: La esquizofrenia afecta del 0.55-1% de la población mundial. La atención psiquiátrica de estos pacientes se ha orientado hacia la intervención temprana, tratando de identificarlos en servicios de atención primaria debido a que la duración de la psicosis no tratada (DPNT) es un factor asociado al pronóstico. Existen pocos estudios en la población mexicana que exploren la DPNT. **Objetivo:** Conocer la DPNT en pacientes con un trastorno psicótico (no afectivo) y las variables sociodemográficas de los pacientes. **Materiales y métodos:** Se seleccionó una muestra no probabilística y por cuota de los expedientes clínicos de 100 pacientes (50% hombre y 50% mujeres) que acudieron al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para diagnóstico o seguimiento de un trastorno psicótico. **Resultados:** En las mujeres se encontró que la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 21.5 ± 5.3 años con una DPNT promedio de 42.7 ± 48.8 meses; mientras que en los hombres la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 18.7 ± 4.4 años con una DPNT promedio de 36.9 ± 30.5 meses. **Conclusiones:** Este estudio identifica que tanto los pacientes, sus familiares y los médicos de atención primaria, no detectan tempranamente las manifestaciones de las enfermedades mentales graves, por lo que no acuden, o son canalizados, a buscar ayuda especializada.

Palabras clave: trastorno psicótico, esquizofrenia, duración de psicosis no tratada.

Abstract

Introduction: The prevalence of schizophrenia is about 0.55-1% worldwide. In recent years there has been an effort to detect the sign and symptoms of the disease as earlier as possible in the setting of primary attention services. Non Treated Duration of Psychoses (NTDP) is a relevant pronostic factor in schizophrenia patients. There are few studies about this topic in mexican population. **Objective:** To identify duration of Non Treated Duration of Psychoses in psychotic disorders (non affective), and sociodemographic profile of patients. **Materials and methods:** A non probabilistic sample of 100 clinical files were selected from the ambulatory services at the Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez in México City, there were 50% males and 50% females. **Results:** The mean age of first signs or symptoms of disease in women were 21.5 ± 5.3 years old and the mean duration of NTDP was 42.7 ± 48.8 months. In men the mean age of first signs and symptoms of disease were 18.7 ± 4.4 years and the mean duration of NTDP of 36.9 ± 30.5 months. **Conclusions:** This study remarks the fact that patients, their family and physicians of primary attention services do not identify early signs and symptoms of psychotic disorders and delay their proper attention.

Key words: psychotic disorders, schizophrenia, non treated duration of psychoses

Introducción

En la actividad diaria en los servicios de atención primaria es cada vez más frecuente la atención de pacientes con problemas de tipo psicosocial, refiriéndonos con ello a pacientes con alguna enfermedad mental o una situación de estrés sociocultural.¹ En algunos estudios realizados en España se describe que la prevalencia de los trastornos mentales en atención primaria se sitúa entre un 24 y un 30% del total de las consultas^{2,3}. Sin embargo, sólo entre un tercio y la mitad de los casos son reconocidos correctamente por el médico que los atiende.⁴

El médico de atención primaria debe dejar de ser un mero “filtro” hacia el segundo y tercer nivel de atención médica y se tiene que convertir en una figura clave en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Sin embargo, la relación entre el equipo de salud mental y el de atención primaria se considera insuficiente, a pesar de que ambos desarrollan trabajo en la comunidad y tratan a pacientes comunes, así como enfermedades muy relacionadas entre sí.^{5,6,7}

Son muchos los factores que interfieren en el diagnóstico temprano de la enfermedad mental por el médico de atención primaria, entre ellos están los factores sociodemográficos de la población que atiende y las capacidades y conocimientos del personal que los evalúa. En la actualidad es de crucial importancia identificar tempranamente los trastornos neuropsiquiátricos, canalizarlos oportunamente al nivel especializado de atención y disminuir con ello el deterioro en el funcionamiento global que producen a largo plazo.⁸

Realizar el diagnóstico temprano y una oportuna intervención de los trastornos psicóticos es un desafío transcendental para los servicios de salud en México, ya que éstos son fuente de discapacidad individual, estrés psicosocial y de catastróficos costos económicos tanto para la familia,⁹ como para los sistemas de atención médica.

A nivel mundial los trastornos psicóticos, del espectro esquizofrénico, afectan entre el 0.55-1% de la población y, por lo general, se manifiestan inicialmente con un primer episodio de síntomas psicóticos en la adolescencia o la vida adulta temprana¹⁰. Este período de vida del individuo es de especial importancia, ya que en éste se estructura una parte importante de la vida social y profesional de individuo, y en muchos casos inclusive se constituye el sistema familiar. Así mismo, actualmente se sabe que los trastornos psicóticos se encuentran entre las primeras

20 causas mundiales de años vividos con discapacidad (AVD) —encontrándose por arriba de la epilepsia, la cardiopatía isquémica y la enfermedad de Alzheimer—, y es por sus características clínicas y epidemiológicas que su impacto entre los pacientes conlleva una importante relevancia individual y social.

El principal problema asociado a estos trastornos es la incapacidad que ocasionan en diferentes áreas del funcionamiento general, por lo que la Organización Mundial de la Salud considera a la esquizofrenia como un problema de salud pública, situándola como la novena causa de discapacidad en el mundo.¹¹

Por otro lado, con una atención médica de rutina menos del 20% de los pacientes logran una recuperación completa después de un primer episodio psicótico¹² y menos del 30% logran un desarrollo laboral significativo o una educación adecuada para su edad,¹³ siendo esto último un factor que impacta en el ámbito sociocultural y en el desarrollo económico de los individuos y de su entorno.⁷

Desde hace una década, gracias al aumento en la investigación en el campo de la esquizofrenia, la atención psiquiátrica de estos pacientes se ha encaminado a generar los medios necesarios para una intervención temprana desde la atención primaria, ya que se ha observado que ésta puede mejorar significativamente el pronóstico de los pacientes. Con base en la literatura mundial, se describe que en los primeros 2 a 5 años después del inicio del trastorno psicótico se da gran parte del deterioro clínico y psicosocial, observándose un tercio de los suicidios en este grupo de pacientes;¹⁴ se dan las primeras hospitalizaciones, reingresos por recaídas y, en algunos grupos, es importante el problema de violencia con la intervención final del sistema jurídico como mediador. De forma significativa, también se identifica la presencia de disfunción neurocognitiva en este periodo.

Es por esto que algunos autores han planteado la hipótesis de un período crítico, en el que los esfuerzos de una prevención secundaria se podrían aprovechar para limitar las disfunciones a largo plazo, además de modificar varios factores pronósticos como el abuso de sustancias.¹⁵ Esta hipótesis, a su vez, ha estimulado una rica variedad de enfoques para la intervención temprana de estos trastornos.

El esfuerzo en el estudio de las características de los pacientes y su medio que se ha dado en las últimas décadas ha sido importante para determinar las variables que

favorecen a un diagnóstico temprano y, para ello, ha sido importante precisar la duración de la psicosis no tratada (DPNT). Este concepto es definido por Marshall et al. como el intervalo entre el primer episodio con síntomas psicóticos y el inicio de un tratamiento específico.¹⁶ Sin embargo, las estimaciones para determinar la DPNT pueden variar ampliamente entre los estudios, debido en parte a las diferencias en la definición y a la dificultad para medir el inicio de la sintomatología psicótica hasta la instauración de un tratamiento específico.

Sin embargo, en una revisión de 30 artículos, que incluyó a 3563 pacientes de 16 países, Anderson et al. proporcionaron una DPNT con una media de 21.6 semanas, con un intervalo de 4-68 semanas.¹⁷

En México, por otro lado, en un estudio realizado con pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría por Apiquián-Guitart et al. en 66 pacientes en su primer episodio psicótico —agrupados en psicosis afectivas y no afectivas— estos autores reportaron una DPNT de 54 ± 5.9 semanas, con una mediana de 27 semanas, no observando diferencias entre el grupo de pacientes con psicosis afectivas y no afectivas con respecto al periodo de la DPNT. Sin embargo, al considerar a los pacientes con esquizofrenia como un grupo independiente se observó que el promedio de la DPNT fue de 85.6 ± 6.8 semanas, mientras que en el grupo de las psicosis no afectivas fue de 33.4 ± 4.2 semanas y en las psicosis afectivas de 53.1 ± 5.418

De igual forma en México, en un estudio realizado por Pérez et al. (2006) en 100 pacientes que recibían atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por distintas patologías, dentro de los cuales 62% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, se encontró que el tiempo promedio para recibir atención psiquiátrica fue de 4.85 años.¹⁹

Además de las características ya descritas sobre la relevancia de una intervención temprana, Kruskal-Kurihara et al. identificaron que la mortalidad de pacientes con una DPNT mayor a 1 año aumentaba 6.7 veces en comparación a los pacientes con una DPNT menor a 1 año²⁰; Penttilä et al. en otro estudio (2014), encontraron una asociación significativa entre una DPNT prolongada, síntomas generales, síntomas positivos y negativos más graves y el fracaso para lograr la remisión; así como una disminución del funcionamiento social y el desempeño global.²¹

Sobre los factores que repercuten en la DPNT, en una revisión de la literatura sobre el impacto de la DPNT

realizada por Medina-Mora et al. (2008) encontraron que la participación familiar en la búsqueda de ayuda se asociaba con una DPNT corta y, de esta forma, también encontraron que algunas variables sociodemográficas tenían relación con la DPNT, como una DPNT larga con el género masculino y una DPNT corta con el género femenino. También, según esta revisión, se observó que variables como el estado civil y la ocupación se relacionaban con la DPNT. Así, por ejemplo, el ser soltero y desempleado, se relaciona significativamente con una DPNT larga.²² Se señala, además que en el sistema de salud de muchos países —como el de México, por ejemplo— es evidente que factores como el desequilibrio en aspectos como la geografía, el género, la tasa de especialistas, el tipo de atención médica (pública o privada) y los desequilibrios institucionales dificultan el alcance de las metas de una adecuada atención y cobertura médica, y en este caso de la atención psiquiátrica.²³

Se puede identificar el complejo panorama de salud que enfrentamos en relación a los trastornos psicóticos, al costo en los tratamientos, a su impacto social y a los costos por día de las hospitalizaciones psiquiátricas, según lo reportado por Cabello et al. (2011) con base en una muestra del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el que calcularon que el costo de hospitalización por día era de \$868 en hospitalización continua, \$1715 en urgencias y de \$2052 en la Unidad de Cuidados Especiales en Psiquiatría.²⁴

En cuanto a la formación y disponibilidad de recursos para la atención de los trastornos mentales, el Informe sobre el Sistema de Salud Mental de México de 2011, menciona que dentro del programa de formación de pregrado para médicos solamente se dedica un 4% del total de horas a temas relacionados con la salud mental. Asimismo, este informe describe que sólo el 11% de los médicos que trabajan en la atención primaria han recibido actualización (por lo menos 2 días) sobre temas de salud mental en el último año. Mostrando un panorama aún más sombrío al hablar sobre los recursos humanos destinados a la atención de la salud mental, pues menciona que de los más de 10,000 trabajadores en establecimientos de salud mental existe una tasa (por cada 100,000 habitantes) de 1.5 psiquiatras, 1 médico no especializado, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales/técnicos de salud.⁸ En base a cifras del INEGI, en 2009 existían 189,531 médicos en el país. De éstos, 77,054 tenían alguna especialidad, en donde los psiquiatras sólo representaban un 2.0% del total de los médicos y el 4.9% de los médicos especialistas; encontrándose 43.6% de los psiquiatras en el Distrito Federal.^{25,26}

Objetivo General

Determinar la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en pacientes con un trastorno psicótico (no afectivo) y conocer las variables sociodemográficas que se mencionan en la literatura como probables factores de impacto al realizar intervención terapéutica temprana.

Objetivos Específicos: Determinar

- La duración de la psicosis no tratada.
- El diagnóstico (según la clasificación CIE-10).

Se identificaron las siguientes variables sociodemográficas:

- Género, edad, estado civil, ocupación del paciente, nivel máximo de estudios, lugar de residencia, ingresos económicos mensuales, atención médica previa al diagnóstico formal sin tratamiento específico, género del cuidador primario, parentesco del cuidador primario, edad del cuidador primario, nivel de estudios del cuidador primario y religión.

Material y Métodos

Muestra

Se seleccionó una muestra no probabilística y por cuota de los expedientes clínicos de 100 pacientes (50% hombre y 50% mujeres) que acudieron a los servicios de hospitalización continua y consulta externa para diagnóstico o seguimiento de un trastorno psicótico (psicosis no afectiva) en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015.

Criterios de inclusión :

- Edad de entre 18 y 35 años de edad.
- Diagnóstico de trastorno psicótico no afectivo ni secundario a causa médica (según la CIE-10 de F20.0 (esquizofrenia paranoide), F20.1 (esquizofrenia hebefrénica), F20.2 (esquizofrenia catatónica), F20.3 (esquizofrenia indiferenciada), F23.0 (trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia), F23.1 (trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia), F23.2 (trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico), F23.3 (otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes), F23.8 (otros trastornos psicóticos

agudos transitorios), F23.9 (trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación), F28 (otros trastornos psicóticos no orgánicos) y F29 (psicosis no orgánica sin especificación).

- Que acudieron a los servicios de hospitalización continua o consulta externa para diagnóstico o seguimiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015.
- Autorización del protocolo por parte de Comité de Investigación y Comité Ético de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Criterios de exclusión:

- No tenían edad de entre 18 y 35 años de edad.
- No tenían diagnóstico de trastorno psicótico.
- Que tenían diagnóstico de psicosis afectiva (trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo o episodio depresivo con síntomas psicóticos), retraso mental, demencia, comorbilidad con consumo de sustancias (cannabis, alcohol, alucinógenos, inhalables y estimulantes), delirium y trastornos psicóticos secundarios a condición médica o abuso de sustancias.
- Que no hubieran acudido a los servicios de hospitalización continua o a consulta externa para diagnóstico o seguimiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de julio de 2015.
- Muestra:

Se obtuvieron los datos de 100 expedientes clínicos de pacientes que recibieron atención médico-psiquiátrica durante el periodo comprendido entre en el 1 de enero al 31 de julio de 2015.El 50% fueron mujeres y el 50% restante a hombres.

Resultados

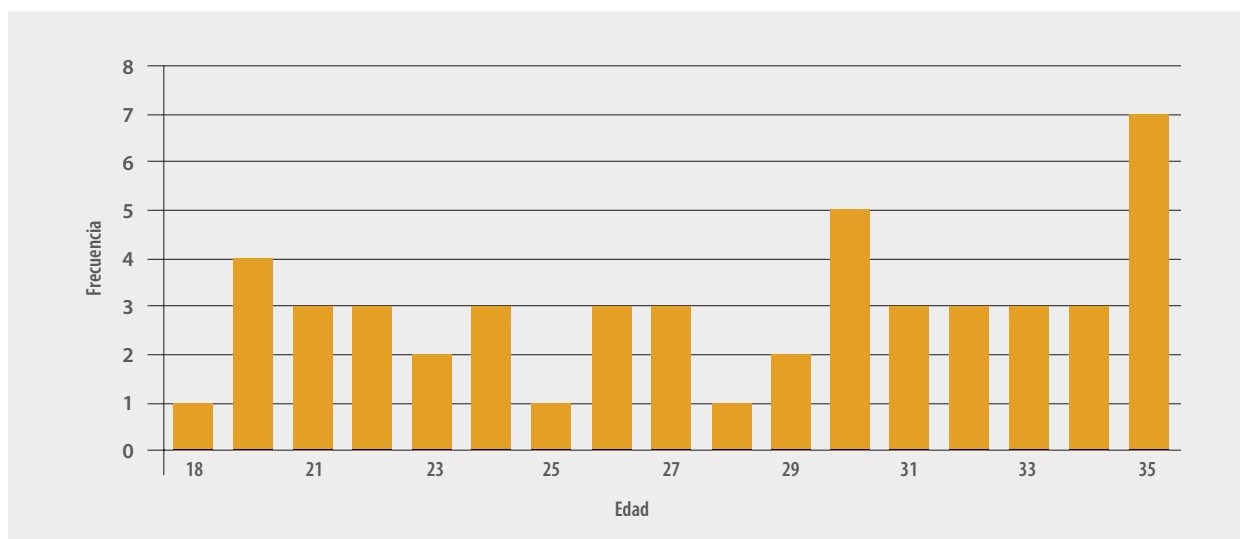
Los datos diferenciaron a la población por género y se encontró que en las mujeres el rango de edad fue 18 a 35 años, con una edad media de 28 ± 5.3 años.

En el grupo de hombres el rango de edad fue 18 a 35 años, con una edad media de 26.2 ± 4.7 años (ver tabla 1; ver gráficos 1 y 2).

Tabla 1.
Datos Sociodemográficos de los pacientes

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)		Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Edad promedio (años)	28 ±5.3	26.2±4.7	Lugar residencia		
Estado civil			D. F.	36%	44%
Soltero	76%	98%	Estado de México	46%	40%
Casado	10%	0%	Hidalgo	8%	8%
Unión Libre	14%	2%	Morelos	6%	4%
Ocupación			Guerrero	0%	4%
Desempleado	52%	78%	Veracruz	4%	0%
Empleado	2%	8%	Tipo residencia		
Comerciante	4%	6%	Urbano	78%	84%
Hogar	36%	2%	Rural	16%	14%
Estudiante	2%	6%	Semiurbano	6%	2%
Profesionista	0%	0%			

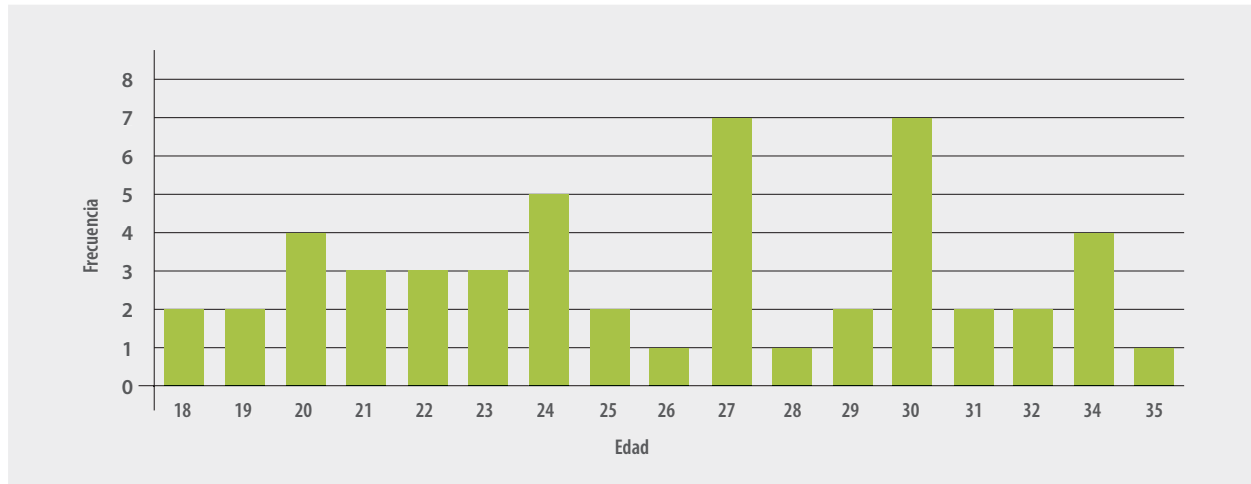
Gráfico 1.
Frecuencia de edad en grupo de mujeres (n =50)



En relación a los datos sociodemográficos, en las mujeres se reportó que 96% tenían la nacionalidad mexicana, un 2% colombiana (1 paciente) y 2% salvadoreña (1 paciente); con residencia en el Estado de México un

46%, en el Distrito Federal un 36%, en Hidalgo un 8%, en Morelos 6% y en Veracruz un 4%, así como una residencia de tipo urbano en 78%, rural un 16% y semiurbano en un 6%.

Gráfico 2.
Frecuencia de edad en grupo de hombres (n =50)



Sobre el estado civil se encontró que 76% eran solteras, 14% vivían en unión libre y 10% estaban casadas. Un 52% estaban desempleadas, 36% se dedicaban a las labores del hogar, 8% eran comerciantes, 2% empleadas y un 2% estudiante.

El nivel de estudios fue en 22% de primaria, 18% secundaria, 16% bachillerato incompleto, 12% secundaria incompleta, 10% licenciatura incompleta, 6% licenciatura, 6% bachillerato, 4% primaria incompleta, 4% carrera técnica y 2% carrera técnica incompleta. (ver tabla 1),

En los hombres, en estos mismos rubros, se reportó que 100% tenían la nacionalidad mexicana; con residencia en el Distrito Federal un 44%, en el Estado de México un 40%, en Hidalgo un 8%, en Morelos 4% y en Guerrero un 4%, así como con una residencia de tipo urbano en 84%, rural un 14% y semiurbano en un 2%.

Sobre el estado civil se encontró que 98% eran solteros y 2% vivían en unión libre. Un 78% estaban desempleados, 8% era empleados, 6% eran comerciantes, 6% estudiantes y 2% se dedicaba a las labores del hogar.

El nivel de estudios fue en 26% de secundaria, 16% secundaria incompleta, 16% bachillerato incompleto, 10% licenciatura incompleta, 8% primaria, 6% bachillerato, 4% analfabetos, 4% primaria incompleta, 4% carrera técnica incompleta, 4% licenciatura y 2% carrera técnica (ver gráficos 3 y 4).

Gráfico 3.
Nivel máximo de estudios en mujeres (N=50)

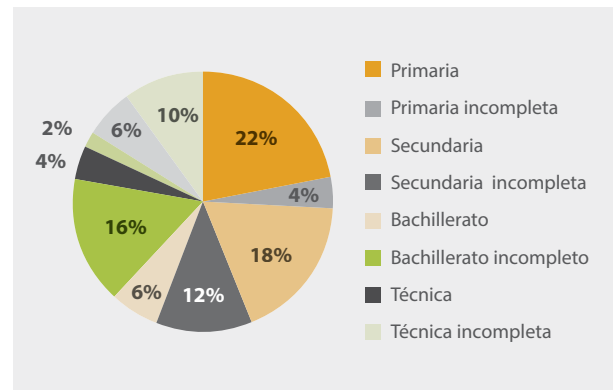
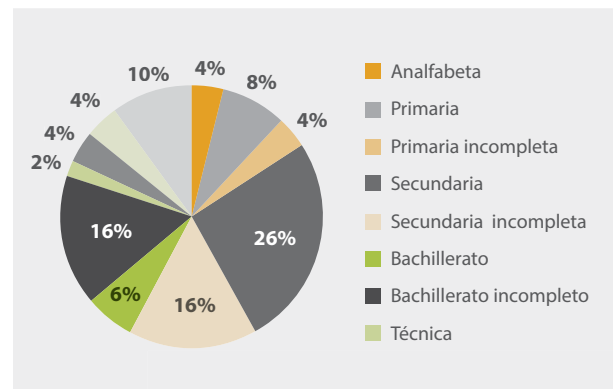


Gráfico 4.
Nivel máximo de estudios en hombres (n=50)



En relación a los cuidadores primarios se encontró que para grupo de mujeres el 66% eran mujeres y 34% hombres, siendo en un 52% la madre la encargada del cuidado de la paciente, reportándose además que en 12% el cónyuge fungía como el cuidador primario. Así mismo, se encontró que dentro de los cuidadores primarios 42% tenía estudios de primaria, 20% primaria incompleta y 14% secundaria, encontrando sólo un 6% sin estudios (analfabetas).

En el grupo de hombres, se encontró que 80% de los cuidadores eran mujeres y 20% hombres, siendo en un 76% la madre del cuidador la encargada del cuidado del paciente, reportándose además que en 20% que el padre era el cuidador primario. Así mismo, se encontró que dentro de los cuidadores primarios 22% tenía estudios de primaria, 22% secundaria, 12% eran analfabetas y 12% tenían estudios técnicos y 10% con primaria (ver tabla 2 y 3).

Tabla 2.
Características de los cuidadores primarios (n=100)

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Género		
Mujer	66%	80%
Hombre	34%	20%
Parentesco		
Madre	52%	76%
Padre	20%	20%
Hermanos	12%	2%
Cónyuge	12%	0%
Otros	4%	2%

Fuente: expedientes clínicos.

En relación al ingreso mensual por familia se encontró que en el grupo de mujeres el ingreso promedio fue de 3350 ± 2207.8 pesos mexicanos, con un ingreso mínimo de 500 y un máximo de 12000 pesos mexicanos. En cambio, en los hombres se encontró además que el ingreso mensual promedio por familia fue de 3938.6 ± 3152.1 pesos mexicanos, con un ingreso mínimo de 600 y un máximo de 20000 pesos mexicanos.

Sobre el diagnóstico, la edad de inicio del padecimiento, la duración de psicosis no tratada (DPNT) y si los pacientes habían acudido a atención médica previo al diagnóstico y a que se les iniciara un tratamiento específico se encontró lo siguiente:

En las mujeres el 76% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F20.0), 14% esquizofrenia indiferenciada (F20.3), 8% un trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y 2% un trastorno agudo transitorio sin especificación; la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 21.5 ± 5.3 años con una DPNT promedio de 42.7 ± 48.8 meses (mediana 24), observándose un tiempo mínimo de DPNT de 0.3 (10 días) y un máximo de 192 meses, reportándose además que en el 48% de los casos el paciente acudió a valoración médica previa al diagnóstico y tratamiento específico.

En los hombres el 72% tenían el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F20.0), 18% esquizofrenia indiferenciada (F20.3), 4% esquizofrenia desorganizada (F20.1), 2% un trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2), 2% otros trastornos agudos transitorios sin especificación y 2% psicosis no orgánica sin especificar; se encontró que la edad promedio de inicio del padecimiento fue de 18.7 ± 4.4 años con una DPNT promedio de 36.9 ± 30.5 meses, observándose un tiempo mínimo de DPNT de 0.23 (7 días) y un máximo de 132 meses, reportándose además que en el 64% de los casos el paciente acudió a valoración médica previa al diagnóstico y a un tratamiento específico (ver tabla 4).

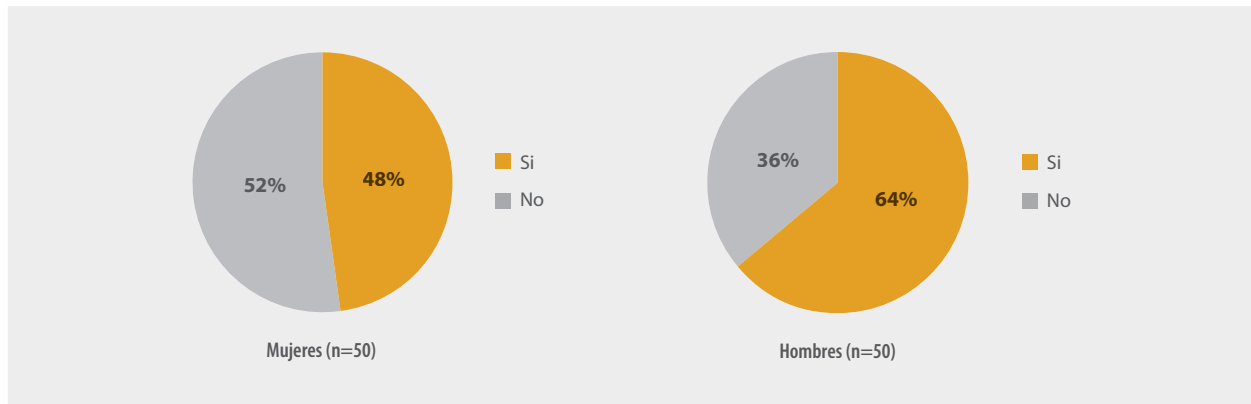
Tabla 3.
Edad de inicio, DPNT y diagnóstico

	Mujeres (n=50)	Hombres (n=50)
Edad promedio de inicio (años)	21.5 ± 5.3	18.7 ± 4.4
DPNT (meses)	42.7 ± 48.8	36.9 ± 30.5
Diagnóstico (CIE-10)		
F20.0	76%	72%
F20.1	0%	4%
F20.3	14%	18%
F23.2	8%	2%
F23.8	0%	2%
F23.9	2%	0%
F29	0%	2%

Fuente: expedientes clínicos.

En el grupo de mujeres el 48% acudió con algún médico antes de que se llegara a un diagnóstico formal y recibiera tratamiento. Entre los hombres el 64% había buscado atención médica antes del inicio de un tratamiento (ver gráfico 6).

Gráfico 5.
Porcentaje de pacientes que recibieron atención médica previa al diagnóstico e inicio de tratamiento específico



Discusión

La esquizofrenia es un síndrome complejo con una combinación heterogénea de síntomas cuyo inicio tiene varias etapas, primero hay la fase prodrómica (es decir, antes de la manifestación de la primera episodio psicótico) y consiste en una disminución del funcionamiento cognitivo y social, que comienza generalmente en los primeros años de la adolescencia. Posteriormente hay una fase psicótica en donde las manifestaciones clínicas son ostensibles y requieren intervención farmacológica y en muchos casos hospitalización. En la fase siguiente el curso clínico de las personas con esquizofrenia puede variar desde la recuperación completa hasta la necesidad atención continua por tiempo prolongado, y, en promedio, la esperanza de vida de los que tienen este trastorno se reduce en 20 años en comparación con la población general.

La última década ha sido testigo de un aumento en los estudios de investigación que han modificado la visión que teníamos de esta patología. Es así que se ha hecho evidente que la esquizofrenia es mucho más que un trastorno psicótico, lo que ha justificado en renovado enfoque sobre la afectación que produce en las funciones cognitivas que aparecen en la adolescencia temprana, y no en la edad adulta temprana como se pensaba anteriormente.

La identificación precoz de individuos con mayor riesgo de padecer un trastorno psicótico se considera actualmente como clínica y científicamente imprescindible.

De forma general la Medicina y la Psiquiatría, desde hace unas décadas han promovido un cambio en el

paradigma de salud mental, enfocándose ahora en el estudio de estrategias que permitan en el futuro la prevención de los trastornos mentales. Aunque en la actualidad dicha prevención no es una realidad, los sistemas de salud se deben orientar hacia el desarrollo de estrategias que permitan una atención oportuna para evitar un deterioro en las personas afectadas y sus familias.

Debido a la clara evidencia que existe sobre la importancia que tienen la DPNT y variables psicosociales de los pacientes y familiares y su relación con el pronóstico, hacen necesaria la implementación de acciones de protección, promoción y prevención en materia de salud mental con estrategias orientadas a reducir el tiempo de DPNT.

Esto se puede facilitar mediante programas de detección oportuna de los síntomas psicóticos como son la capacitación dirigida a maestros, personal de la salud y a la población general y psicoeducación a familiares.

El resultado de los esfuerzos encaminados para mejorar la situación actual en este campo ha sido insuficiente como lo muestra el presente estudio, en el que se observa que no se ha logrado reducir la DPNT a ser menor a 1 año, según lo descrito por Kruskal-Kurihari et al. como deseable para tener impacto sobre la mortalidad asociada a este grupo de pacientes; así como para disminuir la gravedad de los síntomas positivos, negativos y cognitivos, que pueden mejorar el pronóstico en cuanto al funcionamiento social y el desempeño global de los pacientes.

Si comparamos los estudios de Apiquián-Guitart et al. y de Pérez et. al. —cuyo objetivo fue conocer la duración DPNT el primero y la trayectoria y el tiempo tardan los pacientes antes de llegar a atención psiquiátrica, el segundo—, y que reportan en el primero una DPNT promedio de 85.6 ± 6.8 semanas (21.4 ± 1.7 meses) y en el segundo un tiempo de 4.85 años (58.2 meses) para recibir una atención específica, con los resultados obtenidos con esta muestra (DPNT mujeres 42.7 ± 48.8 y de 36.9 ± 30.5 en hombres) observamos una DPNT más larga a la reportada por Apiquián-Guitart et al. y, en cambio, para con los reportados en el estudio realizado en nuestra institución una disminución de la DPNT. Sin embargo, habrá que aclarar que dentro del estudio realizado por Pérez et al. en 2006 sólo un 62% de la muestra estaba constituida por pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia lo que podría oscurecer el análisis.

Por otro lado, se observa un sesgo en el grupo de mujeres en quienes la distribución de los datos relacionados a la DPNT tiene valores extremos, resultado una desviación estándar mayor a la media.

De igual forma, si comparamos la DPNT observada en nuestra muestra con lo reportado en la literatura internacional, como la reportada en el artículo de revisión realizado por Anderson et al. en 2010 que recogió la información de 30 estudios provenientes de 16 países y que arrojó una DPNT promedio de 21.6 semanas, observamos que en nuestro medio la DPNT sigue estado por arriba del promedio internacional.

Sin embargo, como se ha reportado en la literatura algunas variables sociodemográficas tienen un impacto en la DPNT, siendo éstas lo que pudiera estar alargando la DPNT en nuestra muestra. Es así que se encontró que de las variables sociodemográficas que se relacionan significativamente con una DPNT larga algunas fueron prevalentes dentro de nuestra muestra como son el estado civil soltero (mujeres 76% y hombres 98% solteros), no contar con un empleo (mujeres 52% y hombres 78% en desempleo) y un ajuste premórbido pobre con una baja escolaridad (mujeres 26% y hombres 22% con estudios de bachillerato o licenciatura). Contrastando con lo reportado en la literatura internacional, se observó que en el género femenino existió una DPNT mayor que en los hombres, con un inicio de síntomas psicóticos en las mujeres de 21.5 ± 5.3 años y de 18.7 ± 4.4 años en los hombres.

Por último, en relación a los cuidadores primarios se encontró que en para las mujeres 66% y 80% para los

hombres los cuidadores correspondían a mujeres, lo que coincide con lo descrito no sólo en relación a enfermedades mentales, sino a lo observado en otras patologías. Es último tiene una importancia crucial porque en los países de ingresos bajos y medianos, como México, los costos sociales directos son pequeños mientras que predominan los costos de los cuidados informales —por ejemplo, los cuidados no remunerados provistos por familiares—. Sin embargo, los cambios demográficos poblacionales en muchos países de ingresos bajos y medianos podrían llevar a que, en las próximas décadas, disminuya la disponibilidad inmediata de los miembros de la familia para brindar este tipo de cuidados.

Conclusiones

Los considerables avances que ha visto la Psiquiatría en las últimas décadas gracias a las aportaciones producto del desarrollo en las neurociencias, principalmente en las áreas de neuroimagen, neuroendocrinología y al desarrollo en materia de genómica, han abierto un abanico de horizontes en relación a la etiología, evolución y tratamiento de problemas de salud mental que tiempo atrás se consideraban intratables.

Esta revolución biotecnológica, a su vez, ha condicionado cambios en la Psiquiatría tan profundos que se han expresado en el ámbito clínico y asistencial, pero también en el conceptual. Los períodos de hospitalización de los enfermos mentales se han reducido de forma asombrosa, y las posibilidades de reintegración a una vida social y productiva son mejores que nunca antes en la historia.

Empero pese a estos avances notables, el camino por recorrer es aún largo en lo que se refiere a una atención oportuna, ya que las estrategias orientadas hacia la formación de recursos humanos destinados a la atención de la salud mental y a una adecuada cobertura de salud en el país son todavía poco invisibles en la práctica diaria.

De igual forma, la ineficacia de los planes de intervención en los niveles de prevención primaria y secundaria en materia de salud mental atestiguan el pobre interés que tiene el Sistema de Salud Mexicano en este campo, evidente en la asignación baja de recursos.

Observamos así que en nuestro país la atención psiquiátrica sigue limitada a los hospitales psiquiátricos, inmersos ellos dentro de las ciudades, con las consecuencias económicas que en estudios como el de García et al. del 2006 y Cabello et al. en 2011 han reportado; y sobre las consecuencias sociales, referentes al desarrollo familiar e individual.

Este estudio refleja, con el resultado de una DPNT por encima de la media internacional, que las enfermedades mentales pese a las evidencias sobre el impacto que tienen en la sociedad, aún no se encuentran dentro

de las prioridades en el Sistema de Salud Mexicano, lo que dificulta la formación de recursos humanos en la materia y la atención integral y multidisciplinaria de los pacientes

Referencias bibliográficas

1. Perca. «La formación de las actitudes en la formación del médico.» *Jano* 1207 (1997): 1409-1410.
2. Retolaza. «La prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria.» *Aten Primaria* 15 (1995): 593-608.
3. Vázquez-Barquero. «Mental health in primary care: an epidemiological study of morbidity and use of health resources.» *Br J Psychiatry* 170 (1997): 529-35.
4. Goldberg. «Epidemiology of mental disorder in primary care settings.» *Epidemiol Rev* 17 (1995): 182-190.
5. Herrán. «Salud mental en atención primaria: un estudio bibliométrico.» *Aten Primaria* 18, n° 502 (1996): 6.
6. Tizón. «Notas sobre la relación de apoyo y colaboración entre los equipos de atención primaria y los equipos de salud mental.» *Aten Primaria* 16 (1995): 105-114.
7. Bindman. «Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views.» *Br J Psychiatry* 171 (1997): 169-174.
8. IESM-OMS. «Informe sobre el sistema de salud mental en México.» Secretaría de Salud/OPS/OMS, México, 2011.
9. García, J L, J Freyre, H Rico, N López, F Luna, y C García. «Costo del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide y su impacto en la economía familiar.» *Psiquis* 15, n° 4 (2006): 89-94.
10. Srihari, y et al. «Reducing the duration of untreated psychosis and its impact in the U.S.: the STEP-ED study.» *BMC Psychiatry* 14 (335 2014): 1-14.
11. Jablensky, A. «Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability.» *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 250 (6 2000): 274-285.
12. Geddes, J. «Prevention of relapse in schizophrenia.» *N Engl J Med* 346 (2002): 56-58.
13. Menezes, N, T Arenovich, y R Zipursky. «A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis.» *Psychol Med* 36 (2006): 1349.
14. Dutta, R, R M Murray, M Hotopf, y et al. «Reassessing the longterm risk of suicide after a first episode of psychosis.» *Arch Gen Psychiatry* 67 (2010): 1230-1237.
15. Birchwood, M, P Todd, y C Jackson. «Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis.» *Br J Psychiatry Suppl* 172 (1998): 53-59.
16. Marshall, M, S Lewis, A Lockwood, R Drake, y P Jones. «Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode outcome patients: a systematic review.» *Archives General Psychiatry* 62 (2005): 975-983.
17. Anderson, K, R Fuhrer, y A Malla. «The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review.» *Psychological Medicine* 40 (10 2010): 1585-1597.
18. Apiquián, R, A Fresán-Orellana, M García-Anaya, y et al. «Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico.» *Gaceta médica de México* 142 (2006): 113-120.
19. Pérez, P, Y Huerta, J Freyre, y J L García. «Trayecto en la búsqueda de atención psiquiátrica en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.» *Psiquis* 17, n° 1 (2008): 31-39.
20. Kurihara, T, M Kato, y H Kashima. «Excess mortality of schizophrenia in the developing country of Bali.» *Schizophrenia Research* 83 (2006): 103-105.
21. Penttilä, M, E Jääskeläinen, N Hirvonen, y M Isohanni. «Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis.» *The British Journal of Psychiatry* 205 (2014): 88-94.
22. García, I, A Fresán, M Medina-Mora, y G Ruíz. «Impacto de la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el curso y pronóstico de la esquizofrenia.» 31 (2008): 479-485.
23. Zurn, P, M Dal-Poz, B Stilwell, y O Adams. «Imbalances in the health workforce: Briefing paper.» OMS, Geneva, 2002.
24. Cabello, H, L Díaz, y A Arredondo. «Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México.» *Salud Mental* (2011;34:) 34, n° 2 (marzo-abril 2011): 95-102.
25. INEGI. «México en cifras.» Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, 2011.
26. Heinze, G, G Chapa, JA Santisteban, y I Vargas. «Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación.» *Salud Mental* 35, n° 4 (julio-agosto 2012): 279-285.

Artículo de revisión

Utilidad del uso de Tamoxifeno en cuadro agudo de manía en Trastorno Bipolar

Ledezma-Acevedo J.A. (1); González-Méndez J.G. (2); Calderón-Rivera D. (3).

(1) Psiquiatra. Práctica privada, (2) Psiquiatra adscrito a la consulta externa. CAISAME Estancia prolongada, (3) Médico asistente de investigación. Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Resumen

El trastorno Bipolar es una condición psiquiátrica altamente incapacitante, con elevadas tasas de comorbilidades médicas y psiquiátricas que contribuyen sustancialmente a la morbilidad y mortalidad. La patofisiología del trastorno no es bien conocida pero estudios biológicos y farmacológicos recientes sugieren que mecanismos alterados de transducción de señales mediados por receptores contribuyen a la patofisiología del trastorno. Por consiguiente, medicamentos con efecto en estos mecanismos de transducción de señales, se supone, son útiles en el tratamiento del Trastorno Bipolar, como es el caso del tamoxifeno. Se han realizado estudios con modelos animales y ensayos clínicos para dilucidar la eficacia y perfil de efectos secundarios del tamoxifeno. **Objetivo:** Revisar los estudios clínicos que han evaluado los efectos del tamoxifeno en fase de manía del Trastorno Bipolar. **Método:** Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de la literatura en PubMed y otras bases de datos, buscando estudios clínicos que usara tamoxifeno para el tratamiento de Trastorno Bipolar en fase de manía. **Resultados:** Se identificó un número limitado de estudios clínicos sobre el efecto de tamoxifeno como tratamiento en pacientes bipolares, además se encontraron algunos estudios de tamoxifeno en modelos animales de manía. **Conclusión:** Mecanismos de acción del tamoxifeno sugieren que podría ser útil en pacientes con episodios de manía, sin embargo, una mayor evidencia es deseable para evaluar la eficacia del tamoxifeno en pacientes con trastorno bipolar con diferentes perfiles clínicos.

Palabras Clave: Tamoxifeno, manía, Trastorno Bipolar.

Abstract

Bipolar Disorder is a psychiatric condition highly disabling, with elevated rates of psychiatric and medical comorbidities that contribute substantially to morbidity and mortality. Pathophysiology of the illness is not well known but recent biologic and pharmacological studies suggest that altered receptor-mediated signal transduction mechanisms contribute to the pathophysiology of the disease. Accordingly, medications with effect in these signal transduction mechanisms are supposed to be useful in the treatment of Bipolar Disorder, such is the case of tamoxifen. Animal model studies and clinical trials have been conducted to address the efficacy and side-effect profile of tamoxifen. **AIMS:** To review the clinical studies that have evaluated the effects of tamoxifen in manic phase of BD. **Method:** It was conducted a systematic literature search on PubMed and other science databases looking for clinical studies that used tamoxifen for the treatment of Bipolar Disorder in mania phase. **Results:** A limited number of clinical studies concerning the effect of tamoxifen as a treatment in bipolar patients were identify, also it was found some studies of tamoxifen in animal models of mania. **Conclusion:** Mechanism of action of tamoxifen suggests that it could be useful in patients with manic episodes; however, more evidence is desirable to evaluate the efficacy of tamoxifen in different clinical profiles of patients with bipolar disorder.

Key words: Tamoxifen, mania, Bipolar Disorder:

Introducción

El Trastorno bipolar (TB) es un trastorno psiquiátrico severo que está clínicamente caracterizado por cambios del humor recurrentes, que incluyen manía, estados mixtos y depresión.

Un episodio maniaco se define por euforia, hiperactividad, impulsividad, aumento de conductas de riesgo y de búsqueda de recompensa, y de una disminución en la necesidad de dormir; mientras que un episodio depresivo

consiste en la presencia de tristeza, culpa, alteración en el sueño y anhedonia (APA 2013).¹ El trastorno es altamente incapacitante, su asociación con altas tasas de comorbilidad médica, recurrencia y suicidio, contribuyen a que sea considerada una de las 10 condiciones más incapacitantes en el mundo y explica el 7.0% de los DALYs (años de vida ajustados por discapacidad) causados por trastornos mentales y de abuso de sustancias.^{2,3} La comorbilidad psiquiátrica, especialmente con trastornos de ansiedad, TDAH y trastornos de alimentación, contribuyen a la morbilidad incrementada en pacientes bipolares.⁴

Los tratamientos disponibles hasta el momento incluyen Litio, y algunos fármacos desarrollados para el tratamiento de epilepsia o esquizofrenia, muchos de ellos utilizados desde hace años. Sus beneficios son sustanciales, pero no curativos; y la innovación en el tratamiento de este trastorno ha sido lenta, en parte debido a la falta de conocimiento completo de los eventos que subyacen al trastorno.

Si bien, la patofisiología no es bien conocida, la hipótesis monoaminérgica ha sido de gran relevancia en la investigación de la etiología de los trastornos psiquiátricos, incluidos el trastorno bipolar. Más recientemente, ha habido un cambio de enfoque en la investigación de los trastornos del afecto, de neurotransmisores y receptores transmembrana a cascadas de señalización intracelular, como Gs/cAMP y PKC.⁴

La observación de que una de las más efectivas drogas para el tratamiento de los episodios de manía, el litio, modera la excesiva neurotransmisión excitatoria mediante sus efectos en la vía de la adenilciclase y el fosfoinositol, así como PKC.^{5,6}

Datos preliminares sobre la eficacia del tamoxifeno (inhibidor de PKC) en la reducción de los síntomas maniacos del Trastorno Bipolar, sugieren que este agente puede ser un tratamiento potencial en el manejo de este trastorno psiquiátrico.²

Material y Metodos

Se llevó a cabo una revisión de los estudios clínicos y farmacológicos relacionados con el uso de tamoxifeno en episodios de manía del trastorno bipolar mediante el uso de base de datos (PUBMED, OVID, REDALYC y SCIELO) y revistas científicas relacionadas con el tema; así como los listados de referencias de los artículos relacionados en un periodo comprendido de enero de 1992 a enero 2015.

Las palabras clave y combinaciones utilizadas fueron: Tamoxifen, manía y trastorno bipolar. Tanto en idioma español, inglés y portugués.

Se buscaron artículos que informasen sobre estudios clínicos, ensayos farmacológicos y ensayos clínicos controlados (ECC) que estuvieran relacionados con el uso de tamoxifeno en episodios de manía dentro del trastorno bipolar. Evaluando la evidencia científica bajo los criterios de Sakett.

Se excluyeron aquellos artículos de reportes de caso, estudios transversales, retrospectivos y cohorte; así como los metaanálisis, revisiones sistemáticas, cartas al editor.

Resultados

Ensayos clínicos

J. Kulcarni y cols (2006) midieron la respuesta de 13 mujeres con manía con el uso de tamoxifeno, medroxiprogesterona o placebo (más litio o valproato como tratamiento base), tras un periodo de 28 días. Las mujeres que recibieron tamoxifeno tuvieron mejoría significativa ($p < 0.05$) en síntomas de manía y en síntomas psicóticos ($p < 0.01$) en comparación con el placebo. Las mujeres tratadas con medroxiprogesterona tuvieron una tendencia hacia la recuperación de los síntomas de manía, aunque no significativa ($p < 0.068$), mientras que aquellas tratadas con placebo no tuvieron mejoría significativa registrada.⁸

Zarate y cols (2007) analizaron la eficacia de tamoxifeno en un estudio con 16 sujetos en fase de manía. Se dividió la muestra en 2 grupos, 8 recibieron tamoxifeno (20-140 mg) y 8 recibieron placebo. Siete sujetos finalizaron el estudio. Los sujetos que recibieron tamoxifeno tuvieron mejoría significativa en síntomas de manía (18.3 en escala YMRS) tan pronto como 5 días tras el inicio de la droga ($d = 0.59$, 95% CI 0.17-1.00), contra un empeoramiento de 4.7 puntos en el grupo con placebo. Para el final de las 3 semanas del estudio; 63% de los sujetos habían mejorado en comparación con 13% de los que tomaban placebo ($d = 1.08$, 95%, CI 0.45-1.71).⁹

Yildiz y cols (2008) midieron la respuesta de sujetos en manía con tamoxifeno tras 21 días de tratamiento; en el que 29 recibieron tamoxifeno y 21 recibieron placebo. El tratamiento con tamoxifeno produjo disminución semanal de la media en puntuación de la YMRS de 5.84 puntos y de la CGI de 0.73 en comparación con incrementos en la YMRS de 1.50 puntos y de la CGI de 0.10 en el grupo con placebo, lo cual representó una diferencia significativa

($p < 0.001$). El porcentaje de pacientes con una reducción igual o mayor al 50 % en la YMRS fue de un 48% en el grupo con tamoxifeno, en contraste con un 5% en el grupo con placebo.¹⁰

Amrollahi y cols (2011) analizaron la eficacia y seguridad de tamoxifeno en un estudio con 37 sujetos internados, en episodio de manía. Se dividió la muestra en 2 grupos, administrando de manera aleatoria litio (1-1.2 mEq/L) + tamoxifeno 80 mg/día a uno y litio (1-1.2 mEq/L) + placebo al otro durante 6 semanas, utilizando principalmente YMRS como parámetro. Se encontró que después de 6 semanas el 90% de los pacientes en el grupo de tamoxifeno remitió (puntuación en YMRS de 7 o menos) vs. el 55% en grupo con placebo ($p = 0.03$). En relación a la frecuencia de los efectos adversos, la diferencia no fue significativa, excepto para fatiga, que ocurrió con más frecuencia en el grupo de tamoxifeno ($p = 0.01$).¹¹

J. Kulcarni y cols (2014) compararon la respuesta de 51 mujeres con cuadro de manía al tratamiento con tamoxifeno, medroxiprogesterona o placebo durante 28 días. Se encontró una disminución de la puntuación de la escala de síntomas de manía (CARS-M) en los 3 grupos, con una disminución estadísticamente significativa en el grupo con medroxiprogesterona en comparación tamoxifeno o placebo ($p < 0.05$), y más temprana. Se realizó a demás análisis de PKC en plaquetas a los días 7, 14, 21 y 28, no encontrando diferencias significativas en los niveles entre los 3 grupos.¹²

Modelos Animales

Einat y cols (2007) midieron los efectos de 2 dosis diarias de tamoxifeno (1mg/kg) en 80 ratas con alteraciones conductuales inducidos por anfetamina (0.5 mg/kg) de manera aguda o crónica (7 inyecciones). Se encontró que el tratamiento con tamoxifeno redujo la hiperlocomoción en campo abierto de los sujetos, inducida por anfetamina en administración aguda y crónica (distancia recorrida - tamoxifeno x interacción con anfetamina: $F(2,10) = 6.05$, $p < 0.02$) (distancia recorrida - tamoxifeno x interacción con anfetamina: $F(2,26) = 4.1$, $p = 0.03$). Además de eso, se midió la fosforilación de GAP-43 por electrotransferencia y se encontró que ésta aumentó significativamente en el estriado murino en un 40% ($140 \pm 14.9\%$ del control; $t = 2.42$, d.f. = 22, $p < 0.05$) tras la administración de anfetamina. Se encontró que el pre tratamiento con tamoxifeno eliminó el efecto de la anfetamina en la fosforilación del GAP-43.¹³

Sabioni y cols (2008) analizaron los efectos de tamoxifeno, queleritrina (inhibidor de PKC) y medroxiprogesterona (antiestrógeno) en al menos 122 ratones con hiperlocomoción inducida por anfetamina. Encontraron que el litio (100-150mg/kg), tamoxifeno (1.0mg/kg) y queleritrina (1ug/kg) bloquearon completamente la hiperlocomoción inducida por anfetamina (anfetamina + sol salina comparada con los otros grupos: todos $p < 0.01$). Mientras que una dosis intermedia de medroxiprogesterona (3.0mg/kg) redujo parcialmente la hiperlocomoción inducida por anfetamina ($p < 0.05$), una dosis más alta o baja no produjo efectos.¹⁴

Cuadro 1.

Ensayos Clínicos con Tamoxifeno en pacientes con Trastorno Bipolar en fase de manía

	#	Duración del estudio	Fármaco utilizado	Otros fármacos	Muestra	Escalas	Resultados	Nivel de evidencia
CUADRO 1. Ensayos Clínicos con Tamoxifeno en pacientes con Trastorno Bipolar en Fase de manía	29	28 días	Tamoxifeno	Medroxiprogesterona	13 □ con manía	CARS-M É PANSS	Significativa mayor mejoría en síntomas de manía y síntomas psicóticos positivos con Tamoxifeno.	2++
				Litio			MPA con tendencia a mejoría, pero no estadísticamente significativa	
				Valproato				

	#	Duración del estudio	Fármaco utilizado	Otros fármacos	Muestra	Escalas	Resultados	Nivel de evidencia
CUADRO 1. Ensayos Clínicos con Tamoxifeno en pacientes con Trastorno Bipolar en Fase de manía	30	21 días	Tamoxifeno	Lorazepam	16 pacientes internados (7 finalizaron)	YMRS	Tamoxifeno fue efectivo en producir efectos antimaniacos, tan pronto como 5 días	2+
	31	21 días	Tamoxifeno	Lorazepam	50 pacientes 18-60 años con TBP1	YMRS	Tamoxifeno mostró propiedades antimaniacas y fue marcadamente bien tolerado	2++
	32	42 días	Tamoxifeno	Litio Lorazepam	40 pacientes internados de 19-49 años (37 pacientes)	YMRS	Mejoría en la puntuación de la escala de Young con Tamoxifeno, Tamoxifeno Ë Litio fue superior a Litio solo en la rápida reducción de síntomas. Tamoxifeno puede inducir una rápida respuesta, tan pronto como 7 días.	2++
	33	28 días	Tamoxifeno	Medroxiprogesterona Antipsicótico o estabilizador base	51 □ con manía	CARS-M	Tratamiento adjunto con MPA tuvo una mayor y más rápida mejoría en manía, comparado con placebo y con tamoxifeno	2++

Fuente: Desglose de artículos seleccionados.

Cuadro 2.
Estudios con Tamoxifeno en modelos animales de manía

Autor/ Año/País	#	Duración del estudio	Fármaco utilizado	Otros fármacos	Sujetos de estudio	Resultados
Einat et al. /2007/ EUA	20	2 días	Tamoxifeno 1mg/kg/	-	32 Ratas □ Sprague Dawley	Tamoxifeno redujo significativamente la hiperactividad inducida por metanfetaminas.

Autor/ Año/País	#	Duración del estudio	Fármaco utilizado	Otros fármacos	Sujetos de estudio	Resultados
P. Sabioni et al. /2008 / Brazil	21	N/E 0,20,40 y 60 min	Tamoxifeno	Litio Medroxiprogesterona Quelertirina	Ratón □adulto Albino Swiss mice	Litio, Tamoxifeno y Chelerythrine bloquearon completamente la hiperlocomoción inducida por metanfetamina. Medroxiprogesterona la disminuyó de manera parcial.
M. Moretti et al. /2011 /Brazil	22	15 días	Tamoxifeno	-	Ratas □ Adultas Wistar	Demostró que el tamoxifeno revierte y previene las alteraciones en conducta y metabolismo energético inducido por D-amphetamine (los cuales fueron también observados en Trastorno Bipolar).
A. Valnier et al. / 2012 / Brazil	23	14 días	Tamoxifeno	-	Ratas □ Adultas Wistar	El tamoxifeno revirtió y previno los efectos conductuales inducidos por anfetaminas. D-Amphetamine indujo daño oxidativo en las 2 estructuras valoradas en los 2 modelos; y tamoxifeno fue capaz de revertir ese daño.
Cechinel- Recco et al. / 2012 / Brazil	24	2 semanas	Tamoxifeno	Litio	Ratas □ Adultas Wistar	Litio y Tamoxifeno revirtieron y previnieron el comportamientoy maniforme inducido por D-amphetamine. Litio y Tamoxifeno revirtieron y previnieron el aumento de PKCα fosforilada inducido por d-AMPH, en los cerebros de ratas.
F. Armani etal / 2012 / Brazil	25	9 días	Tamoxifeno	Litio (TMX&Litio)	Ratón □adulto C57BL/6J	Cambios inducidos por privación paradójica del sueño (PSD), fueron previnidos por Litio (100-150mg/ kg) y por Tamoxifeno (1.0-2.0 mg) vs vehículo; y la coadministración de Litio (50mg/kg) más Tamoxifeno (0.5 mg) vs vehículo.
E. Abrial et al. / 2013 / Francia	26	14 días	Tamoxifeno	Quelertirina	Ratas □ Sprague Dawley	La locomoción incesante causada por anfetaminas es atenuada por inhibidores de PKC. Inhibidores de PKC reducen conductas de riesgo. Tratamiento crónico (14 días) aumentó la inmovilidad, además de reducir la proliferación de células adultas en el giro dentado.

Autor/ Año/País	#	Duración del estudio	Fármaco utilizado	Otros fármacos	Sujetos de estudio	Resultados
S.S. Valvassori et al / 2014 / Brazil	27	14 días	Tamoxifeno	-	Ratas □ Adultas Wistar	Tamoxifeno revirtió y previno la alteración en la cadena respiratoria mitocondrial y daño inducido por D-AMPH. Tamoxifeno revierte y previene la hiperactividad inducida por D-AMPH.
M. Pereira et al. / 2014 / Brazil	28	3 días	Tamoxifeno	Litio Myricitrina	Ratas □ Adultas Wistar	Litio y tamoxifeno redujeron la hiperlocomoción inducida por AMP. Litio y tamoxifeno bloquearon los llamados de apetito de 50-kHz inducidos por AMP. La alta dosis de myricitrin atenuó la hiperlocomoción inducida por AMP. Hubo una reducción dosis dependiente de los llamados de apetito inducidos por AMP, con el uso de myricitrin.

Fuente: Desglose de artículos seleccionados.

Moretti y cols (2011) realizaron un estudio en 96 ratas comparando los efectos conductuales y alteraciones en ciertas áreas cerebrales con uso de anfetamina vs solución salina. Además de esto analizaron la respuesta de estos sujetos con una administración previa de tamoxifeno (modelo de prevención) vs una administración posterior del mismo (modelo de reversión). La administración de anfetamina resultó en aumento de la actividad motora en los sujetos, además de inhibición de los complejos I, II, III y IV de la cadena respiratoria mitocondrial en la corteza prefrontal, hipocampo, estriado y amígdala. Se encontró además que la administración de tamoxifeno revirtió la inhibición de la actividad de PKC inducida por anfetamina en el hipocampo y el estriado. En el modelo de prevención se encontró una disminución de la actividad de PKC en amígdala, hipocampo y estriado, además de que en ambos modelos se produjo una evidente reducción en la locomoción en los grupos con anfetamina tratados con tamoxifeno.¹⁵

Steckert y cols (2012) administraron sol salina o anfetamina en 71 sujetos (ratas) por 14 días, agregando entre los días 8 y 14 tamoxifeno o solución salina en un modelo de reversión, mientras que en un modelo de prevención los sujetos fueron pre tratados con tamoxifeno o solución salina y entre los días 8-14 se administró anfetamina o solución salina. En ambos modelos se valoró la actividad motora y el estrés oxidativo medido en

la corteza prefrontal, amígdala, hipocampo y estriado. Se encontró que la administración de anfetamina incrementó la actividad motora, exploratoria y de conductas de riesgo ($p < 0.0001$), efecto revertido por tamoxifeno. Tamoxifeno revirtió además la producción de superóxido inducida por anfetamina en amígdala, hipocampo y estriado.¹⁶

Cechinel-Recco y cols (2012) administraron a 96 ratas anfetamina o solución salina, y litio, tamoxifeno o solución salina, en protocolos de reversión y prevención. Se encontró que litio y tamoxifeno revirtieron y previnieron la hiperactividad inducida por anfetamina, evaluada en tarea de campo abierto. Reversión $F(3,26)=31.7$, $p < 0.001$ y prevención $F(3,26)=11$, $p < 0.001$ respectivamente. Además de esto, la herramienta de Western blot mostró que la anfetamina incrementó de manera significativa GSK-3 y niveles de PKC, y disminuyó los niveles de pGSK-3, PKA, NGF, BDNF y CREB en hipocampo, corteza prefrontal, amígdala y estriado, además de que tanto litio como tamoxifeno fueron capaces de prevenir y revertir estos cambios en la mayoría de las estructuras evaluadas.¹⁷

Armani y cols. (2012) midieron en 98 ratones, el efecto de litio y tamoxifeno a diferentes dosis usando un modelo de hiperactividad inducida por privación paradójica del sueño (PSD). Se encontró que una PSD por 24 horas incrementó de manera significativa la

actividad locomotora en ratones sujetos a tratamiento con vehículo (solución salina o glicol) en todas las valoraciones. Estos cambios inducidos por la privación del sueño fueron prevenidos por litio a las dosis de 100 y 150 mg/kg y por tamoxifeno a las dosis de 1.0 y 2.0 mg/kg, comparado con aquellos tratados con vehículo ($p<0.001$). En el experimento con coadministración de litio a 50 mg/kg y tamoxifeno a 0.5 mg/kg, se observó que esta previno la hiperactividad inducida por privación del sueño en comparación al grupo control ($p<0.01$).¹⁸

Abrial y cols (2013) midieron los efectos de tamoxifeno (10 o 80mg/kg) y queleritrine (3 mg/kg) en 55 ratas con alteraciones conductuales (hiperlocomoción, conductas de riesgo), inducidas por anfetamina. Se encontró que el tratamiento con tamoxifeno atenuó significativamente la hiperlocomoción inducida por anfetamina (43%) administrada a 80mg/kg ($p<0.01$), pero no a 10 mg/kg. Queleritrine disminuyó también la hiperactividad inducida por anfetamina en un 44% ($p<0.001$). Además de eso, la exposición crónica a ambos (14 días) resultó en una reducción de la proliferación celular en el giro dentado y en el hipocampo.^{7,18,19}

Valvassori y cols (2014) administraron sol salina o anfetamina en 48 sujetos (ratas) por 14 días, agregando entre los días 8 y 14 tamoxifeno (1 mg/kg) o solución salina en un modelo de reversión. Al 15vo día de tratamiento los animales recibieron una dosis de anfetamina o de solución salina y se obtuvo materia cerebral para el análisis. Se evaluó la citrato sintetasa, succinato deshidrogenasa y malato deshidrogenasa en la corteza frontal, hipocampo y estriado, encontrándose disminuidas/inhibidas en su actividad con anfetamina, y se observó que el tratamiento con tamoxifeno revirtió esta disfunción inducida por anfetamina ($p<0.0001$).²¹

Pereira y cols (2014) analizaron los efectos de litio (100 mg/kg), tamoxifeno (1 mg/kg) y myricitrin, un inhibidor de PKC (10, 30 mg/kg) en 94 ratas con alteraciones inducidas con anfetamina (2.5 mg/kg), particularmente las relacionadas con el aumento de las vocalizaciones ultrasónicas por apetito (50-kHz). Encontraron que litio y tamoxifeno redujeron la hiperlocomoción inducida por anfetamina ($p<0.001$), además de bloquear las vocalizaciones de apetito inducidas por anfetamina ($p<0.001$). Se obtuvo además una reducción de la hiperlocomoción con la dosis más alta de myricitrin, así como reducción en las vocalizaciones dosis dependiente ($p<0.001$).²²

Características de los pacientes:

Se evaluó un total de 158 pacientes. La muestra obtenida de los estudios seleccionados no es homogénea: (si la definición de manía difiere entre los estudios)

En total se estudia a 158 (enfermos)/158 (total) pacientes con manía (100%).

En 5 de 14 estudios se hace referencia a pacientes con manía o en episodio de manía.

Los otros 9 fueron conducidos en modelos animales (ratas/ratones) que simularan alguna característica de la manía, como la hiperlocomoción, con un total de 540 ratas y 220 ratones.

En un estudio clínico se evaluó la aparición de efectos adversos comparados con placebo.

Medicación utilizada:

En cuanto a los ensayos clínicos, se utilizaron estabilizadores del ánimo en tres de los estudios y medroxiprogesterona en dos de los estudios. En tres de los estudios se usó lorazepam como coadyuvante.

Pacientes que recibieron placebo: 69

De los nueve estudios en modelos animales, en ocho de ellos se usó anfetamina, evaluando en siete de ellos el efecto en la actividad motora, mientras que en el otro se evaluó el aumento de vocalizaciones. En el otro estudio se evaluaron los cambios en la actividad motora inducidos mediante un modelo de privación del sueño.

Evaluación del nivel de evidencia de los artículos seleccionados:

Según los niveles de evidencia Sackett, cuatro artículos fueron clasificados como 2++ (Estudios de cohortes o casos controles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal)²³.

Un artículo fue clasificado como 2+ (Estudios de cohortes y casos-controles bien realizados y con riesgo de sesgo bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal).²³

Clasificación de los estudios según el rigor científico.

Cuatro artículos fueron clasificados como 02 (Ensayo controlado y aleatorizado con una muestra pequeña).

Uno de los artículo fue clasificado como 03 (Ensayo no aleatorizado con controles coincidentes en el tiempo)

Discusión

La mayoría de los estudios presentan heterogeneidad en cuanto a la metodología empleada, criterios de selección, medicación empleada y pruebas realizadas.

Debido a que los estudios duran sólo unas semanas, no es claro si el tamoxifeno podría tener potencial para el manejo de manía en el trastorno bipolar, más allá de la fase aguda, en la que ha mostrado utilidad.

De cualquier manera, estudios clínicos con muestras más grandes son necesarios para recabar más evidencia de la eficacia y perfil de efectos secundarios del tamoxifeno usado en monoterapia o en combinación con otros estabilizadores del ánimo y/o hormonas.

Además, el efecto en pacientes masculinos con TB debe ser mejor evaluado, tomando en cuenta que la

experiencia que se tiene del uso de este medicamento deriva prácticamente de la obtenida por su uso en cáncer de mama en mujeres.

El perfil clínico específico en pacientes con TB debe ser estudiado para evaluar quien podría ser candidato para el uso de tamoxifeno, por ejemplo, mujeres con episodio de manía, y terapia adjunta con estabilizadores del humor.

En conclusión el Tamoxifeno podría ser utilizado en el manejo de manía, es seguro y bien tolerado; sin embargo se requieran más estudios para probar la utilidad de este medicamento en la fase de manía.

Contacto: Instituto Jalisciense de Salud Mental,

Av. Zoquipan 1000 "A", Colonia Zoquipan, Zapopan Jalisco,
C.P. 45170. cesar_gonzalez_gonzalez@msn.com.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub, 2013.
2. Maximov PY, McDaniel RE, Jordan VC. The Legacy of Tamoxifen. In: Tamoxifen. Milestones in Drug Therapy. Springer, Basel; 2013.
3. Mallinger AG, Thase ME, Haskett R, Buttenfield J, Luckenbaugh DA, Frank E, et al. Verapamil augmentation of lithium treatment improves outcome in mania unresponsive to lithium alone: preliminary findings and a discussion of therapeutic mechanisms. *Bipolar Disorders*. 2008; 10(8): 856–866
4. Malhi GS, Tanious M, Das P, Coulston CM, Berk M. Potential mechanisms of action of lithium in bipolar disorder. *Current understanding*. *CNS Drugs*. 2013; 27(2):135–53.
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013; 382(9904):1575–1586.
6. McIntyre RS, Konarski JZ, Yatham LN. Comorbidity in bipolar disorder: a framework for rational treatment selection. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2004; 19(6):369–86.
7. Manji HK, Quiroz JA, Payne JL, Singh J, Lopes BP, Viegas JS, et al. The underlying neurobiology of bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2003; 2(3):136–146.
8. Kulkarni J, Garland KA, Scaffidi A, Headey B, Anderson R, De Castella A, et al. A pilot study of hormone modulation as a new treatment for mania in women with bipolar affective disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2006; 31(4): 543–547.
9. Zarate CA Jr, Singh JB, Carlson PJ, Quiroz J, Jolkovsky L, Luckenbaugh DA et al. Efficacy of a protein kinase C inhibitor (tamoxifen) in the treatment of acute mania: a pilot study. *Bipolar Disorders* 2007; 9(6): 561–570.
10. Yildiz A, Guleryuz S, Ankerst DP, Ongür D, Renshaw PF. Protein Kinase C Inhibition in the Treatment of Mania. A Double-blind, Placebo-Controlled Trial of Tamoxifen. *Archives of general psychiatry* 2008; 65(3):255–263.
11. Amrollahi Z, Rezaei F, Salehi B, Modabbernia AH, Maroufi A, Esfandiari GR, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled 6-week study on the efficacy and safety of the tamoxifen adjunctive to lithium in acute bipolar mania. *Journal of Affective Disorders* 2011; 129(1): 327–331.
12. Kulkarni J, Berk M, Wang W, Mu L, Scarr E, Van Rheenen TE. Et al A four week randomised control trial of adjunctive medroxyprogesterone and tamoxifen in women with mania. *Psychoneuroendocrinology* 2014; 43: 52–56.
13. Einat, H, Manji, HK. Cellular plasticity cascades: genes-to-behavior pathways in animal models of bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 2006; 59(12): 1160–1171
14. Sabioni P, Baretta IP, Ninomiya EM, Gustafson L, Rodrigues AL, Andreatini R. The antimanic-like effect of tamoxifen: Behavioral comparison with other PKC-inhibiting and antiestrogenic drugs. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2008; 32 (8):1927–1931.
15. Moretti M, Valvassori SS, Steckert AV, Rochi N, Benedet J, Scaini G. et al Tamoxifen effects on respiratory chain complexes and creatine kinase activities in an animal model of mania. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*. 2011; 98(2):304–310.

16. Steckert AV, Valvassori SS, Mina F, Lopes-Borges J, Varela RB, Kapczinski F, et al. Protein Kinase C and Oxidative Stress in an Animal Model of Mania. *Current neurovascular research*; 2012 9(1): 47-57.
17. Cechinel-Recco K, Valvassori SS, Varela RB, Resende WR, Arent CO, Vitto MF, et al. Lithium and tamoxifen modulate cellular plasticity cascades in animal model of mania. *Journal of Psychopharmacology*. 2012; 26(12): 1594-1604.
18. Armani F, Andersen ML, Andreatini R, Frussa-Filho R, Tufik S, Fernandes GJ. Successful Combined Therapy with Tamoxifen and Lithium in a Paradoxical Sleep Deprivation-Induced Mania Model. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 2012;18 (2) 119-125.
19. Abrial E, Lucas G, Scarna H, Haddjeri N, Lambás-Señas L. A Role for the PKC Signaling System in the Pathophysiology and Treatment of Mood Disorders: Involvement of a Functional Imbalance? *Molecular Neurobiology*. 2011 44(3):407-419.
20. Abrial E, Etievant A, Bétry C, Scarna H, Lucas G, Haddjeri N, et al. Protein kinase C regulates mood-related behaviors and adult hippocampal cell proliferation in rats. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2013; 43 40-48.
21. Valvassori SS, Bavaresco DV, Budni J, Bobsin TS, Gonçalves CL, de Freitas. Et al KV. Effects of tamoxifen on tricarboxylic acid cycle enzymes in the brain of rats submitted to an animal model of mania induced by amphetamine. *Psychiatry Research* 2014; 215(2) 483-487.
22. Pereira M, Andreatini R, Schwarting RK, Brenes JC. Amphetamine-induced appetitive 50-kHz calls in rats: a marker of affect in mania? *Psychopharmacology*. 2014; 231(13):2567-2577.
23. Manterola C, Daniela Z, Grupo MINCIR. Evidence-based clinical practice, levels of evidence. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2009; 61(6): 582-595.

Caso clínico

Manía de inicio tardío: ¿trastorno bipolar? Presentación de dos casos

Aldana-López J.A. (1), Medina-Dávalos R. (1)

(1) Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Resumen

La manía es la característica distintiva del Trastorno Bipolar (TB), que suele iniciar en la adultez temprana, sin embargo su aparición en el adulto mayor ha sido menos estudiada. Existe suficiente evidencia que diferencia a un subgrupo de TB de inicio tardío (TBIT) con distinto perfil clínico, epidemiológico y pronóstico. Describimos a dos pacientes con debut de manía en edad tardía, asociados a atrofia cerebral, lesiones hiperintensas en sustancia blanca de predominio derecho, y factores de riesgo cardiovascular. Se discute el papel de estos hallazgos con el concepto de manía secundaria y vascular, como una expresión del síndrome de desinhibición, y las implicaciones pronósticas y terapéuticas de su clasificación dentro de los sistemas diagnósticos actuales.

Palabras clave: Trastorno bipolar; Inicio tardío; Enfermedad cerebrovascular; Manía vascular; Hiperintensidades de sustancia blanca.

Abstract

Mania is the distinctive characteristic of Bipolar Disorder (BD), usually starting in early adulthood but the onset in the elderly has been less studied. There's evidence of a different subgroup of BD of late-onset with a distinct clinical, epidemiological and prognostic profile. We describe two patients with late-onset mania, associated with cerebral atrophy, predominant right-sided white matter hyperintensities, and cardiovascular risk factors. It's discussed the role of these findings with concepts of secondary and vascular mania, as an expression of a disinhibitory syndrome, and the prognostic and therapeutic implications of its classification in the current diagnostic systems.

Key words: Bipolar disorder; Late-onset; Cerebrovascular disease; Vascular mania; White matter hyperintensities.

Introducción

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad crónica cuya característica particular son los episodios alternos de manía y depresión, o episodios con síntomas de ambos polos denominados mixtos, que repercuten en el funcionamiento global.¹ El inicio de los síntomas suelen ser en la adultez temprana,² estimándose que cerca del 90% de los individuos con TB lo desarrollará antes de los 50 años de edad,³ con una prevalencia total de 1.4% en individuos de 18 a 44 años de edad.⁴ Sin embargo se han descrito tres subgrupos de TB de acuerdo a la edad de inicio: con inicio precoz (TBIP) (≤ 20 años), inicio intermedio (>20 a ≤ 30 años), e inicio tardío (TBIT) (>30), y aunque algunos han propuesto sólo dos subgrupos (de inicio precoz y tardío).^{4,5} El TBIT es bien diferenciado del resto de cuadros bipolares por su menor tiempo de evolución, menos

antecedentes de consumo de drogas previo a los síntomas, mayor comorbilidad médica, menos intentos de suicidio y menores antecedentes familiares de enfermedad mental.^{4,5}

Aunque poco estudiada, la manía en etapas tardías de la vida no es infrecuente. Se estima una prevalencia del 6% en pacientes ancianos ingresados a unidades de psicogeriatría con diagnósticos TBIP y TBIT, de los cuales aproximadamente un tercio corresponde a estos últimos.³ Además, la manía en etapas tardías puede ocurrir en aquellos casos de conversión de un trastorno depresivo preexistente a TB, manía secundaria, detonada por fármacos u otra condición médica (neurológica y no neurológica), y la manía relacionada con otros trastornos neuropsiquiátricos como la demencia o el delirium.^{3,6}

Existe una hipótesis vascular para el debut de manía en etapas tardía, inicialmente descrita en episodios depresivos en la vejez, y posteriormente propuesto como especificador por Steffans y Krishnan en 1998, incluyendo en sus criterios la evidencia de cambios en neuroimagen (cuadro 1), ^{7,8} reportados frecuentemente como lesiones hiperintensas en sustancia blanca (HSB), definidas como focos de intensidad de señal brillante detectables por imagen de resonancia

magnética (IRM) en secuencias de ponderación T2 y en inversión-recuperación con atenuación de fluido (FLAIR), localizados preferentemente en regiones periventriculares y en sustancia blanca profunda, y relacionados con factores de riesgo cerebrovascular como diabetes e hipertensión.^{9,10,11} A continuación describimos dos casos de TBIT que coinciden con estas características y posteriormente discutiremos el papel de estos hallazgos.

Cuadro 1.
Criterios diagnósticos de manía vascular*

	Steffans y Krishnan	Wijeratna y Malhi
Esencial	A: Síndrome de manía	Manía DSM (1 semana de duración)
		Primer episodio de manía a los 50 años *
		Evidencia clínica de EVC o AIT; o al menos 2 enfermedades sistémicas de riesgo cardiovascular **
Uno de B	B1: Cambios clínicos de EVC o AIT	
	B2: Cambios en neuroimagen	
	B3: Cambios neuropsicológicos	
Apoyo	Inicio o cambio del curso de enfermedad a los 50 años *	Cambios en neuroimagen mayores de lo esperado para la edad
	Falta de historia familiar	Cambios neuropsicológicos mayores de lo esperado para la edad
	Disfuncionalidad	

* Adaptado y con permiso de referencia 10.

** Enfermedad coronaria, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus.

Fuente: Adaptado de Shulman.

Presentación de casos

Caso 1

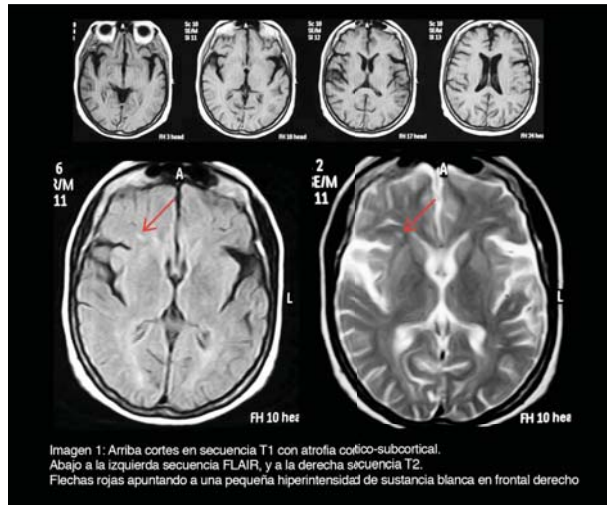
Mujer de 65 años de edad, acude al servicio de urgencias con inquietud psicomotriz severa, disforia, verborrea, coprolalia, pensamiento ideofugitivo y delirante de grandiosidad con matices paranoides, desencadenado hace 4 meses tras la suspensión de fármacos para TB que toma desde hace un año, cuando inicia súbita e ininterrumpidamente con humor eufórico, disminución de la necesidad de dormir, aumento de actividad dirigida, iniciando múltiples proyectos sin consolidarlos y generando deudas familiares, verborrea y distraibilidad, agregándose sobreinvolucramiento en actividades sociales, cometiendo indiscreciones, mostrándose altamente irritable, exhibiendo ideación

delirante referencial, de daño y perjuicio, demandando jurídicamente a familiares y vecinos, presentando cuadros de agresividad contra estos.

Sin antecedentes familiares de enfermedad mental. Padre hipertenso finado por complicaciones de insuficiencia renal; madre hipertensa finada por infarto agudo al miocardio (IAM); abuela paterna finada por complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Antecedentes personales de hipertensión arterial sistémica diagnosticada hace 10 años, tratada con Verapamilo 80 MG al día; Ingresada por 45 días en hospital general hace 1 año y medio con diagnóstico de TB bajo tratamiento

convencional, recobrando funcionalidad en áreas domésticas durante ocho meses, hasta la suspensión del tratamiento.

Imagen 1.



Fuente: Resonancia Magnética de Cráneo simple del paciente Caso 1.

En su inspección resalta su complexión obesa. Exploración neurológica normal, diestra, funciones mentales superiores con pobre concentración, alteraciones en la memoria a corto plazo, incapaz de realizar sustracciones sucesivas correctamente. Examen breve del estado mental (MMSE): 26. Escala de manía de Young (YMRS): 37. Se practicaron exámenes de laboratorio (cuadro 2) y neuroimagen (Imagen 1a). Fue medicada con Valproato de Magnesio (1200 mg/día), Risperidona tabletas (2 MG/día), y Lorazepam (1 mg/día), y a su alta 40 días después, sólo persisten planes exagerados, YMRS: 11.

Caso 2

Mujer de 58 años de edad, inicia abruptamente hace tres años y medio con ánimo elevado y actitud pueril, excesiva familiaridad con extraños, aumento de la energía y actividad dirigida, errores de juicio como regalar artículos del hogar indiscriminadamente. Su evolución fue continua con empeoramiento gradual, agregándose ideas delirantes de daño, tornándose irritable e impulsiva, presentando brotes cada vez más frecuentes y graves de agresividad heterodirigida a objetos y personas, que requirieron de intervención policial, trasladado y valoración por nuestra institución.

No cuenta con familiares conocidos con enfermedad mental. Antecedentes familiares de IAM por línea paterna y DM2 en línea materna. No hay antecedentes personales médicos, quirúrgicos, traumáticos, ni psiquiátricos. No recibía atención preventiva.

A su valoración se le encuentra vistiendo sólo un camión largo, sin ropa interior, regular higiene, desaliñada, complexión obesa, actitud pueril. Exploración neurológica con reflejo palmomentoniano bilateral. Hipertímica, con verborrea y pensamiento tangencial, ideas sobrevaloradas de fama, sin alteraciones sensoriales, desorientación temporal gruesa, pobre atención y concentración, memoria de trabajo deficiente, abstracción concreta, cálculo deficiente, y sin completar la imagen del reloj. MMSE: 24, YMRS: 30. Se solicitaron exámenes generales (cuadro 2) y neuroimagen (imagen 1b). Se inició ensayo con Carbamazepina (600 MG/día) de manera ambulatoria por seis semanas, obteniendo un YMRS: 9 final.

Cuadro 2.

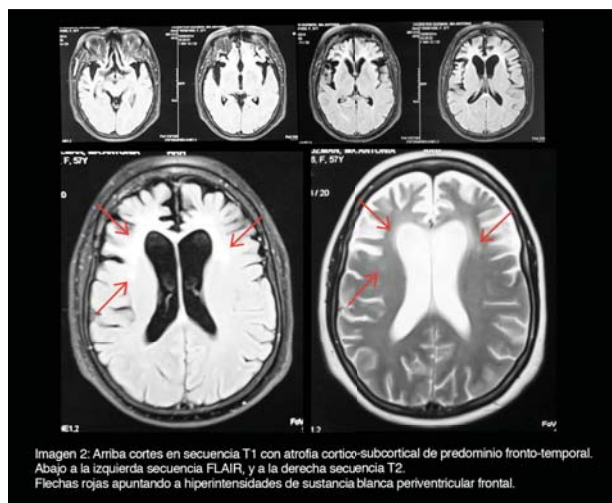
Exámenes de laboratorio y gabinete

	Caso 1	Caso 2
HbA1c	4.7 mg/dl	5.3 mg/dl
Colesterol	206.2 mg/dl	313.3 mg/dl
Triglicéridos	184.5 mg/dl	221.4 mg/dl
VLDL	52.3	44.2 mg/dl
HDL	35.21	49.5 mg /dl
IA	5.85	6.33
IRM	Atrofia cortico-subcortical severa. Pequeña HSB localizada en región frontal derecha (Imagen 1a)	Atrofia cortico-subcortical predominio frontotemporal. Algunas HSB subcorticales y periventriculares predominio derecho (Imagen 1b)

HbA1c: Hemoglobina glucosilada A1c. VLDL: Lipoproteínas de muy baja densidad. HDL: Lipoproteínas de alta densidad. IA: Índice aterogénico.

Fuente: Laboratoriales de los pacientes 1 y 2.

Imagen 2.



Fuente: Resonancia Magnética de Cráneo simple del paciente Caso 2.

Discusión

Si bien ambos casos comparten varias similitudes, en primera instancia es de llamar la atención la edad de inicio de un episodio de manía, cosa no menor en la sospecha de un posible cuadro secundario, y en la necesidad de excluir una serie de diagnósticos diferenciales con otras condiciones médicas morbosas, en especial en el paciente de edad avanzada.^{10, 11, 12} Las formas de inicio fueron abruptas, con síntomas continuos tendientes al empeoramiento, distinguibles de los episodios o fluctuaciones tan característicos del TBIP. Así también, la pobreza de antecedentes psiquiátricos tanto familiares como personales, ausencia de consumo de drogas previas y la suicidabilidad, perfilan distinto a los casos expuestos arriba.^{5, 12}

La identificación de los factores de riesgo cardiovascular no modificables como antecedentes familiares de enfermedad vascular y la edad, junto a los modificables como la obesidad, el sedentarismo y la dislipidemia en ambas, e hipertensión arterial sistémica en el primer caso, resultan elementos importantes para el abordaje y estudio de estas pacientes. El índice aterogénico de Castelli (IA), indicador utilizado para valorar rápidamente el riesgo cardiovascular con un valor predictivo superior a otros parámetros lipídicos y una mayor correlación con la enfermedad cerebrovascular (ECV), se muestra en los dos casos en un rango entre 4.5 a 7 (Cuadro 2), compatible con un riesgo moderado, haciendo más probable que la sintomatología, de inicio súbito y continuo, pueda ser secundaria a ECV subyacente.⁽¹³⁾ En

un estudio descriptivo se reportó al menos un factor de riesgo cardiovascular en 22 de 23 pacientes con manía de inicio tardío, 67% presentaba colesterol $\geq 200\text{mg/dl}$, 60% historia de tabaquismo, 50% hipertensión arterial, 22% Diabetes Mellitus, y 11% Enfermedad coronaria.¹⁴

Los hallazgos en ambas pacientes de atrofia cortico-subcortical, y quizá menos obvia la presencia de una pequeña HSB en región frontal derecha en el caso 1 (Imagen 1a), y algunas HSB subcorticales y periventriculares de predominio derecho en el segundo caso (Imagen 1b) evidenciadas por IRM, confirmarían las sospechas anteriores. Las HSB son generalmente descritas como lesiones difusas, parcialmente confluentes en tejido subcortical, y aunque son clasificadas generalmente como “inespecíficas”, han sido fuertemente asociadas a riesgo cardiovascular, y son consideradas resultantes de procesos microangiopáticos.¹⁵ Aunque las HSB fueron descritas inicialmente en la depresión vascular, e inclusive son reportadas en ancianos sanos como proceso de envejecimiento normal, hoy son el hallazgo de neuroimagen más común en el TB sin importar su edad de inicio, reportado en aquellos con peor introspección y también en familiares sanos de pacientes con TB tipo I.¹⁶ Sin embargo el TBIT se distingue por la mayor prevalencia y severidad de las HSB, y un mayor riesgo cardiovascular.^{9, 16, 17}

La relación entre la manía de inicio tardío, en presencia de procesos vasculares, como aterosclerosis, lesiones cerebrovasculares silentes, infartos lacunares, desmielinización atrófica, hialinización arteriolar, o comorbilidad neurológica, está asociada a síndromes de desinhibición, Implicando compromiso en la conectividad de circuitos críticos para la regulación afectiva.^{10, 11, 15, 18} El síndrome de desinhibición y la manía comparten múltiples síntomas, que incluyen hiperactividad, presión al habla, disminución de la necesidad de dormir, hipersexualidad, hiperfagia, brotes de agresividad, euforia, irritabilidad, grandiosidad, fuga de ideas, alteraciones sensorioceptuales e ideas delirantes.¹⁰ Las causas subyacentes son heterogéneas, e incluyen ECV, alcoholismo, trauma cráneo-encefálico, demencias neurodegenerativas, entre otras.^{6, 11}

El circuito orbito-frontal cobra especial interés en el síndrome de desinhibición,¹⁰ este comprende a los lóbulos frontales, encargados de la volición, motivaciones y comportamiento psicomotor, las conexiones límbicas que modulan las emociones y la inhibición, y los núcleos subcorticales que regulan la conducta instintiva.¹⁰ Las lesiones o el funcionamiento deficiente de los circuitos

fronto-límbicos, resultan en una modulación prefrontal disminuida de la red límbica anterior, expresándose como desregulación afectiva y desinhibición.¹⁸ El funcionamiento cortical también puede ser afectado ante la presencia de HSB, interfiriendo en tareas cognitivas que incluyen funciones ejecutivas, atención, memoria y velocidad de procesamiento.¹⁸ Las lesiones de localización derecha, han sido descritas consistentemente,¹⁰ argumentándose la participación del hemisferio derecho en el rol interpersonal, y la risa patológica en lesiones derechas.^{11, 19} Sin embargo no son exclusivas, pues se han reportado también la presencia de lesiones cerebrales del lado izquierdo, o en otras regiones como el tálamo.^{10, 20}

Existen implicaciones diagnósticas debido a la diversidad de nomenclaturas y términos sobrepuestos, como el síndrome de desinhibición, manía secundaria y TBIT.^{8, 10, 19} La CIE10 lo clasifica como Trastorno maniaco orgánico F06.3,²¹ y más recientemente el DSM5 considera a estos cuadros como Trastorno bipolar debido a otra condición médica,¹ existiendo el riesgo de ser manejados como un TB “clásico” de inicio en la juventud, obviándose la asociación y el impacto de los riesgos cardiovasculares comórbidos, por lo que el término manía vascular continúa siendo clínicamente útil, y aunque faltan estudios concluyentes, Wijeratna y Malhi proponen criterios revisados (cuadro 1), en donde el debut de manía de 1 semana de evolución, a la edad de 50 años como punto de corte, y en relación al incremento del riesgo cardiovascular, serán elementos cardinales para sospechar de esta condición.⁸

El pronóstico y manejo está en relación al control de comorbilidades, factores de riesgo modificables, y la prevención de nuevos eventos.⁽¹⁸⁾ Aunque el significado clínico de las HSB no ha sido completamente dilucidado, su presencia, extensión y progresión de

las HSB están asociadas con peor pronóstico, pobre respuesta al tratamiento, y cronicidad.^{19, 22} El tratamiento farmacológico en este grupo de edad siempre será un reto, debido a las interacciones medicamentosas, y mayor sensibilidad a los efectos secundarios.²³ No existen estudios controlados para el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar en la vejez, y las recomendaciones son extrapoladas de guías del TB en pacientes jóvenes, o anecdóticas,^{19, 23} pero en general los antipsicóticos de segunda generación son efectivos en la manía aguda y la agitación psicomotriz. El litio, debido a su perfil de efectos secundarios, es difícilmente tolerado en la vejez, especialmente en aquellos casos con comorbilidad neurológica, en quienes el valproato se ha mostrado mejor tolerado con vigilancia de efectos secundarios dosis-dependientes. La carbamazepina ha mostrado efectividad en la manía geriátrica, incluso debajo de los rangos séricos utilizados para epilepsia, sin embargo la oxcarbazepina tiene un mejor perfil farmacocinético y de efectos secundarios.⁽¹⁹⁾ Otras alternativas son lamotrigina, gabapentina y levetiracetam.^{23, 24}

En resumen, la descripción de los dos casos presentados, coincide con lo descrito en la literatura, y son ejemplo de la necesidad de identificación de estos cuadros clínicos como distintos a aquellos de inicio temprano. Aunque se requiere de más estudio, la neuroimagen continúa siendo de enorme utilidad, y concluimos que el término de manía vascular es más apropiado y descriptivo, llevando consigo importantes implicaciones para su estudio y manejo.

Contacto:

Antigua carretera a Chapala Km. 17.5, El Zapote del Valle, Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, México. Teléfono: (33) 3696 0281 ext. 112.

dr.alejandrodaldana@gmail.com

Referencias bibliográficas

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Bipolar disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013
2. ALMEIDA O, FENNER S. BIPOLAR DISORDER: Similarities and Differences between Patients with Illness Onset before and After 65 Years of Age. *International Psychogeriatrics* 2002; 14(3): 311-322.
3. OOSTERVINK F, BOOMSMA M, NOLEN W. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. *Journal of Affective Disorders* 2009; 116:176-183.
4. DOLS A, KUPKA R, LAMMEREN A, BEEKMAN A, SAJATOVIC M, STEK M. The prevalence of late-life mania: a review. *Bipolar Disorders* 2014; 16:113-118.
5. ATZORIN JM, BELLIVIER F, KALADJIAN A, ADIDA M, BELZEAUX R, FAKRA E, HANTOUCHE E, LANCRENON S, GOLMARD JL. Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: Findings from an admixture analysis. *Journal of Affective Disorders* 2013; 150:993-1000.
6. MENDEZ M. Mania in Neurologic Disorders. *Current Psychiatry Reports* 2000; 2:440-445.

7. STEFFENS DC, KRISHNAN KRR. Structural Neuroimaging and Mood Disorders: Recent Findings, Implications for Classification, and Future Directions. *Biol Psychiatry* 1998;43: 705-712.
8. WIJERATNE C, MALHI GS. Vascular mania: an old concept in danger of sclerosing? A clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116(434):35-40.
9. TAMASHIRO JH, ZUNG S, ZANETTI MV, DE CASTRO CC, VALLADA H, BUSATTO GF, ALVES TC. Increased rates of white matter hyperintensities in late-onset bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008; 10:765-775.
10. SHULMAN K. Disinhibition syndromes, secondary mania and bipolar disorder in old age. *Journal of Affective Disorders* 1997; 46:175-182.
11. SHULMAN KI. The significance of maniac syndromes in old age. *Reviews in Clinical Gerontology* 2001; 11:159-165.
12. GONZÁLEZ A, BARBEITO S, DÍAZ FJ, VEGA P, MOSQUERA F, LÓPEZ PC, ALBERICH S, RUIZ DE AZUA S, UGARTE A, MARTÍN M, DE LEÓN J. Implicaciones clínicas de la edad de inicio del trastorno bipolar I: dos subgrupos con diferente pronóstico. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2009; 2(1):29-34.
13. MILLÁN J, PINTÓ X, MUÑOZ A, ZÚÑIGA M, PRAT JR, PALLARDO LF, MASANA L, MANGAS A, HERNÁNDEZ A, GONZÁLEZ P, ASCASO JF, BOTET JP. Cocientes lipoproteicos: significado fisiológico y utilidad clínica de los índices aterogénicos en prevención cardiovascular. *Clin Invest Arterioscl*. 2010;22(1):25-32
14. CASSIDY F, CARROLL BJ. Vascular risk factors in late onset mania. *Psychological Medicine*, 2002; 32: 359-362.
15. FÖRSTL H, HENTSCHEL F. Contribution of neuroimaging to the differential diagnosis of dementias and other late life psychiatric disorders. *Reviews in Clinical Gerontology* 2000; 10:55-68.
16. SERAFINI G, POMPILI M, INNAMORATI M, GIRARDI N, STRUSI L, AMORE M, SHER L, GONDA X, RIHMER Z, GIRARDI P. The impact of periventricular white matter lesions in patients with bipolar disorder type I. *CNS Spectrums* 2014, pp 1-12. Available on CJO 2014 doi:10.1017/S1092852913000825.
17. TIGHE SK, READING SA, RIVKIN P, CAFFO B, SCHWEIZER B, PEARLSON G, POTASH JB, DEPAULO J RAYMOND, BASSETT SS. Total white matter hyperintensity volume in bipolar disorder patients and their healthy relatives. *Bipolar Disord* 2012; 14:888-893.
18. ZANETTI MV, CORDEIRO Q, BUSATTO G. Late onset bipolar disorder associated with white matter hyperintensities: A pathophysiological hypothesis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2007; 31:551-556.
19. VASUDEV A, THOMAS A. 'Bipolar disorder' in the elderly: What's in a name? *Maturitas* 2010; 66:231-235.
20. LÓPEZ JD, ARAÚXO A, PÁRAMO M. Trastorno bipolar de inicio tardío secundario a lesión talámica derecha. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(4):233-235.
21. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992
22. BESGA A, MARTINEZ-CENGOTITABENGOA M, GONZÁLEZ-ORTEGA I, GUTIERREZ M, BARBEITO S, GONZALEZ-PINTO A. The role of white matter damage in late onset bipolar disorder. *Maturitas* 2011; 70:160- 163.
23. MCDONALD WM, WERMAGER J. Pharmacologic Treatment of Geriatric Mania. *Current Psychiatry Reports* 2002; 4:43-50.
24. NAGARATNAM N, WONG K, PATEL I. Secondary mania of vascular origin in elderly patients: A report of two clinical cases. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006; 43:223-232.

Caso clínico

Trombocitosis y leucocitosis asociadas con clozapina y normalización posterior

Santiago-Luna J.(1); García-Núñez Y.(2); Barajas-Pérez G.(2); Ortiz-Aguilar M.(3); Corona-Hernández F.(4)

(1) Residente de Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; (2) Residente de Psiquiatría Hospital "San Fernando" IMSS; (3) Alumno del Curso de Alta Especialidad en Neurobiología de la Esquizofrenia, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; (4) Médico Adscrito y Profesor Titular del Curso de Alta Especialidad en Neurobiología de la Esquizofrenia, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Resumen

Presentamos el caso de un varón de cuarenta años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia resistente a tratamiento, quien durante su hospitalización recibió tratamiento con clozapina y presentó incremento en la cuenta de leucocitos y plaquetas de tal manera que, conforme se aumentaba el fármaco, paralelamente aumentaban las células hemáticas. Al disminuir paulatinamente las dosis de clozapina, se observó un descenso concomitante en las cifras de leucocitos y plaquetas hasta recuperar sus valores normales al llegar a 50 mg. Debido a que reaparecieron las manifestaciones clínicas que dieron lugar al inicio de clozapina, nuevamente incrementamos paulatinamente la clozapina y en esta segunda ocasión no se presentaron alteraciones en la citología hemática. La trombocitosis es una reacción hematológica rara con el manejo de dicho fármaco. Son pocos los reportes en la literatura sobre esta condición y se teoriza respecto a una respuesta inmunológica idiosincrática al medicamento como su causa.

Palabras clave: Trombocitosis, leucocitosis, clozapina, esquizofrenia.

Abstract

We introduce a case of a 40-year-old male with diagnosis of treatment-resistant schizophrenia, who in his psychiatric hospitalization received treatment with clozapine and had increased counts of leukocytes and platelets as doses of clozapine were increased. The clozapine doses were gradually descended, noticing a parallel decrease in leukocytes and platelets counts at doses of 50 mg per day. The clinical condition of the patient required a re-challenge with the same drug, and in the second round of treatment with gradual increases in doses, there were no alterations in the hematologic profile. Thrombocytosis is a rare hematologic effect observed with the use of the medication. There are few reports in the literature about this disorder, and an idiosyncratic immunologic response to the drug has been theorized as the cause.

Keywords: Trombocytosis, leukocytosis, clozapine, schizophrenia.

Introducción

La clozapina es un antipsicótico atípico con eficacia terapéutica mediada por el efecto antagonista sobre los receptores de dopamina y serotonina. Se ha utilizado para el manejo de esquizofrenia resistente a tratamiento y para reducir el riesgo de comportamiento suicida. En adición a la agranulocitosis, trombocitopenia y leucopenia, que ocurren entre el 1 y 3% de los pacientes (0.38% para agranulocitosis), también se ha asociado con otros tipos de discrasias sanguíneas, incluyendo

leucocitosis, anemia, trombocitopenia y trombocitosis, en menos del 1% de los usuarios.^{1,2}

De acuerdo al estudio de Kang y colegas, las tasas de incidencia acumuladas en pacientes que siguieron durante 6 y 12 meses fueron de 3.13% para trombocitopenia y 6.25% para trombocitosis. Comparada con el inicio del tratamiento, existió un cambio en la cuenta media de plaquetas en el primer mes. Se ha encontrado incluso en casos tras la re-administración de clozapina.^{1,3}

Se ha sugerido que las alteraciones en las plaquetas, ya sea trombocitopenia o trombocitosis, tienen base en la respuesta inmunitaria ante el fármaco. Otros efectos indeseables que se describen en la literatura son fiebre entre los días 7 y 15 luego de haber iniciado la clozapina, también se han reportado leucocitosis, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva elevadas.⁴

Se han observado niveles elevados de citocinas pro y anti-inflamatorias con la toma de clozapina, incluyéndose entre ellas el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), interleucina-6 (IL-6) y receptores solubles de interleucina 2 (sIL-2R). También se han observado elevaciones en el factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF). Las plaquetas se consideran un reactante de fase aguda.^{2,5}

En diversos estudios, se ha encontrado elevación de plaquetas, con incidencia acumulada de trombocitosis y trombocitopenia son similares, 3%, aunque en diferentes series puede variar entre 1% y el 6%. El pico temprano en las cuentas de plaquetas refleja los niveles elevados de IL-6, que es sabido que genera trombocitosis reactiva. En el estudio de Lee, la trombocitosis remitió en una semana. En la misma investigación, la trombocitopenia se asoció a uso concomitante de clozapina con otros fármacos.²

La clozapina tiene una acción directa sobre las células madre hematopoyéticas de la médula ósea y puede desencadenar una reacción similar a una leucemia mieloide aguda o un trastorno mieloproliferativo. Se hipotetiza que una alteración en el hematocrito y las plaquetas puede ocurrir si el fármaco provoca una reacción inmune en el tejido hematopoyético. Los análisis de cariotipo ofrecen información pronóstica importante en síndromes mielodisplásicos y se asocia con respuesta a clozapina. La trombocitosis puede dar evidencia del mecanismo de la agranulocitosis en algunos pacientes. Un índice alto de sospecha al revisar la citometría hemática completa o el análisis de cariotipo puede conducir a un marcador antes de que suceda agranulocitosis fatal. Varios autores consideran que la trombocitosis debe ser monitorizada porque puede relacionarse con un riesgo incrementado de trombosis y embolismo pulmonar. En la mayoría de los casos, la disminución de la dosis o la suspensión del antipsicótico normalizó las cifras de plaquetas dentro de los primeros 15 días.^{1, 5, 6}

Caso clínico

Se trata de un hombre de 40 años de edad, cuyos antecedentes familiares se desconocen. Inició en la

primaria con aislamiento, dificultades para relacionarse con pares y figuras de autoridad, con mal desempeño, reprobando 3º y 5º grado, concluyendo a los 14 años. Secundaria a los 14 años, llegando hasta segundo grado, persistiendo con aislamiento, retraimiento, abandonando estudios por decisión propia. No inició vida laboral. Sin antecedentes médicos no psiquiátricos, ni consumo de sustancias.

Con diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde los 18 años, con un internamiento al año siguiente en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", con tratamiento no especificado. A los 26 años ameritó su segundo ingreso en la misma institución, con manejo consistente en risperidona 4 mg, fluoxetina 20 mg, valproato de magnesio 600 mg, con buen apego, pero sin mejoría y empeoramiento de la sintomatología, con errores conductuales de gravedad, así como ideas suicidas. En mayo de 2019, presentó cuadro de agresividad hacia sus familiares y marcada disruptividad, por lo que fue hospitalizado por tercera ocasión. Las escalas iniciales mostraron un BPRS con 24 puntos, un CGI 5 (marcadamente enfermo), con un PANSS positivo de 27 puntos, negativo 37 y con subescala de psicopatología general de 53, ingresando con tratamiento con quetiapina 300 mg, fluoxetina 20 mg, clonazepam 2 mg, valproato de magnesio 400 mg. Se escaló la dosis de quetiapina hasta 600 mg, con pobre respuesta, persistiendo alucinado y ensimismado, por lo que, dado el antecedente de pobre respuesta a risperidona en dosis y tiempo adecuado, al predominio sintomático de agresividad e ideas suicidas, se consideró candidato para clozapina. En el internamiento actual, (de mayo de 2019), previo al inicio de la clozapina, el paciente presentó cuadro febril con temperatura entre 37.5 y 38°C por tres días y manifestaciones de vías respiratorias altas. Dos días posteriores, inició con 50 mg de clozapina, la fiebre se controló con medidas antipiréticas y posteriormente se agregó manejo antibiótico con amoxicilina-clavulanato por siete días. De forma concomitante continuó con los incrementos graduales de la clozapina. En la tabla 1 se resumen los valores de las citometrías hemáticas semanales. Durante el tratamiento se encontró incremento en las cifras de leucocitos, neutrófilos y plaquetas, las cuales llegaron a su pico entre las semanas 3 y 4 de haberse iniciado. Al encontrar las cifras plaquetarias en 618,00, se decidió disminuir la dosis de clozapina a 100 mg, agregando como medida antitrombótica ácido acetilsalicílico 125 mg. Las cifras de leucocitos y plaquetas regresaron a la normalidad cuando la clozapina se disminuyó a 50 mg, se mantuvo en esa dosis un par de semanas,

pero, debido a la gravedad de las manifestaciones de la esquizofrenia y al no haber un cuadro infeccioso activo, se reinició el protocolo de incremento de dosis

de clozapina. En esta segunda ocasión de aumento de la clozapina no se presentaron alteraciones en la citología hemática. (Ver gráficos 1, 2 y 3).

Gráfico 1.
Dosis de clozapina

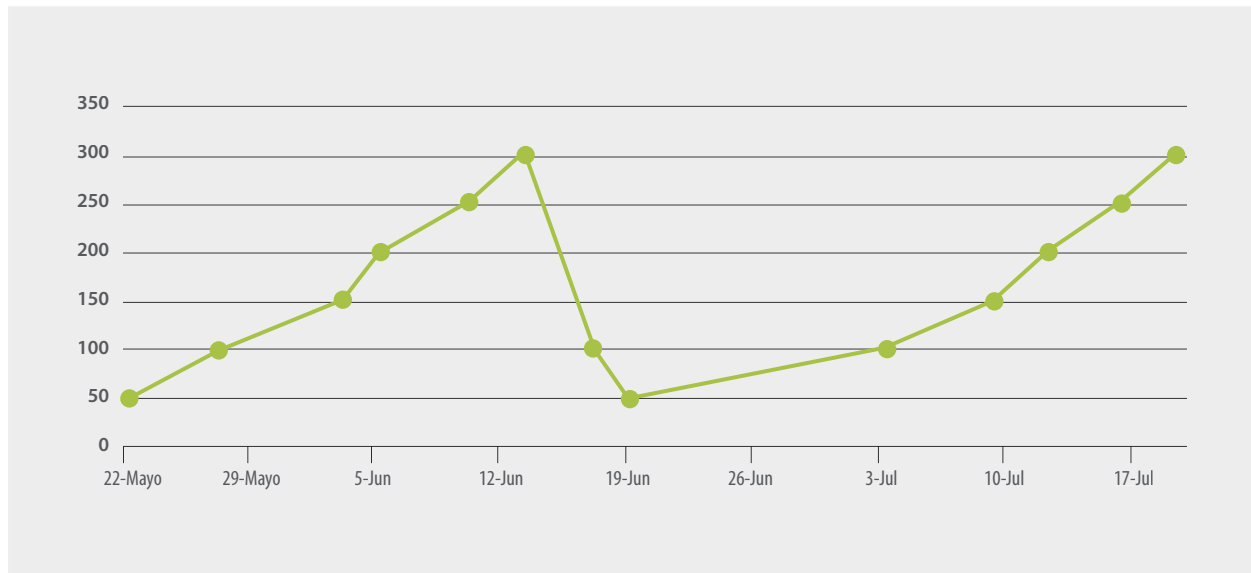


Gráfico 2.
Cifras de Plaquetas. cifras de leucocitos y neutrófilos

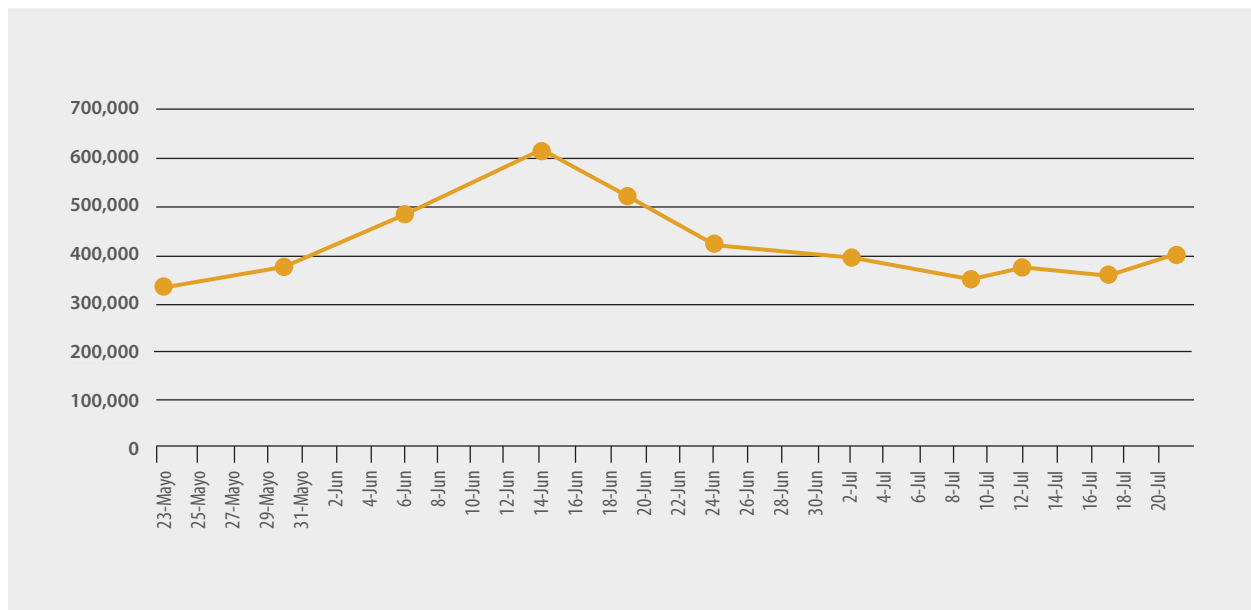


Gráfico 3.
Cifras de Leucocitos totales y de neutrófilos

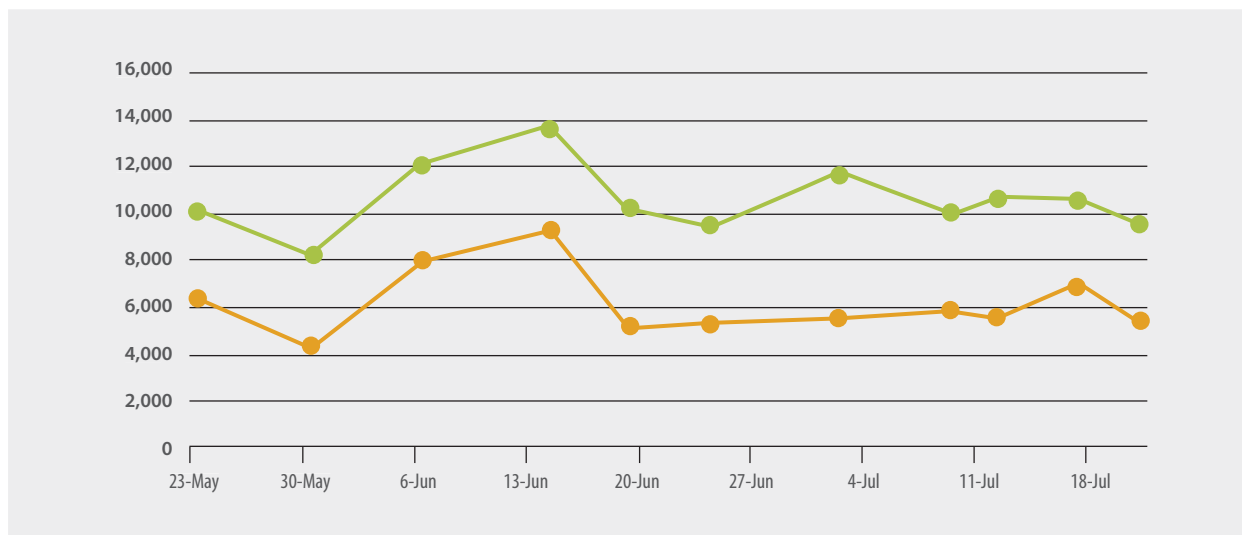


Tabla 1.
Resumen de los valores obtenidos en las citometrías hemáticas y alteraciones de signos vitales durante el tratamiento del paciente y su relación con las dosis de clozapina y otros fármacos

Fecha del cambio de dosis	Semana de tratamiento	Dosis de clozapina	Fecha del estudio	Leucocitos	Neutrófilos	Plaquetas	Alteraciones en signos vitales
			17 mayo	8,900	4,183 (47%)	316,000	
22 mayo	1	50 mg	23 mayo	10,000	6,300 (63%)	332,000	38°C*
27 mayo		100 mg	30 mayo	8,200	4,264 (52%)	372,000	
03 junio	2	150 mg	06 junio	12,000	7,920 (66%)	483,000	
05 junio		200 mg					
10 junio	3	250 mg	14 junio	13,600	9,248 (68%)	618,000	
13 junio		300 mg					
17 junio	4 y 5	100 mg	19 junio	10,200	5,100 (50%)	522,000	
19 junio		50 mg	24 junio	9,500	5,225 (55%)	422,000	
			02 julio	11,600	5,452 (47%)	394,000	
3 julio	6	100 mg	09 julio	10,000	5,800 (58%)	349,000	140/110 mmHg
9 julio	7	150 mg	12 julio	10,600	5,512 (52%)	370,000	
12 julio	8	200 mg	17 julio	10,500	6,825 (65%)	356,000	
16 julio		250 mg					
19 julio	9	300 mg	21 julio	9,500	5320 (55%)	397,000	

* Con cuadro infeccioso activo

Discusión

Coincidiendo con la cohorte española de Pons, en nuestro paciente las elevaciones tanto de neutrófilos, como de plaquetas sucedieron entre las semanas 3 y 4. Las elevaciones de leucocitos al inicio del tratamiento se consideraron dentro de lo esperable, aunque para la semana 4, en nuestro caso, superaron a los valores encontrados en dicho estudio.⁷

Si bien, el mecanismo de las alteraciones hematológicas tiene una base idiosincrática, es notorio que los incrementos rápidos de las dosis se asociaron a incrementos significativos en las cifras de leucocitos y plaquetas.

Algo que llama la atención es el cuadro infeccioso de vías respiratorias altas que precedió al inicio de la clozapina, lo que consideramos los autores que pudo ser un factor que predispusiera a generar la respuesta inmunológica hacia el fármaco, o bien, por el manejo concomitante con antibiótico. Libre de proceso infeccioso, el reinicio del fármaco escalando gradualmente la dosis no generó alteraciones en la citometría hemática. En la mayoría de los reportes, se menciona que se presenta un cuadro similar a una gripe entre los días 7 y 20 después de haber empezado el tratamiento con clozapina, situación que no ocurrió en nuestro caso.^{3,5}

Serán necesarios más estudios que corroboren esta asociación y el rol de los procesos infecciosos previos al inicio de clozapina, así como tener en cuenta cualquier otra comorbilidad médica no psiquiátrica que involucre al sistema inmune.

En años recientes se han visto las modificaciones inmunológicas que produce la clozapina. Se ha observado en estudios como el de Ponsford, reducción en todas las inmunoglobulinas en al menos la tercera parte de los pacientes tratados con clozapina, lo que puede predisponer a infecciones durante el curso del tratamiento.⁸

El presente caso tuvo la limitación de no poder disponer de una batería de estudios completa de marcadores inflamatorios, los cuales se han visto implicados en diversos reportes, tales como niveles anormales de IL-6, TNF- α , elevación de proteína C reactiva, entre otros. El disponer en un futuro de este tipo de marcadores podría ayudar al clínico a categorizar a aquellos pacientes en quienes predominen las alteraciones inflamatorias, y de esta manera, monitorizarlos más estrechamente, de forma paralela al protocolo de vigilancia estándar.^{1,3}

Contacto: Dr. Fernando Corona Hernández, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Dirección: San Buenaventura esquina Niño Jesús, Colonia Toriello Guerra 4to Piso, Alcaldía Tlalpan, CP 14000, Ciudad de México; Correo: drfercor@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. Kang Y, Shon KH, Yoon W, Lee J. Clozapine related thrombocytosis and thrombocytopenia. *Schizophr Bull.* 2018 Apr; 44(Suppl 1): S219–S220.
2. Lee J, Takeuchi H, Fervaha G, Powell V, Bhaloo A, Bies R, Remington G. The Effect of Clozapine on Hematological Indices. A 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2015 Oct 35(5).
3. Park H, Jeon SY. Clozapine-induced anemia and thrombocytosis. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2016 Jun; 19(Suppl 1): 51.
4. Hampson ME. Clozapine-induced thrombocytosis. *BJP* 2000, 176:400.
5. Liyanage N, Gunarathna N, Mendis J. Two cases of clozapine induced thrombocytosis. *SL J Psychiatry* 2016; 7(1): 26-27.
6. Marlowe K. Thrombocytosis due to clozapine treatment: working towards an early marker for clozapine-induced agranulocytosis, *BJP* 2000, 177:372-373.
7. Pons A. et al. Clozapine and agranulocytosis in Spain: Do we have a safer population? A 5-year haematologic follow-up. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc).* 2012;5(1):37 - 42.
8. Ponsford M et al. Clozapine Is associated with secondary antibody deficiency. *The British Journal of Psychiatry* 2018, 214 (2).

Cultura médica

La presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Zapopan: Más de un siglo de hospitalidad

Castellanos-Martin H.D. (1); Topete-Arellano L.R. (2)

(1) Psiquiatra por la Universidad Autónoma de Guadalajara. Director Médico del Hospital San Juan de Dios, Zapopan, (2) Residente Cuarto Año. Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Resumen

Objetivo: Conocer el origen de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, el significado histórico, la importancia de su vocación hospitalaria y la trascendencia en la formación de recursos humanos en salud mental en distintos países y sus estados.

Juan de Dios Duarte, de origen Portugués, actualmente conocido como San Juan de Dios, pilar fundamental de la Orden Hospitalaria, fundador de la misma a causa de haber recibido los cuidados y tratamientos antiguos en el Hospital Real de Granada por una “profunda conmoción interior”, decide dedicar su vida al cuidado de los enfermos y de los más necesitados en el año 1539, desde entonces la Orden se ha dedicado al servicio en el ámbito sociosanitario de diversos países y en distintas áreas de interés. Fray Francisco Hernández y Cristóbal Muñoz fueron unos de los primeros religiosos en pisar tierras Americanas, quienes al darse cuenta de la gran cantidad de enfermos que existían y los pocos hospitales instaurados, deciden instalar nuevos hospitales juaninos y así iniciar la expansión de la Orden a toda América Latina, fundando los primeros hospitales en Cartagena, Santa Fe y Panamá en el año de 1596, para posteriormente expandirse a La Habana, Veracruz, Zacatecas, Puebla, estado de México y Jalisco, siendo en Zapopan, Jalisco en donde se encuentra actualmente el primer y único hospital sobreviviente de la Orden en nuestro país.

Palabras clave: Orden Hospitalaria, San Juan de Dios, Juaninos, Atención en salud mental.

Abstract

Objective: To know the origin of Orden Hospitalaria, the historic meaning, the importance of hospital vocation and the transcendence in formation of human resources in mental health in different countries and their states.

Juan de Dios Duarte, of Portuguese origin, known as San Juan de Dios, mainstay of Orden Hospitalaria, founder of the same cause of having the old care and treatment the Hospital Real of Granada, for a “deep internal shock”. He decided to dedicate his life to the care of the sick and the needy people in 1539, since then the Order has been dedicated to the service in the socio-health field of various countries and in different areas of interest.

Fray Francisco Hernández and Cristóbal Muñoz were among the first religious to set foot on American, who when they realized the large number of patients that existed and the few hospitals installed, decided to install new hospitals in order to initiate the expansion of the Order in Latin America, founding the first hospitals in Cartagena, Santa Fe and Panama in 1596, and subsequently expanded to Havana, Veracruz, Zacatecas, Puebla, Mexico and Jalisco, being in Zapopan, the first and only survivor hospital of the Order in our country.

Key words: Hospital order, attention in mental health, San Juan de Dios, Juaninos.

Introducción

México es un país con tradición en la atención de personas con trastornos mentales, desde la época del virreinato existieron instituciones dedicadas a la atención de los

menesterosos, generalmente fundadas por religiosos o personas con vocación altruista que dejó huella hasta nuestros días. Podemos mencionar a Fray Bernardino

Álvarez fundador de San Hipólito,¹ al carpintero José Sayago fundador del Divino Salvador (La Canoa) como ejemplos de esfuerzos individuales.² Así mismo existen numerosos ejemplos de esfuerzos colectivos como las órdenes religiosas llegadas a la Nueva España desde la metrópoli. Tal es el caso de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) llegada a México en el siglo XVII.^{1,3}

Desde su llegada a nuestro país la orden extendió su vocación hospitalaria en varias regiones, incluido el occidente del país.

Para poder entender la presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Zapopan y su enfoque en los padecimientos mentales debemos retroceder en la historia a uno de tantos momentos en los que la enfermedad mental no se pensaba como en la actualidad. Sus causas, síntomas, efectos y desenlaces eran concebidos de una manera diferente y el vivir de estos pacientes era incierto, plagado de tabúes y con nula terapéutica que modificara el curso de su enfermedad.⁴

El Fundador y la orden

En uno de esos momentos históricos nace un hombre singular, que sería el fundador de la OHSJD, que tal vez sin concebirlo inició una de las obras en salud y asistencia social más impactantes a la fecha con presencia en más de 50 países.⁵

Su nombre era Juan Ciudad Duarte (o João Cidade, en su portugués natal) conocido en la actualidad como San Juan de Dios. Nacido el 8 de marzo de 1495 en la población de Montemayor el Nuevo, villa cercana a la frontera española, diócesis de Évora, Portugal. Actualmente se cree que era de familia judía y quizá eso explique que a la edad de los ocho años fuera empujado a abandonar su casa paterna y trasladado a Torralba de Oropesa (actual provincia de Toledo). Criado y educado cristianamente, durante su vida realizó numerosos oficios entre ellos campesino, pastor, vendedor de libros, picapedrero, soldado de la milicia en las tropas del Conde Oropesa, entre otros. En su historia de vida, encontramos un fragmento en la cual Juan Ciudad fue ingresado al Hospital Real de la ciudad de Granada entre los meses de enero y mayo de 1539 por presentar lo que se refirió como una “profunda conmoción interior”, lo que causó que fuera juzgado por loco. Durante estos meses de internamiento recibe el trato que se le daba a los enajenados internados allí, celdas oscuras, ataduras de manos y pies, golpes, baños de agua fría y cadenas, tratamientos que se utilizaban en aquella época. Convivió con enfermos, mendigos, lisiados, agresivos, sifilíticos y hombres de mirada fija y

ausente. Juan de Ávila se encarga de liberarlo, consciente de que estaba libre de locura. En lo posterior y tras salir de su internamiento, gracias a su calidad como ser humano y sentido de hospitalidad, decide dedicarse al servicio de los enfermos e inicia con una misión asistencial financiada por la caridad de personas afines con su cometido y enfocada precisamente al prójimo más desvalido de la época entre las que destacaban enfermos mentales. Regresa a Granada y utiliza una casa en donde se dedica a dar servicio a los pobres, enfermos y a los más necesitados. El Obispo le sugiere vestir una túnica como hábito y cambiar su nombre por el de Juan de Dios, haciendo esto de forma inmediata, a pesar de ser blanco de burlas y críticas perseveró con su acción noble de ayudar a los más desfavorecidos.^{5,6}

Juan viajó a Castilla con la intención de recabar fondos para la manutención de su hospital, en dicho viaje se lanza a un río para salvarle la vida a un joven que se estaba ahogando, contrayendo neumonía y con el consiguiente empeoramiento de su salud y su muerte el 8 de marzo del año 1550.⁵

Sepultado en la iglesia granadina, siendo beatificado por Urbano VIII en el año de 1630 y canonizado en 1690 por Alejandro VIII, en 1886 es declarado Patrono de todos los hospitales y enfermos del mundo por el Papa León XIII, en 1930 Pío XI lo declara Patrono de todas las asociaciones católicas de enfermos y de todos los enfermos del mundo.⁶ Desde el inicio y a lo largo de los siglos, la Orden Hospitalaria ha desarrollado su labor relacionada a la dinámica social, con una importante aportación al mundo sociosanitario, así como en otras áreas de interés.⁷

El patrimonio cultural de la Orden tiene un significado histórico importante, representativo en España durante la restauración de la misma en el último tercio del siglo XIX. El valor del patrimonio cultural de la Orden ha sido cuestionado en varias ocasiones debido a la pobreza manifiesta de Juan de Dios, ya que se ha asociado al patrimonio a objetos antiguos, concepto que la sociedad ha ido cultivando y desarrollando de forma errónea.⁷

El primer testimonio de generación y conservación de un objeto patrimonial se encuentra en Juan de Dios, quien envía sus agradecimientos por medio de una carta a la Duquesa de Sessa, agradeciendo de forma respetuosa el apoyo donado dirigido al apoyo de los pobres.⁷

El patrimonio histórico y artístico de la Orden hace testimonio de la creatividad artesanal, literaria y artística de dicha institución, con la finalidad de admirar su belleza

y esplendor a los lugares de culto, piedad y de actividad sociosanitaria. El concepto actual de patrimonio cultural ha evolucionado a lo largo del tiempo, asignándose este concepto a muebles e inmuebles con valor histórico, documental y cultural.⁷

En 1880 llega a España Benito Menni, religioso hospitalario italiano, designado por el General de la Congregación italiana de la Orden, Juan María Alfieri, enviado con la finalidad de restaurar la institución en España, encontrando la documentación en perfecto estado en el Convento Hospital de Nuestra Señora de la Paz en Sevilla. El trabajo de restauración iniciado por Menni comienza con la búsqueda y conocimiento de la historia de la institución, echando mano de lo material y en los vestigios del pasado. En 1886 el General Alfieri trabaja en la gestión para la recuperación del Hospital y Basílica de Granada, sin tener éxito, sin embargo Benito Menni perseveró hasta retomar la presencia de la Orden en la Basílica el 22 de Agosto de 1878. El General Juan Ma Alfieri se hace presente en Granada para celebrar dicho acontecimiento; informándole a la Orden sobre lo sucedido. Cabe mencionar que lo que ellos ambicionaban era el valor afectivo, histórico y documental de la institución.⁸

El 12 de Julio de 1881 Alfieri firma el contrato de arrendamiento con los propietarios de la Casa de los Pisa, sitio en donde murió San Juan de Dios el 8 de marzo de 1550, con la finalidad de instalar un hogar para sacerdotes ancianos de la Diócesis de Granada, en 1930 se inaugura el Archivo-Museo San Juan de Dios en dicha locación, confinando allí, todas las obras consideradas de valor histórico para la Orden. En 1999 se realiza la celebración del I Congreso Internacional de Patrimonio Cultural de la Orden.⁸

La presencia en América

La hospitalidad de la orden San Juan de Dios se encontraba en su auge pleno, surgiendo peticiones de toda América reclamando su presencia. Las leyes de Indias mandaban a los virreyes y gobernadores, que hubiese en cada pueblo un hospital, junto a las iglesias, en donde se brindara atención médica para otorgársela a los pobres. Los virreyes de Perú y de Nueva España visitaban eventualmente los hospitales de la capital, para supervisar la calidad de la atención que se les brindaba a los enfermos, en las ciudades pequeñas se hacían cargo de estas tareas, presidentes y gobernadores.⁴

La Recopilación de Indias, mandaba que, al igual que en España, en tierras americanas, en los hospitales deberían

ser atendidos un número máximo de pacientes, sin poder sobrepasar el mismo, debería haber mínimo uno o dos religiosos en cada hospital, sacerdotes de la orden, mismos que tendrían a cargo la administración.^{4,8}

Existían casas de noviciado de la Orden, en donde se preparaban los hermanos juaninos por al menos dos meses, si es que querían portar el hábito de San Juan de Dios, en Nueva España la casa se encontraba en la ciudad de México. Se encontraban otras dos en Lima y Panamá, mismas que recibían la categoría de conventos. La corona otorgó el permiso para que los hospitales de Santa Fe de Granada, Santiago de Chile y el de la Villa Imperial de Potosí oficiaran como casas conventuales y de noviciado.^{4,8}

Los primeros religiosos que llegaron a tierras americanas fueron fray Francisco Hernández y Cristóbal Muñoz, quienes con permiso de Felipe II, el 2 de diciembre de 1596 entraron a las provincias de Cartagena y Panamá. En Cartagena tomaron posesión de un hospital que ya existía, el hospital de San Sebastián, posteriormente edificaron allí otro hospital, el del Espíritu Santo.⁹

Cristóbal Muñoz, preocupado por la cantidad de enfermos y la falta de hospitales religiosos juaninos, solicitó pasar a Nueva España,¹⁰ pronto ocurriría una expansión en todo América y las islas. Se hablaba sobre las condiciones de salud en tierras americanas, haciendo hincapié en Veracruz,¹⁰ en donde los soldados morían por pobre atención médica. Dicho territorio se dividió en tres provincias en el año de 1633. La provincia del Espíritu Santo abarcaba los territorios comprendidos en el Virreinato de la Nueva España y la Habana.¹¹ La provincia de San Bernardo de Tierra firme abarcaba las actuales repúblicas de Panamá y Colombia, en donde se fundaron los primeros hospitales en Cartagena, Santa Fe y Panamá.^{4,10.}

La evolución del Hospital San Juan de Dios en Colombia se dividió en cinco etapas, iniciando como un proyecto asistencial dirigido al beneficio de la salud del pueblo Colombiano. La primera etapa, “fetal o crisálida” inició en 1564, cuando se establece una casa con camas para atender a españoles enfermos, administrado y dirigido por monjes, idea que nace por la necesidad de proteger a los conquistadores y sus familias de las epidemias.⁹

Durante la segunda etapa “de la revolución científica”, José Celestino Mutis le concede al hospital el carácter científico y de institución hospitalaria, sirviendo además, como cárcel a los médicos patriotas. Es en 1828 cuando

es nombrado Institución del Estado y en 1835 cuando se realizan decretos económicos, administrativos, asistenciales y científicos por la Cámara de la Provincia de Bogotá, con la subsecuente estructura de un Hospital oficial de caridad en 1850.¹⁰

En la tercera etapa (1860) se inicia la estabilización de la medicina adulta con la instalación del Hospital de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, escuela de Medicina y Ciencias Naturales, así como el ingreso de practicantes, que desde entonces y hasta 1781 rigió el destino del hospital de caridad San Juan de Dios, culminando con la primera generación de graduados y el inicio de especialidades.^{4,10}

La cuarta etapa (1926) en que se inician posgrados de distintas áreas médicas, se instalan laboratorios, se establecen escuelas técnicas paramédicas y se inician trabajos en el campo de la investigación.

La quinta etapa de crisis ocurre cuando el hospital al ser catalogado como el más importante de América Latina se empieza a congestionar y saturar, debilitándose económicamente en el año 1973, culminando con la toma de dicho nosocomio por el Decano y estudiantes de la Facultad de Medicina, aunándose el paro médico nacional y culminando con una crisis total.^{8,13}

México

El virrey don Juan de Mendoza y Luna, marqués de Montesclaros, solicitó al rey Felipe III la venida de los hospitalarios fundados por Juan de Dios dado la fama de que gozaban, con la intención de entregar a la nueva religión el hospital del Espíritu Santo, sin embargo, estos tardaron mucho en llegar a México ya que acudieron de primera intención a la Habana, Cuba, en donde fundan un nuevo hospital y permanecen allí por más de un año, el obispo Juan de las Cabezas les otorgó una casa y los ayudó con limosnas y ropa para que pudiesen llevar a cabo su misión, para después seguir con el viaje.¹¹ Finalmente, llegan a la Nueva España el 18 de Octubre de 1603, debido al retraso, no se les entrega el Hospital Espíritu Santo, mismo que fue entregado a los hipólitos. Posteriormente se les cedé el hospital de Nuestra Señora de los Desamparados y se les encomienda la asistencia del hospital de San Lázaro, en donde se curaban los leprosos. Posterior a esto, se extendieron en el territorio mexicano de forma rápida.^{4,10}

De la Mota y Escobar inició la descripción de la Nueva Galicia en la ciudad de Guadalajara, por ser la cabecera y centro del mismo, allí residían el tribunal de la Real

Audiencia y el tribunal eclesiástico del obispo, contaban con una iglesia catedral y cuatro monasterios en donde se encontraban instalados los jesuitas y monjas de la orden dominica. La ciudad tenía además, el hospital de San Miguel, en donde se atendía a todo tipo de enfermos, existía otro hospital, el de la Veracruz, fundado por los conquistadores de la ciudad, especializado en atender a pacientes con sífilis, que por razones de poca solvencia económica pasa a manos de los hermanos de San Juan de Dios el 11 de Julio de 1606. La hospitalidad de San Juan de Dios fue la única en actuar en Guadalajara hasta los finales del año de 1704, cuando llegan los religiosos betlemitas, posterior al asentamiento de los juaninos prosiguieron su expansión rumbo a la zona minera de Zacatecas.¹²

El 29 de abril de 1608 se señaló la necesidad de fundar un hospital en el que se atendiera a los pobres por los hermanos de la orden de San Juan de Dios, por lo que comienzan a recaudar limosnas, solicitud que se aceptó el mismo mes por fray Alonso Pérez el mismo mes, fundado en marzo de 1610, conocido por la población con el nombre de hospital de San Juan de Dios. Posteriormente se construye un nuevo hospital al sur de la ciudad con una iglesia, (el cual existe hoy en día) el cual subsistía con la limosna del pueblo y contribuciones de Ayuntamiento, por años las instalaciones de la orden se utilizaron como centros de reunión social y cultural para la población Zacatecana, actividad dirigida por los juaninos.^{5,7}

En 1901 la orden hospitalaria de San Juan de Dios es traída de España por Benito Menni, instalándose en lo que actualmente es la parroquia de San Martín en Guadalajara, Jalisco. La atención de la salud mental en Jalisco es una de las pioneras en México, que precede al inicio del siglo XX, siendo manejada en sus inicios por grupos religiosos, siendo en su mayoría de carácter asilar.¹³

En 1904 se adquiere una finca en la zona oriente de la calle Santuario, en la Villa Zapopan, como donación de José Vázquez. En 1905, el doctor Luis Merino, solicita al entonces gobernador del estado de Jalisco, Miguel Ahumada, un permiso para poner a disposición pública la Casa de Salud de San Juan de Dios para la Asistencia de Enfermos Alienados, con la finalidad de atender en un futuro a población de bajos recursos, mismo que se otorga en Septiembre del mismo año, quedando bajo la vigilancia del consejo de salubridad. En 1905 es cuando se reestablece la orden religiosa en México, tras haber sido expulsada del país en 1858. Asumiendo el cargo de superior general de la orden el hermano Casiano María Gasser, con posteriores cambios de posesión del cargo.^{3,13}

La orden hospitalaria de San Juan de Dios no se limitó al estado de Jalisco, ya que el 27 de septiembre de 1910 es inaugurado el Sanatorio Psiquiátrico Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla. En años posteriores, pese a la situación difícil y conflictos relacionados al inicio de la Revolución Mexicana y la Guerra Cristera, no se vio afectado el funcionamiento del Hospital Psiquiátrico de San Juan de Dios en, Zapopan, sin embargo, por estos conflictos suscitados, los hermanos juaninos del Sanatorio Psiquiátrico en Cholula, Puebla tuvieron que abandonar las instalaciones en 1917, regresando a España por dos años, ocupado por militares y devuelto a la orden en el año 1919.¹³

En 1948, se realizó un traslado de domicilio del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios en Zapopan a un nuevo edificio de la calle 20 de Noviembre. En el año de 1956 se realiza un convenio de colaboración del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios con el Instituto Mexicano del Seguro Social, para prestar servicios médicos a hombres asegurados, 10 años después el convenio incluye también a mujeres. En 1975 se inicia un nuevo proyecto de construcción en dicho hospital.¹³

Hoy, el Hospital San Juan de Dios es el primero y el único sobreviviente en nuestro país de las tres instituciones hermanas (Clínica San Rafael en la ciudad de México y Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Puebla).^{9,10}

La presencia de la OHSJD en Zapopan

La evolución y trascendencia de la OHSJD históricamente ha tenido sus actores. En cada país ha presentado sus singularidades adaptándose a los momentos y necesidades sociales. Esta historia en México y particularmente en Zapopan data de 1905. La razón de este inicio gira alrededor de la necesidad de la OHSJD y de su fundador en México, Benito Menni Ifigini de continuar con la Obra de San Juan de Dios en nuestro continente que por razones sociopolíticas se había interrumpido tanto en nuestro país como en algunas otras partes del mundo. A la par, el señor Felipe Osante, ciudadano de Guadalajara, solicitó a la OHSJD que fuera atendido su hijo primogénito que lo refiere padecer de “algunos trastornos mentales”.¹³

En dicha necesidad se presentó la coyuntura, el señor Osante se compromete con Benito Menni a traer varios religiosos de España y a buscar una casa en la cual se pudiera atender a su hijo y algunos otros pacientes con las mismas características. En este momento nace nuestro hospital, adquiriéndose una casona con su respectiva huerta situada en el centro de la población de Zapopan en la cual pudiesen ser atendidos pacientes masculinos

con algún tipo de trastorno mental. Así da inicio formalmente nuestra primera hospitalidad psiquiátrica con una capacidad de alrededor de 15 a 20 camas. En lo posterior la OHSJD, percibiendo la creciente necesidad que se presentaba en esta zona geográfica para la atención en salud mental, adquiere aproximadamente 14 hectáreas de terreno contiguos destinándolas a la laborterapia en las huertas y el entretenimiento en los jardines, conjugándolo con la terapia de la época para el tratamiento de los pacientes.¹³

La búsqueda de la profesionalización

Benito Menni Ifigini, desde la experiencia adquirida en España, quiso que los centros que fueran fundados por él, los dirigieran profesionistas notables, por lo cual en 1911 se le llama al Dr. Adolfo Saucedo Barragán como director del nosocomio, cargo que desempeña hasta el día de su muerte, 8 de enero de 1948 contribuyendo en el tratamiento científico y humano dentro de los alcances de la psiquiatría en esa época. En lo posterior y en sintonía con la misión de la Orden, han desfilado un sinnúmero de colaboradores por este hospital, mismos que en conjunto con los Hermanos de la OHSJD han procurado que los pacientes encuentren el mejor tratamiento científico disponible en un ambiente de respeto y hospitalidad.¹³

Semillero de psiquiatras y psicólogos clínicos y de enlace

En el año 1951 se imparte formalmente el primer curso de psiquiatría en nuestro hospital, el cual fue dirigido a los alumnos del último año en la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara, manteniéndose dicho curso hasta el año de 1973 cuando iniciamos formalmente como hospital-escuela en psiquiatría en convenio con la Universidad antes mencionada.¹³

Hasta la fecha se continúa con esta labor formativa egresando hasta el día de hoy a más de 160 psiquiatras y alrededor de 70 psicólogos clínicos y de enlace. Manteniendo uno de los estándares que San Benito Menni requería: “Que los enfermos fueran tratados por profesionales de la salud dentro de un ambiente de calidez y hospitalidad”.¹³

Más de cien años de hospitalidad

El Carisma de la OHSJD, es la hospitalidad. Acoger, asistir, dar hospitalidad, sanar, ayudar a proyectar de nuevo la vida de las personas, acompañarlas cuando la enfermedad se cronifica. Estas son las acciones que definen el vivir de la OHSJD en su historia y tradición, siempre con el afán de hacer el mayor bien a la sociedad. Es precisamente la hospitalidad entendida como la cualidad

de ser hospitalario, es decir, de ofrecer buena acogida y recibimiento al que lo necesita lo que ha caracterizado a la Orden desde su fundación hasta nuestros tiempos. Con la frase del fundador de la Orden “Hacer el bien a los demás nos hacemos el bien a nosotros mismos” ha evolucionado históricamente para salir adelante de los complicados momentos sociopolíticos a los que se ha enfrentado, extendiendo su cobertura a más de 50 países tanto en las áreas de asistencia pura como son los alberges para indigentes y desprotegidos hasta la cobertura en distintos servicios de salud como hospitales generales, hospitales materno infantiles, geriatría, cuidados paliativos, hospitales dedicados a salud mental, entre otros.¹³

Los tratamientos científicos enfocados al paciente con alteraciones en su salud mental han variado a lo largo de los

más de cien años de funcionamiento de nuestro Hospital en Zapopan. Se han mantenido consonancia con el desenvolvimiento de los tratamientos a través del tiempo siguiendo procesos cada vez más definidos y organizados y prosperando a la par con las necesidades y evolución de la psiquiatría. Gracias a estos avances los internamientos resultan en menos días de estancia intrahospitalaria, permitiendo enfocar el futuro de la salud mental a la prevención, detección temprana y servicios ambulatorios. Sin embargo con todos estos avances no hay que perder de vista la parte humana en la medicina “Haciendo el bien a los demás nos hacemos el bien a nosotros mismos”.¹³

Correspondencia: Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. Juan Pablo Segundo 55, Colonia el Capullo, C.P. 45150, Zapopan Jalisco. Correo electrónico: drhugocastellanos@hotmail.com.

Referencias bibliográficas

1. Sacristán MC. Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría 2005; 5 (1): 9-33.
2. Jiménez-Olivares E. Hospital El Divino Salvador para mujeres dementes. Cirugía y Cirujanos 1996; 64 (6): 175-178.
3. Calderón-Narváez G. La psiquiatría en México. Principios del siglo XX. (1900-1950). Arch. neurociencias 1996; 1 (1): 27-34.
4. Rojas-Malpica C; Portilla-Geada N de la; Villaseñor-Bayardo SJ. Historiografía de la psiquiatría latinoamericana. Investigación en Salud 2002; IV (3): 0
5. Martínez-Gil JL. Antón Martín en el proceso de Beatificación de San Juan de Dios. Archivo Hospitalario 2006; 4: 303-371.
6. Gil, J. L. M. Sobre el nacimiento y procedencia de San Juan de Dios y su obra. Hispania sacra 2006; 58 (117): 69-100.
7. Benavides F. El concepto de patrimonio cultural en la Orden Hospitalaria en San Juan de Dios. Archivo hospitalario 2010; (8): 261-285.
8. Forero H. Síntesis de la evolución histórica del hospital San Juan de Dios. Medicina 1985; 7(3): 49-52.
9. Alzate A. Militares, marineros y pobres enfermos. Contribución a la historia del Hospital San Juan de Dios de Cartagena de Indias (Siglo XVIII). Asclepio 2008; 60(1): 203-236.
10. Ferreiro N, Sigaut, N. Testamento del “fundador” Dr. Pedro López. Documentos para la historia del Hospital de San Juan de Dios. Historia Mexicana 2005; LV (1): 145-201.
11. Delgado-García G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educación Médica Superior 2015; 13 (1): 75-83.
12. González A. Llamados a servir: los hospitalarios de San Juan de Dios en Zacatecas, México en el siglo XVII. Hispania Sacra 2007; 120: 537-562.
13. Cocola-León H. Hospital psiquiátrico San Juan de Dios: 100 años después. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc. 2014; 52(3): 346-351.

La bioética y el derecho ante la situación de las personas inimputables

Hernández-Muñoz L.G. (1), Penilla-González A. (2)

(1) Psiquiatra. Directora del Instituto Jalisciense de Salud Mental, (2) Abogado. Maestra en Constitucional y Amparo. Asistente de la Dirección. Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Resumen

El estigma es una etiqueta, que como un tatuaje en la piel; aunque te lo arranques, deja una marca imborrable. A través de los siglos los enfermos mentales han sido estigmatizados. Enfermedad mental y peligrosidad son sinónimos para el común de las personas. El estigma se acentúa o incrementa cuando hablamos de los inimputables y de su trato legal en nuestro país. Hay mucho escrito en el tema de sus derechos humanos, pero la realidad es que un sujeto inimputable depende absolutamente de tener un buen equipo de psiquiatría legal que vele por sus intereses. Hoy en pleno siglo XXI año 2017, un juez afirma que una persona portadora de esquizofrenia, calificada como inimputable, es sentenciado a una pena carcelaria por el tiempo legalmente estipulado, que se conmuta por pasar el mismo tiempo en un hospital psiquiátrico, podrá salir del hospital solamente cuando se cure y como la esquizofrenia es incurable, por lo tanto, jamás saldrá del hospital, esta es la realidad de nuestro sistema legal. Por esta razón el objetivo del presente artículo es brindar un panorama del trato legal de los pacientes inimputables en nuestro país desde una perspectiva bioética.

Palabras clave: Estigma, enfermedad mental, peligrosidad, inimputabilidad.

Abstract

Stigma is a label, as a tattoo on the skin; even if you start it, leave an indelible mark. Throughout the centuries the mentally ill have been stigmatized. Mental illness and endangerment are synonyms for common people. The stigma is accentuated or increased when we talk about the non-imputability and their legal treatment in our country. There is much written on their human rights, but the reality is that a non-imputability subject absolutely depends on having a good team of legal psychiatry to watch over their interests. Today in the century XXI, a judge affirms that a person with schizophrenia, qualified as unimpeachable, is sentenced to a prison sentence for the legally stipulated time, which is commuted to spend the same time in a psychiatric hospital, can leave the Hospital only when it is cured and as schizophrenia is incurable, therefore, it will never leave the hospital, this is the reality of our legal system. For this reason, the objective of this article is to provide an overview of the legal treatment of the patients non-imputability in our country from a bioethical perspective.

Key words: Stigma, mental illness, dangerousness, non-imputability.

Introducción

Miguel trae una tableta de clonazepam en una pequeña caja de cerillos, su apariencia desaliñada, su ropa sucia, su mirada atraviesa los muros quizá mirando sombras más allá de lo que los demás podemos ver, un par de elementos policíacos lo interrogan y lo catean, encuentran la cajita de cerillos con la tableta blanca ranurada, de inmediato es arrestado, esposado y subido a una patrulla. Ya en la oficina del ministerio público

se le hace un interrogatorio y se dan cuenta que está mal de sus facultades mentales, se abre su proceso, se le declara inimputable y es tipificado como tráfico de estupefacientes, la condena, 4 años y medio de cárcel y es enviado a un hospital psiquiátrico donde deberá permanecer este tiempo, pocos meses después es trasladado en medio de un fuerte operativo de seguridad, al hospital penitenciario del estado de Morelos.

Este es sin duda el caso que más indignación me ha causado, de todos los casos de personas inimputables atendidos en el Centro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Prolongada. El error de Miguel (el nombre ha sido cambiado para guardar la identidad del usuario) fue quizá no traer una receta médica que demostrara que tenía indicado tomar el medicamento, o tal vez su apariencia descuidada que lo puso en una categoría de probable delincuente o “adicto”, pero lo más increíble es que haya sido equiparado con quien trafica miles de tabletas de anfetaminas o cualquier otro medicamento de manera ilegal. Quizá me dijera un abogado, que no importa la cantidad del fármaco encontrado si no la violación a la ley, tal vez sí, sin embargo, el peor delito de Miguel es ser un enfermo mental y parecer un enfermo mental.

El estigma es como un tatuaje en la piel, aunque te lo arranques, deja una marca imborrable. A través de los siglos los enfermos mentales han sido llamados endemoniados, chiflados, insanos, lunáticos, peligrosos y psicópatas. La oportunidad de un tratamiento médico adecuado respetando la dignidad de la persona humana se empezó a aplicar hasta casi la mitad del siglo XX.

Es la década de los años 50s que por fin la ciencia empieza a desarrollar múltiples medicamentos realmente efectivos y seguros para el manejo de los trastornos mentales. El manejo farmacológico mitigó y en muchos casos ha logrado un excelente control de síntomas depresivos, ansiosos y psicóticos.

Enfermedad mental y peligrosidad son sinónimos para el común de las personas. La agresividad viene predeterminada desde nuestro nacimiento como una respuesta adaptativa, una herramienta de supervivencia para responder ante amenazas externas. Pero cuando la interpretación del entorno es defectuosa, todo puede ser percibido como una amenaza y se puede reaccionar de manera desproporcionada, con miedo extremo o con violencia extrema; este sería el caso de algunos trastornos mentales graves como lo es la esquizofrenia.

La prevalencia de la esquizofrenia es del 1% a nivel mundial, siendo una constante en todos los países y niveles socioeconómicos. Las personas con esquizofrenia no son más peligrosas que el resto de la población, siempre y cuando no consuman sustancias prohibidas, tengan apego a su tratamiento farmacológico y estén bajo una mediana supervisión. Inclusive, son personas que hacen una vida totalmente independiente, haciéndose cargo de sí mismas, en estos casos el papel del equipo médico multidisciplinario (psiquiatras, psicólogos, trabajadoras

sociales y enfermeras) es fundamental pues se convierte en su red de apoyo básica.¹

Menos del 10% de los actos violentos son cometidos por pacientes que sufren de esquizofrenia. Desgraciadamente los crímenes, homicidios que además son seguidos de suicidio, parricidios, son frecuentemente relacionados a personas con trastornos mentales severos.^{2,3,4,5}

Inimputabilidad criminal

El padecimiento descompensado de una persona lo puede llevar a perder el control absoluto de su voluntad racional, y a cometer un delito que lo convierte en un sujeto inimputable.

Hablar de los inimputables y de su trato legal en nuestro país, es verdaderamente entrar en un mundo complejo y sobre todo plagado de una ignorancia culpable, donde el veredicto de un juez de permitir que un inimputable pueda salir de un hospital psiquiátrico hasta que logre su curación absoluta, es sinónimo de cadena perpetua. Hoy en pleno siglo XXI año 2017, un juez afirma que una persona portadora de esquizofrenia, calificada como inimputable por el delito que a cualquier lector se le ocurra y que sea sentenciado a una pena carcelaria por el tiempo legalmente estipulado, que se conmuta por pasar el mismo tiempo en un hospital psiquiátrico, podrá salir del solamente cuando se cure. La esquizofrenia es incurable, por lo tanto, jamás saldrá del hospital. Es aquí donde el equipo de psiquiatría legal entra en acción, haciendo un sinnúmero de gestiones que busca demostrar que esta persona portadora de un trastorno mental severo ya no representa un peligro para la sociedad porque está estable gracias a un manejo farmacológico, y pone ante la mesa de ese juez las evidencias que un inimputable es una persona que merece la revisión de su caso, merece la libertad y merece ser tratado como una persona, no como un “loco peligroso”.

Es en este punto donde unimos la Bioética y el Derecho, haciendo un binomio constructivo que busca la realización de procedimiento y gestiones, con todos los argumentos, principios filosóficos, médicos, legales, y de jurisprudencia, que le den sustento a la defensa de los derechos básicos y fundamentales de un inimputable.

La bioética y la inimputabilidad

La Bioética, traducida de su origen griego bio-ethos la ética de la vida, busca unir dos grandes corrientes, los avances médicos y el respeto a la dignidad humana. El autor del término es V.R. Potter (2001-2011), oncólogo

norteamericano, quien habló de construir puentes entre la medicina, la biología y los valores humanos. Sin embargo el término de bioética, ya había sido mencionado por el autor alemán Fritz Jahr (1895-1953) en 1927 quien utilizó el término "Bio-ethik".⁶

¿Qué tiene que ver la bioética con los inimputables? La declaración de la UNESCO nos dice claramente, propone la instauración internacional de principios comunes respecto a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Promover el respeto a la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad. No olvidemos que un inimputable es una persona con una discapacidad que merece tener la misma igualdad de oportunidades y de derechos que cualquier otra.⁷

Si tomamos en consideración que la inimputabilidad, es un concepto jurídico que conlleva la ausencia de capacidad para conocer el alcance de los propios actos, *"por falta de suficiente desarrollo intelectual (insuficiente para los fines de la capacidad de entender y de querer) y por graves anomalías psíquicas"*.

Sin embargo al determinarse por parte de la autoridad judicial la inimputabilidad de una persona en primera instancia, nos encontramos ante una gran problemática; son remitidos al hospital psiquiátrico sin que se hayan agotado todas las instancias, para que se determine que la resolución que decreto su inimputabilidad ha quedado firme, lo que da lugar a que personas que utilizaron estrategias jurídicas, para evadir su encarcelamiento sean enviadas a un ambiente hospitalario, donde por sus propias características tanto de infraestructura y de capacitación del personal que ahí labora, no se cuenta con las capacidad de tenerlos debidamente resguardados, al mantener su estatus de procesados, aunado al hecho de que en la mayoría de los casos de envío de pacientes a hospitales psiquiátricos, al dictarse medidas de seguridad no se especifica de forma puntual el tiempo por el cual deberá de observarse la misma y bajo qué autoridad dependerá su custodia, no obstante lo anterior al informar por parte de los hospitales psiquiátricos a las autoridades judiciales que el paciente se encuentra en remisión de sus síntomas y por lo tanto es candidato de recibir un

tratamiento ambulatorio, no se permite que se dé su alta por mejoría.

Con lo anterior se vulnera latentemente el derecho humano a la protección de la salud, dicha protección se encuentra principalmente garantizado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los artículos 1º, párrafo quinto, 4º, párrafo cuarto, involucrando el acceso a los servicios de prevención, curación y rehabilitación, lo anterior dado a que al obligárseles a permanecer confinados en un hospital psiquiátrico sin así requerirlo su estado de salud, se vulneran su prerrogativas constitucionales más fundamentales a la aplicación de las medidas cautelares.

Lo anterior merece un estudio pormenorizado de la legislación existente en nuestro país en torno a la salud mental, y a las materias tanto civil y penales, que guardan estrecha relación con la misma, con la finalidad de armonizarlas con los estudios científicos realizados a nivel internacional, respecto del tratamiento adecuado de las personas que padecen trastornos mentales. Y que son aplicados en los hospitales psiquiátricos de México.

La salud mental en la legislación mexicana

Por lo que hace a la atención específica de personas con trastornos mentales y del comportamiento, la Ley General de Salud, en sus artículos 2º, 3º, 72, 73, 74, 74 bis, 75, 76 y 77 ordena la obligación de la Secretaría del Ramo de establecer normas oficiales mexicanas para la atención de este grupo de población y se prevé para ello la coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas.

En los artículos 126 y 127 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, se especifica que: "En todo aquel establecimiento que albergue pacientes con padecimientos mentales deberá contar con los recursos físicos y humanos necesarios para la adecuada protección, seguridad y atención de los usuarios, acorde a las Normas Técnicas que emita la Secretaría". En los artículos 121 a 125 y 128 a 134 del mismo ordenamiento, se establecen las disposiciones para la prestación de los servicios de salud mental que se debe aplicar a esta población.

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, "Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica" determina los parámetros oficiales para establecer criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención

integral hospitalaria la cual será proporcionada en forma continua, con calidad, calidez y con pleno respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de estos servicios.

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, establece entre sus objetivos los “criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos, obligatorios en la elaboración, integración, uso, y archivo (...) del expediente clínico”, lo cual reviste especial relevancia tratándose de personas con discapacidad psicosocial, declarados por la autoridad judicial como inimputables porque del control clínico de su estado mental, depende su situación jurídica.

Ahora bien, de la interpretación de la norma aplicable en México se desprenderá en el Código Penal Federal en su artículo 67 establece que “en el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente. Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento. El artículo 68 plantea que: “Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas. La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.”

Así mismo el artículo 69 señala que: “En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el juez penal, excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Si concluido este tiempo, la autoridad ejecutora considera que el sujeto continúa necesitando el tratamiento, lo pondrá a disposición de las autoridades sanitarias para que procedan conforme a las leyes aplicables.”

Y el artículo 69 Bis establece que: “Si la capacidad del autor, de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, sólo se encuentra disminuida por las causas señaladas en la fracción VII del artículo 15 de este Código, a juicio del juzgador, según proceda, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido,

o la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67 o bien ambas, en caso de ser necesario, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor.”

Numerales que en la práctica no son aplicados por las autoridades jurisdiccionales al no existir un debido análisis y conocimiento del desarrollo de la enfermedad mental, esperando que las mismas obedezcan a curación definitiva lo que en efecto no sucede, pero que al reflejarse un adecuado diagnóstico, tratamiento y apego al mismo se logra la funcionalidad de quien padece un trastorno mental.⁸

Lo escrito desde el derecho se escucha correcto y adecuado; y podría el lector suponer que así se lleva a cabo en la vida real, pero no es así. La realidad que muy pocos casos de pacientes psiquiátricos inimputables son recordados para su revisión y seguimiento por parte de las autoridades judiciales. La única realidad que existe para las personas con trastornos mentales en situación penal es que su caso se pierde en el inmenso papeleo de la burocracia y de la indolencia hacia sujetos invisibles para la sociedad, la familia es un factor que pesa muy negativamente para estos pacientes, ya que en la mayoría de estos casos se olvidan de ellos y prefieren dejarlos a su suerte tanto en el Hospital psiquiátrico como en la reclusión carcelaria. A esto le sumamos que los castigos para los delitos contra la salud como el caso de “Miguel” son absolutamente desproporcionados lo que requiere una revisión de las leyes que establecen estas penas y/o medidas de seguridad. Y entonces ¿cuáles son los derechos de los que deberían de gozar estas personas?

Legislación Internacional

Al analizar el ámbito internacional es destacable el documento sobre “Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos” de la ONU, en sus numerales 22, 24, y 25 establecen lineamientos de aplicación general para las personas internas, señalando algunos aspectos específicos para aquéllos que por su condición requieren de una especial protección, como es el caso de las personas con discapacidad.

En este sentido se señala que en cada centro se debe contar con un médico calificado que deberá poseer conocimientos especializados, así como un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales debiendo el médico *“examinar a cada interno tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental y tomar en su caso las medidas necesarias,(...)”*

En este instrumento queda claramente manifiesto que las personas con algún padecimiento mental, no deben estar en instalaciones penitenciarias debido a que requieren atención médico-psiquiátrica específica y protección contra el maltrato, en concordancia con lo previsto también en la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, que se analiza más adelante y del artículo III, de la “Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad” que contempla el adoptar las *“medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad”*, que podrían ser la atención de su padecimiento en lugares especializados para propiciar su plena integración en la sociedad.⁹

Por otra parte las “Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos” de 2015 “Reglas Mandela” refieren en su Regla 25.1 que *“Todo establecimiento penitenciario contará con un servicio de atención sanitaria encargado de evaluar promover proteger y mejorar la salud física y mental de los reclusos, en particular de los que tengan necesidades sanitarias especiales o problemas de salud que dificulten su reeducación”* y en la Regla 25.2 establece la necesidad de contar *“(…) con suficiente personal calificado que actúe con plena independencia clínica y posea suficientes conocimientos especializados en psicología y psiquiatría.”*

De igual forma, en la Regla 109 se señala que *“No deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centros de salud mental lo antes posible. En caso necesario, otros reclusos con discapacidades o enfermedades mentales podrán ser observados y tratados en centros especializados bajo la supervisión de profesionales de la salud competentes. El servicio de atención sanitaria proporcionará tratamiento psiquiátrico a todos los demás reclusos que lo necesiten.”*

La constante situación de violación de los derechos humanos de las personas que viven con discapacidad psicosocial, ha sido motivo para la elaboración de instrumentos vinculantes a los Estados parte de la ONU con el propósito de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad, y promover el respeto

de su dignidad inherente, por ello, el artículo 1° de la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad” de la ONU, instrumento promovido por México, establece medidas de amplio espectro en la cobertura de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Así, en esta Convención se establece en su artículo 4°, la necesidad de adoptar medidas legislativas, administrativas y de otra índole, para evitar la discriminación, fortaleciendo la promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Por lo que hace al derecho de acceso a la justicia la citada Convención señala como otra necesidad, que tengan igualdad de condiciones, incluso mediante ajustes de procedimientos y promoción de la capacitación adecuada.¹⁰

De todo lo anterior se hace latente la necesidad de llevar a cabo no sólo una adecuación normativa, si no la debida capacitación de aquellas autoridades que tienen en sus manos la potestad de dictar una resolución judicial, determinado el destino y condiciones de vida de personas con trastornos mentales, que cometieron delitos y por lo cual fueron declarados inimputables, no sólo constreñirse a las determinaciones periciales vertidas por expertos en la materia, dado que con eso se podría garantizar que las medidas de seguridad postdelictuales, que han sido descritas como “penas que se imponen en razón de características del autor que no guarda relación con la culpabilidad del acto ni con el contenido del injusto delito, si no que guardan su fundamento en la peligrosidad del autor”.

Por lo tanto, la existencia de una discapacidad no puede justificar en ningún caso una privación de libertad. A menos que se justifique medicamente (ingreso involuntario).

La persona con una enfermedad mental sujeta a un internamiento psiquiátrico involuntario deben tener derecho a que un órgano de revisión los examine periódicamente, y el cual deberá tener la facultad de revocar una internación involuntaria en caso de que juzgue inapropiado o innecesario continuar con el internamiento.

Actualmente las medidas de seguridad, no son susceptibles de ser disminuidas esto no porque no se encuentre normativamente establecido sino por el desconocimiento de quien imparte justicia y por el propio estigma con el que señala a las personas que

padecen algún trastorno mental siendo indispensable, se efectuó una adecuada Orientación psicoeducativa y en temas de derechos humanos a familiares de usuarios así como a las autoridades judiciales, ministeriales y policiales

Por su parte el Instituto Jalisciense de Salud Mental, ante el envío reiterante de pacientes declarados inimputables decidió establecer y unificar Institucionalmente los procedimientos a seguir en el desarrollo de las actividades creando un equipo Médico Legal. El cual desde el mes de Junio de 2015 al cierre de 2016, reporta que la atención intrahospitalaria de 86 usuarios derivados por instancias judiciales y ministeriales, de los cuales 35 han sido derivados por autoridad judicial y, 51 por autoridad ministerial, ante sus labores y estudio pormenorizado de cada caso tanto con el enfoque médico como el seguimiento del caso legal ha logrado la inclusión social del 79% de los usuarios, donde sólo el 1.17% de los usuarios atendidos han reingresado hospitalariamente por cuestiones de acciones delictivas y el 6.9% de los pacientes atendidos han reingresado hospitalariamente por agudización de sus síntomas.¹¹

Conclusiones

Hablar de sujetos inimputables es entrar en un mundo donde hay un doble mensaje y muchas realidades que lesionan gravemente los derechos humanos de estas personas. Ante una tarea inmensa el Instituto Jalisciense de Salud Mental ha organizado personal, conocimiento, voluntades y una gran dosis de interés en aquellos que se vuelven invisibles para la sociedad. Documentos bien fundamentados, gestiones hechas oportunamente, búsqueda de las autoridades precisas que tienen la capacidad de decidir el destino de un individuo olvidado y estigmatizado, vinculación de diferentes instituciones y sobre todo la perseverancia de seguir cada proceso con el único fin de regresar a esa persona, que además cuenta con un manejo integral, a vivir en medio del mundo como un ciudadano más. La Bioética estrechamente unida al Derecho, son los cimientos desde donde se deberá construir un sistema más humano, justo y expedito para la impartición de justicia para aquellos que su único error fue ser un enfermo mental.

Contacto: Av. Zoquipan 1000 "A", Colonia Zoquipan, Zapopan Jalisco.

C.p 45170. cesar_gonzalez_gonzalez@msn.com.

Referencias bibliográficas

1. Moreno-Küstner B, Martín C, Almenara J. Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. *Salud mental* 2014; 37(2): 127-136.
2. Arbach K, Andrés-Pueyo A. Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo* 2007; 28(3): 174-186.
3. Mora-Ríos J., Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud mental* 2014; 37(2): 303-312.
4. Díaz-Huertas O, Trujillo-González J, Silvera-Sarmiento A. Perspectivas de los derechos humanos y la libertad en contexto de sistemas penitenciarios. *Análisis Político* 2015; 28(84): 115-134.
5. De Rivera-González JL. Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis* 1998;19(5): 183-200.
6. García, José Juan, Bioética (Consultar: Enciclopedia de Bioética URL: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/bioetica>). Consultado
7. Barrios-Mondragón L. La ética en el pensamiento de Ramón de la Fuente. *Salud Mental* 2015; 38(1): 1-6.
8. Loinaz I, Echeburúa E, Irureta M. Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Psicología Conductual* 2011; 19 (2): 421-438.
9. Hernández-Gavilanes L M, Mesías Pazmiño, and Jeonatan F. Los menores infractores en el ámbito penal. Perspectivas de su incidencia en Cuba y Ecuador. 2010.
10. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica* 2016; 26(1): 70-79.
11. Datos estadísticos de CAISAME Estancia Prolongada del Instituto Jalisciense de Salud Mental. 2016

Personajes ilustres de la salud

El médico psiquiatra: una especie en extinción: Doctor Francisco Páez Agraz

EN UNA DE LAS VIDAS,
SEA LA QUE NOS TOCA VIVIR,
O DE LAS QUE SOMOS TESTIGOS
Francisco Páez Agraz

Robles-García R.

Investigadora en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.



El honor de escribir su semblanza para esta revista se me confirió a mí, su esposa; después de haber tenido el privilegio de ser su pareja durante sus últimos veintitrés años de vida. Pero no fue así que le conocí. Francisco fue primero, y siguió siendo siempre, mi más inspirador mentor; desde que tuve la oportunidad de cursar mi servicio social a su lado. Fue

para aprender a hacer investigación en salud mental. Me convencí que era con él con quien debía trabajar en aquella sesión clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) donde mencionó, al final de su ya experta opinión aun siendo residente de la especialidad en Psiquiatría, a propósito de la discusión sobre la necesidad de consejo genético a una paciente con esquizofrenia que deseaba tener un hijo con su pareja: “No olvidemos que, tal como señaló Prusiner, premio nobel de medicina por el descubrimiento de los priones: la injusticia genética habrá de resolverse con justicia social”.

Francisco, mi maestro como el de tantos investigadores y profesionales de la salud mental, estuvo siempre preocupado por y ocupado de la comprensión integral del ser humano. No reducía la explicación causal de los problemas de un paciente, y mucho menos su tratamiento, a la alteración de factores biológicos indiscutiblemente asociados con los trastornos mentales. Su conocimiento al respecto era vasto, y se actualizaba contantemente a fin de dispensar intervenciones psicofarmacológicas efectivas; pero eso nunca le fue suficiente. Había que entender también la contribución e interacción dinámica y compleja de las características

psicológicas y sociales del comportamiento humano, y dedicar un esfuerzo cotidiano para modificarles a favor de la recuperación y buenaventura individual y colectiva. Terminaría convencido de la necesidad de avanzar rumbo a una psiquiatría comunitaria, de lo contrario ésta “tendría que desaparecer; la salud mental continuaría en el antropoceno”. Sin duda, necesitamos a muchos psiquiatras como él. Lamentablemente, en todo el mundo son muy pocos los médicos que optan por esta indispensable especialidad médica. “Sin salud mental no hay salud”, declaró hace tiempo la propia Organización Mundial de la Salud. Tampoco será posible entonces el bienestar y desarrollo social, valga agregar.

Guadalajara su cuna, Ciudad de México su casa

Él mismo lo narró así un día de su cumpleaños. Inició la carta fechando: Ciudad de México, Ciudad de la esperanza, 27 de Octubre de 2013. Siguió: “Es ésta ciudad mi casa. Nací en Guadalajara, Jalisco hace 48 años. Mi padre, el Dr. Enrique Páez Casanova – alias MI APÁ, mi madre, Margarita Irene Agraz Brambila – alias MI AMÁ”.

Y en otro documento contó, dejando claro lo formativas y divertidas que fueron su infancia y adolescencia:

“Mi padre es un ilustre maestro de la Cirugía Gastroenterológica en el Occidente del país y mi madre una persona con amplia cultura de vanguardia que nos educó, en términos cotidianos, bajo un régimen de igualdad –sobre todo de género-. Asunto de gran valor posterior, pero que en la infancia detestaba. Eso de tender la cama todos los días, recoger los platos y limpiar la cocina después de comer –aunque había de las primeras máquinas lavaplatos-, acomodar la ropa y obedecer órdenes que uno consideraba absurdas. Resultaron ser herramientas básicas para una vida autónoma. No niego que aprendí a hacer bastillas a mis pantalones, poner botones a mis camisas, usar la máquina de coser, cocinar, e incluso tejer

(experimentando el hecho que produce calma –hoy no dudo que es una actividad mindful). Estudié hasta la secundaria en el Colegio Franco-Mexicano de Guadalajara y desde quinto de primaria me inscribieron en el anglo-mexicano para estudiar inglés. Lo odiaba y trataba de ignorarlo pero no asistir no era una opción. Durante la primaria acepto que mi ocupación central era el fútbol. En verdad no sabía por qué me premiaban académicamente al término de los ciclos escolares. Hoy estoy convencido de que contestaba bien los exámenes por aquello de que no me regañaran. Y resultaba... En la tarde, surgía el reto central: fútbol en la calle... Afortunadamente, mi padre no me inscribió a estudiar fútbol (nunca dejé de ser malísimo) y quedé en calidad de aficionado”.

Otras de sus anécdotas más alegres de esta etapa giran en torno a los fines de semana explorando Chapalita y a las vacaciones familiares en la playa, donde por casi un mes se dedicaría a jugar con los hijos de los amigos de sus padres y con sus hermanos. Son cuatro: dos más grandes (Margarita, pintora, y Enrique, comunicólogo) y dos más chicos (Carlos, ingeniero, y Ana Lucía, arquitecta). Todos brillantes, es una característica de los Páez.

La preparatoria, la licenciatura y sus posgrados los estudiaría en instituciones públicas. En la Universidad de Guadalajara hizo la carrera de Medicina y a muchos de sus más entrañables amigos, incluyendo por supuesto al inmejorable Antonio Aviña. Como ya era de esperarse, se comprometió de lleno con su proceso de aprendizaje. Su padre me contó hace poco, a propósito de escribir este texto:

“Un gran recuerdo que tengo de él y que me llenó de orgullo fue que (al final del curso de clínica quirúrgica a mi cargo, que él tomó junto con los médicos de su generación) cuando tocaba calificar los exámenes y le di el suyo a uno de mis colegas para que lo calificara porque era el de mi hijo, este maestro se levantó luego de revisarlo detenidamente y dijo: ¡un cien! Es del hijo del Dr. Enrique Páez... Siempre estuve plenamente orgulloso de su manera de ser médico, su inteligencia, su afán de saber... desde niño leía hasta los diccionarios”.

Se trasladó entonces a la Ciudad de México para formar parte de la primera generación de psiquiatras del entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fue por recomendación del Dr. Eduardo Madrigal, quien le comunicó que el Dr. de la Fuente estaba en la búsqueda de candidatos con alto aprovechamiento académico. Después de un año de subespecialidad en psiquiatría de enlace y a la mitad de sus estudios de maestría en psiquiatría (bajo la tutoría

de nuestra tan querida Dra. María Elena Medina-Mora) fue contratado como investigador en ciencias médicas de la dirección de investigaciones clínicas del propio instituto, en ese tiempo a cargo de quien desde entonces le acompañó en muchos momentos importantes de su vida, el Dr. Humberto Nicolini. Ahí laboró ocho años, luego un par como jefe de investigación en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; esta fue su década más productiva en términos de tesis dirigidas (43 a la fecha), publicaciones científicas (hoy más de un centenar) y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales (que suman ya 150). Sus números seguirán creciendo, pues quedó mucho en el tintero. Recientemente acordé con nuestra incondicional amiga, la genial Ana Fresan, que terminaremos y publicaremos si no todos, la mayoría de los artículos que dejó en preparación.

Un científico de la salud mental en México

Así se definió Francisco a sí mismo en otro de los textos que encontré entre sus archivos en la computadora de casa donde tanto leía y escribía. Agregó después: *“La verdad es que dedicarme a la ciencia resultó ser el motor de una existencia más que divertida. Con sus cositas, cómo todo en la vida”.* Esa pasión por la ciencia contagió a muchos, y se sentía orgulloso de quienes seguíamos sus pasos, primero como sus colaboradores, luego como investigadores independientes. A Francisco le gustaba mucho enseñar, era generoso al compartir sus conocimientos, sea en las horas que dedicaba formalmente a la docencia en la Universidad Iberoamericana o el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual, o en los cursos gratuitos que muchas veces impartía a residentes de psiquiatría y a cuanta institución o persona se lo solicitara. Daba alas a sus alumnos y sonreía satisfecho al vernos volar. Cuando recibí como obsequio una pequeña y bella monedita por la graduación de psicóloga de la primera alumna a la que le tutore su tesis corrí a ofrecérsela a él. Me pidió que la regalara mejor a quien estuviera segura que se comprometería a cambio con la formación de alguien más de la manera desinteresada y competente que se requiere en nuestro amado México. Así lo hice, desde luego. Desde entonces, cada uno de mis aciertos lo nombra también.

La investigación científica para Francisco debía ser una que generara acción, que resolviera al menos en parte algunos de los tantos problemas que aquejan a las personas que padecen trastornos mentales. Le interesaban las soluciones para muchos, la salud mental pública. Desde esta perspectiva debe hacerse un esfuerzo importante por gestionar conocimiento y lograr su traslación

con base en políticas públicas y modelos de atención basados en evidencia. A eso dedicó el resto de su vida como científico. No dudó en aceptar el liderazgo para el estudio de trastornos mentales en centros penitenciarios del país que sirviera para la planeación y desarrollo del primer hospital psiquiátrico penitenciario en México, el de Cuautla, Morelos. Esto tras su experiencia como psiquiatra en el centro penitenciario de máxima seguridad de Almoloya de Juárez, a donde acudía algunas tardes luego de sus labores en el INPRFM (el resto de sus tardes las disponía a la consulta privada, que nunca dejó del todo, no debía hacerlo, era también un clínico magnífico). Tampoco titubeó en aceptar apoyar al Dr. Benjamín Becerra para gestionar la creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) con base en el planteamiento de las necesidades de atención en salud mental del Estado que detectaron mediante el estudio epidemiológico que idearon y condujeron para tal propósito.

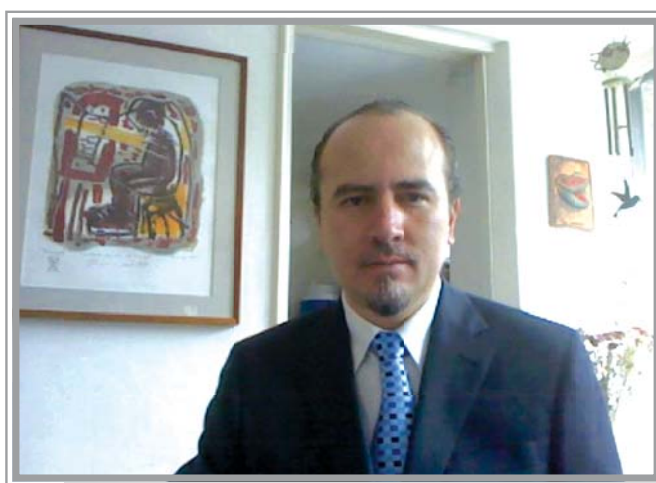
SALME, su más grande logro profesional

Francisco se sentía orgulloso de SALME desde el día en que se concretó la posibilidad de desarrollarlo, cuando aún no tenía ni nombre. Le fascinaba la sola idea de poder colaborar para que existiera una instancia estatal encargada de organizar los servicios de salud mental con base en evidencia científica, una orientado a la recuperación de las personas con trastornos mentales graves mediante un sistema de rehabilitación comunitaria; una que, de acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, resolviera la brecha de atención a las enfermedades mentales mediante la incorporación de servicios de salud mental en módulos comunitarios y a través de la capacitación de profesionales de la salud laborando en el primer nivel de atención; una que diera a sus residentes de psiquiatría, que crecían en número y competencias año con año, la oportunidad de

una formación de alto nivel. Y esta institución es SALME hoy.

Después de SALME regresamos a la Ciudad de México; Francisco se incorporó a los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud bajo el liderazgo de nuestro querido Dr. Eduardo Madrigal. Tenía la firme idea de extender esta experiencia de SALME a la Ciudad de México; de hecho preparó un protocolo de investigación para iniciar con el desarrollo del sistema de desinstitutionalización y rehabilitación comunitaria para personas con trastornos mentales graves atendidas en los hospitales psiquiátricos de alta concentración que forman parte de SAP. Hoy, el equipo de investigación que ahí se integró avanza día a día en este y otros proyectos que ya son una realidad en SALME Jalisco. Francisco nos ha inspirado a muchos a continuar trabajando para mejorar los servicios de salud mental implementando investigación de traslación a favor de quienes tanto nos necesitan.

Francisco era además cultísimo, no solo leía de medicina, psiquiatría, psicología, sociología, filosofía y psicoterapia, igualmente disfrutaba de novelas, cuentos y poesía (que también escribía); lo primero que hacía a diario era consultar al menos un par de periódicos (uno nacional y otro internacional). Cocinaba muy rico y gustaba de caminar por horas y de compartir el tiempo libre con su pareja y amigos. Era sereno y el médico gratuito las 24 horas para todos los que así lo necesitaban. Para rematar guapísimo, de izquierda y el hombre más bueno que he conocido. También el más tímido, terco y parresico (como se autocalificaba). La combinación de sus virtudes y defectos me resultaba adorable. No sólo hacen falta más médicos y psiquiatras como él, necesitamos a más personas como él. Al menos lo intentaré, mi amor, te prometo.



Instrucciones para los autores en la revista SALUDJALISCO

La revista SALUDJALISCO es una publicación oficial cuatrimestral de la Secretaría de Salud Jalisco que publica artículos en idiomas español e inglés. La revista tiene como objetivo el difundir resultados de investigación, información acerca de eventos y programas de promoción de la salud, al igual que brindar un reconocimiento a personajes destacados en el ejercicio de la salud pública, convirtiéndose en un vehículo para fortalecer el quehacer de la medicina, la enfermería, la odontología y profesiones afines, en los tres niveles de atención en salud.

A continuación se describen las instrucciones para los investigadores que decidan someter trabajos para su publicación en la revista SALUDJALISCO:

a) Tipos de trabajos que se reciben

- **Artículos de comunicación científica** (de 15 a 20 páginas): estos documentos presentan de manera detallada resultados originales e inéditos de investigación, teniéndose que estructurar de la siguiente manera: introducción, metodología, resultados y discusión. Dentro de las páginas deberán de considerarse el resumen en español e inglés, cuadros, imágenes y bibliografía.
- **Artículos de revisión de tema** (de 10 a 15 páginas): en este tipo de documentos, se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, así como de la revisión crítica de la literatura sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo.
- **Cartas al editor** (de 1 a 2 páginas): descripción crítica y analítica de la posición del autor sobre los documentos publicados en la revista SALUDJALISCO, lo cual constituye una aporte importante para generar la reflexión y discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.
- **Casos clínicos** (de 5 a 10 páginas): descripción de situaciones clínicas reales y de relevancia para la práctica médica del personal de salud en los tres niveles de atención.
- **Cultura Médica** (2 a 5 páginas) Documentos que buscan rescatar y valorar las manifestaciones culturales ligadas con aspectos de la salud.

Cuando se reciba un documento en cualquiera de sus modalidades, esto no implica que de manera obligada el Comité Editorial lo publique, pues el Comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos o de hacer las modificaciones editoriales pertinentes.

b) Instrucciones para envío y sometimiento del artículo

Envío de documentos:

Enviar en archivo electrónico el documento original en Word, letra *Arial* o *Times New Roman*, tamaño 12 puntos, con una extensión máxima de 20 páginas (sin tener en cuenta tablas, gráficos y referencias bibliográficas) a 1.5 cm de espacio, tamaño carta con márgenes de 2.5 cm en cada lateral. Se admiten por artículo 35 referencias como máximo y mínimo 10, con excepción de los artículos de revisión que se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Los documentos se deberán de enviar en electrónico al correo **revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx** o **zenteno_gmo@yahoo.es** o bien de manera personal al Departamento de Investigación en Oficina Central, de la Secretaría de Salud Jalisco, con domicilio en Calle Dr. Baeza Alzaga 107, zona centro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44100, tel. 3030 5000 ext. 35084. Junto con el documento a someter para posible publicación, se debe

anexar una **carta de sometimiento del artículo** con la declaración de responsabilidad donde señale que el(los) autor(es) están aceptando que el artículo es original, que no ha sido enviado ni se someterá para su publicación a otra revista.

De igual manera, hacen constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro del artículo, las fuentes de financiación de la investigación o publicación y cualquier otro conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores, especificando la transferencia de los derechos de autor a la Revista SALUDJALISCO en caso de aceptarse su publicación.

Tomando en cuenta el número elevado de co-autores que se inscriben dentro de una publicación científica, se tendrá suficiente rigor en la evaluación de la contribución real de cada autor, señalando dentro de la carta de sometimiento del artículo, las contribuciones de cada uno de los autores, tal como fue aprobado por el *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconoce la autoría basada en la contribución sustancial en relación con:

- El diseño y/o análisis e interpretación de datos
- La redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual importante
- La aprobación final de la versión para ser publicada

Evaluación de documentos

Todos los documentos que se reciban, serán revisados de forma anónima por dos o tres personas expertas en el objeto de estudio y/o la metodología empleada. Se dará un promedio de dos semanas para la revisión por sus pares, pero de igual manera los tiempos de revisión dependen de su disponibilidad. El Comité Editorial revisará las evaluaciones de los pares expertos y se tomará la decisión de aceptar el artículo, de reenviarlo al autor con modificaciones o rechazarlo.

Si el documento se acepta pero con modificaciones, una vez que los autores envían la versión revisada de su artículo, el Comité Editorial procederá a revisar la nueva versión junto con la carta que deben enviar los autores, explicando los ajustes y modificaciones realizada a partir de las recomendaciones de los expertos.

Las recomendaciones en que no se este de acuerdo, deben explicar los motivos detalladamente los autores. Se reservará el derecho de no publicar un documento si los autores no contestan a satisfacción los requerimientos planteados.

Una vez que haya sido aceptado el documento para su publicación, el Comité Editorial enviará un documento donde se manifieste la decisión editorial y se indicará el número en el que se publicará. La versión se enviará en formato PDF a los autores, con el fin de realizar una revisión

general al artículo y devolver el mismo ya sea con ajustes pequeños o aprobado, dando como plazo 24 horas después del envío.

Presentación de los trabajos

Los artículos, deberán de contener los siguientes apartados, debidamente diferenciados y presentados en el siguiente orden:

Primera hoja:

Título: lo más corto posible, sin interrogaciones ni exclamaciones y con carácter afirmativo, escribiéndolo en un máximo de 18 palabras.

Autores: nombre completo de todos los autores en el orden de aparición en la publicación, su fecha de nacimiento, títulos académicos, dirección electrónica e información laboral institucional. Deberá de señalarse el autor a quien se dirija la correspondencia y se va a enviar los ejemplares correspondientes a cada autor, con indicación de su dirección, teléfono, dirección electrónica o apartado postal.

Segunda hoja:

Resumen: redactar un resumen estructurado con los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. El resumen deberá de ser no mayor a 250 palabras, incluyendo la síntesis de cada uno de los elementos del artículo.

Se deberá de agregar de 3 a 5 palabras claves, que describan el contenido del documento, recomendándose normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales.

El resumen se deberá de presentar en idioma español y en inglés, al igual que las palabras clave.

Tercera hoja en adelante:

Introducción: describir el desarrollo antecedentes del problema u objeto de estudio y de una manera puntual, permita centrar el tema de estudio, indicando claramente las bases en que fundamenta el estudio, las razones que justifican su realización y el objetivo del estudio. La introducción debe redactarse enfatizando la necesidad del estudio, generando curiosidad en el lector.

Metodología: esta sección detalla la forma de cómo se ha realizado el estudio. Debe de proporcionarse toda la información necesaria para que otros investigadores puedan replicar la investigación. Se debe de incluir la definición del tipo de estudio realizado, el objeto del trabajo, definición de la población, el tamaño y tipo de la muestra y forma de cálculo, el análisis estadístico utilizado, los procedimientos empleados, las marcas, modelos de equipos e insumos empleados.

Es importante agregar al final de este apartado, si la investigación fue aprobada por alguna comisión de investigación y ética, así como mencionar si se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de las personas que participaron en la investigación.

Resultados: El objetivo de este apartado es presentar los resultados del análisis de los datos, mostrando si los datos obtenidos apoyan o no la hipótesis de la investigación, deben presentarse en una secuencia lógica, en textos apoyados en tablas y figuras que expresen claramente los resultados del estudio. No repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes.

Algunas consideraciones importantes para la redacción de resultados son: los resultados se presentan pero no se interpretan, la presentación debe de ser concisa y han de presentarse de una sucesión lógica.

Discusión y conclusiones: en este apartado debe de destacarse los aspectos nuevos e importantes de las observaciones hechas,

argumentando las conclusiones que de ellas se derivan. No deben repetirse en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción, relacionando los obtenidos, con otros estudios relevantes sobre el tema, indicando las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Deben de relacionarse las conclusiones con los objetivos del estudio, no haciendo suposiciones si no se ven apoyadas por los datos.

Agradecimientos: en este apartado se mencionan las personas o instituciones que han ayudado personal o materialmente en la elaboración del estudio, las personas que han atribuido al desarrollo del trabajo pero cuya colaboración no justifica la autoría. Es necesario que me señale el tipo de colaboración.

Referencias bibliográficas

Las referencias se deben numerar, en secuencia, según su orden de aparición en el texto, por medio de números arábigos entre corchetes [], en texto plano, es decir, sin utilizar hipervínculos de notas al final. Cada referencia debe comenzar con el apellido y luego las iniciales de todos los autores —sin signos de puntuación entre estos elementos— hasta un máximo de seis autores. Si son siete o más, deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura et al. Si son varios autores, deben separarse con comas.

Se recomienda seguir de manera estricta, la guía esquemática de presentación de la *Norma Internacional Vancouver*.

Material gráfico: El material gráfico está constituido básicamente por tablas, cuadros y figuras. Todos deben estar anunciados o llamados en el texto, lo más cerca posible del punto en que deban insertarse. Los llamados en el texto se indican mediante la expresión tabla, mapa o figura, según el caso, seguida de su número correspondiente en arábigos. Las tablas y gráficos estarán contenidos dentro del archivo.

Las tablas deben llevar un título breve en la parte superior, a continuación del término tabla y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior. Se admiten como máximo seis tablas.

Las figuras pueden ser material ilustrativo diverso, como fotos, mapas, diagramas y esquemas. Deberán llevar un título lo más breve posible en la parte inferior, a continuación del término figura y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior, después del título.

Este material deberá enviarse tanto en el archivo electrónico fuente, como en Word o Power Point y en PDF, para que el diseñador tenga la oportunidad de adecuarlos a los espacios disponibles.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista SALUDJALISCO

Calle Dr. Baeza Alzaga 107

Zona Centro, Guadalajara, Jalisco.

Código postal 44100.

Teléfono: 3030 5000 extensión 35084.

Correo electrónico:

revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx

o al editor: zenteno_gmo@yahoo.es



VIII FORO ESTATAL DE INVESTIGACIÓN



7 y 8 de Noviembre 2019

**Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"
de 8 a 15 hrs.**

Cupo limitado

Registro: <https://www.ssj-desarrolloinstitucional-investigacion-gobjal.mx/noticias>



Agradecemos a la Universidad Autónoma de Guadalajara su apoyo en la impresión de este número