



Revista de Salud Mental

Organo Oficial de la Sociedad de Psiquiatría

Fundada en Octubre de 2003
Sociedad Boliviana de Psiquiatría

Filial La Paz.

Gestión 2003 - 2004

Volumen DOS

Número UNO

Depósito Legal: 4-3-91-04

La Paz, Bolivia

Equipo Editorial

DIRECTORA:

Dra. Norma Barrenechea Cueto

JEFE DE EDICIÓN:

Dra. Mabel Romero Maury

REDACCIÓN:

Dra. Lourdes Vela Alfaro

Dra. Claribel Ramirez Hurtado

EQUIPO EDITORIAL:

Dr. Marcelo de la Quintana

Dr. Carlos Dipp

Dr. Fernando Garitano

Dra. Germaine Hailot

Dr. Jorge Hurtado

Dr. Carlos Jordán

Dr. Eduardo Maldonado

Dr. Mario Sanchez

Contenidos

EDITORIAL

BIOGRAFÍA

ARTÍCULOS ORIGINALES

RELATOS DE CASOS

TRABAJOS PARAMÉDICOS

ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

SECCIÓN CULTURAL

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Directiva de la Sociedad
Boliviana de Psiquiatría
Filial La Paz,
La Directiva 2003 - 2004

DR. CARLOS JIMENEZ VURUEZ
PRESIDENTE

DRA. NORMA BARRENECHEA CUETO
SECRETARIA GRAL.

DRA. IRENE CERRUTO LACIO
TESORERA

DRA. LIBERTAD PACHECO BARRANCOS
VOCAL

Editorial

Acerca de las políticas en salud mental

El sector salud en la organización de un Estado tiene la responsabilidad de cumplir acciones en relación a los factores que determinan la sobrevivencia y calidad de vida de los habitantes del determinado país. Para poder hacerlo con equidad, su capacidad de respuesta depende de la información pertinente y actualizada, así como de tener una relación fluida con los otros sectores.

La calidad de esa información determina la visión acerca de la ubicación y dinámica de los diferentes elementos involucrados, y en los casos en que se debe atender problemas de salud, poder planificar las acciones que se requieran. Para el caso del rol del Estado en la Salud Mental, se trata fundamentalmente de tener un concepto claro acerca de lo que la población hace consigo misma en cuanto a su vigencia en el contexto de las naciones, esta misión implica que se deba utilizar enfoques científicos multidisciplinarios para la definición de políticas.

Como los problemas de Salud Mental en el mundo de hoy son cada vez más frecuentes y severos, el Estado tiene que estar informado y organizado, aunque para numerosas situaciones, la población genere soluciones individuales y colectivas, ya que éstas puede que muchas veces no sean suficientes.

En Bolivia aun no contamos con políticas de estado para la salud mental, tampoco con un plan

en ejecución, de hecho ni siquiera con información suficiente sobre la situación real. Un Plan Nacional de Salud Mental moderno tendría que empezar por la consideración de las acciones y los recursos que actualmente tenemos los habitantes, y asumir las responsabilidad de orientar y facilitar estos esfuerzos. En este sentido, es tarea fundamental de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría el participar en el desarrollo de un Plan Nacional de Salud Mental.

El Plan Nacional de Salud Mental puede ser el producto del acuerdo de quienes están organizados y trabajando en el estudio y atención a los problemas respectivos, este encuentro de coincidencias y divergencias, será el hecho que genere la determinación de prioridades, consolidando la información suficiente acerca de los puntos de vista y acciones que en el país se desarrollan en relación a este tema.

Se pueden descubrir los factores que favorecen así como los que entorpecen el desarrollo de las actividades quienes hemos elegido el compromiso de trabajar para mejorar nuestra calidad de vida, solo depende de asumir una responsabilidad histórica, desde el puesto que a cada uno nos toca.

*Dr. Fernando Garitano Zabala
Médico Psiquiatra*

Dr. Eduardo Maldonado Ramirez

BIOGRAFÍA

Dra. Norma Barrenechea Cueto



El Dr. Gerardo Eduardo Maldonado Ramírez, nació en La Paz - Bolivia el 4 de febrero de 1931.

Egresó como Licenciado en Medicina y Cirugía, en la UMSA, el año 1958, con Título en Provisión Nacional en marzo de 1960. Realizó sus estudios en la especialidad de Psiquiatría en la Universidad de Londres, obtuvo el título de Individual Membership, World Psychiatric Association, el año de 1969, además de ser especialista en Medicina Interna. Realizó el curso para Administradores de Hospitales en el Hospital Federation en Londres el año 1967, adquiriendo el Certificado del Gobierno Británico sobre Administrador de Hospitales, Higiene Social y Metodología del conocimiento.

Los diversos trabajos de investigación en su larga carrera profesional que se desarrollaron fueron las siguientes nombradas en orden cronológico:

Es autor de “La Medicina Psicosomática”, trabajo de Ingreso a la Sociedad Boliviana de Medicina Interna en el 1960.

Escala de Organicidad para diagnóstico Diferencial de los Trastornos de la Conducta “M-G-E”, la monografía para Doctorado entre el año 1970 y 1989. Y Para el Panorama del Suicidio en Bolivia, Realizó la Monografía de Investigación Social para la Sociedad Boliviana de Ciencias Penales en el 1986.

Participa en la Investigación de la Vocación Médica y la Orientación Profesional en Bolivia, CON los Drs. José María Alvarado, Eduardo Maldonado y R. Camacho en el año 1985.

En 1986 se crea el Departamento de Salud Mental, Investigación Pedagógica-Académica, junto al Dr. José María Alvarado .

Traduce al inglés el “D.S.M.III”, Manual estadístico y diagnóstico de la “American Psychiatric Association y el Despistaje Psiquiátrico en la Comunidad Universitaria de San Andrés. E n esfuerzo conjunto con los Drs. Mario Sánchez,

Montserrat La fuente, Ricardo Córdova – Coré entre 1988 y 1989.

El año 1988 crea el Servicio Universitario de Salud Mental “SEUSME”, UMSA. Crea los Comités de Salud en Comunidades Educativas, proyecto Dpto. de Salud Mental y COFRE La Paz, en el año 1989.

Es autor de “Sinópsis de Psicología Médica”, libro de texto para alumnos de la Facultad de Medicina, publicado en Oruro, 1986.

Escribió “Pautas de Salud Mental” libro en preparación para estudiantes de las áreas de Salud y Ciencias Sociales.

Realiza también “La Epistemología de la Investigación-Acción”, que es un trabajo de investigación bibliografía en el curso de Docencia e Investigación.

En homenaje del Goethe Institute en el aniversario de su nacimiento, escribe “La vida y obra de Sigmund Freud”.

También realiza un correlato “Aspectos Médicos Sociales” en la Asamblea Consultiva Nacional del Colegio Médico de Bolivia sobre el Seguro Social campesino, en el año 1978.

En el Boletín de Post Grado No 21 de febrero de 1988, escribe sobre la “Psicofarmacología en las Neurosis”, en el No 16 de junio del 1988 escribe sobre la “Psicopatología de la Infertilidad”.

Escribe también sobre la “La Masturbación y la Salud Mental”, en el Boletín de Salud Mental No 1, junio 1988.

Escribe un artículo en la prensa de Cuadernos del Hospital de Clínicas en el año 1989 sobre como ser “Consultor Psiquiátrico en Hospitales Generales”. En el 1978 realiza las “Conclusiones de la Comisión de Asuntos Médicos Sociales”. Y

un “Prediagnóstico de la Salud Mental”, en la Caja Nacional de Seguridad Social, esto en el 1986. Escribe también el “Ensayo sobre Servicio Social y Enseñanza de la Psicopatología”, trabajo inédito para optar a la Cátedra correspondiente, en el año de 1970.

Participa en la conferencia sobre el “Panorama de la Salud Mental en Bolivia”, conferencia dirigida a Residentes y Alumnos del Internado Rotatorio del Hospital de Clínicas, en el año 1987.

En febrero y marzo de 1991, hace un Relato sobre “la Problemática Psicosocial del Aborto”, en las Jornadas Multidisciplinarias de la Sociedad Boliviana de Ciencias Penales.

La actividad docente realizada en su larga trayectoria fue la siguiente:

Docente de Pregrado y Postgrado en la Facultad de Medicina en diciembre de 1958. Además de Jefe de Clínica psiquiátrica.

Profesor de Higiene Mental y psiquiatría en Enfermería, en el año 1961.

En la Facultad de Servicio Social, acreditando actividad Docente entre los años 1958 y 1961.

Fue Docente de Post Grado en Psiquiatría de la Caja Nacional de Seguridad Social en el año 1985.

Se desempeñó como Profesor Asistente Interino, en psiquiatría en la UMSA, esto en junio de 1979 y fue Profesor Asistente titular, en octubre de 1979, Profesor Titular “A”, en septiembre de 1981, y en junio de 1985 trabajó como profesor adjunto.

Desempeñó el cargo de Profesor de Psiquiatría como Catedrático Titular y Jefe del Departamento de Salud Mental, en agosto de 1987. Docente en la Escuela Evangélica de Enfermería, acreditado entre los años 1962 a 1970.

En 1987 es Director del curso Pre Facultativo y en noviembre de 1988 es Docente en el Cenáculo de Psicología y Psiquiatría, en el año 1971 es Catedrático de Psicología Aplicada a la Odontología, nota del Dr. Aldo Luna Cardozo Decano de la Facultad de Odontología 1971.

Es Asistente en el Curso de “Redacción del Escrito Médico”.

El año 1989 es Presidente del Seminario Taller de “Estructura Académica” de la Facultad de Medicina, donde también participa como expositor y como asistente.

También participa como Delegado Titular en el IV Ampliado de Docentes de la Facultad de Medicina en noviembre 20 de 1989, firmada por el Dr. Gonzalo Taboada Secretario Ejecutivo de FEDSIDUMSA.

Es designado como Jefe Titular del Departamento de salud mental de la UMSA, por el H. Consejo Universitario, desde el 1º de octubre de 1986. También se desempeña como Vicedecano de la Facultad de Medicina UMSA de 1989 a 1992. En el año 1991, recibe el Diploma como homenaje, reconocimiento y agradecimiento a los 25 años de labor universitaria.

Es Expositor en las V Jornadas de Psiquiatría, Sucre en el año 1990 en este mismo año participa en la “II Reunión Nacional de la Red de Información en Ciencias de la Salud y en la XIII conferencia Panamericana de Educación Médica, esto en Costa Rica el año 1991.

Asiste al el Taller de Diseño Curricular de la Carrera de Medicina en el año 1991.

Se destaca como Asesor en la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina en septiembre del 1991.

Fue expositor del Seminario Taller de “Estructura Académica” de la Facultad de Medicina el año 1989, en este mismo año expositor en las IV Jornadas Nacionales de Psiquiatría, en las Jornadas Multidisciplinarias sobre el Aborto y Expositor en el Seminario de Interacción Social, en el que se trato la Lectura de la Realidad del Proyecto Viacha en el año 1991. Luego en ese mismo año participa como disertante en el Seminario “Psicología y el Médico Odontólogo”.

Actividad médica científica internacional

Participa también como Ponente del Tema Oficial en la XX Reunión Anual de la Federación Mundial para la Salud Mental efectuado en Lima en diciembre 1967. Participa como Relator en el

XI Congreso Médico Panamericano La Paz en octubre del 1970 y en diciembre de 1971 es Relator del Tema “Síndrome de Lóbulo Temporal” en el V Congreso Mundial en México.

Relator del Tema “Correlación Electroclínica en Psiquiatría” en el XIII Congreso Argentino de Neurología, Córdoba 1972 y Miembro Titular del y congreso Argentino de Psiquiatría, Córdoba octubre 1972.

Miembro titular del XIII Congreso Argentino de Neurología, Córdoba en octubre 1972 y en diciembre de este mismo año es Miembro Titular del VII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría en el Uruguay.

También Relator del Sub tema “Psicofarmacología en las Neurosis”, en el VII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría desarrollado en Uruguay en diciembre de 1972.

Participa como Miembro Titular del III Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil en Buenos Aires en septiembre de el año 1975.

Relator del Tema Libre “Diagnóstico Clínico de Epilepsia Infantil” en el III Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y Miembro Titular del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica realizado en Buenos Aires en septiembre del año 1974.

En Río de Janeiro participa en el IV Simposio Internacional de la Universidad de Illinois en Chicago, esto en Marzo de 1988.

Participa también en el Taller Andino sobre “Uso Racional de Psicofármacos”.

Relator del Tema “Trauma”, en las XIII Jornadas Médicas del Hospital Obrero en noviembre 1968. Y es Relator Oficial y Miembro en las II Jornadas Bolivianas de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía en Cochabamba en agosto del año 1969.

Profesor del I Curso de Psicología Aplicada a la Odontología en mayo de 1970. Participa como Relator en las III Jornadas Nacionales de la Sociedad Boliviana de Neurología y Neurocirugía y Psiquiatría, Tarija 1971. Participa en la Mesa Redonda de “Actualización en Gineco-Obstetricia”, en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Boliviana de Cirugía en noviembre del año 1973.

Es Relator y Co-Relator en las IV Jornadas Nacionales de psiquiatría efectuado en Potosí en noviembre del 1973. También relata el Tema “Shock Psicogénico” en la II Reunión Nacional de la Sociedad Boliviana de Cirugía Bucal en junio del 1973.

En septiembre 1974 asiste al I Curso Internacional de Electroencefalografía Clínica. Luego es Relator en el I Simposio Internacional de Patología Médica.

Participó como Relator en el V Curso Internacional de Cancerología en noviembre del año 1974. Y en el I Simposio sobre “Problemas de Conducta” de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría en octubre del 1975. Y En noviembre de 1976 asiste a la 1 Reunión Nacional de la Sociedad Boliviana de Neurología.

Es Relator en el Curso sobre “Electroencefalografía Clínica” de la Sociedad Boliviana de Neurología en junio de 1984. Docente en el Curso de Educación Médica Continua Universitaria desarrollado en julio de 1986. Participó como Relator en el 1 Curso de Prevención sobre el “U.I.D.”, en mayo del 1986.

En octubre de 1986 obtiene el Certificado de Aprobación del 1 Módulo “Introducción a la Docencia”.

Es también Disertante en el Seminario “La Integración Docente Asistencial y la Educación Médica”, en noviembre del año 1987.

En octubre de 1988 recibe el Certificado de Asistencia al I Congreso Interno de la UMSA, octubre 1988. Fue disertante en el ciclo de Conferencias “Actualidad en Psiquiatría”, en marzo del año 1989, también Organizador y Director del Curso de “Atención Primaria en Salud Mental y Urgencias Psiquiátricas”, en octubre del 1988.

En agosto del 1991 es Profesor Invitado sobre “Uso Racional de Psicofármacos” del consejo Nacional de Prevención de la Farmacodependencia, CONAPRE.

Pertenece a diferentes Sociedades científicas donde desempeñó cargos directivos:

Miembro de Honor de la Sociedad Argentina de Psiquiatría Biológica, en Buenos Aires en diciembre del 1985.

Individual Member Ship de la World Psychiatric Association, Londres 1969, Funda y llega a ser el Primer Presidente y Presidente Re-Electo de la Sociedad Boliviana de Psiquiatría, en 1985.

Fundador y Director del Cenáculo de Psiquiatría y Psicología, en febrero 1970. Es Miembro Titular de la Sociedad Boliviana de Historia de la Medicina, en octubre del 1984. También es Miembro Titular y Ex Presidente de la Liga Boliviana de Higiene Mental, el año 1980.

Miembro de la Sociedad Boliviana de Pleuralogía, en el año 1980.

Miembro de la Sociedad de Ciencias Penales, en el año 1990.

Es Gobernador por Bolivia del Proyecto Simón Bolívar para las Américas, en el año de 1988.

Fundador del Proyecto Andino de Salud Mental Tahuantinsuyo, en 1989 y Secretario Ejecutivo de ABOLFAM, en 1991.

Referente a la actividad médica que desempeña desde el comienzo de su carrera profesional se puede señalar lo siguiente:

Fue Director del Hospital Obrero en septiembre de 1967 a mayo de 1969 y posteriormente Jefe Médico.

También se desenvuelve como titular de Menores y Asesor Psiquiátrico del Consejo Nacional del Menor, desempeñando las funciones de Vocal Psiquiatra del Tribunal Titular de Menores, todo esto realizado a partir del 1969 al 1970.

Obtiene la acreditación de Director Médico Nacional a Director Ejecutivo Nacional de la Caja Nacional de Seguridad Social, en mayo del 1970 a agosto de 1971.

Se desempeña como Médico Psiquiatra del Policlínico 9 de abril de 1958 a 1967.

Es designado como Miembro del Consejo Médico del Ministerio de Salud de marzo a agosto de 1971.

Posteriormente desempeña la condición de Jefe de Servicio del Hospital de Psiquiatría, de septiembre de 1971 a enero de 1985.

Es nombrado Sub-Secretario de Previsión Social y Salud Pública de febrero a agosto de 1985.

Nombrado jefe de Servicio del Hospital de Psiquiatría y Ex Subsecretario de Previsión Social y Salud Pública en agosto de 1985.

También Jefe de personal de la Caja Nacional de Salud y Jefe de Servicio I para posteriormente ser Director del Centro II, del 1º febrero 1987 a noviembre 1987.

Cargos en la “COMSIB” y el Colegio Médico

Desempeñó los siguientes cargos:

- Secretario de Prensa y Propaganda del Comité Ejecutivo 1965 a 1967.
- Secretario de cultura, 1967 a 1969.
- Director del Boletín Médico de la COMSIB de 1964 a 1969.
- Delegado de la COMSIB ante el Consejo Médico Técnico de la Caja Nacional de Seguridad Social 3 años.
- Participa en la Secretaria General de la COMSIB en marzo de 1969.

Conocimiento de idiomas extranjeros

- 1- Certificado de aprobación del Curso de Inglés de “The Progressiv English Group, Londres marzo 1967.
- 2- Proficiencia en Inglés acreditada por el certificado Internacional “Lower” de la Universidad de Cambridge, junio 1968.

Además sensible escritor de magníficas poesías, editadas en un libro con el título de ÉRASE el año 2001.

Considerado como uno de los psiquiatras más prominentes de nuestro tiempo.

Por lo que le rendimos un homenaje a sus 40 años de trabajo en favor de la Salud Mental.

ARTÍCULO ORIGINAL

Determinación de la calidad de vida en pacientes diabéticos hospitalizados en la unidad de medicina primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003

Dr. Mauricio A. Peredo Vásquez
Médico Residente de III año de Psiquiatría Unidad de Salud Mental,
Hospital de Clínicas Universitario
Dra. Micaela A. Valda Sánchez, (Médica General)
Dra. Nohemí C. Trujillo Bravo, (Médica General)

RESUMEN

La diabetes, es una dolencia de carácter social, determinada por las formas de relacionarse de las personas en sistemas sociales, es una enfermedad compleja que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina.

Los rasgos de la personalidad se han relacionado con el control de la glicemia afectando desde el inicio del proceso la vida cotidiana del paciente.

El objetivo es determinar el grado de placer y satisfacción experimentado en distintas áreas del funcionamiento cotidiano de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, hospitalizados en la unidad de medicina primera del hospital de clínicas universitario de la ciudad de La Paz durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003.

Los resultados obtenidos de un total de 32 pacientes, 17 (53%) sexo femenino y 15 (47%) sexo masculino, en edades que comprenden de 15 a 65 años.

Con procedencia, pacientes masculinos 2 (13,3%) área rural, 5 (33,3%) área urbana 8 (53%) área peri urbana. En relación al sexo femenino 1 (6%) área rural, 6 (35%) área urbana y 10 (59%) área peri urbana.

La percepción subjetiva del estado de salud física respecto a la enfermedad, de 9 (29%) manifestó falta de energía, 9 (29%) presentaron dificultades para conciliar o mantener el sueño, 6 (18%) refirieron dolor físico, 6 (18%) relacionaron la enfermedad con limitación de la actividad física, y 6 (2%) refirieron alteraciones de la memoria.

La percepción subjetiva del estado de ánimo en relación a su estado de salud, 7 (22%) manifestaron sentirse insatisfechos con su vida, 7 (22%) se sienten dependientes, 9 (27%) se sienten desanimados, 4 (12%) refirieron pérdida del interés por cuidar su aspecto, 3 (10%) manifestaron no sentirse a gusto con su aspecto personal y 2 (7%) manifestaron insatisfacción con su vida.

La satisfacción percibida; 11 (35%) disminuyeron su desempeño laboral, 11 (35%) no sienten interés por su trabajo, 10 (39%) no se sienten a gusto en su trabajo debido a las complicaciones de la enfermedad.

En las actividades de la casa, 10 (31%) no se sienten a gusto realizando las labores de casa, 8 (25%) refieren que las actividades de la casa les genera demasiada tensión, 7 (22%) refieren que no sienten interés por realizar estas actividades y 7 (2%) no se desempeñan de forma adecuada en las actividades de la casa.

La percepción subjetiva de las relaciones sociales y el estado de salud 10 (31%) manifestaron desinterés por mantener relaciones sociales, 8 (25%) no tienen relaciones sociales por medio a una descompensación, 7 (22%) por la preocupación de la dieta evita acontecimientos sociales, 4 (13%) evitan relaciones sociales por miedo al rechazo, y 3 (9%) evitan las relaciones sociales por vergüenza.

La percepción subjetiva referente al tratamiento 9 (27%) interrumpieron el tratamiento por el costo de los medicamentos. 7 (22%) refieren incomodidad por al ser de por vida, 6 (20%) no comprendieron las instrucciones y la importancia del tratamiento, 5 (18%) falta de adaptación al tratamiento y al cambio de estilo de vida, 4 (13%) manifestaron dudas sobre la utilidad del tratamiento.

Concluimos que existe una percepción subjetiva de insatisfacción y dependencia en los pacientes diabéticos que repercute en el desempeño laboral, familiar y social, dificultando aún más la adaptación al cambio del estilo de vida que debe sufrir cada uno de ellos. Para lo cual es importante el apoyo del personal de Salud especialmente en el área de psiquiatría para lograr una adecuada aceptación y adaptación del paciente con su entorno social con respecto a su enfermedad.

Introducción

La diabetes, es una dolencia de carácter social, determinada por las formas de relacionarse de las personas en sistemas sociales. El proceso entre la salud y la enfermedad, es un tipo de relación socio-histórica. Podría decirse que se llega a pasar de un estado de salud al de enfermedad, por una acumulación de elementos que atentan contra este equilibrio, que es el organismo en salud. Por una cuantificación “negativa”, se da un paso a una alteración cualitativa.

La diabetes mellitus es una enfermedad compleja que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y por una insensibilidad o resistencia de los tejidos al efecto metabólico de la insulina.⁽¹⁾

El número de diabéticos adultos en el mundo era de 135 millones en 1995, pero 30 años después, para el año 2025 esta cifra será más del doble, pues se calcula que estará en 300 millones, incremento que se hará más que todo a expensas de los países en vía de desarrollo. De esa población enferma, en América Latina había 15 millones al despuntar el milenio y habrá 20 millones para el año 2010.⁽⁵⁾

En el caso de Bolivia, en tres de sus asentamientos urbanos, Santa Cruz, con una prevalencia cruda de 10.7%, La Paz con 5.7% (cerca de la mitad de lo acaecido en Santa Cruz) y El Alto 2.7%, la mitad de la capital boliviana y la quinta parte de la ciudad industrial. Los doctores Gustavo Raya y Elizabeth Dupleich, internistas de los hospitales Jaime Mendoza y Policlínico respectivamente, ambos nosocomios ubicados en Sucre, Bolivia; publicaron sus experiencias con diabéticos, analizaron las características de los 152 diabéticos mayores de 7 años vistos por ellos durante el año de 1998. Aunque prospectivo, hay que reconocer que la muestra es pequeña para la cantidad de variables, pero representativa de la ciudad y

del manejo de la diabetes en un tercer nivel. Concluyeron los investigadores que allí es más frecuente la diabetes en mujeres que en hombres, con mayor incidencia entre los 50 y 70 años, y sólo el 2% son diabéticos tipo 1, sólo un 3% de estos pacientes utilizaban insulina por lo que lógicamente acudían más a los hipoglicemiantes orales. A pesar de estar siendo atendidos en hospitales importantes de dicha ciudad, el control de los niveles de azúcar por glucometrías, glicemia o menos aún, por hemoglobinas glicosiladas. Las complicaciones son un cuadro preponderante en Sucre, como en otras partes. Las depuraciones de creatinina solicitadas en su grupo de enfermos correspondieron básicamente a los pacientes con insuficiencia renal crónica, ya que sólo se obtuvieron en el 10% de los pacientes. Un 7% del grupo padecía insuficiencia renal crónica, un 3% estaba en hemodiálisis y un 1% en diálisis peritoneal.⁽⁶⁾

En 1998, el ministerio de salud de Bolivia, con el apoyo de la OPS/OMS realizó una encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. El estudio incluyó una muestra por conglomerados de 2.948 personas en La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz. Los resultados indicaron una prevalencia de diabetes de 7,2%. La prevalencia de diabetes fue similar en hombres y mujeres. La tasa de prevalencia de TGA fue de 7,8%, siendo más elevada en las mujeres (9,1%) que en los hombres (6,6%). Las tasas de prevalencia de las tres categorías de intolerancia a la glucosa (diabetes conocida, nuevos casos de diabetes y TGA) fueron más elevadas entre aquellos que tenían menor nivel educacional. Son los menos favorecidos de Bolivia los más afectados por la carga de la diabetes. Estos resultados sugieren que aún en países en franco desarrollo donde la llamada transición epidemiológica se encuentra en pleno proceso, como Bolivia, la diabetes ya constituye un problema de salud importante.⁽⁵⁾

Determinación de la calidad de vida en pacientes diabéticos hospitalizados en la unidad de medicina primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003

La atención psiquiátrica a la diabetes ha sido muy esporádica y existen pocos estudios sistemáticos de sus complicaciones emocionales y mentales.⁽¹⁾

Las complicaciones psiquiátricas pueden dividirse en las derivadas de la adaptación a la enfermedad, a su curso crónico y a sus complicaciones, y las secundarias a la propia diabetes mellitus.

Los síntomas prodrómicos de la diabetes, en una instauración progresiva, pueden ser tan inespecíficos (falta de energía, fatigabilidad, visión borrosa, poliuria o solo impotencia), que orienten a la presencia de sintomatología denominada clásicamente como “neurótica”, o casi inexistentes, en una instauración brusca con delirium, cetoacidosis o coma hiperosmolar.

Existen episodios hipoglucémicos subclínicos nocturnos a los que se atribuye la aparición matutina de letargia, fatiga, humor depresivo y dificultades de concentración.⁽¹⁾

Frecuentemente se encuentra entre los pacientes con alteraciones cognoscitivas, además de episodios hipoglucémicos repetidos, hipertensión aterosclerosis, historia de accidentes vasculares cerebrales y coma.⁽¹⁾ Los episodios hipoglucémicos pueden manifestarse clínicamente como con incremento del grado de ansiedad, crisis de angustia profundas con un miedo extremo, en muchos casos sin que el paciente sea capaz de conectar la causa, pérdidas de control y trastornos del comportamiento.

En la diabetes se suele aceptar que uno de cada dos varones presenta algún tipo de disfunción sexual, sobre todo a partir de los 50 años de edad. A partir de los trabajos de Michal y otros se reconoce la importancia de la enfermedad vascular arterioesclerótica en la aparición de la impotencia, sobre todo en los varones mayores de 35 años. Las investigaciones sobre la sexualidad de la mujer diabética también muestran una mayor

incidencia de anorgasmia secundaria, así como mayor tendencia a las infecciones.⁽⁷⁾

Tanto en el varón como en la mujer diabéticos, la neuropatía y la microangiopatía parecen ser la causa del trastorno sexual.⁽⁷⁾

Una de las complicaciones del curso crónico de la diabetes mellitus es la insuficiencia renal, que produce casi siempre un marcado deterioro en la función sexual. Al ser sometido a diálisis estos pacientes pueden presentar un empeoramiento en su impotencia, acompañado, a veces, de un incremento del impulso con lo cual se agrava el problema.⁽⁷⁾

La diabetes mellitus puede provocar cuadros depresivos, ya señalados en 1885 por Legrand du Sale, que evolucionan paralelamente a la curva de glucemia. Abely denomina a dichas alteraciones psiquiátricas “melancolías pancreáticas”. Un síntoma que se asocia con frecuencia es la incapacidad de erección que se presenta en el 50% de los pacientes diabéticos mayores de 50 años⁽⁷⁾. La mayoría de los pacientes que presentan un episodio depresivo (64%) lo presentan el primer año después de haberse diagnosticado lo cual tiende a atribuirse más a una vulnerabilidad preexistente que al efecto directo de la diabetes. El impacto de la depresión sobre la diabetes se ha relacionado con una dificultad para mantener un peso apropiado, una tendencia a la hiperglucemia tanto en niños como en adultos, un mayor número de complicaciones en especial en personas de edad con mayor afectación de funciones cognoscitivas e intensidad del dolor en las neuropatías, así como una mayor frecuencia de ideación y conducta suicida; en consecuencia el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos mejora la calidad de vida, desde la perspectiva tanto de la remisión de la propia sintomatología depresiva como del impacto que ésta desarrolla sobre la diabetes.⁽⁸⁾

Determinación de la calidad de vida en pacientes diabéticos hospitalizados en la unidad de medicina primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003

La calidad de vida, viene definiéndose como la percepción que cada persona realiza de sí misma y de los demás, en relación con los recursos de que puede disponer. La posibilidad de sentirse persona, útil para los demás y para sí misma; en síntesis: el ser uno mismo en una sociedad concreta.⁽²⁾

El término "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS) hace referencia a la capacidad de actuación (funcionalismo) y a la sensación de bienestar de los pacientes afecta dos de forma crónica, tal y cómo ellos la experimentan de manera subjetiva.⁽⁴⁾

El estrés se implicó en la etiología de la diabetes y se acepta su influencia en el curso de la enfermedad ya establecida, se acepta que la presencia de experiencias estresantes produce fluctuaciones en los valores de glucosa en diabéticos y no diabéticos.⁽¹⁾ La magnitud de estos cambios es mayor en los diabéticos y dentro de éstos en los controlados con insulina más que los tratados con hipoglicemiantes orales.

Una respuesta incrementada a las catecolaminas endógenas conduce directamente a la cetoacidosis.⁽¹⁾

Los rasgos de la personalidad se han relacionado con el control de la glicemia. El inicio temprano del proceso, la existencia de posibles hospitalizaciones desde la adolescencia, las consecuencias familiares de éste diagnóstico, la responsabilidad de comportamiento, la intervención activa del paciente en el tratamiento de su enfermedad desde su diagnóstico (control dietético, inyecciones diarias con independencia de la presencia o no de síntomas), que resulta fundamental y determinante en la evolución de la enfermedad, la certeza de la cronicidad y de posibles complicaciones graves, la dificultad para mantener un control dietético, son factores que pueden contribuir al desarrollo neurótico de la personalidad con aparición de actitudes hipocondríacas, tendencia

a la inestabilidad emocional, irritabilidad, soledad, desesperanza y depresión.⁽¹⁾ En la diabetes de inicio muy temprano hay dificultades en el desarrollo psicosexual que pueden contribuir a la presencia de complicaciones emocionales.

La mayoría de pacientes que padecen un episodio depresivo lo presentan el primer año después de haberse diagnosticado la diabetes lo cual tiende a atribuirse más a una vulnerabilidad preexistente que al efecto directo de la diabetes.⁽¹⁾

El impacto de la depresión sobre la diabetes se ha relacionado con una dificultad para mantener un peso apropiado, una tendencia a la hiperglucemia tanto en niños como en adultos, un mayor número de complicaciones, en especial en personas de edad, con mayor afectación de funciones cognitivas e intensidad del dolor en las neuropatías, así como una mayor frecuencia de ideación y conducta suicida.

Aceptar que se tiene diabetes y que éste padecimiento no altera la vida de un paciente, permite una mejor calidad de vida para las personas que sufren esta enfermedad, con la aceptación se tiene la certeza de que hay cambios significativos en cada paciente, principalmente todo en el incremento de su autocuidado, otro de los logros que obtiene el paciente es aprender a manejar su estrés.⁽³⁾

Objetivos

Determinar el grado de placer y satisfacción experimentada en distintas áreas del funcionamiento cotidiano, estado de salud física, estado de ánimo, relaciones sociales, la medicación y la satisfacción global de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, hospitalizados en la unidad de medicina primera del hospital de clínicas universitario de la ciudad de La Paz durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003.

Determinación de la calidad de vida en pacientes diabéticos hospitalizados en la unidad de medicina primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003

Diseño metodológico

Se trata de un estudio con diseño metodológico de tipo cualitativo, realizado desde Julio hasta Septiembre del año 2003.

Para explorar la satisfacción y el placer experimentado con respecto al estado de salud física, el estado de ánimo, el trabajo, las actividades de la casa, las actividades escolares, las actividades de tiempo libre, las relaciones sociales y la satisfacción global de acuerdo a la medicación; en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, hospitalizados en la unidad de medicina primera del hospital de clínicas universitario de la ciudad de La Paz, se aplicó el “Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)”, el mismo que fue previamente validado y aplicado a nivel internacional.

Para explorar la satisfacción y el placer experimentado con respecto a la medicación y la satisfacción global en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2, hospitalizados en la unidad de medicina primera del hospital de clínicas universitario de la ciudad de La Paz, se empleó la técnica de grupo focal para complementar y confirmar los hallazgos sobre conocimientos, percepciones y actitudes respecto a la enfermedad y el tratamiento, relacionados a la vida cotidiana de estos pacientes.

Universo

Pacientes de ambos sexos, diagnosticados de diabetes mellitus hospitalizados en la Unidad de Medicina Primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz.

Muestra

Se tomó al total de pacientes hospitalizados con diabetes mellitus en la Unidad de Medicina

Primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz durante los meses julio, agosto y septiembre del año 2003.

Resultados

Los resultados obtenidos fueron

De un total de 32 pacientes de ambos sexos, diagnosticados de diabetes mellitus hospitalizados en la Unidad de Medicina Primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003, de los cuales 17 (53%) correspondían al sexo femenino y 15 (47%) correspondían al sexo masculino.

La distribución de edad según el sexo, se explica en la siguiente tabla:

EDAD	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
	Nº de pacientes	Nº de pacientes
15 – 24 años	1 (7%)	0 (0%)
25 – 34 años	3 (20%)	3 (18%)
35 – 44 años	4 (27 %)	4(23%)
45 – 54 años	5 (33%)	6 (35%)
55 – 65 años	2 (13%)	3 (18%)
Mayor de 65 años	0(0%)	1(6%)
TOTAL	15(100%)	17(100%)

Con respecto a la procedencia, del total de pacientes masculinos entrevistados, 2(13,3%) eran procedentes de área rural, 5 (33,3%) procedían de área urbana y 8(53%) procedían de área peri urbana. En relación al sexo femenino 1 paciente (6%) era procedente de área rural, mientras que 6 de ellas (35%) procedían de área urbana y 10 (59%) eran procedentes de área peri urbana.

Con respecto a la percepción subjetiva del estado de salud física respecto a la enfermedad, del total de pacientes entrevistados, 9 pacientes

Determinación de la calidad de vida en pacientes diabéticos hospitalizados en la unidad de medicina primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003

(29%) manifestó falta de energía, otros 9 pacientes (29%) manifestaron presentar dificultades en para conciliar o mantener el sueño, 6 pacientes (18%) refirieron dolor físico, otros 6 pacientes (18%) relacionaron la enfermedad con limitación de la actividad física, y 6 pacientes (2%) refirieron quejas referentes a alteraciones de la memoria.

Del total de pacientes entrevistados referente a la percepción subjetiva de su estado de ánimo en relación a su estado de salud, 7 de ellos (22%) manifestaron sentirse insatisfechos con su vida, 7 pacientes (22%) sienten que desde que se diagnosticó su enfermedad se sienten dependientes, otros 9 pacientes (27%) refieren que a consecuencia de la enfermedad se sienten desanimados, 4 pacientes (12%) refirieron pérdida del interés por cuidar su aspecto, 3 pacientes (10%) manifestaron no sentirse a gusto con su aspecto personal y 2 pacientes (7%) manifestaron no sentirse a gusto con su vida.

Con relación a la satisfacción percibida por los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus que fueron entrevistados, 11 de ellos (35%) manifestaron que no se desempeñan de forma adecuada a consecuencia de su padecimiento, otros 11 pacientes (35%) refirieron que no sienten interés por su trabajo desde que fueron diagnosticados, y 10 pacientes (39%) manifestaron que no se sienten a gusto en su trabajo debido a las complicaciones de la enfermedad.

En relación a la presencia de satisfacción respecto a las actividades de la casa como ser el desempeño familiar y el que hacer doméstico 10 de los pacientes entrevistados (31%) manifestaron que no se sienten a gusto desempeñando las actividades ya mencionadas debido a las complicaciones de la enfermedad, 8 pacientes (25%) refieren que desde que fueron diagnosticados las actividades de la casa les genera demasiada tensión, 7 pacientes (22%) refieren que desde que fueron diagnosticados no sienten interés por realizar

estas actividades y otros 7 pacientes (2%) manifestaron que no se desempeñan de forma adecuada en las actividades de la casa probablemente a consecuencia de las complicaciones de la enfermedad.

Respecto a la percepción subjetiva de las relaciones sociales y el estado de salud 10 de los pacientes entrevistados (31%) manifestaron desinterés por mantener relaciones sociales, 8 pacientes (25%) manifestaron que desde que fueron diagnosticados no mantienen relaciones sociales debido a que tienen miedo a presentar descompensación de su enfermedad, 7 pacientes (22%) refieren que la preocupación por la dieta evita que puedan mantener relaciones sociales, 4 pacientes (13%) refieren que evitan mantener relaciones sociales por que tienen miedo a ser rechazados, y 3 pacientes (9%) refieren que evitan las relaciones sociales ya que se sienten avergonzados por su enfermedad.

La percepción subjetiva que tienen los pacientes entrevistados referente al tratamiento 9 de los entrevistados (27%) manifestaron que los medicamentos son costosos y que en muchas oportunidades interrumpen el tratamiento porque no pueden pagar los medicamentos. 7 de los entrevistados (22%) refieren que el tratamiento al ser de por vida en incomodo y que ésta es la razón por la que interrumpen el tratamiento, 6 pacientes (20%) manifestaron que no comprendieron bien las instrucciones brindadas por sus médicos y que desconocen la importancia de continuar con el tratamiento, 5 pacientes (18%) señalaron que la razón por la que interrumpieron el tratamiento fue que no se adaptaron al tratamiento, principalmente al cambio de estilo de vida que implica mantener una dieta y la continuidad del tratamiento farmacológico, por último 4 pacientes (13%) manifestaron dudas sobre la utilidad del tratamiento, ya que tienen entendido que si la diabetes es una enfermedad incurable, no entienden la razón por la que deben mantener un tratamiento.

Determinación de la calidad de vida en pacientes diabéticos hospitalizados en la unidad de medicina primera del Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2003

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente:

- Existe una percepción subjetiva de insatisfacción y dependencia en los pacientes diabéticos que repercute en el desempeño laboral, familiar y social.
- La percepción respecto al estado individual de salud del paciente diabético no ofrece significativas oportunidades de satisfacción y placer.
- La falta de educación de los pacientes por parte del personal de salud provoca que no comprendan las instrucciones y genere duda sobre la utilidad del tratamiento.
- Aspectos como la inseguridad financiera e incomodidad del tratamiento asociados a aspectos culturales (creencias) dificulta la adaptación al cambio del estilo de vida.
- El deterioro en la calidad de vida de los pacientes diabéticos y el impacto de la enfermedad sobre el grupo primario de apoyo podrían condicionar alteraciones en el estado de ánimo.

Recomendaciones

Con la finalidad de proporcionar un tratamiento integral enfocado a facilitar un mejor control metabólico y optimizar la calidad de vida de los pacientes diabéticos se recomienda:

- Instruir al personal de salud involucrado en la atención de pacientes diabéticos en proporcionar de forma adecuada a los mismos y a sus familiares, educación estructurada respecto a la enfermedad, la evolución de la misma, los cuidados y posibles complicaciones.

- Promover mecanismos de intervención de trabajo social que faciliten el acceso a la adquisición del tratamiento farmacológico con la finalidad de evitar el abandono al tratamiento y reducir posibles niveles de estrés que generen complicaciones emocionales provocando descompensación metabólica.

Bibliografía

1. Gelder M. G., López – Ibor Jr J.J., Andreasen N. TRATADO DE PSIQUIATRIA, TOMO II, Ars Médica, (2003), 1359;1387
2. Fernández-López JA. El papel de la calidad de vida como predictor en el pronóstico de las enfermedades crónicas. En: Actualización en Atención Primaria. Madrid: You & Us Ed; 1999 (en prensa).
3. Vásquez – Barquero J. L. PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA, Biblioteca Aula Médica, (1998), 318;320
4. Siegrist, J., Broer, M y Junge, A.: Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos IPECVECI. Versión española del PLC: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo; 1997.
5. Boletín Epidemiológico OPS, Vol. 22 No. 2, junio 2001
6. Raya Vacaflor G., Dupleich Lloza E. Diabetes Mellitus: Estudio Prospectivo, Rev. Inst. Méd. "Sucre" LXIV: 115 (22 - 34) 1999
7. Vallejo Ruiloba J., Ballús Pascual C. INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA, MASSON (2001), 4ta edición, 284; 286
8. Rojo Rodes J. E., Cirera Costa E. INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA, BIBLIO STM (1999), 246.

Detección de enuresis y encopresis en orfanatos de la ciudad de La Paz

*Dra. Norma Barrenechea Cueto (Médica Psiquiatra C.N.S.)

**Dra. Micaela Andrea Valda Sánchez (Médica General)

***Dra. Noemí Trujillo Bravo (Médica General)

RESUMEN

Se trata de un estudio realizado en orfanatos de la ciudad de La Paz: Hogar de niños José Soria, Hogar Méndez Arcos, Hogar de Niños Virgen de Fátima, Centro de Diagnóstico y Terapia de Varones, Centro de Diagnóstico y Terapia Mujeres, Ciudad del niño, Hogar Arco Iris, y Aldeas Infantiles S.O.S. Para conocer la frecuencia de casos de enuresis y encopresis.

Se obtuvo los siguientes resultados de una población en estudio de 482 niños de ambos sexos presentando Enuresis el 9% y el 0,4 % encopresis primaria nocturna, en relación al sexo existe predominancia en el sexo masculino con 59% de los casos, en tanto que 41% en sexo femenino, existen 2 casos de encopresis en niños de 5 años y 12 años, las edades más frecuentes en las niñas se encuentra entre los 5 a 13 años, en cambio en los varones entre los 8 a 15 años.

Introducción

La etiología de la ENURESIS es resultado de una interacción entre factores fisiológicos y psicológicos que incluyen: a) antecedentes familiares (el indicador de predicción más importante de la edad en la cual los niños adquirirán el control nocturno de la vejiga es la cantidad de familiares de primer grado que tienen antecedentes conocidos de enuresis) b) Retraso en el desarrollo físico, por ejemplo, deficiencia en la secreción de hormona antidiurética (ADH) y en la respuesta muscular para inhibir la micción y c) Antecedentes de aprendizaje, tratándose, en este caso, de una insuficiencia para aprender como responder a la necesidad de orinar. La causa de ENURESIS no se debe generalmente a problemas emocionales o traumas psicológicos, aunque la aparición secundaria de la enuresis diurna puede ser detonada por un suceso emocional. Los niños tienen mayores posibilidades de padecer problemas emocionales como consecuencia de la enuresis que al revés.⁽¹⁾

La ENCOPRESIS es consecuencia de factores biológicos, emocionales y de aprendizaje. A menudo aunque no siempre, es consecuencia del estreñimiento crónico, y estos niños presentan patrones significativamente diferentes de defecación. Los niños pueden aprender a retener las heces voluntariamente, lo que conduce aun estreñimiento

grave. Los niños con ENCOPRESIS presentan significativamente más problemas emocionales y conductuales, y capacidades sociales más escasas que los controles normales. Las puntuaciones altas de problemas conductuales se relacionan con resultados pobres de tratamiento. La reducción de los problemas de comportamiento después del éxito del tratamiento de la ENCOPRESIS sugiere que ésta pudiera desempeñar un papel etiológico en los problemas del comportamiento en lugar de lo contrario.

Respecto a la prevalencia decimos por definición, al enuresis no se considera hasta los 5 años de edad. Aunque aproximadamente el 10% de los niños en edad escolar de 5 a 16 años mojan la cama casi cada noche de la semana, la prevalencia disminuye con la edad. La tasa de remisión espontánea es del 16% por año (entre los 5 y 19 años), con el 3% de niños que continúan hasta la edad adulta. Hay un fuerte componente de género, siendo más del doble en los niños que en las niñas. Aproximadamente el 85% de los casos padecen enuresis primaria.⁽²⁾

La ENCOPRESIS afecta del 1 al 7,5% de la población pediátrica general. Es más frecuente 4 a 5 veces en el género masculino y disminuye con la edad. Aproximadamente el 30% de los casos también padecen enuresis.

La cuarta edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSMIV) define la enuresis como la micción involuntaria o intencional:

Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos. En los niños que hayan alcanzado la edad cronológica o de desarrollo equivalente a los 5 años. En los casos que es clínicamente significativa (2 veces por semana, 3 meses consecutivos o esta asociada a deterioro del funcionamiento psicosocial o educativo de los niños). En el caso de ser etiología funcional (atribuido a efectos fisiológicos o problema médico general; diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo). Especificar tipo: Solo nocturna, solo diurna, nocturna y diurna.⁽⁴⁾

La incontinencia miccional puede ser :

Primaria si existe desde el nacimiento, si nunca controló uno de los esfínteres o ambos y Secundaria si sigue a continuación de un periodo de continencia que a durado por lo menos un año.

Los niños que padecen enuresis diurna tienen a menudo una mayor incidencia de infecciones del tracto urinario y una urodinámica anormal que requiere a veces una evaluación médica combinada, que los niños que padecen enuresis nocturna (mojan la cama).⁽³⁾

La encopresis o incontinencia fecal persistente, puede ser involuntaria o intencional, sin anomalía anatómica en los niños hasta los 4 años de edad. La defecación se produce en lugares inadecuados por lo menos una vez al mes durante un mínimo de 3 meses. Puede ser resultado de estreñimiento con exceso de líquido. Cuando la incontinencia fecal no es originada por factores orgánicos es principalmente de origen psicógeno se denomina encopresis. Se ha identificado 3 tipos de encopresis: a) Ensuciarse con un fin secundario. b) Diarrea provocada por estrés e intestino laxo y c) Encopresis retentiva, que se presenta en 80 a 90% de los casos.⁽⁵⁾

La evaluación generalmente se la realiza por la preocupación de los padres, son llevados a

pediatría y no al psiquiatra, por lo que el pediatra debe hacer una buena evaluación del problema y al descartar lo orgánico transferir al menor a un especialista, tomar en cuenta varios aspectos los accidentes diurnos en un contexto nuevo o durante periodos de gran excitación, tampoco son infrecuentes en los niños pequeños. La mayoría de los niños aprenden que pueden retrasar la necesidad de ir al baño y tienen luego al menos una ocasión en la que la retrasan demasiado. Existen padres muy poco experimentados o poco realistas que esperan demasiado de un niño de 2 años y medio o de 4 años. En consecuencia la respuesta al problema en los años preescolares de consistir en educación de los padres.⁽⁶⁾

En la encopresis lamentablemente, dada la situación embarazosa que causa, algunos pacientes, familiares o tutores se “olvidan” de informar este síntoma y los clínicos rara vez preguntan por el síntoma.

A veces no son considerados estos trastornos como enfermedades, sobre todo en centros de cuidados de niños huérfanos y reciben maltrato psicológico (insultos, apodos) o físicos con la idea que remitan por este medio. Por lo que nos damos cuenta la falta de información.

Objetivo general

Establecer la frecuencia de menores que presentan Enuresis y Encopresis en Orfanatos de la Ciudad de La Paz (Urbana).

Objetivos específicos

- Determinar los trastornos de eliminación en relación a la edad.
- Identificar el sexo predominante en cada patología.
- Conocer la cantidad de niños que fueron encuestados.
- Conocer los centros que prestaron su apoyo a la realización del trabajo.

Detección de enuresis y encopresis en orfanatos de la ciudad de La Paz

Diseño metodológico

Tipo de estudio.- Longitudinal y prospectivo.

Universo.- Población de menores de 5 a 18 años albergados en los siguientes Centros.

1. Hogar de niños José Soria	Nº 66
2. Ciudad del Niño	Nº 94
3. Hogar Arco Iris.	Nº 82
4. Hogar Méndez Arcos	Nº 45
5. Hogar de niños Virgen de Fátima	Nº 55
6. Centro de Diagnóstico y terapia Varones	Nº 10
7. Centro de Diagnóstico y terapia Mujeres	Nº 8
8. Asociación Nacional de aldeas Infantiles S.O.S.	Nº 122
TOTAL	Nº 482

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue una ficha técnica especialmente confeccionada para el propósito.

Resultados

Cuadro 1.-Trastornos de eliminación según sexo y edad

Edad	Enuresis		Encopresis	
	Femenino	Masculino	Femeno	Masculino
5	2	2	-	1
6	4	-	-	-
7	2	-	-	-
8	1	6	-	-
9	3	3	-	-
10	3	1	-	-
11	-	-	-	-
12	1	4	-	1
13	2	2	-	-
14	-	4	-	-
15	-	2	-	-
TOTAL	18	24	0	2

Cuadro 2.- Frecuencia enuresis y encopresis por centros

CENTRO	ENURESIS		ENURESIS		ENCOPRESIS	
	NOCT. VAR.	DIUR. VAR.	NOCT. MUJ.	DIUR. MUJ.	NOCT. VAR.	NOCT. MUJ.
H. JOSÉ SORIA	8	-	2	1	1	-
H. MÉNDEZ ARCOS	-	-	2	-	-	-
H. VIRGEN FATIMA	2	-	-	-	-	-
C. DIAGNÓSTICO VARONES	1	-	-	-	-	-
C. DIAGNÓSTICO MUJERES	-	-	-	-	-	-
CIUDAD DEL NIÑO	12	-	-	-	-	-
ARCO IRIS	-	-	4	2	-	-
ALDEAS S.O.S.	7	-	6	2	1	-
TOTAL	30	0	14	5	2	0

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos tenemos las siguientes conclusiones:

El 9% de la población en estudio presenta enuresis primaria nocturna.

El 0.4% presenta encopresis primaria nocturna.

En relación al sexo existe predominancia en el sexo masculino con 59% de los casos 41% sexo femenino.

Existen 2 casos de encopresis en niños de 5 y 12 años.

Edades más frecuentes en las mujeres de 5 a 13 años y varones entre los 8 y 15 años.

Discusión

En los diferentes centros se pudo observar que existía poco o ninguna información acerca de estos trastornos, por el personal a cargo, así como cierta impotencia por no saber como manejar los casos existentes, además nos refirieron

que es una causa frecuente de abandono de los diferentes hogares por arruinar los colchones, ropa de cama y sentirse avergonzados.

Al detectar los casos no solo se busca conocer el número y los lugares donde se presentaron, sino poder pasar a la segunda fase, realizar talleres para proporcionar información acerca de estas patologías y del manejo, buscar al mismo tiempo la forma de realizar el respectivo tratamiento de esos casos.

Bibliografía

1. Michel G. Gelder Juan Lopez-Ibor, Nancy Ondeaen. Tratado de Psiquiatría. II Tomo. Barcelona. España. Editorial Ars Médica 2003.
2. Joaquín Santo Domingo Carrasco, Enrique Vaca Baldomero, José Luis Carrasco, Eduardo García. Manual de Psiquiatría. Barcelona España. Editorial Ars Médica. 2002.
3. Glen O. Gabbard. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. Panamericana. Tercera edición. Buenos Aires Argentina. Editorial Médica 2002.
4. Amparo Belloch, Bonifacio Sandin, Francisco Ramos Manual de psicopatología. McGraw- Hill. Volumen 2. España 1.995.
5. Ronald D. Millar. Anestesia. Ediciones Doyma. Segunda edición. Volumen II. Barcelona España. 1.993.
6. Paul Barash, Bruce Cullen, Robert Stoelting y col. Anestesia Clínica, MaGraw-Hill Interamericana. Tercera edición. México 1.999.

Evaluación del estrés preoperatorio en cirugía programada

*Dr. Hernán Peñaloza Navarro Médico Anestesiólogo C.N.S.

**Dr. Pablo Sotelo Caballero Médico Anestesiólogo C.N.S.

***Dra. Norma Barrenechea Cueto Médico Psiquiatría C.N.S.

RESUMEN

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, por que obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que además implican ciertos riesgos. Por lo que se realizó el siguiente estudio en 63 pacientes sometidos a cirugía programada Laparoscópica para Colectectomía, con edades de 18 a 90 años, se utilizó como instrumento para medir la intensidad del estrés la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS), llenados en la visita pre-anestésica. Se concluye que los pacientes con estrés leve a moderado comprenden el 73% y 23% normal.

Palabras claves: Estrés, valoración preoperatoria.

Introducción

El estrés es una parte normal de la vida de toda persona y en bajos niveles es algo bueno, ya que motiva y puede ser productivo, sin embargo el exceso de una respuesta fuerte al estrés puede ser dañino para la mente y el cuerpo, y predisponer a la persona a tener una salud deficiente.

Se toma como nombres alternativos ansiedad; estrés; aprehensión; sentirse nervioso; nerviosismo.⁽¹⁾

El estrés puede provenir del miedo o de un peligro real (una reacción apropiada) un estado emocional (como la aflicción o la depresión) o una condición física (exceso de actividad tiroidea, hipoglicemia). El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga sentir a la persona frustrada, furiosa o ansiosa y lo que es estresante para una persona necesariamente no lo es para otra.⁽⁵⁾

Ante una cirugía son muchos pacientes se preguntan si no despertarán, si se les detectará alguna enfermedad incurable o si quedan con alguna complicación, y no sólo hay sufrimiento psicológico, distintas investigaciones revelan que el estrés preoperatorio retrasa la recuperación.⁽⁷⁾

Los enfermos deben apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear

con éxito las exigencias del post-operatorio, como un proceso de adaptación a la ansiedad es un síntoma frecuente. En general, los enfermos con una buena adaptación preoperatoria normal son aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía, por lo que presentan una evolución preoperatoria satisfactoria.⁽⁸⁾

Los que tienen una adaptación ineficaz frente al estrés preoperatorio tienen un riesgo quirúrgico adicional, convalecencia prolongada, mal control del dolor, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y en ocasiones complicaciones orgánicas.⁽⁶⁾

La magnitud de ansiedad que experimenta el paciente y la capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios factores; La severidad del factor traumático, la duración del período preoperatorio (cuanto más urgente sea menos tiempo de reconocer y controlar sus temores) lo que condiciona un elevado nivel de ansiedad dando manifestaciones somáticas y neurovegetativas (náuseas, insomnio, pesadillas, cefalea tensional, dispepsias, sensación de disnea, opresión precordial atípica), los antecedentes personales y familiares en cuanto a historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan.⁽³⁾

Evaluación del estrés preoperatorio en cirugía programada

En cuanto ansiedad preoperatoria, cierto nivel es normal y deseable, señal que existe un esfuerzo de adaptación y control de temores y fantasías generados por la operación y la anestesia, que evidencia la adecuación a la realidad de la situación quirúrgica. Por lo que se debe distinguir los aspectos cuantitativos del estado de ansiedad que pueden influir en el margen de seguridad anestésico y tiene una relación directa con la intensidad del dolor post operatorio.⁽⁴⁾

En el presente trabajo se tomó en cuenta estos antecedentes y se realizó una medición del grado de estrés en la evaluación preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomías laparoscópicas programadas.

Objetivo general

- Evaluar la intensidad del estrés preoperatorio en Cirugías Laparoscópicas programadas para Colecistectomías.

Objetivos específicos

- Identificar el sexo predominante en relación al estrés prequirúrgico.
- Determinar la relación ente la intensidad de Estrés prequirúrgico y grupo etáreo.
- Relacionar estado civil con grado de estrés prequirúrgico.

Criterios de inclusión

1. Pacientes de ambos sexos entre 18 y 90 años.
2. Primera cirugía.
3. Programados para Colecistectomía con cirugía Laparoscópica.
4. Todos del servicio de Unidad de Cirugía Ambulatoria (U.C.A.).
5. Estado Físico IASA (Solo con patología quirúrgica) y IIASA (Alteración general moderada

causada por trastorno quirúrgico o enfermedad física general).

Criterios de exclusión

1. Con patologías asociadas u otras complicaciones.
2. Con trastornos psiquiátricos.
3. Los que no respondieron algunas de las preguntas del Test.
4. Pacientes para cirugías de Emergencia.
5. Los que fueron programados a otra cirugías.

Metodología

Se trata de un estudio clínico prospectivo, descriptivo y longitudinal en 63 pacientes sometidos a cirugía programada laparoscópica para colecistectomía, comprendidos entre las edades de 18 a 90 años, de ambos sexos, del Hospital Luis Uría de la Oliva de la C.N.S.. En un período de 3 meses, de Enero a Marzo de 2004.

Se utilizó una Escala de Hamilton para la Ansiedad, que el paciente llenaba en forma personal en el período preoperatorio. Comprendía 20 items calificando cada casilla de 1 a 4, el puntaje máximo es de 80. Los valores son los siguientes Normal de 0 a 20, leve de 21 a 30, moderado de 31 a 40 y grave desde 41.

Resultados

CUADRO N° 1 INTENSIDAD DE ESTRÉS PREOPERATORIO

INTENSIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
ESTRÉS NORMAL	17	27 %
ESTRÉS LEVE	24	33%
ESTRÉS MODERADO	16	26%
ESTRÉS GRAVE	9	14%
TOTAL	63	100%

Evaluación del estrés preoperatorio en cirugía programada

CUADRO N° 2 INTENSIDAD DE ESTRÉS EN RELACIÓN ASEXO

INTENSIDAD DE ESTRÉS	MASCULINO	%	FEMENINO	%
ESTRÉS NORMAL	10	16	6	9
ESTRÉS LEVE	8	13	14	23
ESTRÉS MODERADO	4	6	13	21
ESTRÉS GRAVE	2	3	6	9
TOTAL	24	38	39	62

CUADRO N°3 RELACIÓN INTENSIDAD ESTRÉS GRUPO ETÁREO

EDAD AÑOS	ESTRÉS NORMAL	ESTRES LEVE	ESTRÉS MODERADO	ESTRÉS GRAVE	TOTAL
18-30	3	5	5	5	17%
31-40	8	1	5	0	25%
41-50	5	3	5	5	21%
51-60	5	5	5	2	17%
61-70	6	2	5	2	14%
MAS 70	0	3	2	2	6%
TOTAL	27%	34%	26%	14%	100%

CUADRO N°4 RELACIÓN INTENSIDAD ESTRÉS PREOPERATORIO Y OCUPACIÓN

OCUPACION	ESTRÉS NORMAL	ESTRES LEVE	ESTRÉS MODERADO	ESTRÉS GRAVE	TOTAL %
ESTUDIANTE	2	6	5	0	13
EMPLEADO TECNICO	9	5	2	3	19
POLICIA	0	2	0	3	5
PROFESIONAL SALUD	2	6	3	0	13
RENTISTA PROFESIONAL	6	2	3	3	14
NO SALUD	2	3	5	0	14
LABORES CASA	5	5	8	5	22
TOTAL	27%	34%	26%	14%	100%

Conclusiones

El 73% de los pacientes 63 pacientes programados presentaron estrés preoperatorio patológico. Demostrando ser mas frecuente en las mujeres, de acuerdo a la ocupación los policías las pacientes con actividad de labores de casa y rentistas son los más elevados de estrés, referente a la edad observamos porcentajes elevados en edades

productivas de 30 a 50 años y conforme avanzan los años el estrés es mayor.

Recomendaciones

Debemos tomar en cuenta los diferentes resultados de este trabajo tomando las siguientes acciones preventivas.

Explicar adecuadamente el tipo de cirugía y anestesia que se va a efectuar.

Familiarizar al paciente con el área quirúrgica.

En caso de diagnosticar estrés pre-quirúrgico moderado a grave realizar interconsulta con psiquiatría.

Un adecuado manejo del estrés prequirúrgico previene complicaciones trans y postoperatorias como un mejor manejo del dolor evitar la irritabilidad, ansiedad, disminución de estancia hospitalaria y estabilizar varios indicadores de recuperación.

Bibliografía

1. Michael G. Gelder. Juan Lopez-Ibor, Nancy Andeasen. Tratado de Psiquiatría. II tomo. Barcelona España. Editorial Ars Médica. 2003.
2. Joaquín Santo domingo Carrasco, Enrique Vaca Baldomero, José Luis Carrasco, Eduardo García. Manual de Psiquiatría. Barcelona España Editorial Ars Médica. 2002.
3. Glen O. Gabbard. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. Tercera edición. Buenos Aires Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2002.
4. Amparo Belloch, Bonifacio Sandin, Francisco Ramos. Manual de psicopatología. Volumen 2. España. McGraw-Hill 1995.
5. Ronald D. Miller. Anestesia. Ediciones Doyma. Segunda edición. Volumen II. Barcelona España. 1993.
6. Paul Barash, Bruce Cullen, Robert Stoelting y col. Anestesia Clínica Tercera edición. México, McGraw-Hill Interamericana. 1999.
7. Juan Manuel Palomo. El estrés del entorno hospitalario y familiar en cirugía. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Barcelona 2000.
8. Eduardo Giacomontene. Alberto Mejia. Estrés quirúrgico y ansiedad. Buenos Aires Argentina. Editorial Paidós. 1998.

ARTÍCULO ORIGINAL

Epilepsia y comorbilidad de trastornos psiquiátricos en pacientes internados en el hospital psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud período 1999-2003

Dr. Raúl Enrique Gallardo Castillo
Médico Residente II año Psiquiatría C.N.S.
Tutora: Dra. Lourdes Vela Alfaro (Médica Psiquiatra C.N.S.)

RESUMEN

El presente trabajo intenta demostrar la utilidad de la atención psiquiátrica en pacientes que cursan con Epilepsia, para mejorar en el manejo o tratamiento interdisciplinario. Es un estudio retrospectivo y descriptivo. Se estudia los historiales clínicos de pacientes epilépticos internados en el H. de Psiquiatría, en el periodo comprendido de enero del 1999 a diciembre del 2003.

Se obtuvo las siguientes conclusiones: El número de pacientes internados con epilepsia por años: 1999 (23), 2000 (21), 2001 (19), 2002 (16), 2003 (33). Se presentaron crisis generalizadas en 64, crisis parcial en 1, crisis psicomotora en 1 y con histeroepilepsia en 1.

Respecto al tiempo de evolución de la epilepsia, se encuentra en primer lugar con menos de 10 años al 33%; 11 y más años al 26%; de 11 a 20 años al 19%; entre 21 a 30 años el 11% respectivamente. Entre los trastornos afectivos predominó el trastorno orgánico con depresión; después el trastorno mental con descontrol de impulsos y las emociones. En otros diagnósticos psiquiátricos se encontraron el retardo mental moderado; y la dependencia al alcohol.

En los grupos etáreos predominan los pacientes entre 31 y 40 años con el 25%, desocupados 12 (44%), maestros activos 5 (18.5%), rentistas 5 (18.5%). Se tiene un 48% de solteros, 41% casados.

Siguieron tratamiento y controles en forma regular solo al 11,5%; en tanto que el 89% lo hace en forma discontinua. El porcentaje de reinternaciones en los cinco años estudiados es de 37% para las recaídas entre 5 a 13 veces, y de 63% por debajo de 3.

Los anticonvulsivos utilizados con mayor frecuencia son: carbamazepina, fenitoina, Ac. Valproico. Las benzodiazepinas en cuanto a su mayor uso: Diazepam, alprazolam, clonazepam. Los antipsicóticos como el haldol, clorpromazina, tioridazina. Finalmente se ve el uso de los antidepresivos como la fluoxetina y la amitriptilina.

I. Introducción

La epilepsia constituye un paradigma en el que se correlacionan las funciones psicológicas con los hallazgos neurológicos o somáticos. Esta enfermedad a través de los problemas psicológicos y psicopatológicos reflejados en el estudio de las crisis mismas, de la personalidad, de las Psicosis Epilépticas representa uno de los campos en el conocimiento de ambas entidades, Psique y Soma.⁽¹⁾

Este enfoque nos lleva a considerar que en el diagnóstico psiquiátrico, es importante valorar el cuadro clínico del paciente en consideración de las diferentes entidades nosológicas de etiología

orgánica que pudieran presentarse en forma concomitante, tomando en cuenta de manera particular las enfermedades neurológicas en donde la frontera entre la mente y el cerebro se vuelve difusa y continua.⁽²⁾

Una de estas enfermedades neurológicas que suele hallarse con mayor frecuencia en el campo de la atención psiquiátrica es la epilepsia, cuyo diagnóstico, tratamiento y reincorporación a la sociedad suelen verse dificultados debido a la complejidad de la disfunción cerebral subyacente y los trastornos conductuales derivados de la misma.⁽³⁾

De hecho, cabe recordar que la epilepsia fue considerada hasta no hace mucho tiempo una “enfermedad de la mente”. Fue recién en 1978 que, en la novena clasificación de las enfermedades mentales (CIE-9), desaparece su descripción como enfermedad mental para quedar como una enfermedad neurológica.⁽³⁾

La Epilepsia, asociada clásicamente a cambios de personalidad, junto a ella suelen aparecer también trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y cuadros psicóticos, no solo derivados del propio trastorno o de la comorbilidad sino a las dificultades del manejo de la enfermedad y a los propios tratamientos anticomociales.⁽⁴⁾

En España, cerca de un 40% de pacientes tienen trastornos psiquiátricos asociados, afectando de manera especial, las epilepsias de lóbulo temporal, cifras que la convierten en la patología neurológica con mayor presencia de psicopatología.⁽⁸⁾

Tal información nos lleva a considerar que, existe una importante frecuencia de casos de comorbilidad entre los cuadros clínicos mencionados, no obstante, se considera necesaria la revisión de los casos referidos para tener una mejor impresión estadística y clínica de este fenómeno.⁽⁸⁾

Es por ello que, la presente investigación está dirigida a lograr un mejor conocimiento acerca de los trastornos mentales más frecuentemente asociados a casos de epilepsia en pacientes internados en el servicio de psiquiatría de la Caja Nacional de Salud de la ciudad de La Paz, durante los años 1999-2003 así como la descripción de las características con que se manifiestan.

Objetivo General

- Determinar los T. Psiquiátricos más frecuentes en comorbilidad con la Epilepsia, en pacientes internados en el Hospital de Psiquiatría, en el periodo comprendido entre enero del 1999 a diciembre de 2003.

Objetivos Específicos

- Determinar los trastornos mentales ictales, postictales, e interictales en los diagnósticos de ingreso y egreso de pacientes epilépticos internados en el Hospital de Psiquiatría, en el periodo comprendido entre enero del 1999 a diciembre de 2003.
- Determinar el tiempo de aparición de los trastornos mentales en pacientes epilépticos internados.
- Identificar los grupos etáreos por decenios.
- Identificar el sexo predominante.
- Determinar el estado civil más frecuente.
- Identificar el grado de escolaridad, y/ o la ocupación.
- Identificar la frecuencia de internaciones.
- Determinar en que grado influye el tratamiento inadecuado para la reinternación de pacientes epilépticos internados.
- Identificar los estudios de gabinete efectuados.
- Identificar los medicamentos utilizados en el tratamiento.

Diseño metodológico

Tipo de estudio:

El presente trabajo es un estudio retrospectivo y descriptivo.

Se estudia los historiales clínicos de pacientes epilépticos internados en el H. de Psiquiatría.

Universo y muestra:

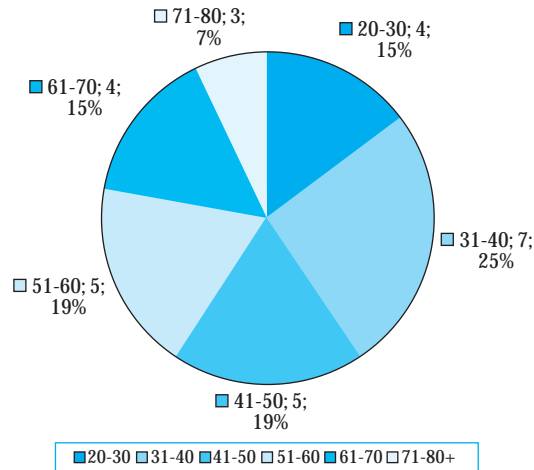
Universo. Pacientes internados en el Hospital de Psiquiatría en el periodo comprendido de enero del 1999 a diciembre del 2003.

Muestra Pacientes con epilepsia.

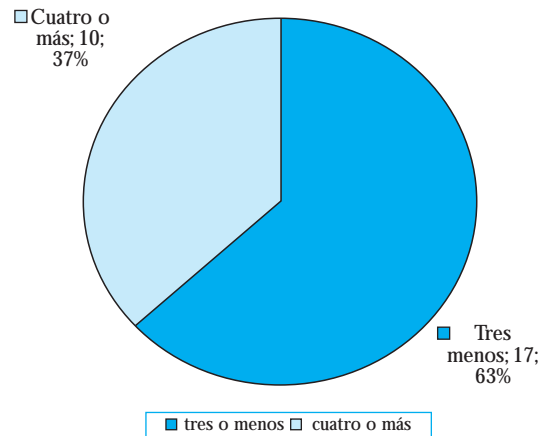
Epilepsia y comorbilidad de trastornos psiquiátricos en pacientes internados en el hospital psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud período 1999-2003

Resultados

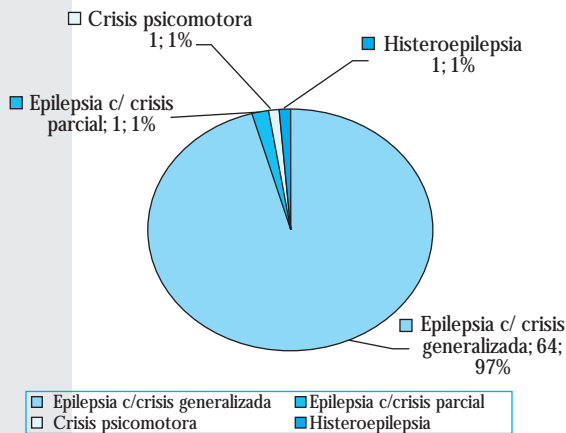
Grupos etáreos



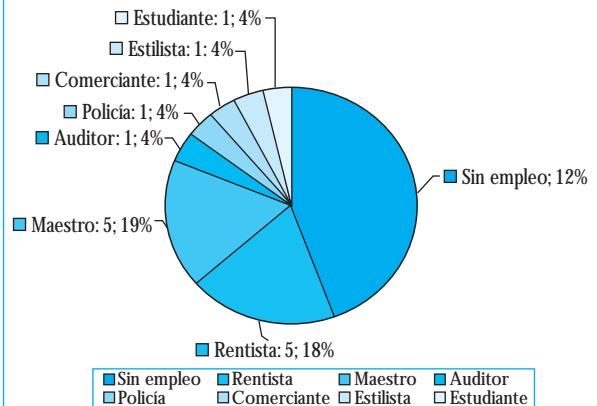
Frecuencia de reinternaciones



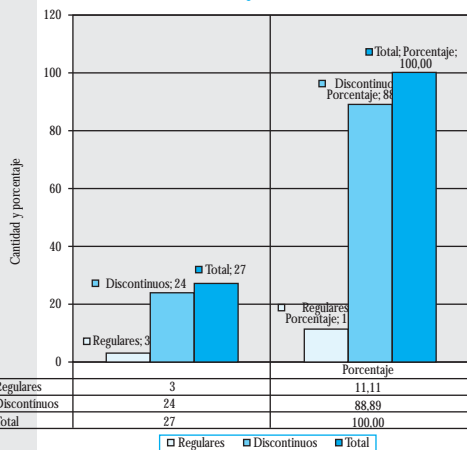
Epilepsias



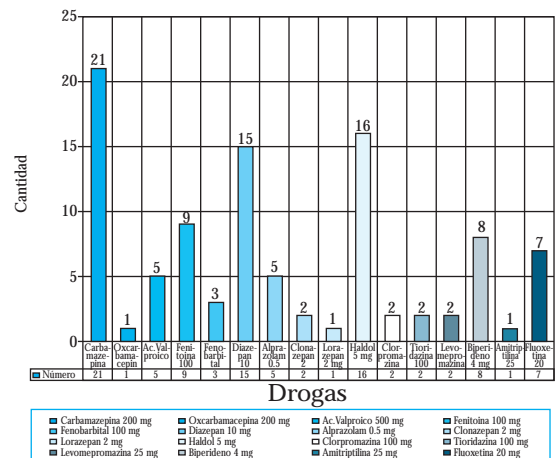
Ocupación



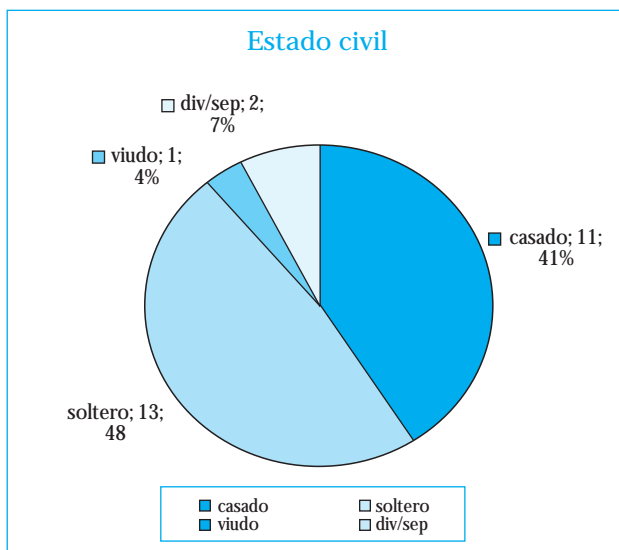
Tratamiento y controles



Tratamiento medioamentoso



Epilepsia y comorbilidad de trastornos psiquiátricos en pacientes internados en el hospital psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud período 1999-2003



Conclusiones

Luego de observar los resultados concluimos en que:

1. Se identificaron pacientes con epilepsia en 1999 (23), el 2000 (21), el 2001 (19), el 2002 (16), y el 2003 (33); que de un total de 112, se observa que el mayor porcentaje fue el 2003 con el 29%.
2. Se identificaron como diagnósticos primario dentro de las epilepsias a las con crisis generalizadas en 64 internaciones, crisis parcial 1, y con crisis psicomotora 1 e histeroepilepsia 1. Cabe notar que de las 112 internaciones 45 no cuentan con ninguno de estos diagnósticos.
3. Respecto al tiempo de evolución de la epilepsia, se encuentra en primer lugar con menos de 10 años al 33%, entre 11 y más años al 26 %, siguiendo de 21 a 30 años al 19%, entre 11 a 20 y 31 a 40 años el 11% respectivamente. Es de resaltar que entre estos grupos, el tiempo de evolución es de más de 10 años con el 67% de total.
4. Se determinó que uno de los diagnósticos de ingreso con relación a trastorno afectivos que predominó fue el trastorno orgánico con depresión, en número de 5; y de egreso 2. Dentro de los trastornos orgánicos se encontró como diagnósticos de ingreso y egreso 21 pacientes; también el trastorno mental con descontrol de impulsos y las emociones en números de 6; la alucinosis orgánicas con 5 al ingreso y 7 al egreso.
5. Se encontraron con trastorno de personalidad específica a 6 pacientes, siendo los mismos excepcionales.
6. En otros diagnósticos psiquiátricos se encontró el retardo mental moderado en número de 8; con intoxicación alcohólica 4 a su ingreso y egreso y diagnóstico de dependencia al alcohol.
7. En diagnósticos de otras patologías llama la atención que el de ingreso no se mantiene en el egreso como ser ceguera, eritrocitosis y lobatos bifrontal.
8. Con relación a los grupos etéreos predominan los pacientes entre 31 y 40 años con el 25%, seguido de los que se comprenden entre los 41-50 y 51 -60 con 19% cada grupo, haciendo en total estos tres grupos el 63%.
9. Cabe notar que tomando en cuenta que se trata de una población en etapa productiva, existen sin ocupación 12 px (44%), seguido de maestros activos 5 (18.5%), los rentistas llegan a 5 (18.5%), y otros varios como ser: policía, autor, comerciante, estudiante y estilistas, cada una con el 3.7% respectivamente.
10. Respecto al estado civil, se tiene a un gran porcentaje de solteros con el 48%, y casados con el 41%.
11. En cuanto al cumplimiento del tratamiento y sus controles lo realizan en forma regular solo al 11.5%, en tanto que el 89% lo hace en forma discontinua.
12. El porcentaje de reinternaciones en los cinco años estudiados es de 37% para las recaídas entre 5 a 13 veces, y de 63% por debajo de 3.

Epilepsia y comorbilidad de trastornos psiquiátricos en pacientes internados en el hospital psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud período 1999-2003

- Los anticomiciálicos utilizados con mayor frecuencia van desde la carbamazepina en 21 pacientes, la fenitoina en 9, al Ac.Valproico en 5, continuando con el fenobarbital en 3 y al oxcarbamazepina en 1. Las benzodiazepinas siguen en cuanto a su mayor uso el diazepam en 15 pacientes, alprazolam en 5, clonazepam en 2 y lorazepam en 1. También están los antipsicóticos como el haldol en 16 pacientes, la clorpromazina y tioridazina en 2 respectivamente así como la levomepromazina en 2. El uso de biperideno en 8 pacientes. Antidepresivos como la fluoxetina en 7 pacientes y la amitriptilina en 1. Por las cifras encontradas se ve que el uso de los anticomiciales es mayor con relación a los antipsicóticos y las benzodiazepinas.
- De los 27 pacientes encontrados con varias reinternaciones en nuestro servicio 17 cuentan con EEG. De estos 15 fueron patológicos y 2 reportaban normalidad, otros 10 no cuentan con ningún estudio de control o apoyo al diagnóstico, Se realizó TAC a dos pacientes y de ellos uno reporta atrofia cortical, en tanto que el otro es normal.

Recomendaciones

- Realizar un diagnóstico de ingreso en relación con el (CIE - 10), con respecto al trastorno psiquiátrico.
- Tomar en cuenta la evolución y posterior diagnóstico de egreso y relacionado al manual de diagnóstico.
- Transferir a neurología en caso de crisis epilépticas a repetición.
- Realizar un mejor manejo y control terapéutico de la epilepsia y sus complicaciones psiquiátricas. De tal forma se evitará las frecuentes reinternaciones en algunos de estos pacientes con epilepsia.
- Limitar el uso de múltiples e indiscriminado uso de medicamentos en este tipo de pacientes.
- Evitar internaciones innecesarias o de causa netamente neurológicas en el servicio de psiquiatría, a pesar del rechazo por otros servicios.

Bibliografía

- Salvador González Pal. Psiconeurología de lo mágico. Epilepsia psiquiátrica y Sociedad. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero -15 de Marzo 2.000.
- De Felipe - Oroquieta . Aspectos Psicológicos en la epilepsia. Rev. Neurol 2002, 34 (9): 856 - 860.
- M. Roca Bannasar, F. Boatas Enjuanes, C. Agüero Ramón - Llin. Medicine. Programa de formación continuada en medicina asistencial. Trastornos psiquiátricos en patologías médicas. España. 999. 7(109): 5067 - 5076.
- Salvador González, - Pal., Juan Quintana, Reinaldo Fabelo R. Lourdes Rivero L. Depresión en enfermos con epilepsia y migraña. Psiquiatría. com 2.002,5(2).
- S. González, J. Quintana, R. Fabelo, L. Rivero, C. González. Cambios en el comportamiento psicosocial asociado a alteraciones de la percepción de un grupo de pacientes con epilepsia y psicosis crónica después de un año de tratamiento con Lamotrigina. Psiquiatría. com; Habana (Cuba) Vol. 3, No. 1, Marzo 2.003.
- James L. Jacobson, Alan M. Jacobson. Secretos de la psiquiatría. Causas frecuentes de delirios orgánicos. McGRAW - Hill Interamericana; 2da. Ed. México 2002. 64 - 69.
- Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Edit. Médica Panamericana; 8va. Ed. Madrid - España; 2.000. 399-406.
- J. Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y al Psiquiatría. Trastornos exógenos u orgánicos; Ed. Masson. 4 Ed. Barcelona (España). 623-637.

CASO CLINICO

Trastorno psicótico con ideas delirantes y alucinaciones inducido por acullico de hojas de coca

Dra. Sandra Doria Medina*, Médico Psiquiatra C.N.S.

Dr. Víctor Selaya Gonzáles** Médico Residente 1er año C.N.S.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 74 años de edad, con un cuadro psicótico (alucinaciones e ideas delirantes) de 3 días de evolución, cuyo inicio se relaciona con el masticado (“acullico”) de una cantidad considerable de hojas de coca (la paciente masticó -“acullico”- aproximadamente media libra, en forma compulsiva durante una noche entera). La paciente fue llevada a la consulta psiquiátrica por la familia, debido a la presencia de síntomas psicóticos, indicándose su internación. La evolución del cuadro se caracterizó por una rápida remisión de las alucinaciones e ideas delirantes y buena respuesta a la administración de fármacos antipsicóticos. Se realizó el diagnóstico de Trastorno Psicótico inducido por otras sustancias (en remisión total temprana). Se revisa literatura relacionada con la práctica del acullico y la presencia de cocaína (o su metabolito) en el organismo. El presente caso alerta a los médicos, que trabajan en lugares donde la práctica del “acullico” es tradicional y habitual, sobre la presencia de trastornos mentales probablemente secundarios al acullico de grandes cantidades de hojas de coca. Los autores concluyen en la necesidad de profundizar estudios que permitan realizar conclusiones definitivas.

Palabras clave: Psicosis y coca, masticado de hojas de coca, acullico

Introducción

La coca, hoja del arbusto indígena americano *Erythroxylon coca*, pertenece al grupo de estimulantes. Su consumo es ancestral en ciertas partes de Latinoamérica, donde el mascado (acullico) de las hojas es una práctica habitual. La gran mayoría de las personas que “acullican” hojas de coca son habitantes de las zonas donde se la cultiva.

El efecto del “acullico” de las hojas de coca, sobre el Sistema Nervioso Central, es menor que los de la cocaína, ya que para extraer un gramo de esta sustancia, se requieren aproximadamente 160 hojas de coca. La saliva en el acullico, junto con una sustancia alcalina (como cenizas de vegetal o cal), alcanza un pH de 10, muy alcalino, que provoca la hidrólisis espontánea en el metabolito principal la benzoilecgonina (BE), que se absorbería a través de la mucosa oral (Fleming et al, 1990), La BE puede ser detectada en laboratorio después del acullico.

Estudios realizados en el Instituto Boliviano de la Altura (“Rerat y cols) muestran que el acullico significa una “ingestión de cantidades apreciables de cocaína”.

Las concentraciones plasmáticas de cocaína después de 45 minutos de acullico y antes del esfuerzo son variables, de 28 a 289 ng/ml. Mientras que el uso de la cocaína por vía nasal a dosis de 1,5 mg/kg de peso corporal da un pico máximo de cocaína entre 120 a 474 ng/ml entre 30 y 60 minutos.

Los trastornos psicóticos inducidos por cocaína tienen, como característica esencial, la presencia de alucinaciones e ideas delirantes secundaria a la intoxicación o abstinencia de cocaína y que no son explicadas por una patología orgánica, consumo de otras sustancias, otros trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico breve), ni un trastorno afectivo con síntomas psicóticos (depresión grave o manía)