

Resúmenes clínicos

Resúmenes recientes del XXI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría/XVI Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima, Perú en Psiquiatría, Neurología, y Medicina General

Escogidos por Dr. Juan E. Mezzich

Estudio de la influencia de la depresión sobre los costos de la atención en servicios de medicina

Dr. Gustavo Vásquez Caicedo Nosiglia

El estudio plantea como objetivo identificar la influencia de los síntomas psiquiátricos sobre los costos de la atención de pacientes hospitalizados en Servicios de Medicina General. Se determina en primer lugar la prevalencia de las depresión en pacientes hospitalizados en Servicios de Medicina, se estima los costos de la atención de los pacientes hospitalizados estudiados y, finalmente, la influencia de los síntomas psiquiátricos sobre los costos de la atención.

Material y Método: El estudio es realizado en 121 pacientes de tres centros hospitalarios de la ciudad de Lima: el Hospital "Edgardo Rebagliati," el Hospital "Sergio Bernales" y el Centro Médico Naval. Para la evaluación de síntomas psiquiátricos se utiliza el General Health Questionnaire (GHQ) versión española modificada en México y validada para nuestro medio en el curso del presente estudio, se aplica el Inventario para Depresión de Beck (BID) y se utiliza el Formato de Costos (Directos e Indirectos) elaborado para el estudio en base a formatos existentes en los centros hospitalarios estudiados. Se forman 2 grupos para las correspondientes comparaciones: El grupo con síntomas depresivos y el grupo sin síntomas depresivos. El análisis de los datos para la comparación de las variables: Diagnóstico médico, síntomas psiquiátricos y costos, utiliza las pruebas de chi cuadrado y la prueba "t" según sea el caso, y para correlacionar los puntajes en las pruebas señaladas con los costos se utiliza el análisis de Regresión lineal y el coeficiente de relación de Pearson.

Resultados: Se reportan resultados preliminares, no se han incluido aún los datos de uno de los centros estudiados. Los datos obtenidos hasta el momento revelan una tasa elevada de síntomas depresivos con más del 30% de depresión mayor. En uno de los centros estudiados en el que se ha concluido todos las exigencias metodológicas planteadas podemos apreciar lo siguiente: La depresión en los servicios de Medicina alcanza un elevado porcentaje (>40%); el estudio de los costos de la atención médica revela un incremento mayor del 50% en la muestra que presenta depresión clínica comparada con la muestra control. Los mayores costos están en relación con el importante incremento del tiempo promedio de hospitalización (8 a 10

días), incremento de gastos en insumos, en exámenes auxiliares y en pérdida de días de trabajo.

Conclusiones: Los datos obtenidos hasta el momento revelan la importancia de la depresión clínica en los pacientes de servicios de medicina de los hospitales generales estudiados. Igualmente revelan un importante incremento de los costos que demanda la atención médica general en los pacientes que cursan con depresión clínica. Los datos reportados son sugerentes pero, en el estado actual de la investigación, tratándose de un estudio multicéntrico, no es posible establecer conclusiones válidas definitivas. Se requiere incluir los datos de uno de los centros y completar el procesamiento estadístico de todos los datos en conjunto.

Intento de suicidio en los adolescentes: aspectos epidemiológicos y clínicos

Dr. Zoila Pacheco Armas

En el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil—Departamento de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen—EsSalud, se estudió a 92 pacientes adolescentes hospitalizados que intentaron el suicidio. El trabajo es de tipo retrospectivo y tiene una duración de 4 años (abril 1996–mayo 2000).

El objetivo es determinar aspectos epidemiológicos y clínicos del intento de suicidio en adolescentes; y pretende tener, no sólo valor descriptivo sino principalmente valor predictivo. Los resultados son: el intento de suicidio es más frecuente en el sexo femenino, en una relación de 6.5 a 1 respecto al sexo masculino. El 85% de los adolescentes que intentan suicidarse lo hacen entre los 15 a 17 años de edad, en la segunda etapa de la adolescencia. El 24% de los adolescentes, han tenido intento de suicidio previo, ideación suicida específica y planificada, y acción suicida elaborada. El método utilizado de forma preferente, como vía de intento de suicidio fue la intoxicación medicamentosa (57%), siendo las benzodiazepinas las más utilizadas (48%); siguen en orden de frecuencia los envenenamientos con insecticidas y raticidas (39%), siendo los órgano-carbámicos los más usados (30%). Cerca del 10% de los pacientes tienen persistencia de la ideación suicida y no hacen enjuiciamiento del intento de suicidio realizado. Entre los factores desencadenantes más frecuentes se encuentran prob-

lemas familiares (71%), escolares (10%) y sentimentales (10%). Los diagnósticos, según la ICD-10, de los pacientes con intento de suicidio son episodios depresivos en sus diferentes grados (59%), trastornos de adaptación (35%), otro (10%).

Se concluye: el sexo femenino, la segunda adolescencia, los conflictos familiares, el número de intentos de suicidio, la ideación suicida específica y planificada, la acción suicida elaborada y la depresión, son aspectos epidemiológicos y clínicos importantes a tener en cuenta como factores predictivos de alto riesgo suicida en adolescentes.

Características socioepidemiológicas del suicidio en la República Dominicana

Dr. Pablo Pascual Báez

Con el objetivo de determinar el comportamiento del suicidio en la República Dominicana, se realizó un estudio retrospectivo de revisión documental en el período noviembre 1999–febrero 2000, revisándose fuentes estadísticas y policiales correspondientes a la década 1990–1999. Se estableció una tasa ajustada para el período de 4.2/100,000 habts., observándose un incremento de 0.21/100,000 habts. con relación a la década anterior.

Se establece una proporción de 2.6:1 hombre-mujer, mientras que en la relación solteros-casados 3.5:1. La suspensión o ahorcamiento continúa predominando con un 40% y el envenenamiento con un 36%, observándose además un incremento sostenido en el empleo de las armas de fuego, alcanzándose en la actualidad una proporción de un 12% en relación los métodos empleados. El lugar de predilección para la comisión del suicidio continúa siendo el domicilio, predominando en los varones el empleo de métodos duros.

Violencia familiar urbana y rural en la sierra del Perú

Dr. Aristóteles S. Huamán J. y Lic. Carmen E. Fuente

La población total atendida fue de 869 pacientes en los Hospitales Daniel A. Carrión y de EsSalud, asimismo el Programa de Salud Mental de la Dirección de Salud de Junín, en el período Agosto 1998–Junio 2000, representando el 100% del mismo.

El grupo etéreo más afectado es el de 16 a 20 años (168/19.3%) y el menos afectado el de 51 a 55 años (7/0.8%). El sexo femenino (711/81.8%) es el que predomina, siendo el masculino de 158/18.2%. Los solteros con 320/36.8% es el grupo mayoritario, siendo los viudos con 20/2.3% el grupo menor. El grupo de nivel secundario, con 426/49% predomina y ninguno de los consignados con 43/4.9% es el menor. La familia de tipo conjunta con 385/44.3% es la más afectada, y la contraparte es la monoparental con 57/6.6%. Con relación al consumo de sustancias psicoactivas por parte de los agresores, la mayor proporción corresponde al alcohol con 695/80% y el de menor proporción son otros con 17/19%. La modalidad de violencia familiar porcentualmente mayor es de tipo físico con 323/37.2% y el porcentaje menor es el maltrato al varón con 19/2.2%. Con relación a la actitud autodestructiva de las víctimas se halla ausencia en 677/77.9%, potencial suicida 143/16.4% y presencia de intención suicida en 49/5.6%. La intención homicida de las víctimas no se halla en 699/80.4%, está presente en 147/16.9% y no confirmado (manejo de culpa) en 23/2.64%. Finalmente, con relación al diagnóstico psiquiátrico preponderante de las víctimas, predomina el síndrome depresivo con 420/48.3%, bajo rendimiento escolar 191/22%, desorden de atención y concentración con 132/15.2%, síndrome depresivo ansioso con 79/9.1%, reacción aguda ante el estrés con 21/2.4%, síndrome ansioso con 14/1.6% y trastorno de personalidad con 12/1.4%.

Finalmente, en la presente investigación se trata de ubicar la frecuencia y tipos de violencia familiar urbana y rural; se busca de esta manera contribuir a la recuperación de los valores familiares globales y primordialmente contribuir a la prevención, tratamiento, rehabilitación, así como a la educación y sensibilización sobre el tema.

Fluvoxamina en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo: un estudio abierto

Roxana Vivar, Cecilia Adrianzén, Beatrice Macciotta, Zoila Pacheco, Jorge Castro Enrique Macher

Objetivo: Determinar la respuesta clínica, la seguridad y la tolerancia en una muestra de niños y adolescentes peruanos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) tratados con fluvoxamina.

Diseño: Estudio abierto, no controlado de 16 semanas de duración. Periodo libre de fármacos de 2 semanas. Dosis inicial de fluvoxamina: 50 mg/día; incrementos de dosis a razón de 50 mg/día cada dos semanas según respuesta clínica y tolerancia. Dosis máxima permitida: 300 mg/día. Las evaluaciones se realizaron quincenalmente.

Pacientes: Pacientes varones y mujeres menores de 18 años, con criterios DSM-IV

para TOC y puntaje mayor de 18 en la escala Yale-Brown para TOC versión niños y adolescentes (NY-BOCS). Se excluyeron pacientes con alto riesgo suicida, psicosis, enfermedad médica significativa, abuso de sustancia y psicoterapia concomitante.

Instrumentos: De eficacia clínica: NY-BOCS; escalas de impresión clínica global para severidad de la enfermedad (ICG-SE) y mejoría global (ICG-MG). Escala de depresión de Birleson y registro de eventos adversos. A todos los pacientes y a sus padres, se les aplicó la Entrevista Diagnóstica para Esquizofrenia y Trastornos Afectivos, para niños y adolescentes, diagnóstico actual y a lo largo de la vida (K-SADS-PL).

Análisis: intención de análisis: recibir 4 semanas el fármaco y dos mediciones de NY-BOCS. Se usó la prueba de todas colas.

Resultados: Muestra: 12 niños y 8 niñas con edad promedio de 14 ± 2.5 años. Se encontró disminución estadísticamente significativa en NY-BOCS e ICG-SE ($P < 0.000$); ICG-MG ($P < 0.0019$); y escala de Birleson ($p 0.018$). Se presentaron efectos secundarios en el 80% de los pacientes y los más frecuentes fueron: somnolencia, 55%; cefalea, 50%; boca seca, 25%; náuseas, 20%; ardor epigástrico, 15%; inquietud, 10%; e irritabilidad aumento de apetito. alucinaciones hipnagógicas en 5% respectivamente. Un paciente tuvo que ser retirado por intolerancia al fármaco; en dos fue necesario disminuir la dosis; y en 75%, los efectos secundarios se autolimitaron. Dos pacientes presentaron eventos adversos no atribuidos a la medicación. Quince pacientes completaron el estudio; tres fueron retirados por asistencia y/o cumplimiento irregular; una paciente por problemas administrativos y uno por intolerancia; todos entraron al análisis estadístico. Las obsesiones más frecuentes fueron de agresión (65%) y de continuación (50%); las compulsiones más frecuentes fueron de limpieza (75%); rituales (40%) y rituales mentales (30%). Se identificó presencia de otro trastorno de ansiedad e 55%, algún trastorno depresivo en 45%, tics, enuresis y trastornos de conducta en 10% respectivamente. En 45% se identificó algún familiar de primer grado con TOC actual o pasado; con historia de alcoholismo o de trastornos depresivos en 35% respectivamente.

Conclusiones: La fluvoxamina es un fármaco antiobsesivo y antidepressivo eficaz en niños y adolescentes peruanos. La fluvoxamina es bien tolerada y los efectos secundarios más frecuentes fueron: somnolencia, cefalea, boca seca y molestias gastrointestinales.

Trastorno de estrés posttraumático en adolescentes embarazadas en Lima

Dra. Margarita Yactayo, Dra. Marta Rondón y Lic. María Mendoza

Objetivo: Estudio descriptivo que busca determinar la existencia del trastorno de estrés post traumático en un grupo de adolescentes residentes en un albergue para niñas embarazadas y describir algunas de las características de las jóvenes diagnosticadas.

Método: Se eligió a un grupo de treinta adolescentes en diferentes etapas de gestación y hasta seis meses post parto, residentes en el albergue Reina de la Paz. Se les aplicó una encuesta para determinar si había antecedente de violencia familiar y quien la había perpetrado. A las jóvenes seleccionadas mediante este instrumento, se les aplicó la Escala de Echeburúa y colaboradores, para determinar si presentaban síntomas de TEPT y una ficha demográfica completa. A las que mostraban síntomas sugerentes de TEPT se les hizo una entrevista semiestructurada para confirmar el diagnóstico y conocer las características clínicas. Además, a ese grupo se le aplicó el test de K. Machover.

Resultados: De treinta jóvenes encuestadas, ocho tenían historia de violencia familiar. De esta ocho se estableció el diagnóstico de TEPT en cuatro. Estas cuatro niñas habían sido objeto de violación (tres por el padrastro, una por el padre del enamorado) entre los 11 y 13 años de edad. Los síntomas predominantes son irritabilidad y cólera (4/4), sobresaltos (4/4), y miedo a volverse loca (4/4), también presentan síntomas de evitación y reexperimentación. Tienen actitudes ambivalentes hacia la figura materna, rechazo y temor hacia las figuras masculinas y rechazo al embarazo y al bebé. Muestran violencia y negligencia hacia los bebés. Las figuras humanas que dibujan son sugerentes de inmadurez, temor al sexo y a los varones.

Conclusiones: 1) Se presenta trastorno de estrés post-traumático en adolescentes con antecedente de violencia doméstica, violación y embarazo no deseado. 2) Las manifestaciones principales son sobresaltos e irritabilidad, que puede dar lugar a maltrato del recién nacido, y temor a volverse loca.

Recomendación: 1. Se debe buscar los síntomas de TEPT en adolescentes mujeres con antecedente de violencia física y sexual.

Perfil clínico epidemiológico de los pacientes con anorexia nerviosa atendidos en el instituto nacional de salud mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"

Patricia Alborno, Luis Matos

Introducción: En los últimos años la información y el interés científico sobre Anorexia Nerviosa (AN) han incrementado vertiginosamente, sobre todo en países desarrollados. La realidad de este trastorno en nuestro medio es todavía imprecisa.

Objetivo: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la AN en el INSM "HD-HN"

Material y Métodos: Estudio retrospectivo mediante el análisis de las historias clínicas de los pacientes con AN.

Resultados: Se evaluaron 58 pacientes con AN atendidos entre febrero de 1982 y agosto de 1998. La edad promedio fue 18.34 ± 6.64 años, siendo el 87.9% menor de 24 años. El 91.4% de los pacientes fue de sexo femenino. El peso promedio fue de 36.15 ± 8.43 Kg. Con un IMC promedio de 13.69 ± 4.78 Kg/m². El 84.5% lucía desnutrido. Treinta y cinco pacientes (61.3%) tuvieron vómitos autoinducidos, habiendo utilizado el 27.6% fármacos coadyuvantes. El 41.4% requirió hospitalización en algún momento de la evolución de su enfermedad, habiendo desarrollado el 24.1% alguna complicación médica severa. Dos pacientes fallecieron. El 35.2% abandonó el tratamiento instaurado a los 3 meses, el 55.4% lo había hecho al año y el 87.1% a los 3 años. El 39.6% de los pacientes se negó a seguir las indicaciones médicas.

Conclusiones: Las características demográficas de nuestros pacientes son similares a los reportados por la literatura. Los pacientes evaluados en nuestra institución acuden en avanzado grado de enfermedad, compromiso severo del estado físico, con frecuentes hospitalizaciones y complicaciones médicas. El abandono y resistencia a aceptar el tratamiento son considerables.

Estudio de validación del índice de calidad de vida (Icv) en Lima, Perú

Schwartz KI, Mezzich JE, Zapata MI, Mazzotti G.

El ICV es un cuestionario de autoreportaje para evaluar Calidad de Vida (CV) en diferentes dominios: bienestar físico-emocional; funcionamiento; apoyo social, emocional, comunitario y de servicios; plenitud personal; satisfacción espiritual y CV global. El puntaje para cada uno de sus 10 ítems se marca en escalas graduadas del 1 al 10. Se estudió la confiabilidad, validez discriminativa y aplicabilidad del ICV en Lima.

La confiabilidad se estudió en pacientes de Medicina General (N=30), administrándoseles el ICV en dos oportunidades y calculándose los Coeficientes de Corrección ("r") entre ambas entrevistas. Para la validez discriminativa se comparó pacientes con diagnóstico de SIDA (supuesta "baja" CV, N=50) y estudiantes / profesionales de Estomatología (supuesta "alta" CV, N=50), determinándose las medias del puntaje total (PT) para cada muestra. Datos sobre su aplicabilidad fueron recopilados de los 130 sujetos.

La confiabilidad se demostró con un alto "r" (0.94) para el puntaje total. El estudio de Validez Discriminativa halló una diferencia significativa entre las medias del PT para las muestras de "alta" (76.6) y "baja" CV (53.24). Se demuestra que el ICV es de fácil apli-

cación de acuerdo al entrevistador y al entrevistado, es Confiable (test-retest) y es capaz de discriminar grupos de distinto nivel de CV.

Validación de una versión en español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo

Johann Vega, Guido Mazzotti

Introducción: El objetivo del estudio es validar una traducción al Español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en mujeres peruanas con menos de 1 año de haber dado a luz.

Metodología: Se aplicó la EPDS y la sección del SCID para diagnosticar depresión mayor según criterios del *DSM-IV* a 321 mujeres que estaban dentro del primer año postparto.

Resultados: Se encontró que el punto de corte óptimo de la EPDS para la población estudiada era 13.5; con este valor se obtuvo una sensibilidad de 84.21% y una especificidad de 79.47% para el diagnóstico de depresión mayor. Ninguna mujer con puntaje menor a 7.5 tuvo depresión mayor (sensibilidad y valor predictivo negativo 100%). Se halló un coeficiente de correlación de 0.4478 entre el puntaje de la EPDS y el número de síntomas del criterio A de depresión mayor del *DSM-IV*. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.7043. Los ítems que tienen mayor poder predictivo para depresión postparto son los referidos a preocupación, capacidad para afrontar problemas, pánico, llanto y optimismo.

Conclusiones: La versión en Español de la EPDS funciona adecuadamente en mujeres peruanas.

Comparación de valores de colesterol sérico en intentadores de suicidio y estudiantes universitarios

Freddy Vásquez, Alejandro Miyahira

Antecedentes:

Cada vez son más frecuentes los reportes que mencionan la influencia de la actividad serotoninérgica en lo que respecta a la conducta suicida; en tal sentido se describe que las relaciones entre niveles de colesterol sérico disminuidos y conducta suicida estaría mediada por el funcionamiento de la serotonina; así diversos estudios señalan que bajos niveles de colesterol sanguíneo están asociados a altas de conducta suicida en humanos muy probablemente por una menor actividad serotoninérgica.

Métodos: Se comparó niveles séricos de colesterol total en dos grupos con 40 sujetos cada uno, el primero integrado por pacientes que intentaron suicidarse y fueron atendidos en el servicio de Emergencia, cuyas edades fluctúan entre los 17 y 40 años (media: 28.7 años) con algún diagnóstico *DSM-IV* y un grupo control conformado por universitarios

mentalmente sanos cuyas edades oscilan entre 18 y 35 años (media 26.5 años). Período de marzo a mayo 2000, a todos los sujetos se le aplicó la Escala de Hamilton para depresión de 17 puntos (HAM-D); se pudo lograr un apareamiento de edades bastante parejo.

Resultados: En función a la tabla de valores de referencias utilizados en el servicio de laboratorio de INSM HD HN, que considera el rango normal: 161-220 mg/dl, se registró con niveles inferiores al rango normal un 62.5% para el primer grupo, en tanto que para el grupo control figuró un 47.5%. Para los valores normales se registraron 30.0% y 40.0% respectivamente; y para el rango superior al normal 7.5% en el primer grupo y 12.5% en el grupo control. Al efectuarse el análisis estadístico mediante la prueba "t," comparado 62.5 frente a 47.5 para los niveles inferiores en cada grupo se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.1$).

Conclusión: Estos resultados que tienen varios antecedentes en la literatura y en la propia experiencia de los autores, no hacen más que enfatizar que el nivel bajo de colesterol sanguíneo tiene su correlato con el comportamiento suicida que parece estar efectivamente indicando una menor actividad serotoninérgica, lo que lo aproxima a ser un elemento guía, de gran utilidad en el estudio del fenómeno suicida, por sus características de simpleza y economía.

Depresión y toxicomanía en la adolescencia

Galiano MC., Bandera A., Gómez AM., Rojas L., Gutiérrez E.

El consumo de sustancias supone un grave problema biológico, psicológico y social, que durante los últimos años se ha convertido en una auténtica epidemia en el mundo. Las personas más vulnerables son los adolescentes y jóvenes. Es acuerdo universal que no es una sola causa la que explica este fenómeno, es la condición biopsicosocial del sujeto, lo que lo determina.

En la actualidad está aceptado que los adictos no constituyen un grupo homogéneo. Desde esta perspectiva, las tipologías toxicómanas resultan atractivas para el trabajo clínico y de investigación, al permitir una clasificación diagnóstica. Por otra parte, el problema sobre la comorbilidad ha aumentado en los últimos tiempos; se insiste en la importancia de distinguir entre el estado psicopatológico anterior al consumo y el que puede originarse posteriormente.

En general se plantea que las personas con trastornos mentales presentan más adicciones que las que no tienen estos problemas; existen múltiples investigaciones sobre la presencia de síndromes psiquiátricos en las personas drogadictas. En varios estudios realizados se ha encontrado alta

Acrofobia atípica y aerofobia

Dr. Andrés Heerlein

Introducción

Las fobias se definen como el temor persistente e irracional a un objeto, una actividad o una situación específica, elicitando una necesidad compulsiva de evitar dichos estímulos. Las fobias constituyen un fenómeno altamente prevalente en la población general. Históricamente, las fobias fueron clasificadas en el *Manual Estadístico y de Diagnóstico de Trastornos Mentales*, primera edición (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (*DSM-I*) bajo el rubro de reacciones fóbicas, mientras que el *DSM-II* habla de neurosis fóbicas. Basado en evidencia empírica, el *DSM-III* y *IV* clasifican a las fobias en tres categorías generales, a saber: la agorafobia, la fobia social y las fobias específicas.

Desde la perspectiva etiológica, son muy variadas y disímiles las teorías que intentan explicar este fenómeno. Freud plantea una explicación psicogénica de las fobias específicas.¹ La teoría del aprendizaje, por otro lado, postula que la fobia constituye una respuesta condicionada adquirida durante la asociación simultánea del objeto fóbico con la experiencia traumática.² No obstante, esta teoría no alcanza a explicar la variedad ni la evolución de múltiples fobias específicas. Finalmente, se han esgrimido múltiples teorías biológicas y evolucionistas, que no han logrado aún imponerse en forma exclusiva.

Descripción clínica

Al momento de consultar, la paciente F.D. tiene 32 años, es madre de 2 hijos, dueña de casa. Luego de completar su enseñanza media estudia relaciones públicas desempeñándose con éxito en varios empleos. Posteriormente se dedica completamente a labores domésticas y educativas, gozando de una relación marital estable y un ambiente familiar armónico.

F.D. refiere que ya desde pequeña tuvo problemas con "las escaleras." Su infancia habría transcurrido sin mayores problemas, rodeada de sus hermanos y familiares. Recuerda limitaciones al subir y bajar las escaleras de la casa de campo, donde, a diferencia de sus her-

manos, requería de asistencia externa o de apoyo seguro para poder descender. Luego habría presentado temores a todo tipo de escaleras, particularmente a las escaleras verticales. Tampoco habría podido escalar árboles, lo que la habría limitado mucho. La paciente relata: "Yo era completamente normal, salvo en lo que a subir y bajar escalas, escaleras, escalones, árboles u otro tipo de irregularidades se refiere. Lograba jugar con mis hermanos a todos los juegos, acomodándome fácilmente a la diferencia de edad, pero no podía acompañarlos en los juegos de altura. Evitaba subir al segundo piso, a los árboles, al techo o a cualquier lugar donde había altura. Sin embargo, nunca tuve problemas con subirme a un ascensor o a mirar desde las alturas al vacío. Tampoco tuve problemas con cruzar puentes, siempre que no fueran colgantes. Con los años comencé a evitar cada vez más las escaleras, llegando a tener graves problemas en los casos de uso obligatorio. Era necesario que me apoyaran, particularmente para descender."

Posteriormente comprobó que era incapaz de subir, o bajar las escaleras mecánicas de los centros comerciales que visitaba, teniendo que efectuar largos desvíos. A su vez, al realizar a su primer viaje aéreo experimentó gran angustia relacionada con el "movimiento" que hacen los aviones.

Junto con estos síntomas, la paciente refiere que presenta dificultades para subirse a cierto tipo de embarcaciones, de tamaño mediano, como lo son por ejemplo, los transbordadores. "Sólo en ese tipo de barcos me viene una gran angustia, que puede llegar hasta el pánico, provocada por el tipo de movimiento que tienen." Finalmente, hace mención que, ocasionalmente, tiene problemas para descender un escalón, como lo es de la ascera a la calle, especialmente cuando no logra ver la posición de sus pies. La paciente relata: "Si no puedo fijar la vista sobre las superficies y mis pies me siento completamente perdida, sin saber como dar el paso."

Consulta especialista pues se siente limitada; sus familiares hacen mofa de ella, "hasta mis hijos son capaces de

superarme," refiere ella, y desea vencer su temor.

Anamnesis remota

Antecedentes mórbidos: (-)

Antecedentes ginecobstétricos

Menarquia a los 13 años, ritmos regulares continuados, 2 embarazos, 2 partos eutóxicos. FUR: 1 semana previa. Sexualidad dentro de límites normales.

Antecedentes perinatales

Embarazo materno normal de 9 meses, parto eutóxico, sin antecedentes de asfixia perinatal. Lactancia de 6 meses.

Antecedentes familiares

Menor de 9 hermanos. Hermano mayor presentó un episodio de Depresión Mayor severa, tratada ambulatoriamente.

Desarrollo psicomotor

Sin retrasos en lo motor o cognitivo. No hay enuresis nocturna, ni síntomas de inmadurez neurológica.

Desarrollo psicosocial

Crece en un ambiente armónico junto a sus 8 hermanos, sin mayores complicaciones. Sociable, buenas relaciones con sus semejantes. No hay terrores nocturnos, sonambulismo ni angustia difusa. Sólo presenta las fobias descritas.

Educación

Ingresa al sistema escolar los 6 años, sin problemas. Buen contacto con profesores y alumnos, rendimiento promedio. No repite cursos.

Habitos

No ingiere alcohol, no fuma, no ingiere medicamentos o drogas.

Examen físico

General

Sin alteraciones.

Examen neurológico

La propiocepción se presenta levemente alterada. La paciente no parece obtener suficiente información sobre la localización espacial de sus miembros al cerrar los ojos. No es capaz de mantenerse sobre un pie o caminar sin visual. Romberg (-).

Resto del examen dentro de límites normales.

Examen mental

La presentación general, la comunicación y la conducta no verbal son adecuadas. La paciente está lúcida, orientada y muy atenta. No presenta problemas de memoria ni de retención. No hay alteraciones formales del pensamiento. Presenta angustia asociada a los actos de subir o bajar escalas, irracional y muy incapacitante. Hay angustia asociada a los vuelos y la navegación en embarcaciones medianas. No hay otras fobias. Tampoco se observan anancásmos. No hay alteraciones del contenido del pensamiento, ni trastornos de la vivencia del yo. La afectividad se muestra adecuada, los impulsos normales. La personalidad premórbida es descrita como extrovertida, estable, levemente ansiosa e impulsiva. Se describe ocasionalmente como aprensiva.

Exámenes de laboratorio

Hemograma y VHS: normales; Perfil bioquímico: normales. Pruebas tiroideas: normales.

Tratamiento y evolución

Una vez efectuado el diagnóstico de una fobia específica y descartadas otras patologías se intentó tranquilizar a la paciente indicando que, en general, este tipo de patologías ofrecen una evolución favorable. No obstante, el hecho de presentar esta sintomatología desde su infancia constituía un agravante para el pronóstico.

Luego de dos sesiones exploratorias se explicó el diagnóstico y el esquema terapéutico a seguir. La paciente accedió a efectuar una terapia combinada, consistente en farmacoterapia y sesiones de psicoterapia semanal. Establecido el compromiso terapéutico se inició Paroxetina en dosis de 10 mg/día por 4 días y luego 20 mg/día a continuidad. A su vez, se realizó una psicoterapia mixta, que contempla los elementos cognitivos, conductuales e interpersonales (IPT) asociados a su sintomatología, destinada a aminorar la magnitud de los síntomas y el impacto emocional asociado. En sesiones progresivas se realizó una desensibilización sistemática, ejercitando en las escaleras. Mediante instructivos claros, la paciente

comenzó a ocupar escaleras mecánicas, primero en dirección ascendente y luego descendente. Finalmente, logró acceder a todo tipo de escalas, sin apoyo, y sin sentir angustia. Incluso refiere haber podido viajar en escala mecánica levantando la vista al frente.

El problema de la aerofobia se redujo substancialmente al abordar sistemáticamente el tema, analizando los riesgos. La farmacoterapia con paroxetina y el apoyo con lorazepam 1mg sublingual antes de iniciar el vuelo constituyeron un elemento importante para fortalecer el control. La angustia desapareció, permitiéndole planificar libremente viajes al exterior. La evolución de la fobia asociada a las embarcaciones no ha podido ser evaluada. Actualmente, F.D. se encuentra en control profiláctico mensual, con un valor en la Escala CGI de 1.

Discusión

Siendo un problema altamente frecuente en la población general, la etiología de las fobias específicas dista mucho de estar aclarada. Como señaláramos en la introducción, Freud supone conflictos básicos similares entre las fobias y la neurosis histérica, por lo que utiliza para aquellas el nombre de "histeria de angustia."¹ El psicoanálisis asume que en las fobias la angustia se asoció originalmente a alguna experiencia infantil negativa, apareciendo posteriormente como fobia en forma deformada.

En el presente caso clínico no se registraron evidencias biográficas que pudieran explicar la angustia asociada a las escaleras y a cierto movimiento de aviones o barcos. Mas bien, lo que se encontró es una discreta alteración de la sensibilidad neural profunda, especialmente evidente al prescindir del sentido visual. Esta alteración sería—de acuerdo con el relato posterior de la paciente—congénita, y de causa desconocida. Es posible suponer que la paciente fue siempre portadora de una discreta alteración de la sensibilidad neural profunda, de probable origen central, provocando una inseguridad generalizada en todas aquellas situaciones en que debía ubicar espacialmente sus miembros sin ayuda de la visión, como lo es, por ejemplo, el descender de árboles, de escaleras, etc. De esta forma, la paciente intuitivamente habría comenzado desde la niñez a evitar las situaciones que demandaban una sensibilidad neural profunda intacta, iniciándose así las conductas fóbicas. Desconocemos si esta asociación ya ha sido descrita previamente en la literatura, pero desde un punto de vista clínico parece enteramente razonable. De hecho, en el

momento en que la paciente tomó conciencia de su leve alteración de la sensibilidad profunda se sintió aliviada, y logró avanzar más rápidamente en su recuperación. Es posible sugerir entonces que, en algunos casos, determinadas fobias puedan originarse a partir de discretas falencias en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. En particular, ciertas fobias situacionales, como la acrofobia típica, ciertas claustrofobias o las fobias a la obscuridad pueden estar construidas sobre un defecto neural leve original no detectado.

La Teoría del Aprendizaje supone que la angustia quedaría fijada a algún objeto a través de un condicionamiento operante, que pudo haber ocurrido en la infancia. De hecho, utilizando estrategias conductuales Watson y Rainer⁴ lograron desencadenar en un ser humano una fobia experimental. En consonancia con lo anteriormente propuesto, es posible pensar en un condicionamiento original a partir de la experimentación de la falencia, con la conducta evitativa posterior.

No obstante, la presencia de un caso con esta curiosa asociación no permite establecer una hipótesis etiopatogénica. Simplemente queremos limitarnos a la descripción del caso y a aventurar esta sencilla sugerencia. Estudios dirigidos con poblaciones más amplias deberían poder analizar más detenidamente este problema.

Desde la perspectiva psicoterapéutica, la aproximación cognitivo-conductual ha demostrado una eficacia mayor que los tratamientos psicodinámicos, y similar a los tratamientos farmacológicos. No obstante, resulta paradójico que, siendo éste un problema altamente prevalente, el tratamiento de las fobias específicas no haya merecido mayor atención de parte de los textos y revistas especializadas en los trastornos por ansiedad. Si bien esta ampliamente demostrada la eficacia de la psico terapia cognitivo-conductual en las fobias, no hay mucha claridad en relación a la asociación con agentes farmacológicos. En este caso se utilizó un inhibidor de la recaptación de la serotonina, la paroxetina, fármaco de indicación autorizada en el Trastorno Depresivo Mayor y la Fobia Social. Algunos estudios sugieren una alta eficacia de estos fármacos para el manejo de la ansiedad, dadas sus facultades ansiolíticas.⁴ De hecho, en casos aislados hemos utilizado paroxetina para tratar aerofobias, con resultados muy favorables. No obstante, es probable que otros agentes inhibidores de la recaptación de serotonina tengan un efecto similar.

Tabla 1

Diagnósticos DSM-IV:

Eje 1:	Fobia específica situacional
Eje 2:	no
Eje 3:	no
Eje 4:	sin problemas
Eje 5:	GAF: 71

Caso clínico

Finalmente, cabe señalar que el tratamiento de las fobias específicas amerita mayor atención de parte de los especialistas. Por razones no del todo comprendidas estos trastornos, altamente prevalentes en la población general, no reciben mayor atención ni estudio de nuestra parte. El presente caso demuestra que una estrategia combinada de psicoterapia y fárma-

coterapia puede producir cambios significativos en la calidad de vida de una persona. Esperemos que en el futuro estudios sistemáticos logren corroborar nuestra experiencia, aumentando así la eficacia de nuestro arsenal terapéutico en el tratamiento de las fobias situacionales. **PSI**

Referencias

1. Freud S. *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben* (1909). G.W. VII. Frankfurt/M: S. Fischer;1972.
2. Marks IM. *Fears and Phobias*. Heinemann: London, England; 1969.
3. Watson JB, Rayner R: Conditioned emotional reactions. *J Exp Psychol*. 1920;3:1-14.
4. Stembach H. Fluoxetine treatment of social phobia. *J Clinical Psychopharmacol*. 1990;10:230-231.

Resúmenes clínicos

Continúa de la página 29

p revalencia de psicopatología, con mayor frecuencia de trastornos del espectro depresivo.

La depresión asociada al consumo de sustancias es muy frecuente, a expensas de distimia, depresión mayor y trastornos bipolares; también estados depresivo—ansiosos subclínicos. Se reporta que más del 42% de los adolescentes consumidores tienen distimia y aproximadamente el 30% ha tenido cuadros de depresión mayor; éstos últimos, consumían más cocaína, mientras que los distímicos consumieron todas las sustancias por igual.

Atendiendo a lo expuesto, nos decidimos estudiar un grupo de adolescentes toxicómanos, que fueron atendidos en el Hospital Docente “Clínica del Adolescente” durante los últimos cinco años. Se les realizó estudio psicológico y electrofisiológico. Dentro de los resultados más relevantes encontramos predominio de los adolescentes con trastornos distímicos y personalidad evitante; la mayoría tenía estudios electrofisiológicos anormales. La evolución fue favorable bajo un enfoque terapéutico multilateral, donde predominó el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico antidepressivo.

Se insiste en que los profesionales de la salud, padres y pacientes entiendan que la toxicomanía es una enfermedad tratable, pero el diagnóstico precoz y preciso mejora las intervenciones y sus resultados.

Los trastornos de personalidad y la convergencia biología-ambiente

Prof. Dr. Pedro Ridruejo Alonso

Hay un cuádruple objetivo comprometido en esta intervención:

1) Mostrar en su introducción el nivel de relieve alcanzado por la temática de los trastornos de personalidad, que rebasa incluso el ámbito de la Psiquiatría, para introducirse también en los de la psicopatología y medicina orgánica. En su territorio se produce, quizás, más claramente que en ningún otro la conjunción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

2) Al poner de manifiesto la implicación biológica, se siguen los denoteros trazados por la investigación en estos últimos quince

años, aprovechando los estudios biológicos sobre la personalidad normal y el modelo de tránsito desde sus dimensiones básicas hacia la transformación desadaptativa y específica en sus trastornos. La vía neurogenética, la neuroquímica, el neurofuncionalismo y los resultados alcanzados por la neuroimagen, y finalmente, la neurociencia cognitiva, reflejada en las tareas de decisión léxica y memorización, sirven de exponentes a la variedad y alcance de la implicación biológica.

3) En el terreno de la implicación ambiental se exhibe la línea de la moderna exopsiquiatría y la incidencia social del ambiente sobre el sujeto, especialmente cuando atraviesa estados de crianza. La revisión de los esquemas de Joel Paris y de Inkeles, permite recorrer, entre otros aspectos, la interacción sociedad-familia, los niveles de integración o desintegración comunitaria, y el ritmo de cambio social.

4) La última parte de la exposición pretende recorrer los testimonios de convergencia entre la implicación biológica y la ambiental, utilizando para ello los relatos empíricos de Joan McCord sobre la forma detallada de confluencia de canales sociobiológicos en los neonatos. Y, desde luego, se formulan los modos, medios y alcances que ostenta la co-implicación bio y socioambiental en este tipo de trastornos.

En conclusión, el significado profundo de la convergencia, los modelos biopsicosociales en este campo y la necesaria comprensión de la pirámide dialéctica que las ciencias mentales han de abordar, son el exponente de esta intervención.

PET-FDG en pacientes en el primer episodio psicótico y sin antecedentes de tratamientos psicofarmacológicos previos

Dra. Roxana Galeno

Objetivo: Correlacionar los síntomas clínicos con el metabolismo de la glucosa en diferentes grupos de pacientes psicóticos que nunca han recibido medicación previa.

Metodología: Fueron incluidos en el presente estudio 18 pacientes que cursaban su primer episodio psicótico, cuyas edades oscilaban entre los 15 a 28 años y que no

hubieran recibido medicación antipsicótica previamente. Los mismos fueron seleccionados, siguiendo los criterios diagnósticos del *DSM-IV*, en cuatro grupos: 8 pacientes con esquizofrenia, 4 con Trastorno Bipolar, 3 con depresión mayor con síntomas psicóticos y 3 con trastorno obsesivo compulsivo con síntomas psicóticos.

Todos los pacientes fueron evaluados con entrevistas clínicas, la escala de Impresión Clínica Global (CGI), Escala de Síntomas positivos y Negativos para Esquizofrenia (PANSS), Escala de Manía de Young, Escala de Yale-Brown para TOC y Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con fluorodesoxiglucosa (FDG) en situación basal.

Resultados: Todos los pacientes mostraron diferentes patrones de comportamiento cerebral. Los cambios metabólicos observados fueron más notables en el área correspondiente a la corteza frontal. Otras áreas involucradas incluyeron a la corteza temporal y parietal, los ganglios basales y el tálamo.

Los diferentes grupos mostraron diferentes características tanto en los síntomas clínicos, en los puntajes de las escalas de evaluación y en los patrones de comportamiento del metabolismo de la glucosa a nivel cerebral.

Conclusiones: Estos resultados preliminares en pacientes que cursan su primer episodio psicótico y que nunca recibieron medicación psicofarmacológica, muestran una correlación significativa entre la sintomatología clínica y las alteraciones del metabolismo de la glucosa cerebral. Podemos entonces postular que el PET—FDG podrá constituirse en una herramienta útil para el diagnóstico precoz de las psicosis y como consecuencia colaborar con la instalación de un tratamiento eficiente y eficaz en los primeros estudios de la enfermedad mejorando la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. **PSI**