

Revista
Latinoamericana de
PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

Editorial

Alfredo Cía

Síndrome de Stevens-Johnson por litio y olanzapina

*J. Torales-Benítez, Marcos Hernán Capurro,
Néstor Giralá, Fabrizio de Giacomi, Andrés Bogado,
Oscar García-Franco, Sandra Samudio, Mónica Vera*

La homologación de la Curricula de Postgrado en Psiquiatría

Córdoba Rojas RN, Suárez Richards M.

Y bien, ¿vale la pena ser psiquiatra en América Latina?

Prof. Renato Alarcón

Psiquiatría, actividad psicofísica y deporte

Dr. Hugo Dramisino

**Actualización en el Tratamiento Farmacológico del
Insomnio Crónico en Adultos**

Andrés Barrera Medina, Alejandro Jiménez Genchi

COMITÉ EJECUTIVO APAL**Presidente***Alfredo H. Cía***Vice - Presidente***Rodrigo Nel Córdoba Rojas***Secretario General***Juan Carlos Stagnaro***Secretario de Finanzas***Darío Lagos***Secretaria Ejecutiva***Fátima Vasconcellos***Coordinadora de Secciones***Graciela B. Onofrio***Secretarios Regionales**

México, Centroamérica y Caribe

José Miguel Gómez

Países Bolivarianos

Aitor Castillo

Países del Cono Sur

*Fredy Pagnussat***CONSEJO DE REDACCIÓN****Coordinador***Juan Carlos Stagnaro***Miembros***Juan Tenconi**Daniel Matusevich**Santiago Levín***COMITÉ CIENTÍFICO****Argentina***Manuel Suárez Richards**Juan Carlos Stagnaro***Uruguay***Álvaro Lista Varela**Álvaro Dottone***Brasil***Marco Antonio Brasil**Carlos Alberto Crespo de Souza***Colombia***Rodrigo Nel Córdoba**Roberto Chaskel***Perú***Renato Alarcón**Alberto Perales***Guatemala***Luis Pedro Torrebiarte**See Emilio Quinto***Puerto Rico***Margarita Alegría**Bárbara Díaz***Dominicana***César Mella**José Angel Saviñón Tirado***México***María Elena Medina Mora**Carlos Berlanga Cisneros**Humberto Nicolini Sánchez**Enrique Chávez León***Chile***Hernán Silva Ibarra***Cuba***Angel Otero***Ecuador***Fabrizio Delgado**Pacífico Gallegos Acosta***Reglamento de Publicaciones** (ver detalle en pág. 36)

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), se publica semestralmente en español, con resúmenes en español e inglés.

Los artículos publicados son trabajos originales de investigación, de revisión, casos clínicos, cartas de editor, editoriales, comentarios de libros publicados, así como temas y actividades sobresalientes relacionados con la Psiquiatría.

Diseño y Diagramación Q+D diseño / 011 2255-9793 - CABA - Argentina / mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com

<http://quilesdiezsolucionesgraficas.blogspot.com>

PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

Argentina

Asociación de Psiquiatras Argentinos

Presidente: Horacio Vommaro

Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría

Directiva 2012-2014

Presidente: Hernán Olivera Arauco

Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría

Presidente: Antonio Geraldo da Silva

Distrito federal (Brasília)

Chile

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía

Presidente: Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Presidente: Juan Carlos Rojas F.

Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría

Presidente: Virginia Rosabal Camarillo

Cuba

Sociedad Cubana de Psiquiatría

Presidente: Miguel A. Valdés Mier

Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

Presidente: Carlos Jaramillo

El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

Presidente: Tirza Merino Gomez

Guatemala

Asociación Psiquiátrica de Guatemala

Presidente: Nery Adolfo Ortiz Alvarez

Haiti

Jean Phillipe

Honduras

Asociación Hondureña de Psiquiatría

Presidente: Kennet Vittetoe

México

Asociación Psiquiátrica Mexicana

Presidente: Juan Luis Vázquez Hernández

Nicaragua

Asociación Nicaragüense de Psiquiatría

Presidente: Elda Jirón González

Panamá

Sociedad Panameña de Psiquiatría

Presidente: Lexma Ruiz

Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Presidente: Manuel Fresco

Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana

Presidente: Juan Manuel Yori Umlauff

Puerto Rico

Sociedad Puertorriqueña de Psiquiatría

Presidente: Jesús M. Saavedra Caballero Díaz

República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría

Presidente: Vicente Vargas

Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Presidente: Cecilia Idiarte Borda

Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Presidente: Yolanda Alvarado P.

ÍNDICE

5	Editorial <i>Alfredo Cía</i>
7	Síndrome de Stevens-Johnson por litio y olanzapina <i>J. Torales-Benítez, Marcos Hernán Capurro, Néstor Giralá, Fabrizio de Giacomi, Andrés Bogado, Oscar García-Franco, Sandra Samudio, Mónica Vera</i>
12	La homologación de la Curricula de Postgrado en Psiquiatría <i>Córdoba Rojas RN, Suárez Richards M.</i>
18	Y bien, ¿vale la pena ser psiquiatra en América Latina? <i>Prof. Renato Alarcón</i>
21	Psiquiatría, actividad psicofísica y deporte <i>Dr. Hugo Dramisino</i>
28	Actualización en el Tratamiento Farmacológico del Insomnio Crónico en Adultos <i>Andrés Barrera Medina, Alejandro Jiménez Genchi</i>
34	Reglamento de Publicaciones

Desafíos actuales para la Psiquiatría Latinoamericana

Entre los grandes desafíos que se presentan a la Psiquiatría Latinoamericana resulta crucial identificar cuáles son las prioridades de investigación, asistencia y prevención, que permitan mejorar las vidas de todas las personas afectadas por enfermedades mentales.

Actualmente los psiquiatras latinoamericanos debemos enfrentarnos a una cruda realidad, nueve de cada diez personas que padecen problemas de salud mental no son diagnosticados ni tratados adecuadamente. Muchos de ellos no llegan nunca a consultar por su problema, al ignorar o minimizar su padecimiento, y otros concurren a servicios de asistencia primaria, de clínica médica o especialidades clínicas, en las cuales refieren síntomas somáticos vinculados a su psicopatología. Muchas veces su problema es reconocido, pero otras tantas permanece ignorado, minimizado, y por consiguiente no tratado. Ante esta realidad, debemos considerar la posibilidad de que los médicos no psiquiatras pudieran capacitarse para ofrecer un mejor diagnóstico en el área de la psicopatología y ofrecer una mejor respuesta a esta creciente demanda asistencial. Apuntamos a que puedan estar en condiciones de brindar un tratamiento inicial, resolver una crisis aguda, saber cuándo seguir tratando al paciente o en cuales circunstancias derivarlo al ámbito de la salud mental. Aún más, en casos leves o moderados y no complicados, estar en condiciones de aplicar un esquema terapéutico para los mismos, sobre todo en aquellos ámbitos alejados de servicios especializados, dado lo extenso de nuestros territorios.

Coincido con muchos estudiosos del tema en que un sistema sanitario público que provea servicios eficientes debe configurarse por niveles asistenciales de complejidad creciente, de acuerdo a la severidad o lo complejo de los casos a tratar.

Para dar lugar a un enfoque psicosocial del tratamiento, que se integre con el biológico, existen actualmente diversas técnicas psicoterapéuticas eficaces de objetivos limitados aplicables a numerosos trastornos (como la TCC o terapia cognitiva conductual, la terapia interpersonal y la psicoterapia psicodinámica breve), las que, lamentablemente, aún son insuficientemente utilizadas a nivel asistencial público en la mayoría de los países del continente, empleándose como recursos principales la psicofarmacoterapia y el consejo u orientación médicos.

La capacitación de profesionales no especializados en Salud Mental (SM) y psicopatología puede, sin lugar a dudas y con la debida supervisión, contribuir a la provisión de servicios más eficientes, que den respuesta a la demanda asistencial creciente en el área.

Por otra parte, la coordinación y cooperación intersectorial entre los servicios de AP (Atención Primaria) y de SM es necesaria para dotar de una mayor y mejor cobertura a las prestaciones, tanto desde un modelo escalonado o progresivo como desde un modelo colaborativo asistencial. Esta sinergia y una mayor comunicación intersectorial contribuirán además a combatir el estigma que aún pesa sobre la psiquiatría y el enfermo mental.

Una mejor y más amplia capacitación y EMC de los equipos de atención primaria de la salud, medicina familiar y diversas especialidades de la clínica médica en SM permitirán que trabajen en fluido contacto y colaboración con los servicios de psiquiatría y salud mental.

Estas cuestiones deben ser planteadas y resueltas con premura, en la búsqueda de respuestas que nos permita entender y abordar con eficacia gran parte de los problemas mentales que aquejan a nuestros pueblos.

De este modo, estaremos en condiciones de prevenir, asistir y rehabilitar a quienes sufren gran parte de las psicopatologías ya existentes y emergentes, mediante una articulación racional de los distintos servicios y efectores, respetando los roles e incumbencias de cada uno de sus integrantes, desde la multidisciplina inherente al área.

Resulta además imprescindible considerar para el diagnóstico los factores procedentes de las condiciones de vida y entorno socio-económico cultural y guiarnos por datos epidemiológicos clínicos y poblacionales provenientes del ámbito de procedencia del consultante. Lamentablemente, informes consistentes de epidemiología poblacional aún son inexistentes en numerosos países de Latinoamérica.

En casi todos los países, a causa de la crisis global, entre otros factores persistentes o estructurales, se vienen dando recortes presupuestarios gubernamentales a la asistencia pública, con detrimento en la provisión de servicios que respondan a las necesidades poblacionales concretas en el área. El poder brindar una cobertura asistencial integral universal y gratuita para toda la población, mediante un sistema nacional integrado de salud, es una de las propuestas de APAL como entidad federativa.

Consideramos que un estado de bienestar se fundamenta en una asistencia pública universal, equitativa y accesible para todos, en especial para los más necesitados, que responda a los intereses mayoritarios de la población, en el cual la salud mental sea parte intrínseca a la salud en su conjunto. La psicoeducación de la comunidad, la promoción y la prevención en SM vienen siendo promovidas por APAL desde la página www.apalcomunidad.org, que creamos hace ya cinco años.

Un modelo regional o descentralizado y colaborativo de asistencia en SM, permitirá dar respuesta a muchas demandas aun no cubiertas. Proponemos la asistencia de los casos leves a moderados y no complicados en el primer nivel asistencial, manteniendo al paciente en su entorno habitual socio-familiar, y la oportuna derivación de aquellos casos más complejos o severos. Esto facilitará la tarea de los equipos especializados en SM, posibilitando una mejor cobertura en prevención primaria y secundaria, tratamiento y rehabilitación, para todos los países integrantes de nuestra querida APAL.

Dr. Alfredo Cía
Presidente de APAL

Síndrome de Stevens-Johnson por litio y olanzapina

Stevens-Johnson syndrome in lithium-olanzapine combination

Prof. Dr. J. Torales-Benítez

Cátedra y Servicio de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay
jtorales@med.una.py

Dr. Marcos Hernán Capurro

Cátedra y Servicio de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay

Prof. Dr. Néstor Giralá

Cátedra y Servicio de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay

Dr. Fabrizio de Giacomi

Cátedra y Servicio de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay

Dr. Andrés Bogado

Cátedra y Servicio de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay

Univ. Oscar García-Franco

Cátedra y Servicio de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay

Dra. Sandra Samudio

II Cátedra y Servicio de
Clínica Médica,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay

Dra. Mónica Vera

II Cátedra y Servicio de
Clínica Médica,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay

Los autores no declaran
conflicto de intereses

Resumen Introducción: el síndrome de Stevens Johnson (SSJ) puede presentarse como un trastorno primario de la piel o como una manifestación dermatológica de infecciones sistémicas, enfermedades malignas o crónicas de órganos internos, o como una reacción a diversos fármacos. Hasta la fecha, no se ha informado de un SSJ como efecto secundario de la combinación de litio y olanzapina en un paciente.

Presentación del caso: presentamos los signos y síntomas clínicos y nuestra intervención terapéutica en el caso de una mujer de raza blanca de cincuenta y cuatro años de edad, con diagnóstico de SSJ inducido por el uso combinado de litio y olanzapina. La paciente fue tratada en internación en el servicio de Medicina Interna. Tras la suspensión de la medicación, los síntomas se resolvieron.

Conclusión: hasta donde alcanza nuestro conocimiento, este es el primer reporte de caso que vincula el SSJ con la prescripción combinada de litio y olanzapina. Por lo tanto, considerando el amplio uso de estos dos psicofármacos, es importante que los médicos estén atentos a la potencial ocurrencia de este síndrome en el transcurso de su uso.

Palabras clave: Síndrome de Stevens Johnson, efecto adverso, litio, olanzapina.

Abstract Introduction: Stevens-Johnson syndrome (SJS) may occur as a primary skin disorder or as a skin manifestation of systemic infections, malignant or chronic disease of internal organs or as a reaction to various drugs. SJS has not been previously reported side effect of lithium-olanzapine combination.

Case: Here we present clinical signs and symptoms and our therapeutic intervention in the case of a fifty-four year old Caucasian female, with SJS induced by lithium-olanzapine combination. The patient was treated as an inpatient in the Internal Medicine Department. Following withdrawal of the medication symptoms resolved.

Conclusion: To the best of our knowledge, this is the first report to link lithium-olanzapine combination with SJS. Considering the wide use of both lithium and olanzapine, it is important that clinicians should be aware of the possibility of SJS occurring during its use.

Keywords: Stevens-Johnson syndrome, side effects, Lithium, Olanzapine.

Introducción

El Síndrome de Stevens Johnson (SSJ) es un entidad clínica caracterizada por una reacción de hipersensibilidad, que inicia con un pródromo sintomatológico de fiebre, malestar general y dolor de garganta (que puede durar hasta 14 días), seguido de un síndrome dermatológico polimórfico agudo constituido por lesiones maculopapulosas eritematosas, vesículas y ampollas, que involucran al menos dos membranas mucosas (por ejemplo, conjuntivitis) y raramente se asocia a un estado tóxico sistémico (1). El SSJ puede presentarse como un trastorno primario de la piel o como una manifestación dermatológica de infecciones sistémicas, enfermedades malignas o crónicas, o como una reacción a diversos fármacos (2). Los cuadros clínicos que pueden ser generados como consecuencia de reacciones cutáneas severas al uso de fármacos incluyen el SSJ, la necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de hipersensibilidad, anafilaxia y angioedema, enfermedad del suero y vasculitis cutánea (3). En el caso particular del SSJ, éste es un tipo extenso y severo de eritema multiforme, caracterizado por reacción cutánea necrotizante grave, con involucramiento de varias mucosas (oral, conjuntival y anogenital). Las complicaciones tardías incluyen hiperpigmentación, cicatrices y retracciones de la piel. La mortalidad del SSJ se encuentra entre el 5% y el 15% (2).

Presentamos un caso de SSJ inducido por el uso combinado de litio y olanzapina en el contexto de una paciente mujer tratada por un cuadro de trastorno bipolar. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, la generación de un SSJ por esta asociación farmacológica no ha sido informada antes.

Presentación del caso

E., mujer blanca de cincuenta y cuatro años de edad, divorciada, desempleada, con historia aproximada de 20 años de evolución de trastorno bipolar (tipo I), tratada con litio (900 mg/día) por alrededor de 10 años, se presenta a la urgencia de Psiquiatría en diciembre de 2012. Al examen psíquico, se constataron ideas delirantes paranoides y de grandiosidad en el contexto de un episodio maníaco leve. Se agregó olanzapina (10 mg/día en dos dosis) a su tratamiento con litio y la paciente fue enviada a su casa, y seguimiento por sistema ambulatorio. Dos semanas más tarde, la paciente se presenta al servicio de urgencias con historia

de extensas lesiones en piel. Había desarrollado un rash eritematoso generalizado, lesiones en escarapela en región del tronco, abdomen, extremidades y en el rostro, con formación de ampollas y úlceras infectadas. Se constató afectación de mucosas con áreas hemorrágicas en la cavidad bucal y en genitales externos (Fig. 1 y 2).



Fig. 1 Extensas úlceras infectadas en el abdomen, extremidades y genitales externos.



Fig. 2 Ampollas rotas en el brazo de la paciente.

Todas las características presentadas, favorecieron el diagnóstico de un SSJ secundario a la administración de olanzapina (en el contexto del tratamiento con litio). El diagnóstico diferencial principal fue la necrólisis epidérmica tóxica, pero las manifestaciones hubiesen sido mucho más severas y hubiese estado afectado más del 30% de la superficie de la piel (4). La paciente fue admitida para su internación en el Departamento de Medicina Interna y tanto el litio como la olanzapina fueron suspendidos.

Debido a las extensas ulceraciones infectadas, se inició tratamiento con clindamicina (600 mg) intravenosa cada 8 horas y se aplicó solución coloidal sobre las áreas afectadas. Se decidió no iniciar terapia con corticoides, por el prolongado tiempo de evolución de la condición de la paciente (casi dos semanas).

Luego de una semana de internación, la reacción dermatológica comenzó a remitir, pero el estado maníaco de la paciente fue empeorando. En vista a esto, se decidió reiniciar solo el litio (900 mg/día). Tras siete días de la reinstauración del litio, la paciente presentó nuevamente un rash eritematoso generalizado, con formación de ampollas y compromiso mucoso. De nuevo, todas estas características favorecieron el diagnóstico de un SSJ secundario a la administración de litio. Luego de observar la nueva reacción cutánea, recomendamos discontinuar el litio.

La clindamicina y la solución coloidal fueron continuadas por una semana más. La condición de la paciente fue reevaluada diariamente y tras la tercera semana se constató una mejoría significativa de las lesiones cutáneas, orales y genitales (Fig. 3). La paciente sanó de sus lesiones y fue dada de alta al final de la cuarta semana de internación.



Fig. 3 Aspecto de las lesiones cutáneas tras el tratamiento.

Dado que la eficacia de la quetiapina en el tratamiento de la manía y del trastorno bipolar ha sido descrita por varios autores (5, 6), decidimos su inicio con 25 mg/día (con incremento progresivo hasta 400 mg/día), tras consultas con dermatólogos y alergistas. La paciente respondió favorablemente a la nueva medicación y llegó a la eutimia en 6 semanas.

Discusión

Tras millones de prescripciones de litio como antimaniaco, han habido relativamente pocos casos reportados de SSJ relacionados a su administración. (7, 8).

Tomando en cuenta a los antipsicóticos atípicos, erupciones cutáneas adversas a su uso son raramente vistas o informadas (9). La olanzapina se ha asociado con severas erupciones pruriginosas y generalizadas en la piel como parte de un síndrome de hipersensibilidad y también se la encontró como causa de vasculitis leucocitoclástica, con afectación cutánea (10, 11). Sin embargo, hasta el momento no se la ha asociado con SSJ. De hecho, entre los antipsicóticos atípicos, solo hay unos pocos reportes de casos de SSJ, especialmente con ziprasidona y risperidona (9).

Una exhaustiva búsqueda en Pubmed hasta el 29 de julio de 2013, utilizando palabras claves como “olanzapina”, “litio” y “Stevens Johnson”, no ha revelado ni un solo caso de SSJ inducido por olanzapina o por la administración combinada de litio y olanzapina. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, este es el primer reporte de caso de SSJ inducido por la utilización combinada de ambos psicofármacos.

En nuestro caso, el diagnóstico fue compatible con la descripción clínica clásica (12, 13) de SSJ. El algoritmo para la implicación de un fármaco como causa de una reacción adversa cutánea es el siguiente: a)

causas alternativas, especialmente infecciosas, deben ser excluidas; b) el intervalo entre la introducción del fármaco y el inicio de la reacción debe ser examinado (1-3 semanas); c) tras la suspensión del fármaco deber ser constatada alguna mejoría; d) el clínico debe determinar si reacciones similares se han asociado con el mismo compuesto; e) cualquier reacción con la readministración del fármaco debe ser constatada (14). Siguiendo este algoritmo, se puede afirmar que todos esos criterios fueron hallados en nuestro caso. El inicio del primer SSJ dentro de la segunda semana de tratamiento y la mejoría tras la suspensión de la olanzapina, sugieren que tal condición fue causada por la olanzapina. El inicio del segundo SSJ dentro de la primera semana de la reinstauración del tratamiento con litio y la mejoría del cuadro tras su discontinuación sugieren que el síndrome fue causado por el litio.

La ocurrencia de efectos adversos que ponen en riesgo la vida, como el que ha experimentado nuestra paciente, indica que tanto la olanzapina como el litio conllevan un potencial riesgo de generar SSJ. Los psiquiatras deben desempeñar un papel más activo: interrogando a los pacientes acerca de los signos y síntomas asociados con el periodo prodrómico del SSJ. Además, el paciente debe ser instruido para buscar síntomas y signos e inmediatamente informar a su médico tratante, de tal manera a facilitar una intervención temprana y prevención secundaria de este síndrome (1).

Conclusión

Este es el primer reporte que vincula el uso combinado de litio y olanzapina con SSJ. Considerando el extendido ambos psicofármacos, es importante que los clínicos estén atentos a la posibilidad de que ocurra un SSJ durante su prescripción.

Bibliografía

1. Coleman A, Trappler B. Stevens-Johnson syndrome following treatment with carbamazepine for a mood disorder. *Jefferson Journal of Psychiatry* 1996; 13: 49-53.
2. Kumar S, Kumar, K. Stevens-Johnson syndrome induced by sodium valproate. *Indian Journal of Psychiatry* 2004; 46(3): 270-71.
3. Wolf R, Orion E, Marcos B, Matz H. Lifethreatening acute adverse cutaneous drug reactions. *Clinics in Dermatology* 2005; 23: 171-81.
4. Shetty SR, Chatra L, Shenai P, Rao PK. Stevens-Johnson syndrome: a case report. *Journal of Oral Science* 2010; 52(2): 343-46.
5. Yildiz A, Vieta E, Leucht S, Baldessarini RJ. Efficacy of Antimanic Treatments: Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials. *Neuropsychopharmacology* 2011; 36(2): 375-89.
6. Suppes T, Datto C, Minkwitz M, Nordenhem A, Walker C, Darko D. Effectiveness of the extended release formulation of quetiapine as monotherapy for the treatment of acute bipolar depression. *Journal of Affective Disorders* 2010; 121(1): 106-15.
7. Misra BN, Mohapatra PK, Roy D. Stevens Johnson syndrome during treatment with lithium and valproate in mood disorders: a report of two cases. *Indian Journal of Psychiatry* 2002; 44(3): 301-02.
8. Jeung YJ, Lee JY, Oh MJ, Choi DC, Lee BJ. Comparison of the causes and clinical Features of drug rash with eosinophilia and systemic symptoms and Stevens-Johnson syndrome. *Allergy, Asthma & Immunology Research* 2010; 2(2): 123-26.
9. Desarkar P, Nizamie SH. Risperidone-induced erythema multiforme minor. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2006; 62(4): 504-05.
10. Raz A, Bergman R, Eilam O, Yungerman T, Hayek T. A case report of olanzapine-induced hypersensitivity syndrome. *American Journal of the Medical Sciences* 2001; 321: 156-8.
11. Duggal MK, Singh A, Arunabh, Lolis JD, Guzik HJ. Olanzapine-induced vasculitis. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2005; 3: 21-4.
12. Hazin R, Ibrahimi OA, Hazin MI, Kimyai-Asadi A. Stevens-Johnson syndrome: pathogenesis, diagnosis, and management. *Annals of Medicine* 2008; 40: 129-38.
13. Berthold R, Osvaldo C. The risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis during the first weeks of antiepileptic therapy: a case controlled study. *Lancet* 1999; 353: 2190-94.
14. Roujeau JC, Stern RS. Severe adverse cutaneous reactions to drugs. *New England Journal of Medicine* 1994; 331: 1272-85.

Acerca de los autores:

Julio Torales-Benítez es profesor asistente y jefe de Investigaciones de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Asunción.

Marcos Capurro es médico residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Asunción.

Néstor Giralá es profesor titular y jefe de Urgencias, Admisión e Internación de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Asunción.

Fabrizio de Giacomí es médico residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Asunción.

Andrés Bogado es auxiliar de la enseñanza de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Asunción.

Oscar García-Franco es estudiante de cuarto año de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción.

Sandra Samudio es jefa de la Unidad de Internación de la II Cátedra y Servicio de Clínica Médica de la Universidad Nacional de Asunción.

Mónica Vera es médica residente de la II Cátedra y Servicio de Clínica Médica de la Universidad Nacional de Asunción.

Consentimiento: Para la publicación de este reporte de caso fue obtenido el consentimiento informado por escrito de la paciente. Una copia del consentimiento está disponible para su revisión por el Editor en Jefe de esta revista.

Los autores agradecen al Dr. Dinesh Bhugra, profesor de Psiquiatría en el King`s College de Londres, por su contribución para la interpretación teórica y la corrección final.

La homologación de la Curricula de Postgrado en Psiquiatría

Curricula homologation in graduate psychiatric training

Córdoba Rojas RN,

Vicepresidente de APAL,
Profesor Universidad del Rosario,
Bogotá, Colombia,
Cr. 69 No. 170 - 40, Bogotá,
rodrinel@yahoo.com

Suárez Richards M.

Coordinador de Sección Educación en
Psiquiatría, APAL.
La Plata, Argentina, calle 21 B N. 755
City Bell-LaPlata,
msuarezr@netverk.com.ar

Resumen Con la finalidad de lograr un consenso en la homogeneidad curricular de las Carreras de Postgrado de Psiquiatría en los diferentes países integrantes de APAL, se realizó un taller en el marco del XXVII Congreso APAL realizado en Argentina, en Noviembre de 2012. Para ello se pautaron cuatro temas disparadores de opinión entre los participantes del mismo, los que divididos en grupos de discusión, realizaron una síntesis la que fue leída en su síntesis al finalizar la discusión de cada propuesta y referida por los coordinadores de cada una. Dándose así un primer paso para lograr una Curricula que tienda a la homogeneidad en el Postgrado y con ello sirva para ser validada en los diferentes países de nuestra región.

Palabras clave: carreras Postgrado, curricula, homogenización, América Latina.

Abstract In order to achieve consensus about curricular possibilities homogeneous Postgraduate Careers of Psychiatry, of different countries of APAL, one workshop was performed under the XXVII Congress in Argentina, at November 2012. To do this four subjects were scheduled triggers of opinion among the participants, which divided into discussion groups each, carried out a synthesis which was developed synthetically the end of the discussion of each proposal and referred by the coordinators of each one. Giving rise to a first step to achieve a Curriculum tending towards homogeneity in the Postgraduate and hence will serve to be validated in the different countries of our region.

Keywords: Post graduate careers, curricula, homogenization, Latin America

Los autores no declaran
conflicto de intereses

Introducción

La diversidad de culturas, tradiciones, escuelas psiquiátricas y matices diferenciales, provocan que nuestra región tenga diversos componentes curriculares para la formación de un especialista en Psiquiatría, aún dentro de sus propios países. Esta situación hace que se torne dificultosa la posibilidad de la movilidad regional profesional, ya que la titulación propia debe ser autorizada y avalada por el nuevo país, y para ello se requiere, indefectiblemente, la presentación de los planes de estudio realizados para obtener la especialidad. Esto último causa dificultades por las variedades de programas de enseñanza de postgrado, existentes en los diversos países.

Las transformaciones que se viven cotidianamente en el ámbito de la salud, tienen como parte principal la propagada globalización (establecimiento de sistemas de valores, debilitamiento de los mecanismos de defensa de la comunidad, aumento de la conciencia de las deficiencias y oportunidades inalcanzables, migración de personas, de talentos, y disminución del capital social de las sociedades), la que a menudo es impulsada por factores económicos y políticos provocando la “mercantilización” de la medicina; la “descivilización” de la sociedad y la urbanización desenfrenada, provocando ésta que una proporción urbana significativa viva sola. Se producen cambios demográficos, hay la caída de la natalidad, sobre todo en las clases privilegiadas; una creciente esperanza de vida con un equilibrio en el número de años libres de enfermedad y discapacidad, asimismo el crecimiento del número de personas de edad, en muchos países, ha aumentado de manera que el número de personas de edad avanzada (definido por su vulnerabilidad y una mayor probabilidad de ayuda de otros y no por su edad cronológica) se mantiene ascendente, las diferencias en las estructuras demográficas de las sociedades inmigrantes modifican la forma de vivir, y del enfermar. Otros problemas incluyen, el crecimiento de la tasa de divorcios, la disminución de la duración de las parejas o matrimonios, una merma del tamaño de la familia y de allí su reducida capacidad para atender a las personas con discapacidad, así como la renuencia cada vez mayor para formar familias (y de invertir en su duración y solidez); los cambios de las estructuras familiares y su funcionamiento, junto a la tendencia general del empleo de las mujeres fuera

de la casa, crea conflictos en los sectores tradicionales acerca de la contribución de la mujer en el grupo familiar. El rol creciente de aparatos y máquinas, amplían las brechas entre las personas en los servicios de salud y en la sociedad.

Probablemente, los cambios científicos, las influencias tecnológicas, sociales y financieras modificarán la enseñanza, la educación del siglo XXI y consecuentemente la práctica psiquiátrica; estas tendencias e innovaciones hay que considerarlas con la finalidad de plasmar la formación del psiquiatra y favorecer los planes de homologación en nuestra regiones.

Objetivos

Como objetivo general es importante ampliar la discusión sobre las posibilidades existentes, y aquellas que haya que implementar, con la finalidad de promover una currícula de Carreras de Postgrado en Psiquiatría dentro de nuestra región que permita obtener competencias similares y/o equivalentes, que generen posibilidades de ejercer la especialidad en los diferentes países que integran APAL.

Podemos pensar que nuestros psiquiatras dominen temas habituales y básicos, como:

- Amplio conocimiento médico bio-psicosocial
- Habilidades clínicas
- Profesionalidad
- Comunicación
- Conocimiento de las competencias básicas

Como propósito particular, podrían utilizarse las competencias (educacionales) para la enseñanza de la especialidad en el postgrado, lo que ayudaría a favorecer la homologación que se propone. Las mismas plasman, capacidad, competitividad e incumbencia, para tal cometido. Se han considerado seis áreas básicas para el cumplimiento adecuado, eficaz y contenedor del profesional :

- a. conocimiento médico
- b. la atención al paciente
- c. el aprendizaje y la mejora de la práctica
- d. habilidades interpersonales y de comunicación
- e. el profesionalismo
- f. sistema basado en práctica.

La psiquiatría y las ciencias del comportamiento tienen el conocimiento que podría contrarrestar el proceso de deshumanización y el desafío será que este conocimiento esté disponible para las personas y se

utilice en nuestros países. El arte y la ciencia de la práctica de la psiquiatría se basan en las relaciones humanas y es el conocimiento y las habilidades de hacer estas relaciones que la psiquiatría debe promover. Para lograr lo anterior es necesario que se deberían tomar en cuenta las características de:

- el saber hacer (habilidades)
- saber (conocimientos)
- valorar las consecuencias de ese saber ser (valores y actitudes)

Hay cada vez más evidencia que la buena práctica de la psiquiatría implica principalmente compromiso con las dimensiones no técnicas de nuestra labor, como las relaciones, los significados y los valores.

La psiquiatría ha estado, en las últimas décadas, guiada mayormente por un paradigma tecnológico, el que no debe ser ignorado. El predominio de este paradigma se puede ver en la importancia que se le ha dado en los modelos causales de comprensión de los trastornos mentales, en la formulación de la atención psiquiátrica, como una serie de intervenciones diferenciadas que pueden ser analizadas y medidas independientemente del contexto. El creciente interés, justificado, en la neurociencia ha significado que otros argumentos importantes en la prestación de la atención y apoyo para los problemas de salud mental, a lo largo del siglo pasado, hayan sido descuidados. Relaciones, significados, valores, creencias y prácticas culturales no son ignoradas, pero parecería que han quedado relegadas a un plano secundario de importancia. En nuestras regiones es necesario mantener el mejor equilibrio entre estos aportes, ya que el mismo favorecerá a nuestras poblaciones.

La reunión sobre homologaciones

La constitución de un taller durante el último Congreso de APAL, surgió por la iniciativa del Prof. Rodrigo Córdoba, con la mirada puesta en lograr el objetivo de que nuestras carreras de especialista en la región puedan tener homologaciones por parte de los países intervinientes. Para ello es necesario comenzar a lograr consensos primordiales básicos de las diferentes propuestas educativas y así llegar a elaborar un programa educacional que facilite la tarea de revalidar los títulos obtenidos en un país y poder ser utilizados en otros. Esta propuesta apunta a tener un proyecto co-

mún educativo, teniendo siempre en cuenta que nuestra región tiene grandes diferencias desde geográficas a étnicas pero similares problemáticas en cuanto sus orígenes y evoluciones. Se aconseja el tener en cuenta las características propias de cada lugar, debiendo ser respetadas y conservadas. Así es que, durante el Taller los profesionales de los diferentes países que concurrieron al mismo, discutieron las particularidades educacionales existentes en los mismos y aquellas que podrían implementarse con la finalidad de promover una curricula tipo de contenidos básicos comunes en las Carreras de Postgrado en Psiquiatría, lo que permitirá obtener competencias educacionales equivalentes que generen posibilidades de ejercer la especialidad en los diferentes países que integran APAL.

Comenzó la actividad con las presentaciones realizadas por los Profesores Renato Alarcón y Juan Carlos Stagnaro, quienes sintetizaron los atributos necesarios que deben ser considerados en las Carreras de Postgrado de Psiquiatría, teniendo en cuenta las características actuales de la especialidad y los cambios de paradigmas que se están desarrollando en la misma.

Finalizada ésta introducción se formaron grupos de discusión y conclusión sobre los temas inherentes al taller y la posibilidad de apertura de alguno que surgiera eventualmente. Para ello se dividieron los participantes en los temas previamente asignados:

- Propósitos de la Carrera de Especialista en Psiquiatría en nuestras regiones
- Unidades didácticas básicas
- Carga horaria, prácticas y teóricas (presenciales y web)
- Evaluaciones

Los participantes de cada grupo, cuyos nombres se detallan más abajo, tienen interés y/o actividades docentes en diversos países donde actúa APAL, lo que confiere a esta reunión un carácter múltiple participativo y cuyas conclusiones van abriendo las puertas para posibilitar un programa final conjunto de aprendizaje de postgrado que permita y colabore a la homologación del título de Especialista en Psiquiatría en los países de la región. Luego del análisis y discusión de cada uno de los cuatro grupos sobre los temas propuestos, un representante de cada grupo leyó la síntesis elaborada, las que se pasan a detallar:

Grupo 1. Propósitos de la Carrera de Especialista en nuestras regiones

- Contenidos mínimos necesarios, a discutir, para lograr el perfil del psiquiatra necesario. Conocimiento de los contenidos curriculares, trabajar para el primer nivel de atención y la interconsulta.
- Promover una formación polivalente. Conocimiento de clínica y terapéutica de los trastornos mentales.
- Formación esencial con profundo contenido social de su país y de la región.
- Producir investigación, promoviéndola dentro de Latinoamérica.
- Capacidad para intervenir en la comunidad y en la salud pública.
- Actualización permanente
- Formar profesionales éticamente consolidados, sensibles y comprometidos con su quehacer.
- Trabajar en equipo.

Grupo 2: Unidades didácticas básicas, necesaria en cualquier Carrera para Especialista en Psiquiatría.

- Psiquiatría social
- Psicoterapias, relación médico paciente
- Psicofarmacología
- Neurobiología
- Alcohol y otras drogas
- Bioética
- Epistemología
- Gerontopsiquiatría
- Psiquiatría infanto-juvenil
- Psicofarmacología
- Neuroimágenes
- Epidemiología
- Neurología

Grupo 3: Carga horaria, teóricas y prácticas (la web) que conforman la carga educativa de la Carrera

- Cuatro años, con tres años básicos, otorgándose el título de psiquiatra general y un año si quiere realizar una subespecialidad, las que serán avaladas por la respectiva entidad
- Se considera que son áreas de importancia para la región y en ellas puede haber mayor carga horaria: psiquiatría infanto-juvenil; alcoholismo y otras adicciones y psiquiatría de enlace.

- División de la carga horaria recomendada: 33% teórico y 66% práctico.
- Práctica supervisada directamente, básicamente en los dos primeros años de la Carrera.
- Las Supervisiones incluyen: supervisión en el terreno, supervisiones diferidas y las que se realicen por la web.
- Se recomienda que la plataforma electrónica sea amigable, interactiva y motivadora.

Grupo 4: Evaluación

- Debe generarse un programa común y estructurado con contenidos básicos, lo que facilita la evaluación.
- En Colombia y Bolivia los programas educativos de las diversas Carreras están muy unificados, no así en Argentina
- Realizar la evaluación acorde a las competencias programadas para la instrucción.
- Evaluar la asistencia, la investigación y la docencia
- Recomendaciones; incluir en los programas:
 - Políticas de salud mental y salud pública
 - Filosofía
 - Antropología
 - Psiquiatría forense
 - Investigación
 - Humanística

Leídas las conclusiones de cada Grupo de Trabajo, los Coordinadores del Taller, Prof. Drs. Rodrigo Córdoba Rojas y Manuel Suárez Richards, realizaron una síntesis de las mismas poniendo énfasis en la importancia de esta reunión, ya que la misma es la iniciación de una tarea fecunda, que servirá para lograr una mayor unidad educacional en nuestros países de nuestra especialidad y con ello propender a lograr un marco de acuerdos para alcanzar la homologación del título de Especialista en Psiquiatría en la geografía de la APAL. Este inicio hace que tengamos el impulso para la construcción de un programa común de actividades que sirvan para afianzar nuestra educación de postgrado, y tomamos la invitación del Profesor Córdoba Rojas de volver a reunirnos en Cartagena.

Grupo de Trabajo

1. Alba Patricia
2. Allegue Ester Ofelia (Buenos Aires, Argentina, Docente de Clínica Psiquiátrica, Carrera Metropolitana de Postgrado, APSA);

3. Alzate Bogohi (Colombia, Docente de la Carrera Postgrado de Psiquiatría, Universidad de Rosario, Argentina)
4. Báez Pablo Pascual (Santo Domingo, República Dominicana. Docente de la Estatal Universidad Autónoma de Santo Domingo - UASD y coordinador por la Sociedad Dominicana de Psiquiatría y por la UASD en la comisión de Rediseño del plan de estudio de la Especialidad)
5. Bocchino Stella (Montevideo, Uruguay, Profesora Directora de Clínica Psiquiátrica, Universidad de la República)
6. Carreira Isabel (Caracas; Venezuela)
7. Carrol Hugo (Buenos Aires, Argentina, Profesor de Clínica Psiquiátrica, Carrera Metropolitana de Postgrado, APSA, docente de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; Sudirector de la Carrera Metropolitana, APSA)
8. Casique Miriam (Caracas; Venezuela)
9. Ceballos Ayeska (Panamá)
10. Córdoba Rojas Rodrigo N (Bogotá, Colombia, Profesor de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad del Rosario; Presidente electo de APAL)
11. De Pool Melisa (Caracas, Venezuela. Coordinadora del postgrado de psiquiatría, Centro de salud mental del este El Peñón, docente de residentes psiquiatría forense; docente en la escuela de medicina Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela.)
12. Fernandez Busse Adriana (La Plata, Argentina, Secretaria Académica Carrera APSA; docente de Psiquiatría Facultad de Cs. Médicas, UN La Plata)
13. Ferreira Alejandro (Buenos Aires, Argentina, Director Carrera Postgrado de Psiquiatría de APSA, docente de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires).
14. Garitano-Zavala B Fernando (La Paz, Bolivia, Docente Titular, Univ. Mayor de San Andrés)
15. González Díaz Jairo Mario (Colombia)
16. Guerrero Giménez María Sol (Mendoza, Argentina; Docente en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y en la cátedra de la Universidad Aconcagua.)
17. Iriarte Bosco Carlos (Profesor de Psiquiatría Clínica de la Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino. Jefe de Trabajos Prácticos de la Cat de Salud Mental II de la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina)
18. Lora Guerrero Diana Patricia (Colombia)
19. Lugercho Cora (Trelew, Argentina, Vicepresidente Sociedad de Psiquiatría de Chubut)
20. Machado A (Venezuela)
21. Manrique Suarez Carlota Cecilia (Guayaquil, Ecuador)
22. Mendoza María Luisa (Colombia)
23. Meza Briones María Lorena (Ecuador)
24. Montejo Celis José Eduardo (Venezuela)
25. Montiel Sandra (Argentina)
26. O'Connor Rodriguez Horacio (Buenos Aires, Argentina)
27. Oliva Hebe Teresita (Buenos Aires, Argentina; docente carrera de especialista de la Universidad Católica Argentina)
28. Osorio Guillermo (Colombia)
29. Panelo Adolfo (Argentina)
30. Pujol Silvana (La Plata, Argentina; Profesora de Psiquiatría, F. Ciencias Médicas, UN La Plata)
31. Zabala Raúl Rodolfo (Argentina)
32. Ravenna Analía (Rosario; Argentina, Profesora Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Rosario, Santa Fe)
33. Redondo Peña Julio (Colombia)
34. Ricco Norma (Buenos Aires, Argentina, Pedagoga de APSA)
35. Rocco Patricia (Buenos Aires, Argentina; Docente Carrera Postgrado, Dharma sede Universidad de Buenos Aires)
36. Rojas F Juan Carlos (Cali, Colombia, Docente de la Universidad Libre de Cali)
37. Rojas Julian (Colombia)
38. Rojtenberg Sergio (Buenos Aires, Argentina, Docente de la Carrera Posgrado APSA)
39. Rubio Sotomayor Edison José
40. Sotomayor Puello Silvana (Colombia)
41. Suárez Richards Manuel (La Plata, Argentina. Profesor Consultor Facultad de Cs. Médicas, Universidad de La Plata, Director Instituto de Postgrado, APSA)
42. Szkolnik Victor (Argentina)
43. Tenconi Juan Cristobal (Buenos Aires; Argentina, Profesor de Carrera de Postgrado de la Universidad Favalaro; Coordinador de Carreras de Postgrado de APSA)
44. Velázquez Centellas Jaime (Cochabamba, Bolivia, Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios.)
45. Venier Liliana (Comodoro Rivadavia, Argentina)

46. Villalba Luís (Uruguay)
47. Zabala Raúl Rodolfo (Buenos Aires, Argentina; Jefe de Trabajos Prácticos del Curso de Farmacología de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires).
48. Zaratiegui Rodolfo (La Plata, Argentina; Subdirector Instituto Superior de Formación de Posgrado de APSA)

Bibliografía

1. Vicente B y col. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Méd Chile*, 135: 1591-1599.
2. Sartorius N. Training psychiatrists for the future. *Asia-Pacific Psychiatry*, 2009, 1: 111-115.
3. Yager J. (2011). The Practice of Psychiatry in the 21st Century: Challenges for Psychiatric Education. *Academic Psychiatry*, 35: 283-292.
4. Ruiz P. (2003). Recent advances in graduate psychiatric training. *World Psychiatry*, 2(1): 57-60.
5. Suárez Richards M. La formación Integral del psiquiatra. Ed. Médica Panamericana, en prensa.
6. Radden J. (2008). Thinking about the repair manual: technique and technology in psychiatry. In *Philosophical Perspectives on Technology and Psychiatry*, ed. J Philips, New York, Oxford University Press.

Y bien, ¿vale la pena ser psiquiatra en América Latina? *Is it worth be psychiatrist in Latin America?*

Prof. Renato Alarcón

*Profesor Titular de la Cátedra
Honorio Delgado,
Universidad Peruana Cayetano
Heredia, Lima, Perú.*

*Profesor Emerito de Psiquiatría,
Mayo Clinic College of Medicine,
Rochester, MN, EE.UU.*

Y bien, ¿vale la pena ser psiquiatra en América Latina? Aquellos que respondan que no, aducirán, no sin razón, que mientras no se entienda en el continente que la salud mental constituye raíz y la esencia de la salud integral, el seguir viendo minúsculas sumas del erario nacional dedicadas a aquélla es un factor desmoralizante y desmotivador. Esos psiquiatras seguirán viendo también como el desaliento y la furia se instalan en el ánimo colectivo con la misma o mayor brutalidad que el bacilo en los pulmones de sus víctimas. Observarán también la creciente erosión de principios de solidaridad y respeto a la dignidad humana, debilitando, cuando no corroyendo, un aparato político vulnerable a las tentaciones y las soberbias del poder (Alarcón, 1985). Abrumados por crecientes cifras de patología mental desencadenadas o mantenidas por multiplicidad de factores, mucho más dramáticos y mucho más distantes que la carga genética o la disfunción de neurotransmisores, estos colegas, los del “no vale la pena”, ven la cronicidad como señal de imposibilidades e impotencias; la disparidad en la cobertura de la enfermedad mental, o entre los hallazgos de la investigación de base tecnológica y su imposible aplicabilidad en tierras de pobreza y privaciones elementales, como anuncio de derrota; la escasez o limitada calidad de algunos postulantes a programas de entrenamiento, como evidencia de un futuro recortado. El psiquiatra promedio en América Latina sirve a un relativamente pequeño sector de la población -gracias al cual, sin embargo, sobreviven él y su familia- al tiempo que es plena y dolorosamente consciente de que enormes masas de seres humanos quedan sin oportunidad alguna de beneficiarse de su ministerio. Es inobjetable que para él o para ella, esta trágica paradoja adquiere dimensiones particularmente duras. De allí, probablemente, el “no vale la pena”, una resignada declaración de pesadumbre y frustraciones.

“Abrumados por crecientes cifras de patología mental desencadenadas o mantenidas por multiplicidad de factores, mucho más dramáticos y mucho más distantes que la carga genética o la disfunción de neurotransmisores, estos colegas, los del ‘no vale la pena’, ven la cronicidad como señal de imposibilidades e impotencias”

Por otro lado, el contingente de aquéllos que piensan lo contrario, fijan su atención en datos de la investigación epidemiológica y de los recursos con que se cuenta -datos a su alcance gracias a la revolución informática y al trabajo ejemplar de unos pocos investigadores (Alarcón, 1996; Almei

*El autor no declara
conflicto de intereses*

da-Filho, 1991)- y elaboran programas posibles de alivio a necesidades específicas. Dueños de una vocación auténtica, no diferente pero tal vez menos ilusionada que la de aquéllos del primer grupo, los psiquiatras del “sí vale la pena” asumen un realismo redentor, un estoicismo saludable y una sincera convicción en sus alcances y en sus limitaciones. Cultivan redes de trabajo conjunto y multidisciplinario con agencias comunitarias y del sector público, grupos de pacientes, expacientes y familiares, educan, diseminan información y también pueden infiltrar los corredores del poder político para avanzar su causa grupal o institucional, deseablemente no sus intereses personales. Aprenden a no estar solos, adaptan su práctica a los dictados del mercado y a las posibilidades de su clientela y sienten la satisfacción de un deber cumplido no a pesar de, sino debido al medio en el que actúan.

Quisiera pensar también que aquéllos que sostienen que sí vale la pena ser psiquiatra en América Latina saben, o por lo menos intuyen, los logros de los próceres en la historia de nuestra disciplina. Conocen de la digna sabiduría de un Honorio Delgado y su contribución a la fenomenología y al conocimiento filosófico como sustento de una genuina consagración al humanismo clínico (Alarcón, 1999). Han leído a Carlos Alberto Seguí y saben de su vibrante dinamismo, su incansable entrega a la psiquiatría social y folklórica (Seguí, 1979). Recogen de un Mata de Gregorio su curiosidad sin límites, su dedicación al estudio directo de las culturas y su sentido penetrante de las realidades económicas y sociales en cuyo marco el hombre trabaja, produce y se enferma (Matute y col., 1987). Abrazan de Bermann, la pasión rayana en pero nunca claudicante ante el dogmatismo. De Endara, la caballeridad sin límites, el cultivo de una psicoterapia auténtica porque es humana. Intuyen que Leme Lopes admiraba a la psiquiatría europea pero era más carioca y latinoamericana que muchos de sus contemporáneos en la apreciación de las realidades psiquiátricas de su país y del continente. Conocen de González Enríquez y su convicción de que la APAL estaba llamada a funciones trascendentales, más allá de parroquialismos o limitaciones subrepticias. Y de Bustamante admirarán sin duda el coraje de escoger rutas consonantes con convicciones de destino personal y colectivo.

“Ser psiquiatra en latinoamérica pone a prueba presencia de ánimo, tolerancia a la frustración, flexibi-

lidad y adaptabilidad a un mundo en explicable pero inentendible efervescencia”

La psiquiatría en Latinoamérica tiene pues héroes legítimos, logros consistentes en variados campos, promesas cumplidas en el escenario contemporáneo y por cumplirse en el siglo que avistamos. Hay deseablemente una identidad de mestizaje fecundo, de tradición socio-cultural, de tamizaje crítico, pero también una apertura mental a lo que es bueno y útil, reflejo de lo mejor que tiene una ciencia realmente solidaria (Alarcón, 1990). Es importante reconocer que ser psiquiatra y hacer psiquiatría en América Latina es un reto a la entraña misma de lo que llamamos identidad profesional y a la integridad moral de sus cultivadores. Es un desafío planteado por los conflictos que enfrentan a la afluencia, el confort y el prestigio por un lado, con las exigencias morales de una realidad lacerante, por el otro. Ser psiquiatra en Latinoamérica pone a prueba presencia de ánimo, tolerancia a la frustración, flexibilidad y adaptabilidad a un mundo en explicable pero inentendible efervescencia. Y, como en todo desafío, algunos sucumbirán ante el accesible plato de lentejas, otros emprenderán el doloroso camino del exilio, y todavía otros recurrirán insensiblemente a la negación cruda, a la racionalización enjundiosa o al *splitting* ideológico (Alarcón, 1988). Los más renoverán su fe, en el reconocimiento honesto de su pasado y en la visión esperanzada de su futuro. Porque, a pesar de todo -y quien sabe debido a lo decisivo del reto- la psiquiatría latinoamericana ha demostrado, con creces, vitalidad y genuina vocación de permanencia (Alarcón, 1985). Citando un verso de mi compatriota el poeta César Vallejo, el psiquiatra latinoamericano podría decir: “Tengo fe en que soy/y en que he sido menos”.

Sin embargo, la respuesta a si vale la pena ser psiquiatra en América Latina es, en última instancia, una decisión entera y profundamente personal. El mérito, si alguno tiene, de plantear la pregunta es el de que pueda servir como mapa factible al estudiante de medicina que considera ingresar a un programa de residencia en psiquiatría, como faro al que inició la travesía y se halla o pareciera hallarse en medio de arrecifes y tormentas, como brújula a aquél que adentrado en la carrera, descansa en un recodo del camino y reflexiona sobre lo andado antes de continuar la jornada, y como puerto de arribo al que ya lo hizo...y sobrevivió en el empeño.

Bibliografía

1. Alarcón RD. Recensión del libro Hermilio Valdizán: El proyecto de una psiquiatría peruana (J. Mariátegui). *Rev Neuro Psiquiat* 45:119-121, 1982.
2. Alarcón, R.D. Ser psiquiatra en América Latina (Editorial). *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 31:3-4, 1985.
3. Alarcón, R.D. La diáspora psiquiátrica latinoamericana (Editorial). *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 34:285, 1988.
4. Alarcón, RD. Programas de atención a la enfermedad mental en América Latina. *Arch Psiquiat* 2:3-11, 1988.
5. Alarcón RD. Psiquiatría en América Latina: Las promesas y los riesgos. En: *Psiquiatría en América Latina* (J. Mariátegui, Ed), pp. 205-211. Editorial Losada, Buenos Aires, 1990.
6. Alarcón RD. Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. 670 pp. Siglo XXI, Editores. México, 1990.
7. Alarcón, R.D. La Psiquiatría Latinoamericana: Identidad y futuro. *Rev. Neuro-Psiquiat*. 59:57-68, 1996.
8. Alarcón RD. Psychiatry in Latin America: Possibilities in Genetics Research. Presentación en la Reunión del Grupo de Trabajo sobre Investigación en Genética Psiquiátrica en Latinoamérica, auspiciado por NIMH. Bethesda, MD, Agosto 18-19, 1997.
9. Alarcón, R.D. Psiquiatría Latinoamericana en el Nuevo Milenio. *Rev Neuro-Psiquiat* 62:119-130, 1999.
10. Alarcón RD. Hispanic Psychiatry: From Margin to Mainstream. Conferencia/Premio Simón Bolívar. 152 Congreso Annual, American Psychiatric Association. Washington DC, Mayo 20, 1999.
11. Alarcón RD. Phenomenological Legacy in Latin American Psychiatry. Presentación en el Simposio "Tradiciones en Psiquiatría", XI Congreso Mundial de Psiquiatría, Hamburgo, Alemania, Agosto 9-13, 1999.
12. Alarcón RD. Conexiones Bioculturales en Psicopatología: El caso de las poblaciones hispánicas. Conferencia presentada en el XXI Congreso Mexicano de Psiquiatría, Huatulco, México. Noviembre 1, 1999.
13. Almeida-Filho N. Epidemiología Psiquiátrica en América Latina: Temas metodológicos y perspectivas de la investigación. En: *Desde nuestra propia entraña* (Alarcón RD, Cipriani J, Castro J, eds), pp. 185-200. PI Villanueva SA, Lima, 1991.
14. Appadurai A. Globalization and the research imagination. *International Social Science Journal* 160:229-238, 1999.
15. Bermann G. *Nuestra Psiquiatría*. Paidós, Buenos Aires, 1960.
16. Breton A. ¿Por qué asumo la dirección de la Revolución Surrealista? (Trad.). *La Gaceta* 312:14-15, 1996.
17. Carpentier A. Conferencias. Editorial Letras Cubanas, La Habana, 1987.
18. Lolas F, Alarcón RD, Vidal G. A modo de presentación. *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*, Vol. 1, pp. XI-XVI, Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1995.
19. León CA. Psychiatry in Latin America. *Br J Psychiatry* 121:121-136, 1972.
20. Mariátegui J. Ruta Social de la Psiquiatría peruana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 18:371-376, 1972.
21. Mata de Gregorio J. Ofrecimiento de "Nuestra Psiquiatría" (Editorial). *Nuestra Psiquiatría* 1:1-3, 1962.
22. Matute M, Rendón R, Villegas M. Libro Jubilar en homenaje a Jesús Mata de Gregorio. Sociedad Venezolana de Psiquiatría, Caracas, 1987.
23. PanAmerican Health Organization. Health Conditions in the Americas, 1991-1994. Scientific Publication #600, Volume 1, Washington, DC, 1996.
24. Paz O. *Las peras del olmo*. Alianza Editorial, Madrid, 1951.
25. Paz O. *Estrella de tres puntas*. André Breton y el Surrealismo. Editorial Vuelta, México DF, 1996.
26. Rosselli H. *Psiquiatría en América Latina* (Ed). Editorial Tercer Mundo, Bogotá, 1970.
27. Rosselli H. Psychiatry in Latin America. En: Vidal G, Bleichmar H, Usandivares RJ (Eds). *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. El Ateneo, Buenos Aires, 1977.
28. Saurí JJ. *Historia de las ideas psiquiátricas*. Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1969.
29. Seguí CA. *Psiquiatría Folklórica*. Erman, Lima, 1979. Vidal G. *Renovarse* (Editorial). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*.

Psiquiatría, actividad psicofísica y deporte

Psychiatry, psychophysic activity and sport

Dr. Hugo Dramisino

Médico Especialista Universitario en
Psiquiatría (UBA)

Presidente Honorario del Capítulo
Salud Mental, Actividad Física y
Deporte de la Asociación de
Psiquiatras Argentinos (APSA)

Coordinador de la Sección Deporte,
Actividad Psicofísica y Promoción
de Salud Mental de la Asociación de
Psiquiatría de América Latina (APAL)

hugodramisino@gmail.com

Resumen En la actualidad estamos ante una dualidad: por un lado, una amplia difusión de “vida sana” íntimamente vinculada a las ventajas de la promoción de la actividad física que incluye la práctica deportiva pero, por otro lado, paradójicamente, una gran parte de la población que presenta hábitos sedentarios. Y es esto último un problema de salud pública. Frente a ello, la propuesta desde la Sección Deporte, Actividad Psicofísica y Promoción de Salud Mental de la APAL, es impulsar el desarrollo de estrategias que incluyan la promoción de la actividad psicofísica y deportiva en los distintos dispositivos de Salud Mental. En tal sentido, consideramos de carácter prioritario desarrollar estrategias que impulsen la actividad física con regularidad, para el mejoramiento de la salud, incorporando, a los equipos multidisciplinarios de Salud Mental, profesionales del campo de la acción motriz (“terapistas corporales”). Estos especialistas en los saberes de la actividad física deben ser orientados a concentrar sus formas de intervención en el sujeto, en el equipo interviniente y en la comunidad a la que sirven, más que estar únicamente centrados en programas de ejercicio físico; sin hacer sólo centro en el curar sino en la prevención. En este orden se presentan los conceptos de Actividad Física Programada y Esquema LLEMAS.

Palabras Clave Salud Mental, Actividad psicofísica y deporte, Sedentarismo, Terapistas corporales, Actividad Física Programada, Esquema LLEMAS

Abstract Currently, we are facing a duality: on the one hand, a wide diffusion or promotion of “healthy living” closely linked to the advantages of the promotion of physical activity that includes the practice of different sports, but, on the other hand, paradoxically, a large part of the population presents sedentary habits. This last concept is a public health problem. In response, the proposal from the Sports, Psycho-physical activity and Promotion of Mental Health Section of the APAL, is to promote the development of strategies that include the promotion of psycho-physical activity and sport in different Mental Health institutions. In this sense, we consider priority develop strategies that encourage physical activity on a regular basis, for the improvement of health, incorporating, to the multidisciplinary teams of Mental Health professionals in the field of motor action (“body therapists”). These specialists (body therapists) with the knowledges of physical activities must be oriented to focus their forms of intervention on the subject, the intervening team and the community they serve, more than to be only focused on programmes of physical exercise; without making just center on the curing but specially on prevention. Scheduled Physical Activity and LLEMAS Scheme concepts are presented in this order.

El autor no declaran
conflicto de intereses

World Keys Mental Health, Psycho-physical activity and sports, Sedentary habits, Body therapists, Scheduled Physical Activity, LLEMAS Scheme

Introducción

El hombre moderno de manera gradual ha ido perdiendo el vínculo con la naturaleza y ha ido reemplazado sus habituales y naturales actividades físicas por un estilo de vida sedentario. Pero también, es muy notorio como, en los últimos años, la difusión de la actividad física y del deporte se ha convertido en un auténtico fenómeno sociocultural, probablemente, ligada a la trascendencia mediática del deporte espectáculo como así también a su ubicación en el imaginario social ligado a la búsqueda de salud integral, estética corporal y “eterna juventud”.

Estimo que casi está de más expresar que se cuenta con evidencias científicas de los efectos negativos del sedentarismo y, por el contrario, de los beneficios que brinda un estilo de vida físicamente activo. Pero también hoy existe amplio consenso en que estos beneficios no se limitan al campo de lo corporal sino también tienen incidencia sobre lo psíquico -tanto en lo cognitivo como en lo anímico-.

Ante esta descripción, nos encontramos ante una sorprendente dualidad; por un lado, una amplia difusión de “vida sana” íntimamente vinculada a las ventajas de la promoción de la actividad física que incluye la práctica deportiva pero, por otro lado, paradójicamente, una gran parte de la población que presenta hábitos sedentarios. Este diagnóstico es conveniente encuadrarlo como un problema de salud pública. Frente a ello, la propuesta desde la Sección Deporte, Actividad Psicofísica y Promoción de Salud Mental de la APAL, es impulsar el desarrollo de estrategias que incluyan la promoción de la actividad psicofísica y deportiva en los distintos dispositivos de Salud Mental. En tal sentido, consideramos de carácter prioritario desarrollar estrategias que impulsen la actividad física con regularidad, para el mejoramiento (y/o mantenimiento) de la salud, incorporando, a los equipos de Atención Primaria en Salud y multidisciplinarios de Salud Mental, profesionales del campo de la acción motriz (“terapistas corporales”) -licenciados y profesores de Educación Física, kinesiólogos, psicomotricistas e instructores de gimnasia y de yoga- con idoneidad suficiente para articular y concretar objetivos de educación y promoción de la salud. Estos especialistas en los saberes de la actividad física se orientarán a concentrar sus formas de intervención en el sujeto, en el equipo interviniente y en la comunidad a la que

sirven, más que estar únicamente centrados en programas de ejercicio físico.

Por último, al pensar este tipo de estrategias no debemos hacer epicentro en el curar sino en la prevención, en concordancia a la clásica tríada: prevención en sí misma, promoción de salud y educación para la salud.

Algunas consideraciones sobre la actividad psicofísica y la salud

Es muy útil guiarnos por la definición del prestigioso investigador búlgaro Vassil Girginov: “*La actividad física inicialmente se ha entendido sólo como “el movimiento del cuerpo”*”; sin embargo, debemos superar tal idea para comprender que es el movimiento humano intencional que busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado” (7). Cuando nos referimos a “actividad psicofísica” lo hacemos justamente a partir de este concepto, en lo concerniente al “movimiento humano intencional”, tal como lo expresa Girginov.

En este sentido la actividad psicofísica puede ser un medio sumamente importante para conducirnos hacia la salud. Este nuevo modelo, donde se podrían situar los especialistas en ciencias de la actividad física, estaría centrado en las necesidades del sujeto en la búsqueda de su propio bienestar. Esta finalidad les permitiría -a estos profesionales- trabajar en diversas organizaciones dedicadas a la promoción de la vida activa y saludable, y la prevención de la enfermedad. Desde una perspectiva global, sus funciones comprenden tres tipos de prestaciones en materia de salud:

- a. Promoción de la salud.
- b. Prevención de la enfermedad.
- c. Servicios de intervención comunitaria en materia de salud (1).

Se describen tradicionalmente dos modelos de intervención de los profesionales del campo de la acción motriz (“terapistas corporales”): a) Uno conocido como “europeo” que ubica a la actividad física en el centro, y la salud es una consecuencia de ella. b) El otro es el identificado como “canadiense”, el cual invierte este orden, aquí la salud está en el centro del proceso y la actividad física es uno de los diversos medios para conseguirla preconizado por el proyecto de salud comunitaria. Nosotros -en nuestra Sección- nos acercamos a este modelo, pero de una forma críti-

ca, ya que tomamos distancia de un anclaje exclusivo en el saber médico.

Existen cada vez mayores evidencias de las relaciones existentes entre la actividad psicofísica y la salud, hasta el punto de considerarse la propia inactividad –el sedentarismo– como un significativo factor de riesgo de enfermedad.

Los modelos conceptuales con los que se explican estas relaciones están siendo objeto de continuas revisiones y transformaciones. En la actualidad nos encontramos con dos importantes tendencias que orientan las estrategias de promoción: el criterio centrado en la condición física, y el otro opuesto, orientado hacia la actividad física (8). Estos dos paradigmas son herederos de las dos posiciones del debate sostenido por profesionales de la medicina y de la acción motriz: aquellos que defienden, por ejemplo, el valor de un programa aeróbico de condición física, y aquellos otros que sugieren que la salud puede mantenerse con un programa de actividad física, sin alcanzar las metas de la condición física (8). Desde nuestra Sección adherimos a esta última postura.

Se sabe que la falta de ejercicio está involucrada, junto con otros hábitos nada aconsejables (como tabaquismo, exceso de alcohol, dietas de alto contenido graso, etc.) en la génesis de varias de las más frecuentes causas de muerte. Y desde entonces comenzaron a estudiarse sistemáticamente las relaciones del ejercicio no sólo con los trastornos que podríamos llamar de tipo médico –enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, diabetes, obesidad y cáncer–, sino también con padecimientos de carácter psicológico, como son ansiedad, estrés y depresión. En este contexto, podemos hablar de la actividad psicofísica como un aspecto más de Salud Mental, pues se presupone, y así parecen corroborarlo muchos estudios actuales, que el ejercicio físico produce efectos saludables ya sea previniendo la aparición de trastornos o facilitando el tratamiento de los mismos.

La actividad psicofísica y el bienestar psicológico

Se han propuesto varias hipótesis para explicar cómo influye el ejercicio físico sobre el bienestar psicológico, pero no podemos hablar de ello sin antes aclarar que no hay que perder de vista que la apreciación del concepto de “bienestar” está cargado de subjetividad. Es

probable que cada hipótesis sólo dé una respuesta parcial que se ajusta a determinados casos y no tenga un carácter general. Entre las más difundidas citaremos:

Hipótesis de la distracción Según esta hipótesis, la distracción que produce el ejercicio físico neutralizaría y aún alejaría el impacto de los factores estresantes, y éste sería el origen de la mejoría (6). Esta concepción, a mi criterio, peca de no otorgarle a la actividad física en sí misma un estatuto propio sino que la ubica dentro de lo que sería una postergación del encuentro con los generadores del malestar psicológico. Por otra parte no es necesario que existan elementos estresantes que generen tal malestar para poder experimentar el placer de la actividad física en sí misma.

Hipótesis endorfinica: Es la explicación de base fisiológica más difundida. No todos los estudios la respaldan, pero el peso de la evidencia parece defendible (6). El aumento de la producción de diversas endorfinas reduciría la sensación de dolor y produciría un estado de euforia. Siempre nos queda ubicar causa y consecuencia. Esto es si resulta que la liberación de endorfinas es la que produce el estado de “bienestar” o si es el poder desarrollar una actividad que se desea, por ejemplo, la que termina generando la liberación de endorfinas que dan sustrato bioquímico a la situación (“Hipótesis del agrado”).

Hipótesis del autocontrol Algunos autores relacionan la práctica sistemática del ejercicio físico con una sensación acentuada de control sobre sí mismo y de las funciones corporales, lo que genera una mejor percepción del estado general de bienestar. Pues bien, esto es cierto en algunos casos, particularmente en aquellas personas que hacen de la necesidad de controlar y controlarse una cuestión trascendente. En ciertas actividades físicas donde lo que se busca es la relajación sería necesario poder llegar a abandonar ese deseo de autocontrol para poder entregarse plácidamente a la baja de tensión que proporciona dicha actividad.

Hipótesis neurobiológica Se ha demostrado que en seres humanos la actividad física practicada en forma regular mejora tanto el estado de ánimo como la cognición y que, además, podría promover el mantenimiento de las funciones cognitivas durante el envejecimiento. Los fundamentos neurobiológicos subyacentes a estos beneficios, han comenzado a estudiarse, surgiendo como posibles responsables de esta respuesta cerebral los factores neurotróficos

-Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) e IGF-1- (4). En relación a este punto cabría hacer el mismo planteo que con la hipótesis endorfinica.

Hipótesis mixta Lo más probable sería que la mejora en el bienestar que sigue al ejercicio físico se deba a una combinación de mecanismos psicológicos, fisiológicos y sociales manteniendo la concepción de Girginov.

Esta última hipótesis parece la más propicia; no creo que la relación entre el ejercicio físico y la salud deba circunscribirse a las dimensiones biológicas o psicológicas exclusivamente, sino que necesitamos incluirla dentro del marco en el que se desarrollan las actividades del ser humano, esto es el campo social, y dentro del tiempo que contextualiza los hechos. La postura de nuestra Sección comprende la inexorable interconexión e integración biopsicosocial. También adherimos con firmeza a dos aspectos nucleares que deben considerarse en estas especulaciones científicas: primero, los resultados positivos sólo se alcanzan en aquellos sujetos que no ofrecen notoria resistencia a efectuar un programa de actividad física; segundo, se incrementan notablemente los resultados positivos cuando estas actividades son de carácter grupal.

Indicación y descripción de actividad psicofísica en psicoterapia y en psiquiatría

“Los llamados profesionales “psi” hemos sido formados y deformados con las ideas que sustentaban el principado del pensamiento y del ejercicio de la palabra hablada, como el centro del universo alrededor del cual el cuerpo funcionaba como un simple, a veces privilegiado, satélite del comportamiento humano”, según el diagnóstico del prestigioso psiquiatra y psicoterapeuta argentino Hernán Kesselman (3). Así nos advierte que la forma de eludir el dualismo cuerpo / palabra, es a través del “pensamiento corporal”. También ha descripto al cuerpo humano como un auténtico “grupo” -con diferentes liderazgos con emergentes, portavoces, chivos expiatorios etc.-. Cada cuerpo encubre y descubre una leyenda corporal destinada a difundir los mitos familiares corporales. Hay una “novela familiar corporal” (3) que es una manera de enfrentar las crisis del cuerpo.

La histórica oposición mente / cuerpo en los últimos tiempos se ha enmascarado tras el velo contemporáneo del dualismo cuerpo / palabra. Esta oposición pareciera olvidar que una persona es su cuerpo, así

como es su palabra y su forma de vincularse con los demás (3).

Desde otra perspectiva podremos descubrir la aptitud natural hacia la actividad física que hay en los niños pequeños y que sus cuerpos suelen estar relajados; su mente libre de todo concepto y, por consiguiente, receptiva. La libre expresión de sus emociones nos explica ese alto y natural nivel de motivación. En otras palabras, nunca debemos perder de vista que todos hemos sido en nuestros primeros años de vida, “atletas naturales” (5). Luego el proceso de socialización nos ha transmitido informaciones esenciales, pero nos ha inculcado también miedos, creencias, actitudes y conceptos que nos han obligado a prescindir de ese esquema natural de nuestra niñez (con una mayor estimulación del cerebro izquierdo en detrimento del cerebro derecho).

En este sentido los psicoterapeutas deberíamos contribuir para la recuperación del expropiado “cerebro derecho” y volver a ser un “atleta natural”. Esta empresa implica desarrollar todas las facultades atléticas imaginables, como la fortaleza, el vigor, la agilidad, la rapidez de reflejos, la flexibilidad, el equilibrio, la coordinación motriz y, por añadidura, las cualidades psicológicas afines como la templanza, la calma, la concentración y la sensación de libertad.

En concordancia con la “vuelta” al “atleta natural” uno de los primeros pasos que debemos considerar es la autoobservación. Aquí es oportuno y un acto de justicia recordar que uno de los primeros psiquiatras en advertir sobre la premisa de iniciar el camino del reencuentro con la armonía corporal a través de la propia observación del cuerpo ha sido el austríaco Paul Schilder (pionero de las terapias de grupo y autor del concepto de “imagen corporal”) (3). Esta actitud, naturalmente, se nutre de la observación de la conducta corporal de los otros y nos debe conducir a la posibilidad de ejercer y desplegar una vida más liberada de hábitos sin sentido.

En el mismo orden, también, debemos ser conscientes que, a menudo, podemos encontrarnos con una muy débil autopercepción del propio estado corporal. La destacada dinamista corporal argentina Susana Kesselman, tras tantos años de experiencia, sostiene que *“es curioso comprobar que muchas personas no se tocan a sí mismas”... (3)*

Un panorama muy global sobre los dolores corporales y sus localizaciones es algo que también los psiquia-

tras y los psicoterapeutas debemos tener presente en nuestra “escucha”. Por ejemplo, un dolor persistente en la zona de la cintura a los costados de la columna nos puede estar hablando de cansancio, irritabilidad y vulnerabilidad orgánica; un dolor muscular cervical puede darnos idea de una cabeza rígida (en sentido literal y metafórico) y un tronco tenso con poca movilidad respiratoria -el cuello puede interpretarse como un lugar de pasaje pero también de “choque” entre una cabeza con pensamientos instalados que hace que la pelvis esté empobrecida-. La zona pélvica es como un asiento de sensaciones, y nuestro pecho el lugar donde anidan los sentimientos. No está de más aclarar que nunca debe perderse de vista la singularidad de cada sujeto y el dinamismo de cada etapa vital; sin ello podríamos incurrir en arbitrariedades interpretativas que someten al paciente y pueden dejarlo en una posición sin salida.

Otro concepto que considero de gran importancia son las “*corazas corporales*”. Estas son conductas defensivas ante sensaciones y sentimientos amenazantes que, incluso, pueden hacer que dejemos de sentir. Son palabras, movimientos, imágenes, recuerdos, pensamientos agrupados en algún lugar del cuerpo. El cuerpo queda “acorazado” y se ha ido separando de su realidad, ha perdido contacto consigo mismo; dificulta la respiración, disminuye las sensaciones pélvicas y ha perdido el agrado por el movimiento y la aventura corporal (3).

En concordancia con las “*corazas corporales*” están las “*imposturas*”. Es cuando no se piensa desde el “hueso”, al decir de Susana Kesselman (3). En otros términos, cuando se tiende a utilizar más los músculos superficiales que los profundos para el debido sostenimiento esquelético. En definitiva, estas desviaciones posturales devienen en una pérdida de flexibilidad que, luego, se transforma en dolor corporal.

En el contexto de un tratamiento psiquiátrico se puede alcanzar el grado de prescripción de Actividad Física Programada (AFP) (Penna, C. - 2006) (2) ya que puede resultar un instrumento catalizador para obtener resultados positivos en este tipo de tratamientos. Se pueden pensar y evaluar la inclusión en las estrategias terapéuticas, de la prescripción precisa. Es muy importante aclarar que este tipo de indicación debe ser considerada caso por caso, teniendo en cuenta la clínica de cada sujeto. Actualmente se encuentran en etapa de investigación y experimentación las debidas

correspondencias entre la psicopatología diagnosticada y el tipo de prescripción de actividad psicofísica y deportiva; pero sí se deben considerar ciertas contraindicaciones como, por ejemplo, no resulta conveniente prescribir una rutina de gimnasio a un paciente obsesivo. La Actividad Física Programada (AFP) debe estar a cargo de profesionales especializados -integrándose en la terapia psicofarmacológica y en el marco psicoterapéutico-, con el objeto de disminuir el tiempo de tratamiento y de optimizar el resultado del mismo, así como también de reducir las posibilidades de eventuales recaídas.

La finalidad de la implementación de AFP es alejar al sujeto de la inhibición. Por lo tanto, no es lógico pretender que esté dispuesto, activo y colaborador en esta etapa primera de su consulta. Considero que la misma se puede abordar desde tres modelos de acuerdo a cada situación, a cada contexto y, especialmente, a cada sujeto: 1) sugerencia -como una observación argumentada y elocuente brindada al paciente; 2) indicación -aquí el señalamiento es más enfático y directivo- y 3) prescripción -aquí la indicación pasa a ser escrita -cuál si fuese un medicamento- y se lo deriva al profesional del campo de la acción motriz (desde ya con la necesidad de una evaluación médica clínica y de otros especialistas, como cardiólogos, traumatólogos, reumatólogos, etc.) quién se ocupará de la planificación de la tarea sustantiva-.

Tengamos en cuenta que AFP no es sinónimo de “formación de atletas”. Es una herramienta que, implementada dentro del tratamiento psiquiátrico, optimiza el resultado y acorta los tiempos de recuperación. Lo que seguramente suceda luego de concluido es que el sujeto tome conciencia de los beneficios de la actividad psicofísica “per se” y elija una actividad apropiada para su perfil y forma de vida que lo mantenga alejado del sedentarismo. De tal modo, prevendría o disminuiría las potenciales recaídas. En ese sentido, resaltamos que es un coadyuvante del tratamiento pero también es prevención.

En lo estrictamente referido a la prescripción de AFP reitero que la misma va de la mano de la incorporación de profesionales del campo de la acción motriz (“*terapeutas corporales*”) en los equipos multidisciplinares de Salud Mental (2). El concepto de Actividad Física Programada (AFP) debe involucrar la identificación de objetivos y la estipulación de metas. En tal sentido, sugiero la consideración del “*Esquema LLE-*

MAS” (Dramisino, H. – 2009) (2). Esta guía de referencia apunta a consolidar la elaboración de objetivos y metas a través de seis “ejes” que facilitan la tarea conjunta con los “terapeutas corporales” que son los que están a cargo de la programación de la actividad física.

Esquema LLEMAS:

1. **Locomotricidad** - Concentra la actividad aeróbica. Son las acciones de traslado de sí mismo o de un objeto; incluye desde la caminata hasta la práctica deportiva.
2. **Ludomotricidad** - Con este “eje” se persigue el objetivo de la recreación, el buen humor y el ejercicio, por excelencia, a producir es la “sonrisa”.
3. **Elasticidad** - Esta definición contiene el aspecto gimnástico y la búsqueda de la plasticidad de los músculos, como así también su tonificación; elongación, gimnasia, yoga y danza son sus exponentes básicos. Un cuerpo flexible, por naturaleza, es el reflejo de una mente relajada.
4. **Miorrelajación** - Este es un “eje” de labor compartida por los profesionales de ambos campos –“psi” y acción motriz-, ya que es un recurso importante para la disminución de ansiedad; incluye ejercicios de relajación muscular y de respiración.
5. **Agrado** - Con este término se identifica el gusto que la persona presenta por el cuidado de su cuerpo, por el movimiento, por el juego, por el deporte y también por la música; es muy importante rastrear la memoria corporal y lúdica, es decir los juegos y la actividad deportiva en la infancia. De no aparecer señales de agrado –depresión severa, por ejemplo-, es tarea del psiquiatra llegar a la prescripción de la Actividad Física Programada –AFP- y desde la alianza terapéutica reemplazar esa falta de sensación de agrado por la confianza y la continencia de los profesionales tratantes.
6. **Socialización** - Refuerza el concepto de la mayor eficiencia en la actividad compartida, pero no siempre la persona se encuentra rápidamente en situación de integración social; ese tiempo, es decir el momento oportuno para ese proceso de socialización debe estar indicado por el terapeuta y/o psiquiatra.

Este esquema operativo no excluye la *tonificación muscular* sino que la incluye como una natural consecuencia del desarrollo de los ejes locomotricidad y elasticidad. En tal sentido, también tengamos en cuenta que la “fuerza muscular” no consiste solamente en contraer los músculos; esta fortaleza debemos interpretarla como la capacidad global de controlar el movimiento.

En relación a los distintos trabajos corporales se puede establecer el siguiente esquema: gimnasia -tradicional, aeróbica y de estiramiento-, artes marciales, deportes, eutonía, psicomotricidad, yoga, expresión corporal, danza y psicoterapias bioenergéticas. Detrás de este cúmulo de tareas corporales debe estar la imagen de un cuerpo muscular, natural, sensible, hedónico, histriónico, aventurero y lúdico. También deseo dejar bien especificado que se debe partir siempre de una premisa básica: estas prácticas corporales resultan efectivas solamente si son complementarias a tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos.

Por último, es dable destacar la importancia que tiene el conocimiento de parte de psiquiatras y psicoterapeutas de aspectos vinculados con la respiración: La respiración es una clave de nuestro estado emocional, ya que no sólo refleja nuestro grado de tensión, sino que puede controlarlo –ataque de pánico es una prueba contundente de su efecto-. Aprendiendo a respirar correctamente, adquirimos la facultad de “inspirarnos” nosotros mismos. Debemos “regresar” al niño corporal que está en lo más profundo del ser adulto, ya que de pequeños respiramos de forma natural desde dentro del cuerpo, hilvanando inspiraciones y espiraciones lentas, tranquilas y equilibradas. No podemos perder de vista que los tres bloqueos emocionales primarios: enojo, tristeza y miedo, se caracterizan por un desequilibrio respiratorio (5).

Conclusiones

En síntesis, el papel de la actividad psicofísica y el deporte en la mejoría del bienestar individual y social resulta cada vez más importante en la medida que se incrementa el número de personas con problemas de ansiedad, depresión, desamparo, fatiga y vulnerabilidad psicofísica tanto en la dimensión del sufrimiento psicosocial como en el terreno de las enfermedades mentales. Su relación con el bienestar psicológico tie-

ne una correspondencia más que causal. Los efectos de la actividad física tienden a ser inmediatos –y suelen permanecer durante varias horas-.

La actividad psicofísica y el deporte también han demostrado tener un impacto positivo en una diversidad de esferas, como son el fortalecimiento de la autoestima, el aumento de la sensación de control, el incremento de la autoconfianza, el mejoramiento global de la calidad de vida y la posibilidad concreta de afianzamiento de los lazos y redes sociales.

Se han sugerido explicaciones psicológicas, fisiológicas y sociales para las distintas formas en que el ejercicio físico mejora el bienestar psicológico. Dado que la actividad psicofísica está relacionada con esos cambios positivos, su práctica deberá ser alentada, promovida, facilitada, sugerida, indicada y, aún, prescrita tanto por los profesionales de manera individual como por las instituciones y organizaciones (privadas y públicas) prestadoras de Salud Mental.

Bibliografía

1. Barca Durán, F. J. y Gálvez Casas, A. - Nuevas aportaciones al modelo de Atención Primaria basadas en la propuesta de incorporación del Educador Físico a sus equipos multidisciplinares: una aproximación desde el análisis de las políticas actuales y el estudio de la relación entre actividad física y salud / Revista Digital EF Deportes (Argentina) <http://www.efdeportes.com/> diciembre 2010.
2. Dramisino, H. y Penna, C. - Revista Sinopsis – Buenos Aires, septiembre 2010, año 23, N° 45.
3. Kesselman, S. - El pensamiento corporal – Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 1990.
4. Lista I. y Sorrentino G. - Biological mechanisms of physical activity in preventing cognitive decline - Cell Mol Neurobiol. 2010 May ;30(4):493-503. doi: 10.1007/s10571-009-9488-x. Epub 2009 Dec 30
5. Millman, D. - El Atleta Guerrero – Editorial Sirio, Málaga, 1994.
6. Morilla Cabezas, M. – Beneficios psicológicos de la actividad física y el deporte – Revista Digital EF Deportes (Argentina) <http://www.efdeportes.com> – agosto, 2008.
7. Reynaga Estrada, P. - Actividad física y salud mental – Revista Digital EF Deportes (Argentina) <http://www.efdeportes.com> – agosto, 2008.
8. Sánchez Bañuelos, F. – La actividad física orientada hacia la salud – Biblioteca Nueva, Madrid, 1996.

Actualización en el Tratamiento Farmacológico del Insomnio Crónico en Adultos

Pharmacological Treatment of Chronic Insomnia in Adults

Andrés Barrera Medina

Médico Psiquiatra,
alta especialidad en
trastornos del sueño.

Posgrado en Trastornos del Dormir UNAM,
Adscrito a la Clínica de Sueño
de la UAM Iztapalapa.
drbarrepsi@yahoo.com.mx

Alejandro Jiménez Genchi

Médico Psiquiatra,
Coordinador de la Clínica de Sueño
del Instituto Nacional de Psiquiatría
"Ramón de la Fuente Muñiz"

Resumen Antecedentes: Se define al Trastorno de insomnio como una molestia subjetiva para iniciar, mantener el sueño, despertar más temprano de lo deseado o tener un sueño no reparador. Además de presentar deterioro de las funciones diurnas. Los actuales tratamientos se dividen en no farmacológicos y farmacológicos. De los primeros se encuentran la terapia cognitivo conductual, sin embargo, el costo económico y los recursos disponibles son una limitante importante para la población general. Por esto, una opción terapéutica es el tratamiento farmacológico para el insomnio crónico.

Objetivo: Realizar una actualización de los tratamientos farmacológicos del insomnio crónico.

Metodología: Se realizó una búsqueda automatizada en PubMed, MD Consult, EBSCO de palabras clave: insomnio crónico, tratamiento del insomnio crónico y tratamiento farmacológico del insomnio crónico.

Resultados: Se encontraron 42 artículos en total con evidencia que sustenta el uso de agonistas no benzodiazepínicos, agonistas melatonérgicos y la doxepina para el tratamiento del insomnio crónico

Conclusiones: Zolpidem, zaleplon, eszopiclona, ramelteon y doxepina son los únicos fármacos aprobados por la FDA para el insomnio crónico.

Palabras Clave insomnio crónico, tratamiento del insomnio crónico y tratamiento farmacológico del insomnio crónico.

Abstract Background: Insomnia disorder is defined as a subjective disturbance of difficulty with sleep initiation, duration, consolidation, waking up earlier than desired or quality and that result in some form of daytime impairment. Current treatments are divided into non-pharmacological and pharmacological. Of the former is Cognitive Behavioral Therapy; however the economic cost and available resources are a major constraint for the general population. Therefore, a therapeutic option is drug therapy for chronic insomnia.

Objective: The objective of this paper is to conduct an update of pharmacological treatments of chronic insomnia.

Methodology: An automated search was carried out in PubMed, MD Consult, EBSCO with key words: chronic insomnia, chronic insomnia treatment and drug treatment of chronic insomnia.

Results: Evidence supporting the use of nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonists, melatonin receptor agonists and doxepin for the treatment of chronic insomnia.

Conclusions: Zolpidem, zaleplon, eszopiclone, ramelteon and doxepin were approved by FDA for the treatment of chronic insomnia.

World Keys treatment of insomnia chronic, treatment pharmacology of insomnia chronic, insomnia chronic.

El autor no declaran
conflicto de intereses

Antecedentes

El dormir es un proceso neuroquímico que es regulado por áreas cerebrales que promueven el sueño y la vigilia. Las estructuras que intervienen en el mantenimiento de la vigilia están localizadas en la Protuberancia Anular, Hipotálamo lateral y posterior, las cuales secretan Noradrenalina, Acetilcolina, Serotonina, Histamina y Orexinas. Mientras tanto, las regiones cerebrales que originan el sueño se ubican en el núcleo preóptico ventrolateral del hipotálamo (VLPO) que tiene como función secretar Galanina y GABA. Las lesiones en el VLPO originan insomnio. (1, 2,3)

Los fármacos que están indicados para los trastornos de sueño, actúan a través de estos neurotransmisores.

Insomnio

El término insomnio es utilizado ya sea como síntoma o trastorno. El síntoma de insomnio es definido como una molestia subjetiva de dificultad para dormir, permanecer dormido o una pobre calidad de sueño. El insomnio como trastorno está caracterizado por síntomas de insomnio acompañado por deterioro significativo de las funciones diurnas.(4) De acuerdo con la etiología se divide en primario y secundario. En el insomnio primario el diagnóstico es por exclusión y está asociado con estrés crónico e higiene inadecuada del sueño; el insomnio secundario está relacionado con trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, demencia), trastornos médicos, abuso de sustancias y trastornos específicos del sueño. (5)

Dependiendo de la duración del insomnio, se clasifica en agudo y crónico. El insomnio agudo se refiere a problemas en el sueño que duran de una noche a pocas semanas. El insomnio crónico se refiere a problemas de sueño que se presentan al menos 3 noches por semana y duran por lo menos 1 mes. (6)

La prevalencia del insomnio crónico en la población general varía entre el 10 al 15%. 7 En tanto, en el estudio PLATINO realizado en 4 ciudades latinoamericanas, 34.7% de la muestra general reportaron insomnio. (8) Los factores de riesgo para insomnio incluyen edad avanzada, género femenino, desempleo, cambios de turno laboral, bajo nivel socioeconómico, uso de sustancias, trastornos médicos y psiquiátricos. (9) Asimismo, el insomnio crónico está asociado frecuentemente con enfermedades cardiovasculares y psiquiátricas pero además es un factor de riesgo para dichos trastornos médicos específicamente. (10)

El tratamiento del insomnio crónico incluye medidas no farmacológicas y farmacológicas. De las primeras, la terapia cognitiva conductual (TCC) es actualmente reconocida como una terapia efectiva en este padecimiento. La higiene de sueño, control de estímulos, restricción de sueño, terapia de relajación y biofeedback son componentes habituales de la TCC. (11) Sin embargo, los costos económicos, los recursos disponibles y la adherencia a largo plazo son problemas potenciales. (12)

En cuanto al tratamiento farmacológico del insomnio, existe un consenso general acerca de que el “hipnótico ideal” debería tener ciertas propiedades: mejorar la inducción del sueño, mantenimiento y calidad del mismo, promover un sueño fisiológico, tener un mecanismo específico de acción y mejorar el funcionamiento diurno y la calidad de vida. Los actuales tratamientos farmacológicos tratan uno o más de los síntomas pero no parecen mejorar las alteraciones en el funcionamiento diurno. (13)

El tratamiento farmacológico se divide en agonistas de receptores de benzodiazepinas, agonistas no benzodiazepínicos, agonistas de receptores de melatonina y antidepresivo sedantes.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es revisar los distintos tratamientos farmacológicos que en la actualidad están disponibles para el manejo del insomnio crónico en los adultos.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la literatura utilizando diferentes bases de datos como PubMed, MD Consult y EBSCO. La búsqueda incluyó artículos entre el año 2007 y octubre del 2012, mediante los términos: *treatment of chronic insomnia, treatment, pharmacology of chronic insomnia, chronic insomnia.*

Agonistas de receptores de benzodiazepinas

Desde el año 1960 empezaron a ser una alternativa segura a los barbitúricos. Estos fármacos se unen a los receptores de GABA A, lo que ocasiona la apertura de los canales de cloro. Debido a lo anterior, estos fármacos incrementan los efectos ansiolíticos y sedantes. Actualmente cinco benzodiazepinas están aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) para el

tratamiento del insomnio: flurazepam, estazolam, quazepam, temazepam y triazolam. Estas benzodiazepinas varían entre ellas mismas en cuanto a su inicio y duración de la actividad. En una muestra de 800 pacientes, estos mantuvieron mejoría significativa en comparación con el placebo con respecto a la latencia de sueño, despertares en la noche, número de despertares y tiempo total de sueño durante un período de 6 meses. (14) Esto se corroboró además por medio de polisomnografía ya que mejoran dichos parámetros del sueño. No obstante, tienen efectos en la arquitectura del sueño al reducir el sueño MOR y la banda de poder delta del sueño de ondas lentas. (15)

En cuanto a seguridad y eficacia, las benzodiazepinas no mostraron diferencias significativas con el zolpidem. A pesar de esto, la tolerancia a estos fármacos puede ocurrir después de los 6 meses de uso. La suspensión abrupta puede ocasionar insomnio por rebote que dura comúnmente de 1 a 2 días. La dependencia física también se presenta con el uso a largo plazo. (16) La evidencia muestra que a medida que se incrementa la edad, las benzodiazepinas se asocian con deterioro cognitivo en adultos mayores, riesgo incrementado para síndrome de caídas y para fracturas de cadera. (17) También están contraindicadas en pacientes con Apnea de sueño debido a depresión respiratoria. (18)

Agonistas no benzodiazepínicos

Son una alternativa a las benzodiazepinas debido a los efectos secundarios que se presentan con estas últimas.

Zaleplon

Es una pirazolopirimidina aprobada por la FDA para el insomnio inicial. Parecido al zolpidem, actúa a nivel de los receptores de GABA A. En un estudio efectuado en Taiwán, zolpidem y zaleplon de 10 mg, ambos ingeridos antes de acostarse, disminuyeron de manera significativa la latencia de sueño. (19)

Eszopiclona

Es una ciclopirolona aprobada por la FDA para el tratamiento del insomnio inicial. Tiene una alta afinidad por los receptores GABA A.

En un estudio aleatorizado controlado, doble ciego, el tratamiento con eszopiclona a dosis de 3 miligramos mejoró la calidad de vida, la latencia de sueño, los despertares nocturnos, el tiempo total de sueño y

redujo la severidad del insomnio. La tolerancia y la abstinencia no se reportaron. (20)

Zolpidem

Es una imidazopiridina que se utiliza para el tratamiento del insomnio. Aunque en su estructura no es una benzodiazepina, su acción farmacológica es mediada por los receptores GABA. La mayoría de los estudios neuroquímicos indican que tiene afinidad selectiva por el subtipo omega 1. (21, 22,23)

Zolpidem (ZLP) es efectivo en mejorar la latencia de sueño y el tiempo total de sueño. La eficacia de ZLP es sostenida con la administración nocturna de manera continua por períodos de hasta 1 año. Aunque en un estudio dirigido por Jacobs, la terapia cognitivo conductual (TCC) fue superior en cuanto a los efectos de los despertares nocturnos comparado con el ZLP y placebo tanto a los 1, 3, 6 y 12 meses. (14) Una presentación de ZLP que es la de liberación prolongada de 12.5 miligramos, fue evaluada a 24 semanas en un estudio doble ciego aleatorizado, mostrando ser significativamente superior al placebo en el tiempo total de sueño, despertares nocturnos, calidad de sueño y latencia de sueño. (24)

Se han realizado modificaciones al ZLP para contar con un fármaco que conservara las propiedades originales inductoras del sueño y extendiera sus efectos a lo largo de la noche para mantenerlo. El resultado es una tableta de dos capas: una tiene una liberación inmediata (como el ZLP original) y otra posee una liberación más lenta. En el estudio ZONIA, participantes de entre 18 a 65 años de edad con insomnio primario y bajo el zolpidem de liberación modificada de 12.5 miligramos a 12 semanas por razón necesaria, la media en la puntuación en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh disminuyó de 13.2 a 5.1 es decir mejoró la calidad de sueño. (25)

En Noviembre del 2011, la FDA aprobó el tartrato de zolpidem que es una presentación sublingual utilizada para el insomnio de mantenimiento. (26)

Entre los efectos adversos del ZLP se encuentra el insomnio de rebote, que es más evidente posterior a la suspensión de este fármaco a dosis de 15 a 20 miligramos al día. Diversos reportes de casos indican que la dependencia y el abuso al ZLP son posibles, pero la prevalencia y el riesgo relativo no han sido establecidos. (27)

Agonistas de receptores de melatonina

Ramelteon

Es un agonista de los receptores melatoninérgico, aprobado por la FDA para el tratamiento del insomnio inicial. A dosis de 4 a 32 miligramos disminuye la latencia de sueño por polisomnografía (28). Los estudios de eficacia a largo plazo demuestran que la latencia de sueño mejora hasta 6 meses (29).

Agomelatina

La agomelatina es un nuevo antidepresivo que actúa como agonista de los receptores MT1 y MT2, pero además es antagonista de los receptores 5HT2C. (30) Los efectos de la agomelatina en la arquitectura de sueño fueron evaluados por polisomnografía en individuos sanos a dosis de 50 a 100 miligramos al día, encontrando en dichos sujetos un aumento en el sueño MOR. También la agomelatina incrementa el sueño de ondas lentas es decir el sueño reparador. (31) En pacientes deprimidos, la administración de la agomelatina por 6 semanas incrementó la duración de sueño No MOR y calidad de sueño sin modificar la duración de sueño MOR. (32) Así mismo tiene efectos en el sistema circadiano al avanzar la fase, esto al evaluar la temperatura corporal, la secreción de melatonina y la frecuencia cardiaca. (33) No obstante lo anterior, este fármaco no ha sido evaluado definitivamente en pacientes con insomnio primario.

Antidepresivos Sedantes

A pesar del uso amplio de antidepresivos, existen datos limitados de estos agentes en el tratamiento del insomnio.

En Estados Unidos, los antidepresivos como trazodona, amitriptilina y mirtazapina son los fármacos más utilizados para tratar el insomnio crónico (34) y su uso es recomendado en el insomnio relacionado al trastorno depresivo mayor.

La trazodona inhibe los alfa 1 receptores y la histamina produciendo un incremento en el tiempo total de sueño y una reestructura en la arquitectura del mismo. La amitriptilina actúa inhibiendo la recaptura de norepinefrina y serotonina así como bloqueando acetilcolina e histamina, por lo que aumenta el tiempo total de sueño y la fase 2, pero suprime el sueño MOR. La mirtazapina es un bloqueador selectivo de los receptores alfa 2 y de histamina, también aumenta

el tiempo total de sueño. (35) La ganancia de peso de este último fármaco es un efecto indeseable en la mayoría de los pacientes. (36,37)

Por lo anterior hacen falta más estudios controlados que evalúen la eficacia de estos fármacos en el tratamiento del insomnio crónico.

Solamente la doxepina es el único antidepresivo sedante aprobado por la FDA a dosis bajas de entre 3 y 6 miligramos para el tratamiento del insomnio caracterizado por la dificultad en el mantenimiento del sueño. Este fármaco actúa antagonizando los receptores de histamina 1. La dosis de 6 miligramos tiene un efecto modesto pero significativo en disminuir la latencia de sueño. Aún ingiriendo antes de acostarse, la sedación residual no se observa. (38, 39)

Los pacientes bajo tratamiento con doxepina durante 35 días comparado con placebo, mejoraron de manera significativa los despertares nocturnos y el tiempo total de sueño. Así mismo no hubo evidencia de insomnio de rebote después de la discontinuación de la doxepina. (40)

Es conocido que la doxepina no tiene abuso potencial, por lo que podría ser una opción terapéutica para pacientes con historia de abuso de sustancias. (41)

Revisión sistemática de los tratamientos para Insomnio Crónico

Buscemi y colaboradores realizaron una revisión sistemática de los tratamientos farmacológicos para el insomnio crónico. Incluyeron benzodiazepinas como triazolam, temazepam, flurazepam, y flunitrazepam, agonistas no benzodiazepínicos: zolpidem, zaleplon y eszopiclona; antidepresivos sedantes tales como trazodona y doxepina. Las medias de la latencia de sueño corta comparada con el placebo fueron de -10 minutos para benzodiazepinas, -12.8 minutos para agonistas no benzodiazepínicos y -7 minutos para antidepresivos sedantes por polisomnografía. Mientras que, por diario de sueño fueron -19.6 minutos, -17 minutos y -12.2, respectivamente.

En cuanto a la eficiencia de sueño, despertares nocturnos, tiempo total de sueño y calidad del mismo, los resultados fueron significativos para benzodiazepinas y agonistas no benzodiazepínicos en diario de sueño. Por polisomnografía los antidepresivos sedantes fueron estadísticamente significativos. (42)

Resultados

Esta revisión muestra que los agonistas de receptores de benzodiazepinas tienen numerosos efectos indeseables entre ellos la tolerancia y el abuso, lo que podría ser una limitante para los pacientes con insomnio crónico. Por esto, los agonistas no benzodiazepínicos especialmente zolpidem y el antidepresivo tricíclico doxepina presentan mayor evidencia científica para tratar esta enfermedad.

No se ha evaluado a la agomelatina en el tratamiento del insomnio crónico, pero su eficacia ha sido demostrada en el insomnio relacionado a Trastorno Depresivo Mayor igual que otros antidepresivos.

Conclusiones

Los agonistas no benzodiazepínicos, los agonistas de receptores de melatonina (ramelteon) y la doxepina son los únicos fármacos aprobados por la FDA para el insomnio crónico.

Referencias Bibliográficas

1. España RA, Scammell TE. Sleep neurobiology for the clinician. *Sleep* 2004; 27(4):811-820.
2. McCormick DA. Cholinergic and noradrenergic modulation of thalamocortical processing. *Trends Neurosci* 1989; 12:215-220.
3. Sherin JE, Shiromani PJ, McCarley RW, et al. Activation of ventrolateral preoptic neurons during sleep. *Science* 1996; 271:216-219.
4. Buysse D. Chronic Insomnia. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 678-686.
5. National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia. Insomnia: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician*. 1999; 59:3029-3038.
6. Passarella S, Tri-Duong M. Diagnosis and treatment of insomnia. *Am J Health Syst Pharm* 2008; 65: 927-934.
7. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008; 4 (5): 487-504.
8. Torre-Bouscoulet L. Vázquez-García JC, Muiño A, Márquez M, Victorina LM, Montes de Oca M, et al. Prevalence of sleep related symptoms in four latin american cities. *J Clin Sleep Med* 2008; 4(6): 579-585.
9. Taylor D, Mallory LJ, Lichstein KL, et al. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep* 2007; 30:213-218.
10. Kai Spiegelhalter, Cathy Scholtes, Dieter Riemann. The association between insomnia and cardiovascular diseases. *Nature and Science of Sleep* 2010; 2:71-78.
11. Montgomery P, Dennis J. A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Med Rev* 2004; 8:47-62.
12. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev* 2003; 7: 215-25.
13. Sullivan SS, Guilleminault C. Emerging drugs for insomnia: new frontiers for old and novel targets. *Expert Opin Emerg Drugs* 2009; 14(3):411-422.
14. Rieman D, Perlis M. The treatments of chronic insomnia: A review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev* 2009; 13: 205-214.
15. Zisapel N. Drugs for insomnia. *Expert Opin Emerging Drugs* 2012; 17: 299-317.
16. Bélanger L, Beleville G, Morin Ch. Management of hypnotic discontinuation in chronic insomnia. *Sleep Med Clin* 2009; 4: 583-592.
17. Taylor D, Roane B. Treatment of insomnia in adults and children: A practice-friendly review of research. *J Clin Psychol* 2010; 66(11): 1137-1147.
18. Doghramji K. The evaluation and management of insomnia. *Clin Chest Med* 2010; 31: 327-339.
19. Huang YS, Hsu SC, Liu SI, Chen CK. A double-blind, randomized, comparative study to evaluate the efficacy and safety of zaleplon versus zolpidem in shortening sleep latency in primary insomnia. *Chang Gung Med J* 2011; 34:50-56.
20. Walsh JK, Krystal AD, Amato DA, et al. Nightly treatment of primary insomnia with eszopiclone for six months: effect on sleep, quality of life, and work limitations. *Sleep* 2007; 30:959-968.
21. Olsen RW, Sieghart W. GABAA receptors: subtypes provide diversity of function and pharmacology. *Neuropharmacology* 2009; 56:141-148.
22. Rudolph U, Knoflach F. Beyond classical benzodiazepines: novel therapeutic potential of GABAA receptor subtypes. *Nat Rev Drug Discov* 2011; 10:685-697.
23. Nutt DJ, Stahl SM. Searching for perfect sleep: the continuing evolution of GABAA receptor modulators as hypnotics. *J Psychopharmacol* 2009; 24:1601-1612.
24. Krystal A, Erman M, Zammit G, Soubrane C, Roth T. Long-Term Efficacy and Safety of Zolpidem Extended-Release 12.5 mg, Administered 3 to 7 Nights Per Week for 24 Weeks, in Patients With Chronic Primary Insomnia: A 6-Month, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel-Group, Multicenter Study. *Sleep* 2008; 31(1): 79- 90.
25. Jiménez-Genchi A. Zolpidem de liberación modificada para insomnio crónico. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2012; 50(5): 529-536.
26. Ioachimescu O, El-Solh A. Pharmacotherapy of insomnia. *Expert Opin Pharmacother* 2012; 13: 1243-1260.
27. Greenblatt D, Roth T. Zolpidem for insomnia. *Expert Opin Pharmacother* 2012; 13: 879-893.

28. Roth T, Seiden D, Wang-Weigand S, et al. A 2-night, 3-period crossover study of ramelteon's efficacy and safety in older adults with chronic insomnia. *Curr Med Res Opin* 2007; 23:1005-1014.
29. Zammit G, Erman M, Wang-Weigand S, et al. Evaluation of the efficacy and safety of ramelteon in subjects with chronic insomnia. *J Clin Sleep Med* 2007; 3:495-504.
30. Bourin M. Melatonin receptor agonist agomelatine: a new drug for treating unipolar depression. *Current pharmaceutical design* 2009; 15: 1675-1682.
31. Descamps A, Rousset C, Millan MJ, et al. Influence of the novel antidepressant and melatonin agonist/serotonin_{2C} receptor antagonist, agomelatine, on the rat sleep-wake cycle architecture. *Psychopharmacology* 2009; 205:93-106.
32. Venkataramanujam S. Melatonin and melatonergic drugs on sleep: Possible mechanism of action. *Int J of Neuroscience* 2009; 119: 821-846.
33. Rajaratnam S, Cohen D, Rogers N. Melatonin and melatonin analogues. *Sleep Med Clin* 2009; 4:179-193.
34. Wiegand M. Antidepressants for the treatment of insomnia. A Suitable approach? *Drugs* 2008; 68: 2411-2417.
35. Krystal A. Antidepressant and antipsychotic drugs. *Sleep Med Clin* 2010; 5: 571-589.
36. Sullivan S. Insomnia Pharmacology. *Med Clin N Am* 2010; 94: 563-580.
37. Dos Santos W, Rademaker P, Guilleminault C. Sedative antidepressants and insomnia. *Rev Brasileira de Psiquiatria* 2011; 33:91-95.
38. Roth T, Rogowski R, Hull S, et al. Efficacy and safety of doxepin 1 mg, 3 mg and 6 mg in adults with primary insomnia. *Sleep* 2007; 30: 1555-1561.
39. Hall-Porter J. Pharmacologic treatment of primary insomnia. *Sleep Med Clin* 2010; 5: 609-625.
40. Krystal A, Lankford A, et al. Efficacy and Safety of doxepin 3 and 6 mg in a 35-day sleep laboratory trial in adults with chronic primary insomnia. *Sleep* 2011; 34:1433-1442.
41. Owen RT. Selective histamine H (1) antagonism: a novel approach to insomnia using low-dose doxepin. *Drugs Today* 2009; 45: 261-267.
42. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. The efficacy and safety of drug treatment for chronic insomnia in adults: A meta-analysis of RCTs. *Journal General Internal Medicine* 2007; 22: 1335-1350.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

apalrevista@gmail.com

CUESTIONES GENERALES

La Revista Latinoamericana de Psiquiatría, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América latina, es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en: <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm>, en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309>, en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este Reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

Originalidad

Los manuscritos enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría serán aceptados en el entendimiento de que son materiales originales, no publicados previamente, ni enviados simultáneamente para ser publicados en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

Autoría

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor. Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de

Agradecimientos

Para la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados.

Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de “Agradecimientos” pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.

Transferencia de derechos y envío del manuscrito

El envío de un artículo a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría supone que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos ceden a la revista el derecho de publicación y reproducción posterior.

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

Aclaración de conflictos de intereses

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado “Agradecimientos”.

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título “Declaración de conflictos de intereses”, los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará “El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses”.

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

Preservación del anonimato de los pacientes

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

Consentimiento informado

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado “Materiales y Métodos” una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Proceso de revisión de manuscritos

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso de evaluación. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico pueden solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores, modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

Envío de trabajos

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Casos clínicos y Artículos científicos de controversia o de opinión.

Todos los trabajos deberán enviarse, vía correo electrónico, a la dirección: apalrevista@gmail.com. Los textos deben presentarse en el programa Word. Es importante que no incluyan macros ni ningún tipo de plantillas. Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

Tipos de trabajos

a) Investigación original: describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

b) Revisión: estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado “Referencias”)

c) Casos clínicos: son textos breves en los que se presenta uno o varios ejemplos de casos clínicos de una determinada patología. El artículo debe incluir un resumen en español y en inglés con sus correspondientes Palabras clave y Keywords, respectivamente; luego comentar las generalidades de la patología en cuestión, su semiología habitual, epidemiología, criterios diagnósticos, eventual etiología y tratamiento y, por fin ejemplificar con uno o varios casos originales diagnosticados por el autor. El trabajo debe incluir una breve bibliografía.

d) Artículo científicos de controversia o de opinión: son trabajos en los que se presentan o discuten temas científicos particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo número o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

Instrucciones generales

Todos los materiales enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría para su publicación serán escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo “Palabras clave” y “Keywords” se especificarán 5 (cinco) palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden. Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos, entre paréntesis, a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas"- No usar supraíndices para las citas bibliográficas.

Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2).

Referencias bibliográficas

1.- Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. *Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. Arch Gen Psychiatry* 1992, 49: 782-787.

2.- Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. *Follow-up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol* 1986, 6: 274-278.

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en

<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm>

Se ilustran a continuación los principales casos:

Artículos de revistas

1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

Molto J, Inchauspe JA. *Libertad de prescripción en España. VERTEX* 2005; XVI (59): 130-132.

2. Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. *Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust* 1996; 164:282-4.

3. Suplemento de un volumen

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

Libros y otras fuentes de información impresa

4. Autores individuales

Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.*

5. Editor(es) como autores

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

6. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. *Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors.*

Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

7. Actas de conferencias

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

8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneve, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5. Material No publicado*

9. En prensa

Leshner AI. *Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1996.*

Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

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

Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el CD), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

Hoja de título

- Título.
- Autor o autores.
- Títulos académicos.
- Lugar de trabajo y/o institución de pertenencia.
- Dirección postal.
- Dirección de correo electrónico.

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

Resumen en inglés

- Título en inglés.
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas.

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?