

Revista  
Latinoamericana de  
**PSIQUIATRÍA**

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

**Editorial**

*Rodrigo Córdoba Rojas*

**Niveles de depresión y ansiedad y su relación con la presencia de alexitimia en estudiantes universitarios de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción**

*Iván Barrios, Adriana Piris, César Ruiz-Díaz, Gustavo Rodríguez Andersen, Julio Torales*

**Síndrome de Charles Bonnet:  
revisión del tema y presentación de un caso clínico**

*Georgina Carolina Gavotti, Lilian Ferreyra, Ana Claudia Di Dói, Marcela Flores*

**Las adicciones y las nuevas Clasificaciones:  
DSM-5, CIE-11 y GLA**

*Elvia Velásquez de Pabón, Javier Didia Attas, Rafael Navarro C., Saúl Pacurucu, Carlos Smith, Javier E. Saavedra, Juan Mezzich, Ihsan Salloum, Ángel Otero, José Brites, Sonia Cevallos, Iveth Luna*

**Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural  
"Declaración sobre la crisis migratoria mundial"**

**La función del gusto en el envejecimiento normal y patológico**

*Alicia B. Kabanchik*

**COMITÉ EJECUTIVO APAL****Presidente***Rodrigo Córdoba Rojas***Vice - Presidente***Enrique Mendoza Gaitán***Secretaria General***Marcela Alzate***Secretario de Finanzas***Carlos A. López***Secretaria Ejecutiva***Graciela B. Onofrio***Coordinadora de Secciones***Graciela B. Onofrio***Secretarios Regionales**

México, Centroamérica y Caribe

*Vicente Vargas Lemonier*

Países Bolivarianos

*Pacífico Gallegos*

Países del Cono Sur

*Rodrigo Chamorro***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***Paraguay***Julio Torales***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. 41)

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 2055-9793 - CABA - Argentina / mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com

<http://quilesdiezsolucionesgraficas.blogspot.com>

[facebook.com/QuilesDiezsolucionesgraficas](https://www.facebook.com/QuilesDiezsolucionesgraficas)

**PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL****Argentina**

Asociación de Psiquiatras Argentinos

*Presidenta: Analía Ravenna***Bolivia**

Sociedad Boliviana de Psiquiatría

*Presidenta: Isnelda Gómez Montalvo***Brasil**

Asociación Brasileña de Psiquiatría

*Presidente: Antonio Geraldo da Silva*

Distrito federal (Brasília)

**Chile**Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía*Presidente: José Luís Castillo***Colombia**

Asociación Colombiana de Psiquiatría

*Presidente: Iván A. Jiménez R.***Costa Rica**

Asociación Costarricense de Psiquiatría

*Presidente: Francisco Gólcher Valverde***Cuba**

Sociedad Cubana de Psiquiatría

*Presidente: Miguel A. Valdés Mier***Ecuador**

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

*Presidente: Ricardo Morla Boloña***El Salvador**

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

*Presidenta: Tirza Merino Gomez***Guatemala**

Asociación Psiquiátrica de Guatemala

*Presidenta: Roxana Ruíz***Haiti***Jean Phillippe***México**

Asociación Psiquiátrica Mexicana

*Presidente: Juan Luis Vázquez Hernández***Paraguay**

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

*Presidente: Martín Moreno***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

*Presidenta: María Nerys Perez***Uruguay**

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

*Presidenta: Cecilia Idiarte Borda***Venezuela**

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

*Presidenta: Yolanda Alvarado P.*

# ÍNDICE

- 5 **Editorial**  
*Rodrigo Córdoba Rojas*
- 7 **Niveles de depresión y ansiedad y su relación con la presencia de alexitimia en estudiantes universitarios de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción**  
*Iván Barrios, Adriana Piris, César Ruiz-Díaz, Gustavo Rodríguez Andersen, Julio Torales*
- 15 **Síndrome de Charles Bonnet: revision del tema y presentacion de un caso clinico**  
*Georgina Carolina Gavotti, Lilian Ferreyra, Ana Claudia Di Dói, Marcela Flores*
- 19 **Las adicciones y las nuevas Clasificaciones: DSM-5, CIE-11 y GLADP-VR**  
*Elvia Velásquez.de Pabón, Javier Didia Attas, Rafael Navarro C., Saúl Pacurucu, Carlos Smith, Javier E. Saavedra, Juan Mezzich, Ihsan Salloum, Ángel Otero, José Britez, Sonia Cevallos, Iveth Luna*
- 28 **Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural "Declaración sobre la crisis migratoria mundial"**
- 35 **La función del gusto en el envejecimiento normal y patológico**  
*Alicia B. Kabanchik*
- 41 **Reglamento de Publicaciones**

La discusión del diagnóstico clínico de la enfermedad adictiva, tiene ya una buena cantidad de años y ha pasado por visiones personalistas, con mucho de contenidos emocionales, morales y éticos, pero con escaso rigor técnico y científico.

Los trabajos de Patricia Gutman a finales de la década de los ochenta, nos dan claridad de que no nos encontramos ante seres humanos con funcionamientos asociales ni personalidades desadaptadas, sino frente a una entidad clínica, con todas sus características, desde la etiología hasta las perspectivas de tratamiento.

De todas las sustancias, el alcohol, la nicotina, y el cannabis, por ser las de más frecuente uso y abuso, son las que han despertado mayor preocupación en la sociedad, pero así mismo, en la comunidad académica.

Las cifras muestran que los derivados del cannabis sativa son las sustancias más usadas por adolescentes y población escolar. La OMS estima que un 2.5% del total de la población mundial han tenido experiencia con marihuana, en particular 3.5% de las personas de 15 o más años consumieron cannabis en por lo menos uno de los años previos (1), situación que no es ajena a los países de América Latina (2).

La postura de algunos países marcadamente transformadora, han solicitado a la comunidad científica para evaluar los riesgos y beneficios del consumo, y APAL no ha sido ajena a ellos.

No podemos considerar que el cannabis es inocuo. Existen datos precisos de diferentes centros de investigación en el mundo que han encontrado que uno de cada diez jóvenes que tienen contacto por primera vez con THC presentan un primer episodio psicótico, además de otras condiciones médicas asociadas y riesgo que aumenta si son menores de 14 años, (3), presentan mayor consumo y asociado a otras sustancias (4). Los trabajos del Royal College muestran el riesgo actual incrementado con la aparición de marihuana de mayor concentración, lo que aumenta de manera exponencial el riesgo de psicosis.

Pero sin duda, es responsabilidad del estado identificar de manera temprana e intervenir de manera precoz los individuos que han sido vulnerables y han tenido desenlaces clínicos que comprometen su salud mental, orientándolos hacia la atención por centros especializados, y no confinarlos al sistema penitenciario.

Los trabajos que intentan identificar los elementos biológicos individuales de riesgo, se encuentran en fase embrionaria a pesar de la ilusión inicial, la mayoría de la información acerca de la vulnerabilidad genética

hacia los trastornos por uso de sustancias permanece sin explicación (5). Las Sociedades Científicas, en el marco político y científico, consideran que los consumidores de sustancias (TUS) son personas que requieren tratamiento médico como una enfermedad y no debieran ser tratados bajo el régimen penitenciario. Las sociedades científicas de América Latina, agremiadas en la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) ha producido un documento (6) que hace parte de la discusión diaria de los psiquiatras y profesionales de salud mental a través de sus diferentes sociedades y así mismo, el debate se ha ampliado a los organismos gubernamentales (ministerios y secretarías) académicos, universidades y departamentos de psiquiatría como no gubernamentales (OMS, OPS, OEA)

**Dr. Rodrigo Córdoba Rojas**

*Presidente de APAL*

- 
1. *United Nations Office on Drugs and Crime (2006). "Cannabis: Why We Should Care" World Drug Report (S.L.: United Nations). p. 14. ISBN 92-1-148214-3.*
  2. *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. © Organización Panamericana de la Salud, 2009.*
  3. *Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. British Journal of Psychiatry 2004; 184: 110*
  4. *González Pinto A, Vega P, Ibañez B, Mosquera F, Barbeito S, Gutiérrez M, et al. Impact of Cannabis. and other drugs on age at onset of psychosis. J Clin Psychiatry 2008; 69(8): 1210*
  5. *Yu C, McClellan J. Genetics of Substance Use Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016 Jul;25(3):377-85.*
  6. *<http://www.apalweb.org/docs/CANNABIS%20APAL.pdf>*

# Niveles de depresión y ansiedad y su relación con la presencia de alexitimia en estudiantes universitarios de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción

*Levels of depression and anxiety and their  
relationship with the presence of alexithymia  
in college students of the Polytechnic School,  
National University of Asunción*

**Iván Barrios | Adriana Piris**

*Estudiantes universitarios,  
carrera de Medicina y Cirugía,  
Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Asunción  
(Paraguay).*

**César Ruiz-Díaz**

*Médico Residente y ayudante del  
Departamento Académico  
de Grado y de Investigación,  
Cátedra y Servicio de Psiquiatría,  
Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Asunción  
(Paraguay).*

**Gustavo Rodríguez Andersen**

*Profesor Asistente y Jefe de la  
Cátedra de Bioestadística y Demografía,  
Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Asunción  
(Paraguay).*

**Julio Torales**

*Profesor Asistente y Jefe del  
Departamento Académico  
de Grado y de Investigación,  
Cátedra y Servicio de Psiquiatría,  
Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Asunción  
(Paraguay).*

*Avda. Mariscal López y Cruzada de  
la Amistad, San Lorenzo - Paraguay*

**[jtorales@med.una.py](mailto:jtorales@med.una.py)**

*Los autores no declaran  
conflictos de interés*

**Resumen Introducción:** La población estudiantil es considerada por diversos autores como particularmente vulnerable al desarrollo de ciertas psicopatologías, por verse expuesta a una serie de factores estresantes, tales como estresores académicos, dificultades financieras y problemas del grupo primario de apoyo, tanto social como familiar. Entre los desórdenes emocionales que pueden aparecer en los estudiantes universitarios, destacan los ansioso-depresivos. Variadas investigaciones de alcance internacional han estudiado la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en la población estudiantil universitaria. Esta investigación pretende detectar la presencia de depresión y ansiedad así como determinar si existe o no una relación con el constructo alexitimia en estudiantes de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay). **Sujetos y métodos:** Estudio descriptivo, analítico de que se realizó en mayo del 2014. Se incluyeron a los estudiantes universitarios, de ambos sexos, de las carreras de Ingeniería en Marketing, Ingeniería en Sistemas de Producción y Licenciatura en Gestión de la Hospitalidad de la Facultad Politécnica de la UNA. La muestra estuvo compuesta por 140 estudiantes. Se utilizaron las escalas TAS-20 y HADS. Se analizó con Epi Info. **Resultados:** El 80,7% fue del sexo femenino, edad media de 20,6 años. La prevalencia de depresión, ansiedad y alexitimia fue del 6,4%; 22,9% y del 5% respectivamente. **Discusión:** Se encontró asociación entre alexitimia y ansiedad y depresión. Se encontró asociación entre procedencia y tener alexitimia. La prevalencia de depresión fue menor al de la población general. La ansiedad fue mayor al promedio de la población. La alexitimia se encuentra en valores inferiores a los esperados. No se encontró asociación entre ninguna de las variables y el sexo o la carrera.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, alexitimia, estudiantes, Paraguay.

**Abstract Introduction:** The student population is considered by many authors as particularly vulnerable to the development of certain psychopathologies, by being exposed to a variety of stressors, such as academic stressors, financial difficulties and problems of primary group support, both social and familiar. Among the emotional disorders that may appear on college students, the anxious-depressive ones are highlighted. Various investigations of international scope have studied the presence of anxious and depressive symptoms in university student population. This research aims to identify the presence of depression and anxiety and to determine whether there is a relationship with the alexithymia construct in the student population of the Polytechnic School of the National University of Asunción. **Subjects and methods:** descriptive, analytical study that was conducted in May 2014 college students, of both sex, Production Systems Engineering, Bachelor of Hospitality Management and Engineering in Marketing of Polytechnic School of the UNA were included. The sample consisted of 140 students. The TAS-20 and HADS scales were used. It was analyzed with Epi Info. **Results:** 80.7% were female, mean age of 20.6 years. The prevalence of depression, anxiety and alexithymia was 6.4%; 22.9% and 5% respectively. **Discussion:** Association between alexithymia and anxiety and depression was found. We found association between places of origin and the presence of alexithymia. The prevalence of depression was lower than in the general population. Anxiety was higher than the average population. Alexithymia is lower than expected values. No association between any of the variables and gender or race found.

**Keywords:** anxiety, depression, alexithymia, students, Paraguay.

## Introducción

La depresión constituye uno de los problemas de salud más frecuentes y discapacitantes. Se debe diferenciar de la tristeza que es una respuesta humana universal a la frustración, desilusión u otras adversidades. La depresión afecta la vida afectiva, cognitiva, conductual y somática de la persona (1). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es *“es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”* (2).

La ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción (3). Se define como *“un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida”* (4). La ansiedad es la más común y primitiva reacción emocional que tienen los mamíferos y es percibida como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente desconocido, lo que la distingue del miedo, en el cual, el peligro es concreto y definido (3). La alexitimia es un constructo hipotético que puede describirse como la dificultad para verbalizar estados afectivos y diferenciarlos de sensaciones corporales; falta de capacidad introspectiva, y tendencia al conformismo social y a las conductas de acción frente a situaciones conflictivas. Inicialmente observada en pacientes con trastornos psicósomáticos, en la actualidad se la relaciona con toxicomanías, trastornos de la conducta alimentaria, psicopatías y estrés postraumático, y constituye un factor de vulnerabilidad somática frente a situaciones de sobrecarga psíquica (5). La alexitimia es un constructo relativamente nuevo y poco conocido en el campo de la psicología. Sin embargo, su creciente interés está generando, en los últimos tiempos, una serie de investigaciones cuya finalidad es esclarecer, con mayor exactitud, su fenomenología y relevancia en el campo de la salud mental (6).

La alexitimia no aparece como constructo en las clasificaciones psiquiátricas, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM 5), pero ha demostrado tener un valor heurístico importante, aceptado por la comunidad científica y susceptible de investigarse. La alexitimia

se trata más bien de un tipo de sintomatología que puede aparecer en personas con una amplia variedad de diagnósticos clínicos (7).

La población estudiantil es considerada por diversos autores como particularmente vulnerable al desarrollo de ciertas psicopatologías, por verse expuesta a una serie de factores estresantes, tales como estresores académicos, dificultades financieras y problemas del grupo primario de apoyo, tanto social como familiar. Entre los desórdenes emocionales que pueden aparecer en los estudiantes universitarios, destacan los ansioso-depresivos. Variadas investigaciones de alcance internacional han estudiado la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en la población estudiantil universitaria (8).

La investigación pretende detectar en la población estudiantil la presencia de depresión y ansiedad así como determinar si existe o no una relación con el constructo alexitimia. Los resultados de este estudio serán luego entregados al Decano y encargados de carreras de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción junto con algunas recomendaciones emergentes.

## Pregunta de investigación

¿Cuáles son los niveles de depresión y ansiedad y su relación con la presencia de alexitimia en estudiantes universitarios de tres carreras de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción?

### Objetivo general

Determinar los niveles de depresión y ansiedad y su relación con la presencia de alexitimia en estudiantes universitarios de tres carreras de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción en el año 2014

### Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de los estudiantes objeto de estudio.
2. Determinar la prevalencia de la depresión en los estudiantes objetos de estudio.
3. Determinar la prevalencia de la ansiedad en los estudiantes objetos de estudio.
4. Establecer si existe o no relación entre la presencia de alexitimia y la depresión.
5. Establecer si existe o no relación entre la presencia de la alexitimia y la ansiedad.

6. Relacionar los niveles de depresión, ansiedad y la presencia de alexitimia con el perfil sociodemográfico de los estudiantes.
7. Relacionar los niveles de depresión, ansiedad y la presencia de alexitimia con la carrera que están cursando los estudiantes.

## Sujetos y métodos

Fue un estudio descriptivo, analítico de prevalencia con corte transversal que se realizó en el mes de mayo del 2014. Se incluyeron a los estudiantes universitarios, de ambos sexos, de las carreras de Ingeniería en Marketing, Ingeniería en Sistemas de Producción y Licenciatura en Gestión de la Hospitalidad de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción. Se incluyó a todos los estudiantes de las carreras anteriormente mencionadas y que accedan a participar del estudio voluntariamente. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos, la muestra está constituida por 140 estudiantes.

Se solicitó permiso a los responsables de la Facultad Politécnica y de las autoridades de las distintas carreras para poder administrar las encuestas.

### Variables independientes.

**Perfil sociodemográfico:** edad (en años cumplidos), sexo (masculino, femenino), lugar de residencia (Asunción, departamento Central, interior), lugar de procedencia (Asunción, departamento Central, interior) carrera (Ingeniería en Marketing, Ingeniería en Sistemas de Producción Licenciatura en Gestión de la Hospitalidad) y semestre.

### Instrumentos de estudio:

Se le administró a los participantes la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Bagby, Parker y Taylor, 1994) escala autoaplicada de 20 ítems. Consta de 3 factores (Bagby, Taylor y Parker, 1994; Martínez-Sánchez, 1996): a. Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional (ítems 1,3,6,7,9,13,14) b. Dificultad para describir sentimientos a los demás (ítems 2,4,11,12,17) c. Pensamiento orientado hacia lo concreto, lo fáctico, sin relación con lo emocional (ítems 5,8,10,15,16,18,19,20). Se puntúan las respuestas entre 0 y 5. La puntuación obtenida por un sujeto podrá oscilar entre los 20 y los 100 puntos. Hay 5 ítems que deben ser puntuados en forma inversa (4, 5, 10, 18 y 19). Siguiendo a Ta-

ylor, Parker, Bagby y Bourke (1996), el punto de corte utilizado es 60, entiéndase que un resultado de 61 se considera marcada alexitimia. Se utilizó la adaptación española de Martínez-Sánchez.

### Variables dependientes.

**Depresión:** se utilizó el test HADS (con los siguientes cortes, menos de 8 (normalidad); entre 8 y 10 (caso probable) y mayor a 10 (caso de depresión).

**Ansiedad:** se utilizó el test HADS con los siguientes cortes, menos de 8 (normalidad); entre 8 y 10 (casos probables) y mayor a 10 (caso de ansiedad).

Se utilizó una encuesta para obtener los datos sociodemográficos así como para la aplicación de las pruebas HADS y TAS-20. Los datos se analizaron utilizando el paquete de análisis estadísticos Epi Info. Para comparación entre variables categóricas se utilizó la prueba de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ). El nivel de significancia fue de  $p < 0,05$ .

### Hipótesis

**Nula:** la alexitimia no se correlaciona con la ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios

**Alternativa:** la alexitimia se correlaciona con la ansiedad y la depresión en estudiantes universitarios.

### Asuntos éticos. Principio de respeto a las personas.

Cada estudiante universitario recibió información sobre la investigación y sus objetivos, se obtuvo consentimiento por escrito de los mismos.

**Principio de beneficencia:** Los participantes tuvieron la oportunidad de sumar ellos mismos los puntajes objetivos en las tres escalas.

**Principio de Justicia:** Puesto que todos los participantes fueron tratados igualmente, sin discriminación de sexo, raza, edad o cualquier otra característica. Los datos fueron confidenciales y solo se utilizaron para cumplir los objetivos de la investigación.

## Resultados

La muestra estuvo compuesta por 140 personas. El 80,7% del sexo femenino. La edad media fue de 20,64 años con una desviación estándar de 1,72 años y la moda es de 19 años. EL 65% procede de Asunción y el 42% reside en Gran Asunción. La distribución de carreras fue la siguiente: Licenciatura en Gestión de la Hospitalidad 62,9%, Ingeniería en Marketing 23,4% e Ingeniería en Sistemas de Producción 12,9%.

La puntuación en la escala de depresión estuvo entre

o y 17 con una media de 4,94 y desviación típica de 3,06. La puntuación en ansiedad estuvo entre 2 y 19 con media 8,14±3,47 y la de alexitimia entre 8 y 74 con media 36,92±15,03.

La prevalencia de la depresión es del 6,4%, la de la ansiedad 22,9% y la prevalencia de la alexitimia fue del 5%. En las *tablas 1 a la 3* pueden observarse las distribuciones de estas prevalencias con relación al sexo y a la carrera que cursan los estudiantes objetos de estudio, como vemos tanto la depresión, ansiedad como alexitimia se registran en mayor porcentaje en mujeres y en estudiantes de la licenciatura en gestión de la hospitalidad.

En cuanto al análisis estadístico inferencial no se encontraron resultados significativos entre la depresión,

ansiedad y alexitimia como factores dependientes y el sexo y las carreras cursadas como factores independientes.

Teniendo en cuenta la alexitimia como factor de riesgo se encontraron diferencias significativas para desarrollar ansiedad [ $\chi^2=9,881(2)$ ;  $p<0,05$ ] y depresión [ $\chi^2=6,374(2)$ ;  $p<0,05$ ]. Existe también asociación entre la procedencia y la alexitimia [ $\chi^2=12,77(4)$ ;  $p<0,05$ ]. No se encontraron resultados significativos entre residencia, procedencia y las demás variables estudiadas. El semestre ni la edad estuvieron correlacionados con las variables depresión, ansiedad ni alexitimia.

En la *tabla 4* observamos los aspectos de la alexitimia así como sus características estadísticas.

**Tabla 1.** Niveles de Depresión y su relación con el sexo y las carreras.

	DEPRESIÓN			Valor p
	SIN DEPRESIÓN N (%)	POSIBLE DEPRESIÓN N (%)	DEPRESIÓN N (%)	
<b>Sexo</b>				
Femenino	97 (69,3)	10 (7,1)	6 (4,3)	0,391
Masculino	23 (16,4)	1 (0,7)	1 (0,7)	
<b>Carreras</b>				
Sistemas de Producción	15 (10,7)	0 (0)	3 (2,1)	0,256
Gestión de la Hospitalidad	75 (53,6)	8 (5,7)	5 (3,6)	
Marketing	30 (21,4)	3 (2,1)	1 (0,7)	

Barrios, Piris, Ruiz-Díaz, Rodríguez Andersen & Torales, 2014.

**Tabla 2.** Niveles de Ansiedad y su relación con el sexo y las carreras.

	ANSIEDAD			Valor p
	SIN ANSIEDAD N (%)	POSIBLE ANSIEDAD N (%)	ANSIEDAD N (%)	
<b>Sexo</b>				
Femenino	49 (35)	36 (25,7)	28 (20)	0,519
Masculino	14 (10)	9 (6,4)	4 (2,9)	
<b>Carreras</b>				
Sistemas de Producción	7 (5)	6 (4,3)	5 (3,6)	0,84
Gestión de la Hospitalidad	41 (29,3)	26 (18,6)	21 (15)	
Marketing	15 (10,7)	13 (9,3)	6 (4,3)	

Barrios, Piris, Ruiz-Díaz, Rodríguez Andersen & Torales, 2014.

**Tabla 3.** Presencia de Alexitimia y su relación con el sexo y las carreras.

	ALEXITIMIA		
	SIN ALEXITIMIA N (%)	ALEXITIMIA N (%)	Valor p
<b>Sexo</b>			
Femenino	106 (75,7)	7 (5)	0,185
Masculino	27 (19,3)	0 (0)	
<b>Carreras</b>			
Sistemas de Producción	16 (11,4)	2 (1,4)	0,415
Gestión de la Hospitalidad	84 (60)	4 (2,9)	
Marketing	33 (23,6)	1 (0,7)	

*Barrios, Piris, Ruiz-Díaz, Rodríguez Andersen & Torales, 2014.*

**Tabla 4.** Aspectos evaluados en el constructo Alexitimia.

	RANGO	MEDIA	DESV. TÍP.
Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional.	0-35	12,79	7,71
Dificultad para describir sentimientos a los demás	0-24	11,6	6,00
Pensamiento orientado hacia lo concreto, lo fáctico, sin relación con lo emocional	1-29	12,53	5,63
Global	8-74	36,92	15,03

*Barrios, Piris, Ruiz-Díaz, Rodríguez Andersen & Torales, 2014.*

## Discusión

El nivel de depresión encontrado en la investigación (6,4%) se encuentra por debajo de la prevalencia mundial que es del 15 al 25% (1) y que se encuentra por debajo del 20% encontrado en estudiantes de medicina de la misma universidad (8). La mayor prevalencia de depresión se encuentra en mujeres, pero sin diferencias significativas para el sexo, sin embargo hay evidencia de que las mujeres presentan mayor riesgo de sufrir este estado de ánimo (9). Fue en la carrera de licenciatura en Gestión de la Hospitalidad donde se encontró el mayor porcentaje de diagnosticados con depresión, este mayor porcentaje puede ser explicado al saber que la mayor parte de la muestra corresponde a esta carrera. En los estudiantes universitarios la depresión puede constituir un problema importante, pues al malestar psicológico del individuo se agrega la

imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio. Varios estudios indican que la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población estudiantil que en la general, y que en ese primer grupo predominan las mujeres y los estudiantes de carreras “difíciles” (por ejemplo ingeniería, medicina) (10). En cuanto a la ansiedad la prevalencia encontrada (22,9%) es superior a la prevalencia mundial del 17,7% (3) y también mayor al 20% de prevalencia en estudiantes de medicina de la misma universidad (8). Este alto porcentaje puede ser explicado ya que en el período de recolección de datos los sujetos de estudio se preparaban para próximas evaluaciones académicas. El mayor porcentaje de ansiedad fue en las mujeres y en la carrera de licenciatura en Gestión de la Hospitalidad, sin diferencias significativas. Al igual que la depresión estos porcentajes son explicados al encontrarse la mayoría de los sujetos en dicha carrera.

Sin embargo el sexo presenta asociación con la ansiedad según otros estudios y en otros los resultados son congruentes con el resultado aquí presentado (11-13). La prevalencia de alexitimia encontrada fue del 5% menor a los valores esperados en la población general que van desde 15 a 22% con mayor incidencia en hombres (14). No se encontró el rasgo alexitimia en hombres siendo el total encontrado del sexo femenino, esto se puede deber al mayor porcentaje de mujeres en la muestra. Al igual que las dos características anteriores el mayor porcentaje se encontró en la carrera licenciatura en Gestión de la Hospitalidad. No se encontraron diferencias en cuanto al sexo, pero sí en cuanto a la procedencia de los sujetos de estudio. Puede verse en la literatura que las diferencias socio-culturales implican diferentes grados de puntuación en la escala de alexitimia (15).

A partir de los resultados podemos observar que la presencia de alexitimia constituye un factor de riesgo para desarrollar ansiedad o depresión, lo cual es congruente con estudios al respecto (16) aunque también en la literatura encontramos autores que no encontraron asociación entre estos trastornos (17). En cuanto a las limitaciones del estudio debemos considerar que no se pudo acceder a una mayor cantidad de alumnos y a otras carreras por encontrarse un grupo realizando un Congreso y por la cercanía con sus evaluaciones académicas.

Consideramos que los resultados deben ser analizados por la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción para tomar medidas de prevención en salud mental, las cuales redituarán de manera positiva en la calidad de vida del estudiantado.

## Conclusiones

No sería adecuado realizar una generalización y afirmar que los estudiantes universitarios de la Facultad Politécnica presentan características de personalidad con rasgos ansiosos o depresivos. No obstante, como resultado de la influencia que ejercen los factores ambientales y sociales en la personalidad (y sus trastornos), asegurar un entorno que otorgue un buen nivel de calidad de vida a estos jóvenes (que proteja tanto su salud física como su salud mental) es vital para apoyar un adecuado desarrollo de su personalidad. Así, un contexto colmado de tensiones ambientales podría, a la larga, alterar la motivación de los estudiantes universitarios, su cognición y afectos, condu-

ciendo la generación de una personalidad rígida e instalar en ellos cuadros ansiosos y/o depresivos. Esto último podría producir que las formas de estudiar y aprender de los estudiantes universitarios se vuelvan cada vez más inflexibles, lo que puede resultar en la utilización de técnicas y hábitos de estudio no siempre los más eficaces y eficientes para el tipo de asignatura, contexto, etcétera, todo lo cual influye en su rendimiento, satisfacción y emociones.

Debido a que los estudiantes universitarios son considerados un grupo que se ve expuesto a diversos factores de riesgo para desarrollar patologías psiquiátricas, se justifican futuras investigaciones -tanto de carácter cuantitativo como cualitativo-, ya que la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje pueden estar influida por estados afectivos, como los ansiosos y depresivos.

Sería interesante conocer con mayor profundidad aquellos casos en los que se encontró un mayor nivel de sintomatología ansiosa y depresiva, mediante el uso de otros instrumentos complementarios. Sin embargo, esto requiere un cuidadoso manejo de la información, con el fin de mantener las condiciones éticas del presente estudio.

Se considera que una limitante del estudio guarda relación con el hecho de que no podemos identificar por nombre a los estudiantes universitarios con mayor puntaje en las subescalas de ansiedad o depresión (debido a que la participación en el estudio fue voluntaria y anónima y en el consentimiento informado no se solicitó tal información). Por lo tanto, no es posible hacer un seguimiento de los casos más complejos y realizar intervenciones individuales en ellos. Sin embargo, esta investigación se transforma en “una voz de alerta”, para la Universidad Nacional de Asunción.

Lo expuesto anteriormente resulta interesante pues aporta al conocimiento en salud mental, la cual es parte de la salud pública. En este sentido, esta investigación plantea desafíos importantes en términos de prevención y promoción de un estado de bienestar y salud, en términos de salud mental entendida como un estado completo de bienestar psíquico y no solo como ausencia de enfermedad psiquiátrica. La Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción, a través del Departamento de Bienestar Estudiantil, podría ejecutar un *plan de calidad de vida universitaria*, como parte de su programa de trabajo, en estrecha colaboración con la Cátedra y Servicio de Psiquiatría y la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Ciencias

Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Este plan podría contribuir al bienestar de los estudiantes, ya sea a través de propuestas de modificaciones en su plan de estudios o mediante intervenciones específicas, así como la creación de un espacio de psicoterapia, actividades recreativas, entre otros.

## Bibliografía

1. Arce Ramírez A, Torales Benítez J, Riego Meyer V, Rodríguez Zarza J. Trastornos del Estado de Ánimo. En: Arce Ramírez A, Torales Benítez J (Eds). El Libro Azul de la Psiquiatría. 1ª ed. EFACIM. Asunción, 2012: 129 – 148.
2. Organización Mundial de la Salud [en línea] Disponible en : <http://www.who.int/topics/depression/es/>
3. Arce Ramírez A, Torales Benítez J, Cuellar Hoppe M, Ortiz M, Minck Benítez N. Trastornos de Ansiedad. En: Arce Ramírez A, Torales Benítez J (Eds). El Libro Azul de la Psiquiatría. 1ª ed. EFACIM. Asunción, 2012: 149 – 174.
4. Cía A. Cómo superar el pánico y la agorafobia: Manual de autoayuda. 1a ed. Buenos Aires: Editorial Polimos;2006
5. Sivak R, Wiater A. Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica. Asunción: Paidós;1997
6. Romero Watson C. Alexitimia en pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada. (Tesis de grado). Perú: Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú;2009
7. Paula-Pérez I, Martos-Pérez J, Llorente-Comí M. Alexitimia y síndrome de Asperger. Rev Neurol 2010; 50 (Supl 3): S85-S90. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/50S03/bdS03S085.pdf>
8. Torales-Benítez J, Giralá N, Moreno M, Arce A, Trinidad S, Estigarribia E, et. al. Depresión y Ansiedad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. Rev Par Psiq 2013;1(1):26-33
9. López M, González N, Andrade P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud Ment2012;35(1):37-43
10. Menelic H, Ortega H. La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. Salud Ment, 1995;18(2):31-34
11. Balanza S, Morales Moreno I, Guerrero Muñoz J. Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y socio-familiares asociados. Clínica y Salud 2009; 20(2):177-87.
12. Dávila A, Ruiz R, Moncada L, Gallardo I. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. Rev Psicol 2011; 20(2):147-72.
13. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Rev Clín Med Fam 2014;7(1):14-22
14. Jasauí Y. Niveles de alexitimia según severidad de sintomatología depresiva en pacientes con depresión. (Tesis de grado). Perú: Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú;2014
15. Lunazzi, H. Investigación de variables en el constructo Alexitimio en 550 casos. RIDEP, 2000;(10)2:101-119
16. Baeza C, Bulbena A, Fénérier C, Gély MC. Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. Psicología y Salud, 2011;(21)2:227-237.
17. Bon C, Suárez J, Pedrosa O. Alexitimia en una muestra de residentes de Puerto Rico: Asociación con otros síntomas, la depresión y la ansiedad. Scientific International Journal, 2014;(11)1:26-35

---

## Agradecimientos

- Al Prof. Dr. Aníbal Peris Manchini, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, por brindarnos su apoyo para contactar con las autoridades de la Facultad Politécnica.
- Al Prof. Ms. Abel Bernal Castillo, Decano de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción, por otorgarnos la oportunidad y el permiso de trabajar en la Facultad a su cargo.
- A la Prof. Ing. Mirta Navarro de Benítez, Directora Académica de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción, por brindarnos la oportunidad de acceder a los alumnos para encuestarlos.
- A las psicólogas, Lic. Mariel Motta y Lic. María José Bellenzier, del Departamento de Bienestar Institucional de la Facultad Politécnica de la Universidad Nacional de Asunción, por su preciado y cercano apoyo para la realización de esta investigación.

# Síndrome de Charles Bonnet: revisión del tema y presentación de un caso clínico

## Charles Bonnet Syndrome: review of the literature and case report

### Georgina Carolina Gavotti

Médica Residente de 4º año  
de la carrera de especialización  
en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría  
Hospital Privado Universitario,  
Córdoba, Argentina.  
[carogavotti@hotmail.com](mailto:carogavotti@hotmail.com)

### Lilian Ferreyra

Médica Psiquiatra  
Hospital Privado Universitario,  
Córdoba, Argentina.

### Ana Claudia Di Dói

Médica Residente de 3º año  
de la carrera de especialización  
en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría  
Hospital Privado Universitario,  
Córdoba, Argentina.

### Marcela Flores

Médica Psiquiatra.  
Jefa del Servicio de Psiquiatría y  
Psicología  
Hospital Privado Universitario,  
Córdoba, Argentina.

Los autores no declaran  
conflicto de intereses

**Resumen** El síndrome de Charles Bonnet es un trastorno orgánico que se caracteriza por alucinaciones visuales que suelen presentarse de forma brusca, repetitiva y persistente. La gran mayoría de los casos suelen ser de carácter episódico de algunos minutos de duración y pueden prolongarse en el tiempo desde algunos días hasta varios años.

Las alucinaciones pueden estar asociadas a enfermedades intrínsecas del globo ocular, de la vía óptica o de las áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento e integración visual, ya sea a nivel de la corteza visual primaria como de sus proyecciones hacia los lóbulos temporal y parietal. El objetivo de este trabajo es realizar el reporte de un caso de un hombre caucásico de 56 años de edad que fue asistido por el servicio de Psiquiatría del Hospital Privado por presentar alucinaciones visuales luego de una intervención cardíaca mayor.

**Palabras clave:** Síndrome de Charles Bonnet, Alucinaciones visuales, alteraciones visuales.

**Abstract** *The Charles Bonnet syndrome is a disorder characterized by repetitive, persistent, nonpsychiatric, sudden-onset visual hallucinations. Most cases are short-time lasting episodes with some days to several years of duration.*

*Hallucinations may be associated to intrinsic diseases of the eye, the optic tract or the brain areas related to visual processing and integration, either at the level of the primary visual cortex or its projections to the temporal and parietal lobes.*

*The aim of this paper is to report the case of a 56-years-old caucasian man who was assisted by the Psychiatric Service of the Hospital Privado for presenting visual hallucinations after a major cardiac intervention.*

**Keywords:** Charles Bonnet syndrome, Visual hallucinations, Visual disorders.

## Introducción

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) fue descrito por primera vez en 1760 por éste filósofo y botánico suizo al observar en su abuelo la presencia de alucinaciones visuales con disminución de la agudeza visual por cataratas y fue publicado posteriormente en Copenhage (1).

El SCB se caracteriza por alucinaciones visuales persistentes (simples o complejas), en blanco y negro o color, estáticas o en movimiento, que se presentan en personas con deterioro visual de cualquier origen, en ausencia de otro tipo de alucinación sensorial, y sin alteraciones del estado cognitivo.

Las alucinaciones se presentan de manera insidiosa e intermitente, son vividas con gran angustia, ansiedad, irritabilidad y llanto (2,3). Pueden tener una duración de segundos a horas, aparecer concomitantemente con la pérdida de la visión, días o semanas después de la misma, y persistir desde minutos a años. (3)

Se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores entre la séptima y novena década de la vida con incidencia creciente desde 0.4 hasta 14% (1,2).

La conciencia de irrealidad es característica de las alucinaciones presentes en el SCB. El individuo reconoce el carácter patológico de las mismas lo que las definiría como Alucinosis (9,2).

Este síndrome no siempre es reconocido por los clínicos y muchas veces es sub diagnosticado. Puede además prestarse a confusiones como psicosis o demencia temprana, sumado a que las alucinaciones visuales a menudo no son reportadas por los pacientes debido al miedo a ser interpretadas como síntomas de un trastorno mental.

Las causas son muy variadas, en todas existe alguna alteración de la vía visual y van desde cataratas, alteraciones maculares, neuritis óptica, enfermedad vascular cerebral, tumores, trauma hasta procedimientos neuroquirúrgicos. Se han descrito casos en asociación a esclerosis múltiple, arteritis y enfermedad vascular. (1,5)

Se desconoce la fisiopatogenia por la que se producen las alucinaciones, aunque se considera que la teoría de la desarmentación sería la responsable del desarrollo de las mismas

La pérdida de la estimulación de las células neuronales generaría cambios histológicos, bioquímicos y anatómicos en las sinapsis para intentar compensar la escasa estimulación transformándose en hiperexcitables. Estos cambios se evidencian tanto en el terminal pre sináptico como post sináptico, así como en la disfunción en las áreas primarias y secundarias de la corteza visual.

Se debería hacer el diagnóstico diferencial con todos aquellos cuadros clínicos que cursan con alucinaciones visuales, es necesario practicar pruebas diagnósticas que descarten otra patología además de tener en cuenta que cada patología que presente alucinaciones visuales tiene sus propias características que permiten orientar el diagnóstico hacia una de estas entidades. (3,17)

Algunas de las patologías en las cuales las alucinaciones visuales forman parte de sus manifestaciones son: migraña, crisis convulsivas, trastornos neurodegenerativos como la demencia de cuerpos de Lewy, y la enfermedad de Parkinson, efectos de fármacos, delirium o encefalitis de cualquier causa, alucinosis peduncular por lesión del tallo cerebral, narcolepsia y enfermedades psiquiátricas. En estas últimas la aparición de las alucinaciones son de manera progresiva, se conserva el nivel de conciencia, son predominantemente auditivas en cambio en las alucinaciones secundarias como en las presentes en el SCB son alucinaciones visuales en ausencia de alucinaciones auditivas, de aparición abrupta, puede haber alteraciones de la conciencia además el paciente reconoce el carácter patológico de las alucinaciones.

El tratamiento es individualizado en relación al malestar generado por los síntomas. Se reportaron algunos casos en donde los antipsicóticos eran ineficaces aunque otros reportes mostraron beneficio frente a la sintomatología. Bajas dosis de olanzapina o quetiapina provee beneficios sin efectos adversos significativos, al igual que el haloperidol en dosis bajas puede incluso ayudar a la desaparición de las alucinaciones (3,1)

## Caso clínico

Se trata de un paciente de 59 años de edad, sexo masculino, caucásico, residente de la localidad de Córdoba, de ocupación comerciante, deportista de alto rendimiento; convive con familia constituida por esposa y 3 hijos. Sin antecedentes personales ni familiares de enfermedades mentales, sin antecedentes quirúrgicos. Sin toxicomanías, ni antecedentes de intoxicación con sustancias, alérgico a la penicilina. Con historia de tabaquismo de 10 paquetes / año, hipertensión de reciente diagnóstico y estenosis aórtica moderada conocida desde el año 2004. Medicado con Enalapril 10 mg / día vía oral. En cuanto a sus antecedentes fisiológicos: alimentación rica en frutas y verduras, Pesa 75 kg, mide 1.70 mts BMI 25.95. Comenzó en noviembre del 2013 con síntomas debido a su estenosis aórtica por lo que se le indicó reemplazo de válvula aórtica Fue intervenido quirúrgicamente durante 8 horas,

tiempo de clampeo de 90 min, y de Circulación Extra Corpórea (CEC) de 150 minutos.

Durante el procedimiento presentó episodio de hipotensión con necesidad de noradrenalina (NAD) y taquicardia ventricular con Cardioversión Eléctrica (CVE) y ampliación de toracotomía.

Durante las primeras 24 horas post quirúrgicas, se logra extubación bajo sedo analgesia, mantuvo tendencia a la hipotensión con requerimiento de NAD que se tituló en descenso hasta la supresión; posterior a ello permaneció hemodinámicamente estable, vigil orientado en tiempo, espacio y persona, afebril sin signos de foco ni meníngeo, pero comienza con alucinaciones visuales por lo que se interconsulta al servicio de psiquiatría, neurología y oftalmología.

Durante la entrevista psiquiátrica el paciente relató alucinaciones visuales, simples y complejas, lili-putienses, en forma de manchas o gotas de agua, escenas, animales, intensamente coloreadas, brillantes, que se movían en bloque a través de todo el campo visual: "Veo un sol azteca, perfecto, líneas doradas en proyección, imágenes como un negativo, manchas de pintura o de sangre". El paciente podía reconocerlos como irreales y tenían un alto impacto emocional en el mismo, generándole angustia e incertidumbre. La actitud del paciente respecto a las mismas era de intentar eliminar el malestar provocado por incoercibilidad de las alucinaciones cerrando los ojos. No se asociaron alucinaciones auditivas u otras modalidades sensoriales, eran binoculares y ocupaban todo el campo visual. Ocurrían a menudo con ojos abiertos y cerrados a predominio del primero.

La aparición de las alucinaciones fue brusca, de duración continua y se presentaron en los primeros cinco días de posoperatorio, para luego tornarse variables y episódicas durante el día. Se desconocía patología ocular previa.

El examen del estado mental del paciente solo mostraba afectividad y psicomotricidad alterada por ansiedad, temores e inquietud física por dolores propios del posoperatorio, además de las alucinaciones que se describieron previamente y conductas alucinatorias del paciente como cerrar los ojos para evitarlas.

En el examen neurológico no se evidenciaron alteraciones por lo que se solicitó estudio de Potenciales Evocados visuales (PEVS), Electroencefalograma (EEG) y Tomografía Axial Computada (TAC) de cerebro sin contraste.

Al examen físico el paciente se encontraba hemodiná-

micamente estable, con moderado manejo del dolor torácico, por lo que requirió analgésicos no opiáceos endovenosos.

En el examen oftalmológico se constató una agudeza visual dentro de los rangos de normalidad.

#### Estudios complementarios:

- Química: Sodio 140 mmol/l, Potasio 4,0 mmol/l, cloro 108 mmol/l, creatinina 0,85 mmol/l, urea 36 mg /dl, PH 7,42. PCO<sub>2</sub> 40 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 25,0 mmol/l, EB 0,6 Clearance de creatinina 98 ml/min.
- Hemograma: Leucocitos 9,5 k/ul, Eritrocitos 2,87 M/ul, Hemoglobina 9,0 g/dl, Hematocrito 25,5 %, Plaquetas 139 k/ul.

Los estudios laboratorios mostraron leve anemia.

- EEG: Estudio dentro de límites normales.
- PESV: Incremento de latencia de la Onda P (Corteza occipital) sugiere sufrimiento de la vía visual bilateral.
- TAC de cerebro sin contraste: Estudio normal, sin evidencia de lesiones agudas.
- Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de cerebro: No pudo llevarse a cabo debido a presencia de válvula cardiaca mecánica.

El paciente permaneció 6 días internado, tras los cuales las alucinaciones persistieron. Luego del alta mostró a los siete días mejoría sintomática en ausencia de tratamiento psicofarmacológico.

#### Discusión

"El síndrome de Charles Bonnet se reservaba para aquellas alucinaciones relacionadas con las enfermedades de la vista u otros problemas oculares. Pero una serie de alteraciones esencialmente semejantes pueden darse también cuando el daño no está en el ojo, sino en zonas superiores del sistema visual, sobre todo las áreas corticales que participan en la percepción visual el lóbulo occipital y sus proyecciones a los lóbulos temporal parietal del cerebro"(7,3,2).

Pueden llevar a error diagnóstico si no se investigan probables causas orgánicas de las alucinaciones y se deben descartar las alteraciones psiquiátricas mediante examen psiquiátrico, neurológico, oftalmológico y métodos de estudios para evaluar la vía óptica. Lo destacable del caso presentado es la aparición de las alucinaciones, la duración de las mismas y la estrecha relación con el procedimiento quirúrgico.

Como se mencionó previamente; la patología es más

frecuente en ciertas enfermedades oculares, prácticamente cualquier compromiso de la vía visual, trátese de estructuras oculares periféricas, vías de transmisión de la información hacia la corteza occipital e incluso alteraciones de la misma corteza visual primaria o de asociación, pueden generar esta patología.

Aunque se han descrito casos en asociación a enfermedad vascular venosa trombotica en ausencia de lesiones en la vía visual (1).

Es debido al bajo reporte de casos en la literatura acerca de lesiones en regiones occipitales o en la vía visual de transmisión que nuestro caso toma relevancia. En el mismo se puede ver claramente como a través de la implementación de diagnósticos diferenciales junto a la realización de estudios complementarios se pudo arribar al diagnóstico definitivo más allá de la baja casuística y del sub diagnóstico, que presenta dicho síndrome.

En principio el paciente no presentaba ninguna enfermedad ocular conocida que justificara el SCB, sin embargo la afección cerebral con lesión de la vía óptica (vía occipital) secundaria probablemente la hipotensión provocada durante la CEC en la cirugía de RVAO serían los responsables de la desafrenciación neuronal que por disminución de aferencias al córtex occipital como fenómeno compensatorio desencadenaría el desarrollo de alucinaciones visuales (3, 1, 4,5)

## Conclusión

El SCB puede desarrollarse en paciente con buena agudeza visual por lo tanto es importante que especialidades como oftalmología, neurología y psiquiatría conozcan este síndrome para evitar el subdiagnóstico. El trabajo multidisciplinario entre estas tres especialidades favorecería al conocimiento del SCB y mejoraría la calidad de atención médica de los pacientes y por lo tanto, la calidad de vida de los mismos.

En este caso se asocian los síntomas del SCB sin un déficit visual previo a una lesión de la vía visual bilateral posterior a posible isquemia cerebral. El cuadro clínico coincide por el área afectada a las manifestaciones reportadas en la literatura.

La RMN cerebral funcional sería el estudio ideal para llevar a cabo en este caso, y confirmar con otro mé-

todo diagnóstico la hipótesis de la isquemia cerebral, sin embargo, dado la presencia de válvula aortica artificial no fue posible su realización.

## Referencias Bibliograficas

1. Camila V, Franco J.G. Síndrome de Charles Bonnet, manejo con haloperidol en paciente nonagenaria. Caso clínico. Rev. méd. Chile 2008; v.136 (nº.3), 136:347-350.
2. Félix A, Betancourt Companioni P, Romeu Yunaka S, Pérez Román E, Román González H. Síndrome de Charles Bonnet. Reporte de caso y revisión del Tema. Mediciego 2013;19 (supl.1)
3. Pelak V. Visual release hallucinations (Charles Bonnet Syndrome). Uptodate Jan 2014.
4. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Sáenz-Francés F, García-Sánchez J. Síndrome de Charles Bonnet en paciente con alteraciones campimétricas y buena agudeza visual. Carta al editor 2014; NRL-590;2.
5. Martínez H, Gómez M. Síndrome de Charles Bonnet en déficit visual izquierdo transitorio secundario a una trombosis venosa cerebral. Arch Neuroci (Mex) 2009; vol.14, (nº 1):73-77.
6. Romero Vargas S, García Navarro V, Ruiz Sandoval JL. Alucinaciones visuales. Semiología y fisiopatología. Rev Mex Neuroci. 2004; 5(5): 488-494.
7. Sacks O. Alucinaciones. Anagrama, Barcelona, 2013; p.17-48.
8. Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría 4ª Edición. Masson, Barcelona 1998; p.623.
9. Capponi MR. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Universitaria. Santiago de Chile. 1998
10. Kaplan, H. Tratado de Psiquiatría. 6ª Edición. Intermedica. Buenos Aires. 1995
11. Ey H. Tratado de las Alucinaciones. Tomo I, Polemos, Buenos Aires. 2009
12. Cortés H.M; Vargas Rueda A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión de tema. rev.colomb.psiquiatr. Apr/June 2007; vol.36 (nº2) Bogotá
13. Dominic Ffytche, Visual Hallucination and Illusion Disorders: A Clinical Guide. ACNR May/June 2004; Volume 4 (Number 2)
14. F. Tremaine Billings, Jr, John Pitt. Charles Bonnet Low Vision; Trans Am Clin Climatol Assoc, 2008;119: 225-226
15. Mark Greener, Charles Bonnet syndrome: an enigmatic neurological condition, Progress in Neurology and Psychiatry, March/April 2014; Volume 18, Issue 2, pages 6-8.
16. Hermann Rojas-Rojas, Pereira Manrique. Síndrome de Charles Bonnet, Revista Salud Bosque, Volumen 1, (Número 2): 63-70, 2011
17. W Burke. The neural basis of Charles Bonnet hallucinations: a hypothesis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;73:535-541.

---

Agradecemos al Dr. Leandro Javier Correa, quien colaboró en la realización del presente trabajo.

# Las adicciones y las nuevas Clasificaciones: DSM-5, CIE-11 y GLADP-VR

## Addictions and new classifications: DSM-5 ICD-11 and GLADP-VR

### **Elvia Velásquez de Pabón**

Coordinadora Sección Trastornos por Sustancias y Patología Dual.  
Secretaría Países Andinos, Sección de Diagnóstico y Clasificación de APAL.

Profesora Titular,  
Universidad de Antioquía.

Elvia Velásquez de Pabón  
Clínica "Las Américas. Consultorio 504"

[elvel10@yahoo.es](mailto:elvel10@yahoo.es)

### **Javier Didia Attas**

Secretario Cono Sur de la Sección de Trastornos por Sustancias y Patología Dual de APAL.

Unidad de Adicciones Hospital Italiano de Buenos Aires y Escuela de Medicina Hospital Italiano.

Docente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental,  
Facultad de Medicina,  
Universidad de Buenos Aires, Argentina.

### **Rafael Navarro C.**

Secretario Países Andinos de la Sección de Trastornos por Sustancias y Patología Dual de APAL.

Profesor principal del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina,  
Universidad de San Marcos,  
Lima, Perú.

### **Saúl Pacurucu**

Director del Centro de Reposo y Adicciones, Cuenca, Ecuador.

Profesor Psiquiatría,  
Universidad de Cuenca.

Miembro de la Sección de Trastornos por Sustancias y Patología Dual de APAL

Presidente de ALAD.

### **Carlos Smith**

Secretario Centroamérica y el Caribe de la Sección de Trastornos por Sustancias y Patología Dual APAL.

Médico Psiquiatra y Coordinador del Centro de Estudios y Tratamientos de las Adicciones, Instituto de Salud Mental de Panamá (INSAM).

### **Javier E. Saavedra**

Coordinador, Sección de Diagnóstico y Clasificación de APAL.

Director de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú.

Profesor Principal,  
Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### **Juan Mezzich**

Director Académico,  
Sección de Diagnóstico y Clasificación de APAL.

Profesor de Psiquiatría,  
Mount Sinai School of Medicine,  
New York University, New York,  
EE. UU.

### **Ihsan Salloum**

Investigador en Adicciones y Patología Dual.

Asesor Científico de la GLADP-VR,  
Sección de Diagnóstico y Clasificación de APAL.

Profesor de Psiquiatría y Ciencia del Comportamiento,  
Miller School of Medicine,  
University of Miami, Florida, EEUU.

### **Ángel Otero**

Miembro de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de APAL.

Presidente de la Sección de Clasificación, Evaluación Diagnóstica y Nomenclatura, Asociación Mundial de Psiquiatría.

Profesor of Psiquiatría,  
Universidad de la Habana,  
La Habana, Cuba.

### **José Britez**

Secretario Países Cono Sur, Sección de Diagnóstico y Clasificación, APAL.

Profesor Facultad de Medicina,  
Universidad del Paraguay

### **Sonia Cevallos**

Médico Psiquiatra.

Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia y Asistencia de Adulto y Adultos Mayores, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú

### **Iveth Luna**

Médico Psiquiatra.

Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú.

Profesora, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Los autores no declaran conflicto de intereses

**Resumen** Los cambios en las clasificaciones internacionales de Trastornos Psiquiátricos requieren una revisión actualizada de los cambios en trastornos adictivos con el fin de ser evaluados críticamente. **Propósito:** revisar las adicciones en las clasificaciones internacionales de trastornos psiquiátricos: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11) a publicarse en 2018 y la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico revisada en 2012 (GLADP-VR). **Metodología:** revisión bibliográfica de las nuevas clasificaciones, breve reseña de cada clasificación, y comparación de los cambios en adicciones. **Resultados:** El DSM5 es una clasificación categorial que incluyó como novedad aspectos dimensionales, lo mismo se propone para la CIE11. El DSM5 hizo cambios drásticos, en adicciones, modificando el paradigma anterior, al eliminar el término dependencia e incluir el trastorno por juego. Además, el DSM5 cambió de nombre el capítulo de trastornos por sustancias, y redujo a sólo cinco ítems los trastornos correspondientes. La CIE 11, propone mantener la palabra dependencia, no incluye el trastorno por juego y conserva los trastornos en forma similar a la CIE10, adicionando trastornos inducidos. La GLADP-VR agregó en adicciones una “Anotación Latinoamericana”: el síndrome de Pasta Básica de Cocaína (PBC). **Conclusiones:** los cambios en adicciones del DSM5 son controversiales, no facilitando la compatibilidad con la CIE11.

**Palabras clave:** Adicciones, Trastornos por sustancias, Clasificación, Trastorno Mental, Diagnóstico psiquiátrico.

**Abstract** Changes international classifications of Manual of Mental Disorders require an updated review of the Classification of Diseases (CIE 11) to be published in 2018 and Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis-Revised in 2012 (GLADP-VR). **Methodology:** Brief review of each classification, comparison of changes in addictions, and literature review. **Results:** Current classifications and the upcoming ICD 11 maintain a categorical approach and include dimensional aspects as novelty. DSM5 made drastic changes in addictions, modifying previous paradigm, such as removal of the term “dependence” and “abuse” and includes gambling disorders, which is a non-substance disorder. DSM5 changed name of substance disorders chapter; and substance disorders were reduced to five types. In contrast, the ICD 11 draft maintains the dependence, it has not included gambling disorders and preserves the disorders similar to ICD 10, adding an item for induced disorders. The Substance Disorders chapter of GLADP-VR included a new “Latin American Annotation” the Cocaine Free Base Syndrome (Pasta básica de cocaína, PBC). **Conclusions:** The changes in addiction disorders included in DSM5 are controversial for compatibility with the next ICD11

**Keywords:** Addictions, Substance use disorders, Classification, Mental disorders, Psychiatric diagnosis.

## Introducción

La clasificación de cualquier enfermedad debe tener no sólo fines nosológicos al establecer un diagnóstico sino la comprensión del paciente y de su enfermedad en su totalidad, permitiendo un lenguaje universal al hablar de un trastorno (1). Las clasificaciones son de fundamental importancia en el ejercicio de la psiquiatría y en la investigación (2).

Las clasificaciones internacionales actuales de Trastornos Mentales como el DSM5 (3) CIE 10 (4, 5) y el próximo CIE 11, incorporan los avances científicos del momento y no se afilian a ninguna corriente, dentro de la psiquiatría o la psicología. Son clasificaciones categoriales basadas en la fenomenología y la psicopatología descriptiva (6) para dar una mayor objetividad a los criterios diagnósticos al no disponer de parámetros biológicos o evidencias etiológicas en psiquiatría. Los criterios que se utilizan en las clasificaciones deben diferenciar unos trastornos de otros y cada diagnóstico debe tener validez y universalidad. (7, 8). Respecto a la validez Thomas Insel, ex director del Instituto Nacional de Salud Mental de los EE. UU. (NIMH), durante trece años, criticó el DSM5, diciendo que era un manual confiable, pero con poca validez por carecer de medidas de laboratorio objetivas. A esta crítica David Kupfer, (2013) presidente del grupo de Trabajo (Task Force) del DSM5, respondió: “La ciencia de los trastornos mentales espera en el futuro poder identificar los trastornos usando marcadores genéticos y biológicos para lograr diagnósticos precisos, con completa validez y confiabilidad. En ausencia de estos descubrimientos, *es la experiencia clínica y la evidencia*, tanto como la investigación empírica lo que ha permitido el avance de nuestro entendimiento de los trastornos” (9).

## Las clasificaciones actuales de trastornos mentales y la futura CIE 11

Existen dos grandes sistemas de clasificación internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (TMC): la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE 10) (4,5) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, la cual incluye todas las enfermedades del organismo, encontrándose, los trastornos mentales, en el capítulo V. El otro sistema es el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales versión 5, 2013 (DSM5) (3) publicado en EE. UU. sólo para TMC.

Desde 1893 el Instituto Estadístico Internacional había publicado la primera edición de la CIE sólo para causas de muerte, llamada Lista internacional de Causas de Defunción (10) y, en 1948, al ser creada la OMS, se encargó de la CIE, y agregó a las causas de muerte por primera vez, una lista de morbilidad unificada. Desde su sexta edición, la CIE, incluye un apartado sobre TMC (11). En 1952 se publicó en los EE. UU. el primer Manual diagnóstico y estadístico de la serie, el DSM-I (12), dedicado sólo a TMC.

## La CIE 10

Esta clasificación, se aplica oficialmente en la mayoría de sistemas de salud, el 70% de los psiquiatras del mundo usan la CIE 10 y en la Unión Europea el 80% (13). Entre sus funciones está, la preparación de las estadísticas para informar sobre salud de la población mundial.

## El DSM 5

El DSM5 (3) rige sólo en los EE. UU., pero tiene gran influencia internacional. Algunos de las ventajas del DSM5 sobre las anteriores versiones son: mejor validez, confiabilidad, universalidad, dimensionalidad, e inclusión de aspectos culturales, además de estar basado en la clínica. El DSM5 suprimió los ejes multiaxiales presentes en el DSM IV TR (14), la CIE 10 original, no es una clasificación multiaxial, según Rivas R, Reed G, First MB et al 2011: “a la CIE-10, lo multiaxial se le agregó en una modificación posterior” (15).

## La próxima Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 11 (2018) (16)

La CIE 11 además de ser el instrumento standard para los sistemas de salud del mundo, debe tener un carácter intercultural, traducirse a cuarenta y tres idiomas, ser publicada en página web y ser útil para diferentes tipos de profesionales, no sólo psiquiatras (16).

Existen otras clasificaciones regionales basadas en la CIE 10 que contienen anotaciones complementarias, como el Glosario Cubano de Psiquiatría (17), la Clasificación China de Trastornos Mentales (18) y la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLA-DP -VR) (19).

## La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

La GLADP publicada en 2004 (20) por la Sección de Clasificación y Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) fue revisada en 2012 GLADP-VR por la misma sección. Esta guía tiene como fin no sólo el diagnóstico psiquiátrico sino también la evaluación clínica y se propone contribuir a las clasificaciones internacionales aportando sus particularidades psicopatológicas regionales.

La GLADP está basada en la CIE 10, con sus criterios de investigación; el carácter latinoamericano lo confieren las “Anotaciones Latinoamericanas” u observaciones sobre las variaciones psicopatológicas culturales incluidas en notas dentro de un recuadro, en el diagnóstico respectivo.

Además, la GLADP-VR, a diferencia del DSM5 y la CIE 10, contiene una propuesta de diagnóstico integrado: el “PID”: Diagnóstico Integrativo Centrado en la Persona” (21), aplicable en la clínica y en la atención primaria, que aporta información sobre factores de riesgo, salud positiva, experiencia subjetiva de salud y contexto cultural, y es útil para el seguimiento clínico (22, 23).

La Guía es complementada con capítulos sobre contexto histórico, cultural, síndromes culturales, etc. (24). La GLADP-VR (2012) es cada vez más utilizada en la práctica clínica.

### Las adicciones en la GLADP-VR

En los Trastornos por Sustancias (TS) de la GLADP-VR se agregó una *anotación Latinoamericana*: el Síndrome por dependencia a Pasta Básica de Cocaína (PBC), que se presenta fundamentalmente en Latinoamérica y tiene importantes diferencias con el de la cocaína que no se mencionan en los registros.

Algunas diferencias son: la PBC se fuma, mientras que el Clorhidrato Cocaína se inhala o aspira, el síndrome producido por la PBC es más severo, que el del clorhidrato de cocaína, con la PBC la dependencia es más rápida, hay mayor compulsividad, pérdida de control y mayor deterioro social del adicto (25, 26,27,28,29,30,31).

En la intoxicación por PBC se describen curvas características para euforia-disforia, estimulación vegetativa, hipersensibilidad sensorial, especialmente acústica y disfórica, alteraciones como lentificación y

torpeza motora, curva del síndrome paranoide y alteraciones pseudoperceptivas como ilusiones y alucinaciones que difieren significativamente de las del clorhidrato de cocaína (32). Cabe aquí consultar los criterios diagnósticos para Intoxicación y el síndrome de Pasta Básica de Cocaína en la GLADP-VR en <http://www.apalweb.org/docs/gladpvr2012.pdf>.

### El DSM5 y las adicciones

Una de las novedades del DSM5 (3) ha sido la inclusión del enfoque dimensional aproximándose al enfoque de espectros (34) en la enfermedad mental, en lugar de usar sólo el enfoque categorial predominante (35, 36, 37, 38), el cual puede tener superposición de criterios y límites diagnósticos, afectando el diagnóstico al resultar mayor comorbilidad (39).

El DSM5 ha sufrido numerosas críticas; especialmente por el aumento en el número de trastornos y el bajo umbral de los criterios utilizados en su factura (40).

### Cambios principales en trastornos por sustancias (TUS), en el DSM 5 frente al DSM IV-TR

Este capítulo fue uno de los que sufrió mayores modificaciones en el DSM5, dos de las cuales, cambian el paradigma basado en la dependencia, de las sustancias psicoactivas, que existió desde mediados del siglo XX (41).

Las modificaciones son:

1. La eliminación del término *dependencia*, que era uno de los criterios principales del trastorno por sustancias del DSM-IV (14).
2. La inclusión de un trastorno que no es un trastorno por sustancias, sino conductual (adicción no química, ni por sustancia externa): “El trastorno por Juego” (Gambling disorder) (3).

### La dependencia

La *dependencia*, la intoxicación, el síndrome de abstinencia y la tolerancia, han sido, por así decirlo, los “criterios mayores” diferenciadores de los trastornos por sustancias respecto de otros trastornos mentales. Estos criterios requieren el antecedente y evidencia de consumo regular de una o varias sustancias (CIE 10) (4,5) DSM IV-TR (14)) La eliminación de la dependencia del DSM5, se efectuó al considerar que la dependencia física a una sustancia, no siempre lleva a

**Tabla 1.** Comparación de algunos cambios en Trastornos por Sustancias en DSM5 y próximo CIE 11.

CAMBIOS	DSM-5 (publicado en mayo de 2013)	PRÓXIMO CIE 11 (a publicarse en 2018)
Cambio de nombre	“Trastornos por uso de sustancias y trastornos Adictivos”	“Trastornos debidos al uso de sustancias y medicamentos psicotrópicos”
Dependencia	Se elimina.	Se mantiene en relación al CIE 10
Trastorno por Juego	Se incluye por primera vez	No se incluye
Tipos Sustancias	10 ítems: alcohol; cannabis; opiodes; sedantes- hipnóticos- ansiolíticos; cafeína; estimulantes (anfetaminas, éxtasis, cocaína); alucinógenos (Ketamina y fenciclidina (PCP)) y otros alucinógenos; tabaco; inhalantes y otras sustancias o desconocidas. Se elimina policonsumo.	15 ítems: alcohol, cannabis; opiodes; sedantes-hipnóticos- ansiolíticos; cafeína; estím tipo anfetaminas, éxtasis y relacionados; cocaína y similares; Inhalantes; alucinógenos; drogas disociativas (PCP y Ketamina); nicotina; otras sustancias específicas; otras inespecíficas o desconocidas y trastornos mentales debidos a sustancias no psicoativas.
Dimensionalidad y Criterios de Severidad	Según número de criterios diagnósticos de los 11 posibles: Leve 2-3, moderado 4-5, y más de 6 severo.	Se agrega, leve, moderado o severo.
Los trastornos	Clasifica todos los trastornos por sustancias en 5 tipos: 1. Trastorno por uso de sustancias. 2. Intoxicación. 3. Abstinencia. 4. Trastornos inducidos. 5. Otros.	Similar al CIE10 y se agrega Tr inducidos Se propone: intoxicación; uso dañoño; dependencia; abstinencia; trastornos mentales inducidos por uso de sustancias; Otros específicos, y Otros inespecíficos.
Trastornos Inducidos	Se aumentan.	Se aumentan.
Referencias	APA. DSM5 2013.	<a href="http://id.who.int/icd/entity/1602669465">http://id.who.int/icd/entity/1602669465</a> Consultado oct 6, 2015.

la pérdida de control y al consumo continuado y existen muchas otras sustancias que producen dependencia física, pero no adicción (42).

Sin embargo, la supresión del término *dependencia* tiene repercusión en los sistemas de fiscalización de drogas de Naciones Unidas y en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud OMS. La evaluación del riesgo de dependencia es uno de los principales requisitos para someter las sustancias a control o fiscalización y al régimen legal existente (43) y el término dependencia es de amplio uso en la literatura del tema desde mediados del siglo pasado.

La definición del término, dependencia, en la OMS y ONU conlleva tanto dependencia física como psicológica por lo cual la eliminación del término dependencia sería un punto problemático para la CIE 11(44).

## El Trastorno por Juego

A pesar de no ser un trastorno por sustancias, fue incluido en el capítulo de Trastornos por sustancias del DSM5 (3) trasladado del capítulo de “Trastornos de control de impulsos no clasificados en otros apartados”, adónde se encontraba en el DSM IV-TR (14).

Independientemente de las razones existentes para esta decisión, la inclusión de un trastorno conductual en el capítulo de Trastornos por *sustancias* (45) rompe con la idea de agrupar en un capítulo, los Trastornos Mentales relacionados con la evidencia de ingestión regular de sustancias psicoactivas.

El DSM III en 1980, por primera vez, incluyó un capítulo de trastornos por sustancias separándolo del *Trastorno Mental Orgánico* (38). Este hecho ha sido de gran valor para el avance del estudio y tratamiento de las adicciones. De modo que el trastorno por juego no encaja en el mismo lugar de los trastornos por sustancia ya que carece de la ingestión de sustancias.

## Otros cambios en el capítulo de trastornos por sustancias del DSM5 (Ver Tabla 1)

Cambio de nombre de “Trastornos relacionados con uso de sustancias” en el DSM IV TR pasó a llamarse “Trastornos por uso de sustancias y trastornos Adictivos” en el DSM5.

“Adicción” reemplaza al término dependencia y se define con elementos similares, un trastorno crónico con recaídas, comportamiento continuado de búsqueda de sustancias a pesar de las consecuencias, con pérdida de control, ocasionado por la alteración del sistema de recompensa cerebral relacionado con la Dopamina (46,47).

Los diagnósticos “dependencia de sustancias” y “abuso de sustancias”, se unifican en “Trastornos por uso de sustancias”, en el DSM5, incluyendo en la definición el craving o deseo compulsivo de consumo.

El DSM5 incluyó el *Síndrome de Abstinencia* por marihuana no reconocido anteriormente.

## Los Criterios para el diagnóstico de Trastorno por sustancias DSM5

Son similares al anterior DSM IV-TR. Se requieren mínimo 2 de 11 criterios diagnósticos que se presenten en 12 meses y se agrupan así:

- A. *Alteración del autocontrol*: criterios 1 a 4 (son los principales).
- B. *Alteración social* 5, 6 y 7;
- C. *Uso de riesgo*, 8 y 9; y
- D. *Criterios farmacológicos*: 10 y 11.

Al diagnóstico se debe agregar: los criterios de severidad; a más criterios, más severidad y los especificadores de evolución que son: Remisión precoz 3 a 12 meses sin síntomas. Remisión sostenida 12 meses o más, a lo cual se agrega si es completa o parcial.

Si la remisión se asocia con la permanencia del paciente en ambiente controlado como hospital, casa, comunidad terapéutica, cárcel, u otro medio forzoso, se agrega: *Remisión “en ambiente controlado” o “en terapia de mantenimiento”*.

## Los tipos de sustancias y de trastornos en el DSM5

La clasificación de los trastornos por sustancias gira alrededor de dos ejes: los trastornos y las sustancias que luego se combinan para registrar los trastornos

que produce cada sustancia, hay trastornos que casi todas las sustancias producen y otros trastornos que sólo se asocian a ciertas sustancias por ej los alucinógenos no dan síndrome de abstinencia.

Ver tipos de sustancias adictivas y tipos de trastornos mentales por Sustancias en el DSM5, en *Tabla I: Comparación de algunos cambios en Trastornos por Sustancias en DSM5 y próximo CIE11*.

Los TUS en el DSM5 se dividen en dos grupos:

- a. Trastornos por consumo de sustancias y
- b. Trastornos inducidos por sustancias

La lista de trastornos por sustancias ha variado en cada clasificación, hasta quedar reducidos a 5 tipos de trastornos en el DSM5, al agruparlos en trastornos por uso de sustancias e inducidos y eliminar la dependencia y el abuso.

## Trastornos inducidos en el DSM5

Son denominados en el DSM5: trastornos inducidos por sustancias o por *medicamentos*.

El DSM5 exige que el diagnóstico de trastorno inducido llene todos los criterios del correspondiente trastorno mental independiente, registrados con cada trastorno en el DSM5; que sea precedido por consumo de la(s) sustancia(s) y los síntomas tengan una duración máxima de alrededor de un mes, luego del consumo.

*El trastorno mental independiente* además de llenar los criterios del trastorno respectivo, puede ser diagnosticado en adictos, siempre que anteceda a la iniciación del trastorno por sustancias o cuando las crisis del trastorno mental, aparecen en períodos cuando no hay consumo de sustancias y los tipos de trastornos inducidos que se registran en este ítem fueron ampliados en el DSM5 y son: Trastorno: psicótico y esquizofrenia, bipolar, depresivo, ansiedad, obsesivo-compulsivo, del sueño, sexual, confusional o delirium y neurocognitivo.

A pesar de las precisiones es difícil en la práctica establecer la diferenciación entre el trastorno independiente e inducido.

## La CIE 11 en general

La CIE 11 además de validez y fiabilidad debe tener principalmente utilidad clínica y en Salud Pública (48).

La preparación de la CIE 11 tiene varias etapas las cuales a grandes rasgos son: la formación de grupos de trabajo, revisiones y consensos, preparación de

contenidos y definiciones (Content Model) (49, 50, 51), y el desarrollo del “Beta Draft” (52) o lista de la clasificación de todas las entidades y enfermedades, con su contenido básico; elaboración de descripciones clínicas y guías diagnósticas (2) y diferentes formas de pruebas de campo, con centros colaboradores y a través de Internet, por medio de la Red Global de práctica clínica “Global Clinical Practice Network, GCPN” (53) abierta a la participación de todos los interesados por medio de la página web.

## La Clasificación de Trastornos Mentales en la CIE 11

La estructura propuesta para los Trastornos Mentales, capítulo 7 del CIE11, propone mantener una sola categoría para trastornos del ánimo, Trastorno Bipolar incluyendo el Depresivo, a diferencia del DSM5 que los separa en dos categorías. Mantiene como categorías trastornos facticios y trastornos disociativos y separa los trastornos de personalidad en dos tipos: 1) trastorno disocial y comportamiento disruptivo y 2) trastornos de personalidad. El DSM5 suprime trastornos facticios y disociativos y deja igual trastornos de personalidad (54).

## Los Trastornos por sustancias en la CIE 11

La CIE11 plantea mantener el término *dependencia* a sustancias y el uso dañino (*harmful*) por su utilidad en salud pública (55).

## Dependencia

Se recomienda mantener el término *dependencia* a sustancias de la CIE-9 y la CIE-10 d en la CIE11, por tener el concepto de enfermedad bien sustentado en la literatura, tener buena validez, coherencia neurobiológica, y validez intercultural. (55) El término de dependencia utilizado en el CIE11, no es equivalente a “dependencia física” y en la encuesta mundial de psiquiatras arrojó altos rating de calificación en utilidad clínica (56).

El uso dañino o nocivo (*harmfull use*) de sustancias consistente en episodios simples de consumo, con daño a la salud propia y daño a otros, cuando el diagnóstico aún no se justifica, debe mantenerse por su utilidad en salud pública, detectando episodios que pueden prevenirse con intervenciones simples (8)

Los tipos de trastornos y los tipos de sustancias propuestos para el CIE11 (57) se relacionan en la *Tabla 1*.

## Trastornos Inducidos por Sustancias en la CIE 11

La CIE11 propone dos tipos de TUS como en el DSM5 **A** Trastornos por uso de sustancias y **B** Trastornos Inducidos.

Los Trastornos por sustancias los divide en:

- Dependencia y
- Uso dañino. Los inducidos son similares a los del DSM5 y se relacionan con los otros tipos de trastornos psiquiátricos (58).

## Conclusiones

Hemos revisado en forma rápida, los puntos más destacados del capítulo de TUS tanto en el DSM5, como en próximo CIE 11, definitivo sólo hasta 2018, y recomendamos ampliar detalles, consultando los sitios web respectivos.

La compatibilidad que se busca entre ambas clasificaciones va a ser limitada.

Los cambios en las clasificaciones repercuten no sólo en las prevalencias de consumo de sustancias; sino también en aspectos conceptuales y de la clínica, por lo cual probablemente la CIE 11 no tendrá cambios tan drásticos como el DSM5.

Las nuevas clasificaciones contienen importantes desarrollos pero también numerosos puntos controversiales por definir y mucho por investigar.

La GLADP-VR, a diferencia de las otras clasificaciones, pone énfasis en el enfoque centrado en la persona y la salud positiva, aportando una perspectiva cultural y regional latinoamericana para una visión integral del diagnóstico. Se recomienda promover y difundir los temas de clasificaciones y el uso de la GLADP en la práctica, como una manera de aportar al conocimiento internacional y a la identidad regional latinoamericana.

## Referencias Bibliograficas

- Laín Entralgo, P. El Diagnóstico médico. Barcelona: Salvat, 1982
- First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015; 14(1): 82–90. PMID:PMC4329901 Published online 2015 Feb 5. doi:10.1002/wps.20189.
- American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5TM Mayo 2013, American Psychiatric Publishing ISBN978-0-89042 554-1

4. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Capítulo de Trastornos Mentales de la CIE-10. Ginebra: 1992.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Edición electrónica de la CIE-10 en español 8ª edición (2009) Versión 1.0 - 01/05/2010 Códigos y términos de la CIE-10 usados con autorización de la OPS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, vols.1,2 y 3. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. new.paho.org Disponible en [http://ecie-maps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_2008.html](http://ecie-maps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html)
6. Stengel E. Classification of Mental Disorders. Bull WHO. 1959; 21: 601-663.
7. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and the utility of psychiatric diagnoses. American J Psychiatry 2003; 160: 4-12.
8. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ Ed. DSM-5. Evolución conceptual. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 2012.
9. Kupfer D. Statement answering Thomas Insel critics. Psycho News Alert Mayo 6 2013. Obtenido de <http://alert.psychnews.org/2013/05/david-kupfer-md-responds-to-criticism.html>. Consultado Diciembre 12 2014.
10. Del Barrio V. Raíces y Evolución del DSM. Revista de historia de la psicología. 2009; 30 (2-3): 81-90.
11. WHO. International Classification of Diseases (ICD). Information Sheet. History <http://www.who.int/classifications/icd/factsheet/en/> consultado sept 4 2015
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (DSM-I). Washington DC: Author, 1952.
13. Reed GM, Ayuso-Mateos JL. Towards a more clinically useful International World Health Organization Classification of Mental Disorders. Rev de Psiquiatría y Salud Mental. 2011; 04 (03):113-116. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.04.003
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV 4th edition, Revised Text. Washington, D.C: Author, 2001
15. Rivas Rodríguez M, Reed GM, First MB, Ayuso-Mateos JL. Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):130-7 file:///C:/Users/hp/Documents/ICD%2011%202013/APORTES%20A%20LA%20CIE-11%20DE%20DOS%20CLSIF%20L%20AM.pdf
16. WHO.CIE-11 <http://www.who.int/classifications/icd/revision/icd11faq/en/> consultado Octubre 14 2015.
17. Otero Ojeda A,A, Ravelo Pérez V, Calzadilla Fierro L, Echazabal A, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, Acosta Nodal C. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría.1ed. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana; 2000.
18. Chen, Y.-F. Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-3): Towards integration in international classification. Psychopathology. 2002; 35: 171-175.
19. Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión revisada (GLADP-VR). Lima: Asociación Psiquiátrica de América Latina; 2012. Obtenido de <http://www.apalweb.org/docs/gladpvr2012.pdf>.
20. Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). 1 Ed. Guadalajara: Asociación Psiquiátrica de América Latina; 2004.
21. Saavedra JE, Otero, Mezzich JE, Salloum IM. The Revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP): a person-centered approach to international classification. The International Journal of Person Centered Medicine 2011; 1(3): 440-445.
22. Mezzich JE. Towards a Health Experience Formulation for Person-centered Integrative Diagnosis. International Journal of Person Centered Medicine. 2012; 2(2):188-192.
23. Saavedra JE, Otero AA, Brítez Cantero J, Velásquez de P Elvia, Mezzich JE, Salloum IM, Zevallos Sonia, Luna Ybeth. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico -Versión Revisada- (GLADP - VR) y el Diagnóstico Centrado en la Persona. Asociación Latinoamericana de Psiquiatría APAL. Revista Latinoamericana de Psiquiatría Volumen 15 Número 1 2015
24. Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. (2012). en Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión revisada (GLADP-VR). Lima: Asociación Psiquiátrica de América Latina 2012 sitio Web <http://www.apalweb.org/docs/gladpvr2012.pdf>
25. Jerí F, Sánchez C, Del Pozo T, Fernández M. El Síndrome de Pasta de Coca. Revista de la Sanidad del Ministerio del Interior. 1978; 39(1):1- 18.
26. Nizama M. Síndrome de Pasta Básica de Cocaína. Revista de Neuropsiquiatría. 1979; 42: 114-134.
27. Oliver E. Algunos Aspectos Clínicos Observados en Consumidores de Pasta Básica de cocaína. Anales del Congreso de Psiquiatría Lima, 1981.
28. Velásquez E. El Basuco: Qué se sabe hasta el momento. Revista del Hospital Mental de Antioquia; 1983; 10(3), 1-13.
29. Navarro R, & Arévalo M. Tratamiento y Rehabilitación de la Dependencia a la PBC. En F. R. León & R. Castro de la Mata (Eds.), Pasta de Cocaína. Un Estudio Multidisciplinario. Lima: Perú CEDRO; 1989.
30. Córdoba P & Toledo D. Cocaína y base de Cocaína – “Basuco”. En D. Córdoba (Ed.), Toxicología (3ra ed., Ira reimpresión, pp. 313-320). Medellín: s.n.; 1997.
31. Castaño GA. Cocaínas Fumables en Latinoamérica. Adicciones. 2000; 12 (4), 541-550. Recuperado en <http://www.adicciones.es/files/castano.pdf>
32. Navarro R.. Cocaína. Aspectos clínicos, tratamiento y rehabilitación. Ed. Libro Amigo, Lima. 1992

33. Asociación Psiquiátrica de América Latina. APAL Síndrome de Pasta Básica de Cocaína (PBC) en Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico GLADP VR pags 146 y 147 . Lima <http://www.apalweb.org/docs/gladpvr2012.pdf>
34. Hyman SE. Diagnóstico de los Trastornos Mentales a la luz de la Genética Moderna capítulo 1 pags 3 a 16 en Regier D, Narrow W, Kuhl Emily, Kupfer D, Editores DSM-5 Evolución Conceptual Edit Panamericana Madrid Traducido al español por Editorial Panamericana Dras Gabriela Lopez y Adriana Morando de la primera Edición en Inglés 2011. The Conceptual Evolution of DSM-5 American Psychiatric publishing 2011
35. Robins E, Guze SB. Establishment of Diagnostic validity in Psychiatric illness its application to schizophrenia Am J Psychiatry. 1970; 126: 983-987.
36. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G & Muñoz R. Diagnostic Criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry. 1972; 26: 57-63.
37. Spitzer RI, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria. Psychopharmacol Bull. 1975; 11:22-25.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual First Edition (DSM-III) Washington DC: American Psychiatric Association, 1980
39. Schuckit MA. Comorbidity of substance use disorders with psychiatric conditions. En Saunders John B, Schuckit MA, Sirovadka PJ, Regier Darrel Editors, Diagnostic Issues in Substance Use Disorders, Refining the Research Agenda for DSM-5. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2007.
40. Frances A. Saving Normal: An Insider's Revolt Against out-of-control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life. London: William Morrow (HarperCollins Publishers); 2013.
41. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra: Oficina de Publicaciones; 2004. Obtenido de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_S.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf)
42. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Grant BF. DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. American Journal of Psychiatry. 2013; 170: 834-851
43. Organización Mundial de la Salud Evaluación de la Farmacodependencia y del uso Indebido De Drogas cap 7 pag 101 en Normas para la fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en el marco de los tratados internacionales. Ginebra: OMS, 1984. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39380/1/9243541722\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39380/1/9243541722_spa.pdf)
44. World Health Organization. Technical Report Series Nro. 312. Who Expert Committee on Dependence-producing Drugs Fourteenth report Geneva 1965. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_312.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_312.pdf) Consultado Dic 14 2014 [http://www.who.int/substance\\_abuse/right\\_committee/en/](http://www.who.int/substance_abuse/right_committee/en/)
45. Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions chapter in in Saunders John B, Schuckit MA, Sirovadka PJ, Regier Darrel Editors, Diagnostic Issues in Substance Use Disorders, Refining the Research Agenda for DSM-V First Edition. A. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2007.
46. Koob GF. A Neuroadaptational view relevant for Diagnosis in chapter 3 pag 31 in Saunders JB, Marc Schuckit, Paul J Sirovatka, and Darrel A Regier et al Editors, Diagnostic Issues in Substance Use Disorders Refining the Research Agenda for DSM 5. . A. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2007.
47. Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsion and drive involvement of the orbitofrontal cortex. Cereb Cortex. 2000;10:318-325.
48. ICD11 Pagina Web <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
49. World Health Organization. WHO. Content Model of the International Classification of Diseases 11th Revision (ICD 11α.) Content Model User Guide. WHO. Geneva Switzerland 2011.
50. World Health Organization Geneva ICD11 alpha. Contents Model Reference Guide 11th Revision 2011 [http://www.who.int/classifications/icd/revision/Content\\_Model\\_Reference\\_Guide.January\\_2011.pdf?ua=1](http://www.who.int/classifications/icd/revision/Content_Model_Reference_Guide.January_2011.pdf?ua=1) <http://www.who.int/classifications/icd/revision/contentmodel/en>
51. Samson W. Tu, Olivier Bodenreider, Can Çelik et al. Content Model for the ICD-11 Revision BMIR-2010-1405 file:///C:/Users/hp/Downloads/BMIR-2010-1405.pdf <http://www.who.int/classifications/icd/ICDRRevision.pdf>
52. World Health Organization Geneva ICD11 Beta Draft <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>
53. Global Clinical Practice Netwok GCPN) ([www.global-clinicalpractice.net/zh](http://www.global-clinicalpractice.net/zh))
54. <http://id.who.int/icd/entity/1602669465>. Consultado Sept 20 2015
55. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse (WHO) Poznyak V, Classification of Disorders due to Psychoactive Substance use in the ICD-11: An update from WHO WPA Congress ICD-11 Symposium / Madrid 14-18 September 2014.
56. Reed GM, Mendonça CJ, Esparza P, Saxena S, Maj M. (2011)The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes. Towards Mental Disorders Classification World Psychiatry 2011;10:118-131
57. Draft Beta (Todos los Trastornos Mentales y de otras enfermedades propuestos para el CIE11) Pag web en ICD 11: [http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/Content/frozen/live/diff\\_Chapter\\_07.htm](http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/Content/frozen/live/diff_Chapter_07.htm) consultado Agosto 10 2015
58. <http://apps.who.int/classifications/icd11/frozen-2015-05-31/1-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f334423054> . Consultado Agosto 15 2015.

# Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural Declaración sobre la crisis migratoria mundial

**Puerto Vallarta, Jalisco, México**  
**29 de Octubre – 2 de Noviembre de 2015**

Proclamada en ocasión del 4to. Congreso Mundial de Psiquiatría Cultural

**“Desafíos globales y psiquiatría cultural:  
desastres naturales, conflictos, inseguridad, migración y espiritualidad”**

*World Association of Cultural Psychiatry  
Universidad de Guadalajara*

*Grupo Latino Americano de Estudios Transculturales*

*Centro Universitario de los Lagos, Universidad de Guadalajara (UDG)*

*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara (UDG)*

*Centro Universitario de La Costa, Universidad de Guadalajara (UDG)*

*O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara*

## Preámbulo

La Asociación Mundial de Psiquiatría Cultural (WACP) fue fundada para alentar la colaboración internacional, la amistad, la erudición, la investigación y el cuidado compasivo alrededor del mundo. Compartiendo e intercambiando las mejores prácticas y mejorando la seguridad y la calidad de la atención de la salud mental como una prioridad. La WACP se enfoca objetivamente en las diversas culturas, los sistemas jurídicos y en amplios problemas políticos y sociales, como el estigma contra el enfermo mental y sus familias. Nuestra asociación ha contribuido a mejoras en tales áreas aunque aún persisten problemas y nuestro trabajo continúa. Se requieren más recursos humanos, apoyo consistente y financiamiento de las agencias públicas y privadas con el objetivo de asegurar que la calidad de los cuidados brindados en todas partes responda a expectativas compatibles con un profundo respeto por la dignidad de todos los grupos

humanos y de las comunidades afectadas por las enfermedades mentales o emocionales.

Durante las últimas décadas, ha habido un aumento constante en el reconocimiento de la importancia de las influencias culturales sobre la vida y la salud tanto mental como general.

La cultura tiene un impacto sobre todos los aspectos de la enfermedad mental por lo que es necesario brindar una atención culturalmente sensible para los pacientes de diversos orígenes étnicos, raciales y culturales. Desde un punto de vista social, el mundo ha sido testigo de cambios rápidos y significativos, magnificados por las crisis políticas y por la influencia de los medios de comunicación nutridos de sofisticados avances tecnológicos. Una realidad, derivada de estos hechos, es que los países, las regiones y las sociedades de todo el mundo se están volviendo multiétnicas y

multiculturales. Indiscutible evidencia de este proceso es la presencia masiva de fenómenos migratorios tanto internos como entre naciones. Las múltiples implicaciones y consecuencias de la migración, en términos estadísticos, humanos y clínicos requieren urgentemente un examen a profundidad, tanto de los factores precipitantes como de las múltiples acciones orientadas a mejorar la competencia cultural de los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular. El resultado será una atención médica y psiquiátrica integral que respete la identidad y las creencias, considerando por completo el origen étnico, racial o cultural de todos y cada uno de los pacientes inmigrantes.

El tema de este cuarto congreso, apropiadamente titulado, fue: *“Desafíos Globales y Psiquiatría Cultural: Desastres naturales, conflictos, inseguridad, migración y espiritualidad”*; el magno evento tuvo lugar en un momento de intensificación inexorable de la violencia y el caos en diferentes partes del mundo, causando una destrucción generalizada y un número creciente de personas desplazadas, inmigrantes y refugiados.

Las migraciones internas y externas, crecen de manera generalizada, por ejemplo, el flujo entre países latinoamericanos y entre latinoamericanos-norteamericanos, recientemente, ha alcanzado niveles dramáticos, casi abrumadores al igual que en lugares del Medio Oriente, Asia y África. Prácticamente, con millones de personas desplazadas dentro de sus propios países o continentes, o se han visto forzadas a moverse, principalmente hacia países de Europa.

La crisis migratoria mundial, especialmente en sus versiones americana y europea son, en consecuencia, el resultado de inequidades socio-económicas crónicas y de la intensificación de los conflictos políticos y de las guerras religiosas. Los movimientos masivos de personas generan grandes riesgos de salud mental entre los inmigrantes que llegan a los refugios que ofrecen los países receptores. Así mismo se pone en riesgo la estabilidad social de los inmigrantes lo cual conduce a tener un gran volumen de cuadros psicopatológicos inducidos por el trauma (depresión, ansiedad, psicosis y trastornos por estrés post-traumático entre otros).

Esta declaración de la WACP sobre la crisis de migración en el mundo fue adoptada por el comité ejecu-

tivo de la asociación en el contexto del 4º Congreso Mundial de Psiquiatría Cultural. Se pretende que esta resolución sirva como foro para discusiones intensas, el debate abierto y para acciones progresivas. La declaración incluye consideraciones específicas sobre la situación en Europa, América, Asia y África, tratando de identificar los factores comunes y particulares. Además hace sugerencias concretas y recomendaciones para las acciones futuras.

### Antecedentes

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)<sup>1</sup> estima que el número de personas desplazadas de manera forzada alrededor del mundo en 2014, asciende a 59.5 millones. Estas cifras las componen los refugiados, los que buscan asilo, los desplazados internos (IDP) y los Apátridas. La guerra, el conflicto y los disturbios políticos de numerosas regiones del mundo han incrementado el número de personas desplazadas que huyen de situaciones de emergencia complejas y de los desastres. Estas personas a menudo terminan en secciones marginales de áreas urbanas o en grandes campamentos bajo condiciones ínfimas de vida. Los países en desarrollo albergan a más del 86% de todos los refugiados del mundo, en comparación con el 70% de hace diez años.

### Medio Oriente-Europa

A finales de 2014 había 19.5 millones de refugiados en todo el mundo. Bajo el mandato del Alto comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR), había 14.4 millones, en torno a 2,9 millones más que en 2013. Otros 5,1 millones de refugiados palestinos, están registrados en la Agencia de Obras y Socorro de las Naciones Unidas para los refugiados de esa nacionalidad (UNRWA).

La guerra civil en Siria, complicada por la irrupción del Estado Islámico (ISIS), muestra la imagen más severa y dramática.

Hacia finales del año 2014, Siria se había convertido en la fuente de refugiados más importante a nivel mundial, superando a Afganistán, que había ocupado esa posición por más de tres décadas.

Hoy en día, en promedio, casi uno de cada cuatro refugiados en el mundo es sirio, 95 % de los cuales se en-

1. UNHCR: UN Refugee Agency UK. <http://www.unhcr.org.uk>

cuentran en los países vecinos. El año pasado, 51% de los refugiados fueron niños, siendo la cifra más alta de para este grupo etario de refugiados en más de 10 años. En 2014, el país que acogió el mayor número de refugiados fue Turquía, con 1.59 millones de refugiados, ahora son casi 2 millones. El Líbano, Jordania y Turquía, que albergan 3.6 millones de refugiados sirios se encuentran sobrepasados e incluso están sufriendo escasez de alimentos. El financiamiento humanitario internacional está cayendo muy por debajo de lo necesario y del tiempo de ayuda requerido.

Muchos prefieren intentar el peligroso viaje a Europa antes que vivir durante años en campamentos para refugiados, hacinados y empobrecidos, dónde pueden experimentar aún más violencia, violaciones e incluso la muerte.

Cerca de 38.2 millones de personas fueron removidos por la fuerza y desplazados dentro de su propio país, a ellos se les conoce como desplazados internos (IDP). Los constantes enfrentamientos en Siria, han elevado el número de desplazados internos de dicho país a 7.6 millones. Así mismo, Irak fue testigo de nuevos desplazamientos internos masivos como resultado de la ofensiva del Estado Islámico (ISIS) en múltiples puntos del país.

Apátrida se refiere a la condición de un individuo que no es considerado nacional suyo por ningún estado. Las personas apátridas pueden también ser refugiados. Siria tiene más de 300,000 kurdos desnacionalizados, Kuwait tiene 93.000 Bidoon (*jinsiya bidun*)<sup>2</sup>.

En 2014, 1.66 millones de personas solicitaron asilo, el nivel más alto jamás registrado. Con un estimado de 274.700 solicitudes de asilo, la Federación Rusa se convirtió en el mayor receptor en 2014, aunque para septiembre del 2016, Alemania había registrado oficialmente, 256,000 refugiados de un estimado de 800,000. Se puede pensar que para fines de este año, la cifra alcanzará un millón. De manera similar, en Suecia, con más de 190,000 buscadores de asilo tan

sólo este año, es, proporcionalmente, el país con el mayor número de inmigrantes *per cápita*; de aquellos que emprenden la travesía, más de 20,000 (12%) de ellos son niños y adolescentes (principalmente vienen del Medio Oriente, pero también de otros países distantes tales como Afganistán y Somalia, sin sus padres u otro adulto responsable<sup>3</sup>. En contraste, en 2014, los EE. UU. recibieron 121,200 refugiados del Medio Oriente.

Europa está luchando para hacer frente a la afluencia masiva de inmigrantes que han cruzado el Mediterráneo durante el 2015. Este es el mayor flujo que se ha visto luego de la Segunda Guerra Mundial<sup>4</sup> y ha desatado una crisis y división en la Unión Europea con respecto a la mejor manera de manejar el reasentamiento de las personas.

Los improvisados campamentos para refugiados, cuyas condiciones son miserables, y la desgarradora fotografía de un niño sirio ahogado, han atraído la atención mundial sobre la crisis de refugiados en Europa. Esto no ha impedido que las personas hagan desesperados intentos para alcanzar Europa.

Según el ACNUR, más de 380.000 inmigrantes y refugiados han aterrizado en las costas del sur de Europa en lo que va de este año, frente a las 216.000 llegadas en todo el 2014. Huyen de la persecución, la pobreza y los conflictos que se desarrollan más allá de las fronteras del continente. El viaje de Libia a Italia es muy largo y arriesgado. Los migrantes<sup>5</sup> huyen de la persecución, de la pobreza, de los conflictos que sobrepasan los bordes continentales. No todos logran llegar a salvo. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) se reportaron más de 2,700 inmigrantes muertos tratando de hacer la travesía en el último año<sup>6</sup>. En lo que va de 2015, 2,988 personas han muerto en el Mediterráneo.

Mientras la presión se incrementa, los líderes europeos permanecen divididos e incompetentes en cuanto a la mejor manera de responder a esta crisis. Algunos países como Grecia e Italia enfrentan una carga

2. Refugees International. <http://www.refintl.org>

3. Sweden Immigration Authority. [www.migrationverket.se](http://www.migrationverket.se)

4. Europe Migrant Crisis. <http://www.bbc.co.uk/news>

5. La BBC utiliza el término migrante para referirse a todas las personas en movimiento que aún no completan el proceso legal para solicitar asilo. Este grupo incluye a personas que huyen de países asolados por la guerra como Siria, que es probable que se les asigne el estatus de refugiados, así como la gente que migra de Latinoamérica hacia Estados Unidos o Canadá, buscando trabajo o mejor calidad de vida y que los gobiernos probablemente los clasifican como "migrantes económicos".

6. International Organization for Migration. <http://unitedkingdom.iom.int>

desproporcionada. Alemania ha sido recientemente más liberal en cuanto a la aceptación de migrantes; prometiendo aceptar aproximadamente 1 millón de personas en los próximos 12 meses. Otros países han comenzado a adoptar estrategias más humanitarias, pero que se han mostrado lentas y poco prácticas. Sin embargo en muchos casos, la respuesta ha sido profundamente xenofóbica y racista, invocando, como argumentos justificativos, la protección de las identidades religiosas o la seguridad de las comunidades potencialmente receptoras. Ha habido señalamientos de un inminente “colapso de la civilización Europea”, o de “merodeadores o pillos” que avanzan más allá de la costa occidental europea.

Todo esto sucede en medio del crecimiento de una ola política conservadora en el continente y de políticas exteriores confusas con respecto a las áreas de guerra y de conflicto.

### **Latinoamérica - Norte América**

A lo largo de un período de cerca de un siglo, la migración desde los países de América Latina (especialmente México) hacia los EE. UU. (principalmente) y Canadá, ha sido un fenómeno social persistente. Inicialmente, el factor de motivación fue la necesidad de los trabajadores para construir y establecer vías férreas a través de América del Norte e incluso expandirse para comunicarse con países al “sur de la frontera”; más tarde, un fuerte desarrollo de la agricultura en los EE. UU. determinó la contratación de personas que además de tener una ética de trabajo duro, estaban dispuestas a recibir una paga inferior<sup>7</sup>.

Durante la segunda mitad del siglo XX, los factores económicos y socio-políticos en México, Centro y Sudamérica (como el desempleo, el déficit presupuestario público, la inestabilidad del gobierno, la desorganización social, las necesidades de la familia, las guerras civiles, la corrupción administrativa, etc.) han sido las principales razones que motivan la creciente migración hispana. La principal característica de los recién llegados hispanos en las últimas cinco décadas ha sido la llamada “migración indocumentada”, los llamados migrantes “ilegales”, quienes a pesar de esto permanecen en los EE. UU. durante muchos años, trabajan mayoritariamente en áreas de bajos salarios,

(principalmente agricultura) y son marginados y discriminados. A través de los últimos 15 a 20 años, de manera consistente, los hispanos o latinos han conformado, en los EE. UU., más de la mitad de la población nacida en el extranjero. De acuerdo con cifras de censos recientes, hay 54 millones de hispanos viviendo en el país, 17% de la población total y la más grande minoría étnica en el país. Las proyecciones para el 2050 (104 millones) y 2060 (128 millones) confirman un patrón de crecimiento constante.

De entre los hispanos, los mexicanos constituyen el subgrupo más grande (33 millones en 2013, 63% de la población total de hispanos). Más de 11 millones (28% de todos los inmigrantes de los EE. UU.) son inmigrantes legales según estadísticas del año 2013<sup>8</sup>. Otros grupos latinos incluyen cubano/caribeños, puertorriqueños, centroamericanos (el subgrupo más grande es de El Salvador) y sudamericanos (el subgrupo más grande es de Colombia).

Entre el 2000 y 2010, el subgrupo de puertorriqueños creció 36%, el de cubanos 44% (algunos de ellos escaparon en bote de Cuba) y otros subgrupos, 22%. Es importante notar que la sub población latina de ancianos es actualmente uno de los más grandes segmentos entre los “baby-boomers”.

Las características más comunes de la población hispana en los Estados Unidos son: menores ingresos, menor nivel educativo, desempleo significativo, el segundo número más grande (después de los afroamericanos) de personas en la cárcel y las familias más numerosas. Más importante aún es que, desde un punto de vista socio-cultural, el ritmo y el nivel de asimilación del llamado “estilo de vida americano” (la cultura en sus múltiples formas, vida económica y cívica) es más lento entre los mexicanos y otros latinoamericanos. Esta tendencia persiste a pesar de que los inmigrantes que llegaron en los últimos 25 años lo han asimilado más rápidamente que sus contrapartes de hace un siglo, según un informe elaborado por el conservador Instituto Manhattan de política de investigación<sup>9</sup>.

Agregándose a las realidades inestables e impredecibles, se llevaron a cabo 662,483 detenciones en 2013 por la Aduana y Protección Fronteriza de Estados Unidos, además del Servicio de Inmigración y

7. Durand J, Massey DS, Charvet F. *Soc Sci Quart* 2000; 81: 1-8.

8. Migration Policy Institute, *Spotlight*, February 26, 2015.

9. Manhattan Institute for Policy Research. September 2015. *Report on immigrants' acculturation*.

Control de Aduanas de Estados Unidos, dos organismos encargados de la identificación y eliminación de “no-ciudadanos inadmisibles”. Sesenta y cuatro por ciento de las detenciones (420,789) fueron llevadas a cabo en 2013 por la Patrulla Fronteriza, un total de 364,768 en 2012, y cerca de 98% de las capturas (414.397) ocurrieron a lo largo de la frontera sudoeste. Además, 35% o 229,698 personas fueron sujetas a “arrestos administrativos” en el 2013. Las principales nacionalidades de los detenidos (93%) fueron de países de México (64%), Guatemala, Honduras y El Salvador. También fueron deportadas 648.783 personas en 2012 y 616.792 en 2013<sup>10</sup>.

En definitiva, la inmigración de latinos hacia América del Norte es un cuadro enorme que ha estado presente en la escena mundial por más de un siglo. A pesar de los altos costos económicos (pagos hechos a los llamados coyotes, generalmente pandilleros que supuestamente conducen a los inmigrantes a través de la frontera) e informes dramáticos de la violencia en diferentes puntos del largo trayecto de migración (por ejemplo, violaciones, comercio sexual, extorsiones incluso dentro de los trenes que llevan migrantes; o abandono total, hambre y hasta asesinatos) esta crisis -quizás debido a su duración- no parece atraer la atención pública como lo hace la actual ola de migraciones del Medio Oriente. Es un punto que debe ser examinado, sin embargo, porque es innegable su impacto, extremadamente significativo (tanto en número como en gravedad), sobre la vida de los inmigrantes y los ciudadanos de los países de acogida. Los costos culturales y clínicos de este fenómeno no pueden ser perder importancia ni ser descuidados. También se observan otros hechos relacionados con la migración en América Latina. Por ejemplo, la República Dominicana tiene un estimado de 900,000 a 1.2 millones de indocumentados de origen haitiano, muchos de los cuales son o están en riesgo de ser apátridas.

### **Asia y región del Pacífico**

Sólo veinte países asiáticos han seguido la Convención de Refugiados de 1951 y su protocolo de 1967, mientras que toda la región es el hogar de 7.7 millones de personas, más de la mitad de los cuales son refugiados, 1.9 millones son desplazados internos (IDP) y 1.4 millones son apátridas. La mayoría de los refugia-

dos proceden de Afganistán y Myanmar. La situación de los refugiados afganos es considerablemente prolongada. El 96 por ciento de ellos viven en Irán y Pakistán, donde los han acogido generosamente durante más de tres décadas.

La situación de Myanmar no es menos delicada. Desde hace varias décadas, personas de diferentes grupos étnicos han salido huyendo para evitar conflictos y violencia.

Actualmente, unos 500,000 refugiados están en zonas de países vecinos como Karen y Karenni en Tailandia, Chins en Malasia, Rohingya en Bangladesh y en grandes centros urbanos. Hay más de 400,000 desplazados internos en Myanmar, más de la mitad de la población de los Estados de Kachin y Rakhine. Esto incluye más de 140,000 personas desplazadas durante la violencia intercomunal de hace dos años, muchos de los cuales tienen estatus de ciudadanía indeterminada.

Sesenta y tres por ciento de los 3.5 millones de refugiados viven fuera de campamentos, principalmente en entornos urbanos donde son básicamente desprotegidos, expuestos y vulnerables a todo tipo de estresores. Las personas que viven en los campamentos tienen una limitada libertad de movimiento, muchos carecen de documentación y están en riesgo de detención y deportación. Las prácticas de detención y otras formas de políticas de asilo restrictivas se siguen propagando, limitando el acceso de los refugiados a los servicios básicos o al mercado de trabajo; las consecuencias son predecibles: se convierten en víctimas de la explotación y el abuso, siendo las mujeres y adolescentes del sexo femenino especialmente vulnerables a las acciones de los depredadores sexuales.

Ante esta situación, muchos refugiados y sus familias están arriesgando sus vidas para cruzar el mar en busca de seguridad y protección. ACNUR ha documentado estas salidas irregulares particularmente en la bahía de Bengala en la zona fronteriza de Bangladesh y Myanmar.

### **África**

Es probable que nuevos desplazamientos masivos ocasionados por conflictos, violencia y abusos contra los derechos humanos continúen afectando a muchos países africanos en el año 2015. Aunque se espera que el número proyectado de personas afectadas dis-

10. U.S. DHS' Office of Immigration Statistics, 2013 Report.

minuya ligeramente (de 15.1 millones en 2014 a 14.9 millones este año) debido a la repatriación, reasentamiento y otras soluciones; muchas áreas problemáticas prevalecen. También es probable que la escala del desplazamiento causado por la agitación interior de la República Centroafricana (RCA) (611,000 desplazados), Sudán del Sur (1.5 millones en 2013, 200,000 en 2014) y Yemen (85.000) continúe en los próximos años. La reanudación de los combates en la República Democrática del Congo que desplazaron a 1 millón de personas han provocado que el número total de IDP en este país sea de 2.8 millones<sup>11</sup>.

En los últimos años se han cuestionado algunos valores del sistema de protección tradicionalmente loable en varios países africanos, incluyendo las dificultades para que personas que necesitan protección internacional logren obtener apoyo por parte de los defensores de los derechos humanos. En África del Sur, un aumento de los movimientos migratorios mixtos también ha provocado una creciente hostilidad hacia los refugiados, ejerciendo presión sobre el espacio de asilo y protección.

Una proporción significativa de la población de Malí -267.000 personas- sigue siendo desplazada interna y externamente. La insurgencia en los Estados federales de Adamawa, Borneo y Kobe en el noreste de Nigeria, ha provocado el desplazamiento de un gran número de personas, forzando a más de 650,000 a abandonar sus hogares en el país y a un estimado de 70,000 a buscar refugio en las fronteras con Camerún, Chad y Níger.

En este complejo contexto, organizaciones como el ACNUR han trabajado continuamente para aliviar este sufrimiento colectivo. Los suscriptores reconocen esfuerzos como los de los últimos cinco o seis años para la implementación de una estrategia duradera para la situación de los refugiados angoleños, un acuerdo tripartita para la repatriación de refugiados somalíes, restablecimiento de la paz y la seguridad a lo largo de Costa de Marfil y en otros países de África occidental, y una Vuelta Regional y Estrategia de

Reintegración para el Sahel y la Estrategia Acelerada del Gobierno para el Norte de Malí.

La mejora de las condiciones en las zonas a donde retornan en todo el continente y el constante trabajo hacia un enfoque comunitario que fomente la cohesión social, deben complementarse con medidas concretas de protección a la salud, salud mental y valores socio-culturales de las poblaciones afectadas.

### La WACP hace un llamado a la acción

- Hacemos un llamado a todos los Gobiernos Europeos a respetar, mantener y administrar la CONVENCIÓN DE REFUGIADOS DE LAS NACIONES UNIDAS (1951) con equidad y prontitud, para actuar con humanidad y compasión y no dejar que los males sufridos en el pasado de la historia Europea amenacen con repetirse.

Los Gobiernos Europeos con influencia en las regiones de conflicto y de guerras (en Medio Oriente, Asia y África), y con puestos permanentes en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, deben intensificar sus esfuerzos para resolver estos conflictos, mitigar sus consecuencias y poner fin a la crisis migratoria<sup>12</sup>.

- Extendemos este llamado al Gobierno de los EE.UU. (Poder Ejecutivo y Congreso) a unirse a otros para alcanzar los mismos objetivos, así como, particularmente, a adoptar y reforzar las políticas encaminadas a establecer normas y procedimientos más prácticos, flexibles y humanos en relación con el manejo de las olas de migrantes hispanos de México, América Central y América del Sur; así como el trato por parte del personal y de las oficinas burocráticas y agencias sociales en diferentes regiones y Estados.

- Hacemos un llamado a todos los gobiernos de los países receptores finales de los inmigrantes (particularmente de Europa y a los EE. UU.) a actuar con prontitud e imparcialidad en la evaluación, selección y decisión sobre la condición legal de los

11. <http://www.unhcr.org/pages/4a02d7fd6.html>

12. Según el derecho internacional, LA CONVENCIÓN SOBRE REFUGIADOS DE LAS NACIONES UNIDAS DE 1951, los refugiados no deben de ser forzados a regresar a los países de los cuales huyeron, un principio que evita la presentación de una víctima verdadera de persecución ante su perseguidor. Los gobiernos receptores son los principales responsables de la protección de los refugiados y de que la mayoría de los estados cumplan con sus obligaciones para hacerlo. Otros, sin embargo, evitan su responsabilidad argumentando falta de recursos, saturación de la capacidad del país para recibir más migrantes, amenazas a la seguridad nacional, miedos de desestabilización de la política interna o la llegada de un número aún mayor de refugiados.

migrantes. Las decisiones para los refugiados y su estatus de asilo deben realizarse rápidamente, con humanidad y dignidad. Las poblaciones receptoras deben estar tranquilas, abordar sus miedos y preocupaciones, y sus líderes alentados a involucrarse activamente en brindar asistencia con programas constructivos de re-aseguramiento.

- Hacemos un llamado a todos los servicios básicos de salud para que sean proporcionados a los migrantes, con un claro énfasis en la inmediatez de la atención física; por ejemplo, las lesiones causadas por violencia, guerra, violación, desnutrición, fracturas, embarazo y parto, vacunación básica, enfermedades crónico-degenerativas, etc., así como en la atención emocional y psicológica (efectos de tortura, violencia, violaciones, muertes, estrés postraumático, etc.). La WAPC puede actuar como un reservorio para el entendimiento cultural y el reconocimiento de la importancia de las influencias culturales sobre la vida y la salud mental.
- Hacemos un llamado al respeto y a la protección de la dignidad individual cultural, religiosa y espiritual -características valiosas apreciadas por la mayoría de las personas- después de recorrer una gran distancia de viaje migratorio y estar expuestos a sus secuelas traumáticas. Prestar atención a los procesos de aculturación y proporcionar resguardo y protección para evitar o prevenir coerción y procedimientos, conductas o maniobras inductoras de miedo, son componentes clave de la supervivencia de los inmigrantes y del fortalecimiento de su propia resiliencia.

- La WAPC trabajará activamente en la organización de reuniones internacionales sobre el tema de la crisis mundial de migrantes y sus diferentes expresiones en varios continentes. Los propósitos de este tipo de eventos incluirán reunir a funcionarios de gobierno, políticos, abogados, medios de comunicación, comunidades, profesionales de salud y de salud mental, médicos, organizaciones sociales e investigadores del área, comprometiéndolos a todos en la formulación de acciones concretas y bien coordinadas, con énfasis en el uso positivo de los recursos clínicos y factores culturales en el manejo y recuperación de la salud mental afectada por las experiencias traumáticas de la migración. La colaboración de otras organizaciones con un fuerte impacto político e internacional (ONU, UE, OEA, OMS, WPA, EPA, APA, etc.) debe de perseguirse activamente para la materialización de todos estos objetivos.

**Sergio J. Villaseñor Bayardo**

*Presidente de la WACP*

**Renato D. Alarcón**

*Secretario de la WACP*

**Hans Rohlf**

*Tesorero de la WACP*

# La función del gusto en el envejecimiento normal y patológico

## *Taste in normal and psychopathological aging*

### **Alicia B. Kabanchik**

*Médica Psiquiatra*

*Magister en Psiconeurofarmacología,  
Universidad Favaloro (Argentina)*

*Directora de la Carrera de  
Especialista en Psicogeriatría,  
Universidad Maimónides (Argentina)*

*Dr. Pedro I. Rivera 3585  
CABA, República Argentina*

***aliciakabanchik@gmail.com***

**Resumen** Se desarrolla el concepto de envejecimiento normal. Se marca la importancia de un aspecto poco evaluado en el adulto mayor como la del envejecimiento sensorial gustativo normal y patológico, su epidemiología y su relación con las patologías psiquiátricas, neurológicas y sistémicas así como la neurobiología. Se trabaja acerca de los riesgos sobre de salud física, mental y de vida que estos déficits pueden generar. En el adulto mayor se plantean diferentes abordajes terapéuticos. Se revisan investigaciones sobre el déficit gustativo y su vinculación con la memoria, emociones y reminiscencia. Se enfatiza la mejoría de la autoestima y de la conducta como favorecedoras de la comunicación con el medio y la expresión de las emociones en los pacientes con patologías depresivas y cognitivas.

**Palabras clave:** gusto, olfato, envejecimiento, biomarcadores tempranos, reminiscencia.

**Abstract** *This article explores biological, social and psychological aspects of aging. It emphasizes the importance of an undervalued topic in this area: regular aging of the sense, specially taste and smell and their relationship with psychiatric systemic and neurological pathologies, as well as neurobiology, epidemiology and its risks. Researches on smell deficit, the relation with memory emotions remembrance and multi stimulation are revised. Sensory Multiestimulación reminiscent improves self-esteem and behavior produces an increase relaxation and improved ability to communicate with the environment as well as in the expression of emotions in depressive and cognitive deficits*

**Keywords:** *taste, smell, aging, early biomarkers, reminiscence*

*La autora no declara  
conflicto de intereses*

## Introducción

### Envejecimiento normal

El envejecimiento forma parte del desarrollo evolutivo natural del hombre y en una existencia plena se requiere haber transitado esta experiencia.

Es un proceso que se inicia alrededor de los 25 años de edad y se es adulto mayor por consenso a partir de los 65 años. Se envejece heterogéneamente.

Al principio sus efectos son imperceptibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo, hay mayor vulnerabilidad y fragilidad pero

### Vejez no es sinónimo de enfermedad.

El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones en 2050 (OMS 2012) El proceso de envejecimiento normal implica cambios graduales biológicos, sociales y psicológicos asociados a la edad, intrínsecos, inevitables, que ocurren como consecuencia del paso del tiempo y de políticas sociales.

### Gusto y envejecimiento

En 1970, el consenso entre los expertos convocados por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) expresó que más de 2 millones de adultos en los EE.UU. padecían un desorden de olor o sabor con los riesgos que ello implica. La edad fue un factor importante, con un declive a partir de la segunda década de vida. En 1993 una encuesta nacional de agentes de salud NHI estimó una prevalencia de 2,7 millones (1,4%) con un problema olfativo, y 1,1 millones (0,6%) con un problema gustativo. Cuando se combinaron los problemas de olor y sabor, 3,2 millones (1,65%) indicaron un problema crónico quimiosensorial. Las tasas de prevalencia aumentaron exponencialmente con la edad. Casi el 40% de personas con problemas quimiosensoriales (1,5 millones) tenían 65 años o más.

Los déficits suelen presentarse conjuntamente Los trastornos del gusto son comunes entre las personas mayores y pueden tener graves consecuencias en la salud. Cada uno de los 5 sabores principales (salado, dulce, ácido, amargo y umami) tienen una función específica y una agudeza disminuida o perdida los predispone a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades (1) intoxicaciones o desnutrición. La magnitud de la disminución varía entre los estudios (2) una teoría plantea la disminución de la función gustativa debido al declive fisiológico en la densidad de las papilas gustativas (3).

El sentido del gusto cambia a lo largo del crecimiento del individuo. Los botones van desapareciendo con la edad, y, la intensidad de la percepción cambia con los años. La hipogeusia estaba presente en el 5% de la población general y la ageusia completa parecía ser muy rara (4) el estudio de salud de Dortmund, en personas entre 25 y 75 años de edad, mostro que el 20% exhibió a disfunción gustativa y reconocido 3 o menos de 4 sabores presentadas por un spray en la lengua. La incidencia combinada de olor y sabor se observó en el 6,3% (5). Amargo fue identificado correctamente con menos frecuencia (39,4%) (6) el reconocimiento del sabor dulce parece ser estable durante toda la vida (7), el sabor dulce es el primer sabor y está ligado al líquido amniótico y a la leche materna. Filogenéticamente el gusto es un sentido muy primitivo. La función es permitir la selección de alimentos y distinguir entre los alimentos comestibles y los no comestibles.

### Vía Gustativa

Los Receptores de esta vía son células neuroepiteliales ubicadas en los corpúsculos gustativos. Para que capten las sustancias químicas (sabores) es necesario que éstas sean disueltas en la saliva. Los receptores dan fibras a diferentes ganglios:

Los ubicados delante de la V lingual (2/3 anteriores de la lengua) dan fibras al ganglio geniculado a través del nervio lingual.

Los ubicados detrás de la V lingual (1/3 posterior de la lengua) dan fibras al ganglio inferior del IX par.

Los ubicados en los pliegues glosopiglotícos y en la mucosa de la epiglotis dan fibras al ganglio del X par.

La primera neurona se encuentra, entonces, en el ganglio geniculado, el ganglio inferior del IX par o el ganglio inferior del X par.

La segunda neurona se encuentra en el núcleo del tracto solitario y sus axones ascienden junto al Lemnisco Medial a través del tracto solitario talámico.

La tercera neurona se encuentra en el Núcleo Ventral Lateral Posteromedial o arciforme del tálamo. Sus axones se proyectan a la corteza frontal y parietal, al extremo inferior de la circunvolución post central de la corteza parietal o ínsula de Reil, adonde se procesa la información y se hace consciente, hay conexiones con la amígdala y el hipotálamo, de ahí la relación del sentido del gusto con las emociones.

La ingesta de alimentos se controla mediante la construcción de una representación multimodal de las

propiedades sensoriales de los alimentos en la corteza orbitofrontal(8).

Las respuestas corticales al gusto fueron investigadas usando neuroimágenes en 40 sujetos con degustación de sabores diferente y un grupo control. La activación fue encontrada en la corteza opercular anterior, ínsula frontal y corteza orbitofrontal caudal, áreas establecidas como áreas corticales del gusto según las grabaciones neuronales en primates (9).

La corteza orbitofrontal está implicada en el procesamiento de los gustos que tienen valencia afectiva positiva y negativa; la amígdala se activa no sólo por un sabor desagradable afectivamente, sino también por un sabor agradable (10), está implicada en la motivación y comportamiento de la alimentación emocional y social (11).

Un estudio con RMNf examinó los cambios relacionados con la edad en el procesamiento gustativo durante la evaluación hedónica. Se les administró a los sujetos cafeína, ácido cítrico, sacarosa y ClNa por vía oral durante dos eventos: 1) con hambre y 2) después de una carga previa. Durante el hambre hubo un aumento de la actividad de la ínsula en ambos grupos de edad. Se observaron mayor procesamiento del sabor y recompensa en las regiones de la corteza orbitofrontal, amígdala, hipocampo, tálamo y núcleo caudado. La respuesta hemodinámica durante el hambre produjo una activación global positiva y negativa durante la saciedad en ambos grupos de edad. En el estado de hambre, la frecuencia y la consistencia de la activación positiva gustativa y de recompensa en las regiones de procesamiento fue mayor en los adultos mayores(12). La convergencia de sabor y olor se realiza en la corteza orbitofrontal caudal y la ínsula agranular inmediatamente adyacente. Las regiones del cerebro que se activan tanto por el gusto como por el olfato incluyeron partes de la corteza orbitofrontal caudal, la amígdala, la corteza insular las zonas adyacentes, y la corteza cingulada anterior. Una pequeña parte de la ínsula responde al gusto unimodal y a los estímulos olfativos unimodales, y una parte del opérculo frontal anterior es un área sabor unimodal (no activadas por estímulos olfativos). Estímulos olfativos- gustativos combinados activaron una parte lateral anterior de la corteza orbitofrontal(13).

### **Gusto y emociones**

Los estímulos recibidos a través de los sistemas sensoriales individualmente, o en conjunto, pueden producir emoción e influyen en la cognición.

La información relacionada la función del gusto alcanza la corteza gustativa (CG) a través de dos rutas: la del tálamo y la vía límbica. La CG puede procesar aspectos fisicoquímicos y psicológicos de una experiencia gustativa. Así es que los sabores pueden evocar recuerdos y sentimientos. La corteza insular, especialmente su porción más anterior, está relacionada con el sistema límbico. A. Damasio ha propuesto que esta región empareja estados viscerales emocionales que están asociados con experiencias emocionales, dando cabida a los sentimientos de conciencia.

Entre las emociones generadas por los alimentos, el displacer y el placer son comunes y pueden conducir a un mayor o un menor consumo de alimentos.

En un trabajo sobre emociones y alimentos realizado con 52 adultos mayores de entre 63 y 80 años de edad se observó que:

1. los hombres y mujeres de edad avanzada sentían diferentes emociones hacia la comida, y
2. el consumo de energía baja está relacionada con las emociones negativas hacia los alimentos.

No hallaron diferencias en gustos y disgustos entre hombres y mujeres, la baja ingesta de alimentos los relacionaron con emociones más negativas hacia los alimentos que podrían estar asociados con la voluntad de restringir la ingesta de alimentos o la desnutrición(14).

### **Diferencias relacionadas con la edad en la aceptación de alimentos y bebidas**

Estudios de fMRI para investigar el cerebro y las respuestas hedónicas al jugo de naranja y de vegetales en tres grupos de edad: jóvenes (22), medio (40) y personas de (60 años) mostró que el jugo de naranja fue aceptado por todos los grupos de edad, mientras que los jóvenes tuvieron aversión por el jugo de otros vegetales pero les gusto a los ancianos.

Estos estímulos activaron la corteza insular primaria (sabor) de igual manera en los tres grupos de edad. En la ínsula agranular donde está representado el sabor, las activaciones de los estímulos en los jóvenes eran más grandes para el jugo de naranja. En la corteza cingulada anterior las activaciones se correlacionaron con el disgusto ante los estímulos. El grupo media era intermedio con respecto a la separación de sus activaciones en las áreas del cerebro de agrado o desagrado de sabores(15).

## Causas de disgeusia

El término disgeusia viene del griego dis, dificultad, y geusia, gusto, es la alteración del sentido del gusto.

Las principales causas de disgeusia son: medicamentos 21,7%, déficit de zinc 14,5 %, enfermedades orales 7,4%, sistémicas 6,4%(1), traumatismo de cráneo, infecciones del tracto respiratorio, causas iatrogénicas (ej.: trastornos odontológicos, radiación, etc.), glosodinia o síndrome de boca ardiente, tumores del ángulo pontocerebeloso, mono y/o polineuropatías, enfermedades neurodegenerativas, melancolía, epilepsia. La disgeusia puede generar anorexia, desnutrición, incremento de caídas, sarcopenia, alteraciones inmunológicas, mayor fragilidad. Otros factores son: la soledad, el aislamiento social, la falta de recursos, la depresión, la enfermedad de Parkinson, las demencias(16).

## Psicofármacos y alteraciones del gusto

Los psicofármacos han sido asociados con trastornos quimiosensoriales. Tanto los antidepresivos tricíclicos (ATC) como los IRSS han sido relacionados con la disgeusia porque podrían bloquear los canales de sodio, potasio y calcio e interferir en el metabolismo de los sistemas del segundo mensajero. Las propiedades anticolinérgicas de los ATC alteraran la secreción de saliva y, en consecuencia, el sentido del gusto. Los ansiolíticos (flurazepam y alprazolam), algunos antipsicóticos (haloperidol, trifluperazina, risperidona, olanzapina) y estabilizadores del ánimo (litio) se asocian con disgeusia(17).

## Síndrome de Boca Ardiente (SBA)

Los pacientes que lo sufren llegan derivados al psiquiatra con quejas de ardor en la mucosa bucal lengua, labios y paladar. Frecuentemente son mujeres de mediana edad y mayores, se asocia con depresión enmascarada, manifiestan ardor, xerostomía, disgeusia y dolor continuo de la mucosa oral en ausencia de alteraciones aparentes. Se clasifican en primarios y secundarios El primario es esencial, el secundario es causado por factores locales, sistémicos o psicológicos(18).

## La función gustativa en las Demencias y la Enfermedad de Parkinson

Lang y colaboradores evaluaron a 52 pacientes, 26 mujeres y 26 hombres con demencia y enfermedad de Parkinson, y encontraron una correlación moderada

pero significativa entre la gravedad de la demencia, el gusto y el olfato, y confirmaron una reducción leve de la función gustativa y olfativa en enfermedades demenciales, y especialmente marcado en la Enfermedad de Parkinson(19).

Los enfermos de Alzheimer exhiben una debilitación en los tres niveles de procesamiento de la información gustativa(20).

## Epilepsia temporal mesial

Entidad con hallazgos anátomo-patológicos y clínicos, las alucinaciones gustativas sugieren una localización focal en la región opérculo-parietal(21).

## La Memoria del Sabor.

La variedad de sabores en los alimentos y bebidas que la madre consume llega al líquido amniótico. Cuando el feto lo ingiere, recibe las primeras experiencias con respecto a los diferentes sabores y olores A las 32 semanas de gestación, responde ante un cambio en el sabor del líquido amniótico modificando su manera de beber. Dependiendo de si el sabor es dulce o amargo, adapta su patrón de deglución

Una vez que ha nacido, puede reconocer los sabores dulces y agrios, y prefiere los dulces

Durante sus primeros 3 meses de vida, puede distinguir entre los sabores dulces y salados. Alrededor de los 5 meses, puede reaccionar más a sabores salados., a partir de los 6 meses incorpora sólidos y entre los 7 y 8 meses toma el alimento y lo explora Es posible que le gusten más los alimentos que saboreó estando en el útero, pero aprenderá a tomarle gusto a los nuevos.

Un alimento no sólo se caracteriza por su sabor, sino también por la suma del olor, textura y atractivo visual, que lo convierten en una experiencia integrada al estado emocional e interno de quien lo consume; pudiendo posteriormente reconocerlo como placentero y evocar con él momentos, personas y lugares, singulares e inolvidables de la vida. La relación del sentido del gusto con las emociones se ejecuta a través de la amígdala y el hipotálamo(22). El sabor integra toda la información sensitiva recibida en la boca, es decir, olor, gusto, textura, temperatura, además de los cuatro sabores básicos, existe el umami o sabor metálico; el gusto nos da información sobre la identidad de los elementos y su concentración.

## Reminiscencia

Mecanismo psicológico del envejecimiento normal, reminiscencia, es la capacidad de recordar cosas del pasado. Es un concepto asociado a evocaciones, memorias, recuerdos. Es la representación mental de una situación del pasado

Salvarezza(23) la define como “una actividad mental organizada y compleja, que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad”. La memoria de los sentidos comienza durante la vida intrauterina y perdura hasta que morimos Es la que hace de nosotros lo que somos, con nuestras necesidades, placeres, deseos aversiones y afectividad (agrado o desagrado).

## Potenciar el sabor de las comidas

Prevenir el uso abusivo del azúcar o la sal, aderezar con especias aromáticas.

La multiestimulación sensorial mejora la reminiscencia, la autoestima, la conducta, la relajación, la comunicación y la expresión de emociones (24) y es una intervención efectiva en el manejo de la conducta a corto plazo con personas con demencia en estadio moderado y severo (25), enfermedad de Parkinson y depresión.

## Recordar

Del latín *re cordis*, volver a pasar por el corazón.

El recordar es una función que se ejercita a través de la memoria, se recuerda a toda edad pero es más específica en la vejez. Recordar es un proceso vital, normal y saludable del envejecer.

“El yo pasado, lo que ayer sentimos y pensamos vivo, perdura en una existencia subterránea del espíritu. Basta con que nos desentendamos de la urgente actualidad para que ascienda a flor de alma todo el pasado nuestro y se ponga de nuevo a resonar. Con una palabra de bellos contornos etimológicos decimos que lo recordamos esto es, que lo volvemos a pasar por el estuario de nuestro corazón. Dante diría *per il lago dei cuore* (José Ortega y Gasset: *El espectador*, II, “Azorín: primores de lo vulgar”).

## Psiquiatría y Gusto. Alucinaciones Gustativas y Olfatorias.

Las alucinaciones gustativas y olfativas suelen presentarse en la melancolía, los estados delirantes. Los sujetos perciben sensaciones gustativas desagradables, para las modalidades dulce y amarga (dicen sentir gusto a podrido o a excrementos) y las atribuyen a una fuente exterior o a su propio cuerpo

En la esquizofrenia suelen estar acompañadas por ideas de perjuicio de envenenamiento. Pueden darse también en la histeria, el alcoholismo crónico, la epilepsia del lóbulo temporal, ciertos episodios maniaco y en la forma de psicosis alucinatoria crónica descrita por Gilbert Ballet en 1911, llamada *Locura sensorial* (26).

## Bibliografía

1. Imoscopi A, Inelmen EM, Sergi G, Miotto F, Manzato E. Taste loss in the elderly: epidemiology, causes and consequences *Aging Clin Exp Res*. 2012 Dec; (6) 245-70.
2. Methven L, Allen VJ, Withers CA, Gosney MA. Ageing and taste. *Proc Nutr Soc*. 2012 Nov; 71(4):556-65.
3. Miller IJ Jr, Reedy FE Jr. Variations in human taste bud density and taste intensity perception. *Physiol Behav*. 1990 Jun; (6): 47.
4. Welge-Lüssen A, Dörig P, Wolfensberger M, Krone F, Hummel T. A study about the frequency of taste disorders. *J Neurol* 2011 Mar; 258(3):386-92.
5. Vennemann MM, Hummel T, Berger K. The association between smoking and smell and taste impairment in the general population. *J Neurol* 2008 Aug;255(8):1121-6.
6. Nordin S, Brämerson A, Bringlöv E, Kobal G, Hummel T, Bende M. Substance and tongue-region specific loss in basic taste-quality identification in elderly adults. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007 Mar;264(3):285-9.
7. Boesveldt S, Tessler Lindau S, McClintock MK, Hummel T, Lundström JN. Gustatory and olfactory dysfunction in older adults: a national probability study. *Rhinology*. 2011 Aug; 49(3): 324-330.
8. Rolls ET. Functions of the orbitofrontal and pregenual cingulate cortex in taste, olfaction, appetite and emotion. *Acta Physiol Hung* 2008.
9. Kringelbach ML, de Araujo IE, Rolls ET. Taste-related activity in the human dorsolateral prefrontal cortex. *J Neurophysiol*. 2001 Mar;85(3):1315-21.
10. O'Doherty J, Rolls ET, Francis S, Bowtell R, McGlone F. Representation of pleasant and aversive taste in the human brain. *J Neurophysiol* 2001 Mar;85(3):1315-21.
11. Rolls ET. The functions of the orbitofrontal cortex. *Brain Cogn* 2004 Jun;55(1):11-29.
12. Jacobson A, Green E, Murphy C. Age-related functional changes in gustatory and reward processing regions: An fMRI study. *Neuroimage*. 2010 Nov 1;53(2):602-10.

13. J. De Araujo IE, Rolls ET, Kringelbach ML, McGlone F, Phillips N. Taste-olfactory convergence, and the representation of the pleasantness of flavour, in the human brain. *Eur J Neurosci.* 2003 Oct;18(7):2059-68
14. Narchi I, Walrand S, Boirie Y, Taste-olfactory convergence, and the representation of the pleasantness of flavour, in the human brain. *J Nutr Health Aging* 2008 Nov;12(9):626-33
15. Rolls ET, Kellerhals MB, Nichols TE. Age differences in the brain mechanisms of good taste *Neuroimage* 2015 Apr 2;113:298-309.
16. Hummel T, Landis BN, Bernd Hüttenbrink K Smell and taste disorders *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2011; 10
17. Doty RL, Shah M, Bromley SM Drug-induced taste disorders. *Drug Saf.* 2008;31(3):199-215.
18. Sun A, Wu KM, Wang YP, Lin HP, Chen HM, Chiang CP. Burning mouth syndrome: a review and update. *J Oral Pathol Med.* 2013 Oct;42(9):649-55.
19. Lang CJ, Leuschner T, Ulrich K, Stössel C, Heckmann JG, Hummel T Taste in dementing diseases and parkinsonism. *J Neurol Sci.* 2006 Oct 25;248(1-2):177-84
20. Broggio E, Pluchon C, Ingrand P, Gil R. Taste impairment in Alzheimer's disease. *Rev Neurol (Paris).* 2001 Apr;157(4):409-13.
21. Bancaud J, Talairach J, Bonis A, et al. La stéréo-électro-encéphalographie dans l'épilepsie. Paris: Masson; 1965.
22. Miranda Saucedo M.I El sabor de los recuerdos: Formación de la memoria gustativa. Instituto de Neurobiología (INB)-UNAM Revista Digital Universitaria 1 de marzo 2011, Vol 12, N 3.
23. Leopoldo Salvarezza, "Psicogeriatría. Teoría y Clínica". Buenos Aires: Paidós, 1988.
24. Chitsey AM Haight BK, Jones MM. Snoezelen: a multisensory environmental intervention. *J. Gerontol Nurs* 2002 Mar; 28(3):41-9.
25. López-Almela A, Gómez-Conesa A Intervention in dementias by multisensory stimulation (snoezelen) *Fisioterapia* Vol. 33. Núm. 02. Marzo 2011 - Abril 2011.
26. Día Sahún J. L. "Seminario de Psicopatología descriptiva y fenomenología". En H. Miguel Servet. *Psiquiatría*. Zaragoza, 2010.

# 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](mailto: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, Rienholz O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, 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?