

ÍNDICE

Editorial.....	3
Juan Enrique Mezzich	
Inteligencia Emocional, el Otro Desafío, Tras el Terremoto en Pisco.....	4
Esther Mariela Blanco Tercero	
Municipios Saludables: “Una Opción de Desarrollo Social y de la Salud” Experiencia en la Provincia de Ambo - Departamento de Huánuco.....	17
Daisy Soto Mory	
Nuevas Aproximaciones a los Ensayos Clínicos: el Estudio Star*D.....	28
Aitor Castillo	
Acerca de la Genética del Alcoholismo.....	34
Héctor M. León Castro	
Trastornos de Personalidad en el Hospital Hermilio Valdizán en el Periodo Enero – Diciembre 2007.....	46
Edwin Apaza Aceituno Eric Mendoza Chávez Rolando Zegarra Molina	
Historia de la Anorexia Nerviosa	55
Walter Leyva Córdova	

La correspondencia deberá ser dirigida al *Comité Editorial de la
Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*

Domicilio Postal: Carretera Central Km. 3.5 Santa Anita – Lima 43.

Centrales Telefónicas: 4942410 anexo 217

Email: gcuevav@hotmail.com; marioyoshiyama@hotmail.com

www.minsa.gob.pe/hhv

Impreso por la Universidad Peruana Unión en su Centro de Aplicación
Editorial Imprenta Unión
Km. 19 Carr. Central, Ñaña, Lima, Perú
Telf: 3592622, Telefax: 359-3310
e-mail: eiu.union@gmail.com

JOB 9149-08 UNIÓN®

El contenido de esta publicación no podrá reproducirse total ni parcialmente
por ningún medio mecánico, fotográfico, electrónico (escáner y/o fotocopia)
sin la autorización escrita de los editores.

IMPRESO EN EL PERÚ
PRINTED IN PERU

Hecho el Depósito legal 2002 – 3895
ISSN 0255 - 7967

EDITORIAL

Me siento honrado con la oportunidad de ofrecer palabras de estímulo y reconocimiento al presente número de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán. Como elemento integrador y propiciatorio del espíritu científico de esta prestigiosa institución de salud mental, la revista científica canaliza la sistematización de una atención clínica ejemplar dentro del contexto de la salud pública nacional.

Tuve el privilegio de conocer personalmente en Abril de 1984 en Ginebra al Dr. Humberto Rotondo, director legendario del Hospital Hermilio Valdizán y figura señera de la psiquiatría nacional e internacional. Su preocupación por recoger y transmitir lo mejor de la experiencia clínica para beneficio de la comunidad local y la internacional fue inspiradora en aquella reunión enderezada a la preparación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Más aún, a través de un diálogo personal reposado, pude aprender de su inquietud por la ética y el humanismo como principios orientadores de nuestro quehacer profesional.

El desarrollo en los últimos años de la medicina y la psiquiatría centradas en la persona tiene entre sus antecedentes las enseñanzas de figuras eminentes como las del Dr. Rotondo. Esta iniciativa promueve la totalidad de la persona del paciente, del clínico y del familiar como centro y objetivo de la atención clínica y la promoción de la salud. Busca perfilar nuestros esfuerzos por renovar nuestra vocación hipocrática a través de una aproximación holística y el empoderamiento del paciente en la asunción de su responsabilidad por la salud propia y el respeto a su dignidad. Este esfuerzo programático fue originalmente propiciado por la Asociación Mundial de Psiquiatría y más recientemente por la Asociación Médica Mundial, la Organización Mundial de Médicos de Familia entre una docena de otras instituciones globales médicas y de la salud. Sus hitos notables han sido la Primera y Segunda Conferencias de Ginebra sobre Medicina Centrada en la Persona llevadas a cabo respectivamente en Mayo de 2008 y 2009, y la emergencia de una Red Internacional sobre Medicina Centrada en la Persona. Están todos invitados a visitar el website de esta iniciativa internacional en www.personcenteredmedicine.org y participar en sus actividades.

Tengo el placer de expresar mis mejores deseos de continua prosperidad profesional a los distinguidos dirigentes y colegas todos del Hospital Hermilio Valdizán.

Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.

Profesor de Psiquiatría y Director del International Center for Mental Health,
Mount Sinai School of Medicine, New York University.
Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría 2005-2008

INTELIGENCIA EMOCIONAL, EL OTRO DESAFÍO, TRAS EL TERREMOTO EN PISCO

Ps. Esther Mariela Blanco Tercero ¹

“Para mi pueblo sacudido por el terremoto de la desesperanza. Que alcance el bienestar emocional aprendiendo emociones inteligentes”

RESUMEN

El 15 de agosto de 2007 se produjo un terremoto en la ciudad de Pisco-Perú, fue el epicentro de un gran desastre, con pérdidas humanas y materiales de las más importantes de los últimos tiempos, que han traído secuelas emocionales por el impacto del evento.

En el presente trabajo de investigación nos planteamos conocer las características de los niveles de inteligencia emocional en una muestra de 150 adolescentes víctimas del terremoto, de ambos sexos, de 16 a 18 años de edad, que cursan el 5to de secundaria de dos colegios nacionales en la ciudad de Pisco, y que representan el 23% de esta población. Es una investigación de tipo descriptivo comparativo, con muestreo no probabilístico intencional, habiéndose aplicado el EQ-I BarOn Emotional Quotient Inventory de Reuven BarOn. El tratamiento estadístico que se utilizó fue la media aritmética, la cual fue de 83.24 y la desviación estándar de 14.89.

Los resultados obtenidos indicaron que existe baja capacidad emocional en los adolescentes evaluados. Sin embargo, en los componentes: intrapersonal y manejo del estrés, presentaron capacidad emocional adecuada. Según el sexo, las mujeres presentaron baja capacidad emocional y los varones capacidad emocional adecuada. Los hallazgos son congruentes con la teoría de BarOn y apoyan la postura que la inteligencia emocional influye en el bienestar en general y en la salud emocional, y se desarrolla a lo largo de la vida. Consideramos que es necesario desarrollar habilidades emocionales en estos escolares a lo largo del proceso educativo

Palabras Clave: Adolescente, Inteligencia emocional, Víctimas de desastre natural.

ABSTRACT

On August 15th 2007, an earthquake struck the south of Peru, being the epicenter Pisco. It caused the greatest human and material loss in recent years, and an emotional impact, despite the human capacity to adapt and overcome the situation. The lack of organization to distribute the aid received was evidenced.

The objectives of the present research were to study the characteristics of the levels of emotional intelligence in a sample of 150 adolescents (earthquake victims) of both sexes, from 16 to 18 years old, who attend 5th year high school of two public schools in the city of Pisco. This represents the 23% of this population. To evaluate the emotional intelligence the EQ-I BarOn Emotional Quotient inventory of Reuven BarOn was applied. Statistical treatment used was arithmetic average, which was 83.24 and the standard deviation of 14.89.

¹ Psicóloga del Servicio de Psicología Diagnóstico del Hospital Hermilio Valdizán

The results obtained indicate the existence of low emotional capacity in the adolescents evaluated, however, in the intrapersonal and stress management components their emotional capacity was adequate. The girls showed low emotional capacity and the boys suitable emotional capacity. The findings are consistent with the theory of Bar-On that supports that the emotional intelligence influences the well-being and the emotional health that develops over life. We believe it is necessary to develop emotional skills in these students throughout the educational process.

Key Words: Adolescent, Emotional intelligence, Victims of natural disaster.

INTRODUCCIÓN

El hombre está sometido a las leyes de la naturaleza y ésta, a veces, nos expone a fenómenos, hasta hoy, científicamente impredecibles; tal es el caso de los movimientos telúricos de diferentes magnitudes que en los últimos tiempos han significado experiencias traumáticas y cada vez más devastadoras para la humanidad, por ejemplo en el Japón, el terremoto Hanshin Awaji en 1995, el terremoto en Taiwán en 1999 y el de Pisco en el Perú el 15 de Agosto de 2007. Esta traumática experiencia produjo un panorama desolador, con secuelas psicológicas a las personas, familias y comunidad, cuyos efectos emocionales se pueden superar, mitigar o cronificar en el tiempo.

Ese 15 de agosto, a las 6.40 p.m., Pisco fue el epicentro del desastre de 7.9 MW, grados en la escala de Richter, con 110 segundos de duración, seguido de un tsunami de 10 metros en Lagunilla y Tambo de Mora que añadió mayor destrucción. El desastre dejó en ruinas a más del 70% de la ciudad, con 16,000 viviendas destruidas, (incluidos colegios, el hospital, la comisaría, la iglesia, la biblioteca, etc.), dejando una ciudad sin agua, luz ni teléfono; murieron 519 personas, cientos de heridos graves, sobrevivientes que llevan las consecuencias de dolor, sufrimiento, ansiedad, rabia, pobreza, desempleo, crisis alimenticia, infecciones, etc.

La ciudad de Pisco actualmente es una provincia destruida, los damnificados buscan asegurar la supervivencia y las condiciones mínimas para la subsistencia. Al respecto debe recordarse que Maslow plantea 5 tipos de necesidades: 1) Fisiológicas, 2) Seguridad, 3) Sociales, 4) Estima y 5) Autorrealización. Las necesidades van desde la supervivencia hasta el crecimiento. Las necesidades fisiológicas nacen con la persona y el resto de necesidades de orden superior surgen en el tiempo, cuando son satisfechas las necesidades básicas, aunque lo haga de modo relativo, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados, que dirigen el comportamiento y permiten experimentar un grado mayor de salud y calidad de vida.

Desde la perspectiva psicológica se encontró en los adolescentes déficit en el manejo de las emociones, el impacto afectivo lo expresaban a través del miedo, depresión, agresividad, conductas antisociales, adictivas, etc. Otros, lo expresaban en conductas altruistas. El trabajo con los adolescentes para hacer frente a la magnitud del evento, debe tomar en cuenta sus necesidades, considerando además que es una etapa evolutiva de la vida con una serie de cambios, caracterizada por presentarse crisis y la turbulencia emocional, lo que implica la posibilidad de un inadecuado desarrollo de competencias y falta de estrategias positivas de afrontamiento, generando

comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental.

El adolescente desarrolla sentimientos idealistas y conceptos morales. Tiende a la elaboración de planes de vida y las transformaciones afectivas y sociales que van unidas a cambios en el pensamiento. Así la adolescencia es el resultado de la interacción entre factores sociales e individuales (Delval, 1998).

En cuanto a la situación de enseñanza en los colegios, es importante el clima emocional positivo, creando condiciones favorables hacia la enseñanza de las emociones, donde el profesor regule las emociones de los alumnos con previa formación pertinente, y logre el equilibrio emocional de su clase, entonces resultará más fácil la convivencia para no sufrir más de lo necesario, con los beneficios personales y emocionales que conlleva.

Ante los efectos emocionales inducidos por el desastre natural, dado el alcance de los daños, es fundamental tomar en cuenta la inteligencia emocional e implementar programas de educación emocional, para crear condiciones favorables hacia la enseñanza de las emociones y su manejo adecuado en coordinación con los grupos sociales como el colegio, sector salud, etc., a fin de crear en los adolescentes una forma inteligente de sentir, elevar sus niveles de adaptación y mejorar su calidad de vida. A partir de estos planteamientos hemos procedido a efectuar este trabajo de investigación que demuestra el valor y limitaciones al tratar de analizar los niveles de inteligencia emocional.

Todas estas fuertes impresiones emocionales pueden ser abordadas con inteligencia emocional, entendida ésta como un conjunto de habilidades personales, emocionales, sociales y de destrezas que influyen en nuestra habilidad

para adaptarnos y enfrentar a las demandas y presiones del medio (BarOn, 1997). Los sobrevivientes de esta tragedia ahora experimentan los costos generados por el desastre natural, presión de esta situación, en medio de temblores que aún persisten y la incertidumbre. Por eso, resulta importante la evaluación de la inteligencia emocional, especialmente en los adolescentes pisqueños, porque ellos asumirán un rol activo en la tarea de la reconstrucción a corto, y aún a mediano plazo. En tal sentido, el empleo de habilidades para el manejo de sus emociones les permitirá optar por respuestas eficaces.

La presente investigación tiene como objetivo conocer los niveles de inteligencia emocional en una muestra de adolescentes de la ciudad de Pisco, detectar las habilidades emocionales comprometidas, partiendo de la hipótesis que estos aspectos se encuentran vulnerables al tener que enfrentar los obstáculos. Sin embargo, en el esfuerzo por luchar contra la adversidad, el manejo de las emociones es importante y nos permite predecir si tendrán éxito en el logro de sus objetivos, es decir, cómo saldrán de esta situación. Este trabajo pretende contribuir al desarrollo de nuevas investigaciones relacionadas con víctimas de desastres naturales de gran magnitud y la elaboración de programas en el desarrollo de las habilidades emocionales.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de inteligencia emocional que presentan los estudiantes del 5to de secundaria de la ciudad de Pisco? ¿Existen diferencias significativas entre los niveles de inteligencia emocional que presentan los estudiantes del 5to de secundaria, varones y mujeres de la ciudad de Pisco? ¿Existen diferencias significativas entre los niveles de inteligencia emocional que presentan los estudiantes del 5to de secundaria, según la edad?

INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA

Ugarriza (2001) ha realizado la adaptación nacional del inventario del cociente de inteligencia emocional de BarOn. Los resultados de su estudio revelaron que no existen diferencias entre los hombres y las mujeres en lo que respecta al cociente emocional, se determinó que a mayor edad se encontraba mayores porcentajes promedios, pero luego de los 55 años de edad, había un descenso en los puntajes.

Debe considerarse también el trabajo de Chernis C. (2002) en el cual se describe un programa de prevención de consecuencias nocivas a la salud que se desarrolla en la universidad de Michigan. En dicho programa se enseña un número de competencias emocionales y sociales que ayuda a evitar la depresión en personas desempleadas.

León (2001) llevó a cabo un estudio para reconocer los niveles de inteligencia emocional y la de sus componentes en los estudiantes de administración de empresas de los últimos ciclos de una institución educativa universitaria de estrato económico medio bajo y una institución de educación técnica de estrato socioeconómico alto. Las dos instituciones no presentaron diferencias significativas en el cociente emocional general y sus componentes. El 100% de estudiantes examinados puntuaron un cociente emocional general promedio al igual que sus componentes.

Claudia Portocarrero (2003) en un estudio sobre la inteligencia emocional-social y síntomas depresivos en un grupo de adultos mayores del programa psicogeriátrico del hospital Rebagliati, administró el inventario de depresión de Beck y el inventario de inteligencia emocional de BarOn. Los resultados señalan que en adultos mayores la

inteligencia emocional-social tiende a disminuir.

Torres, Guido (2001) investigó la relación entre depresión e inteligencia emocional, en 146 estudiantes del primer ciclo de la Universidad Andina del Cusco, los que fueron seleccionados en función a género y doce programas académicos, con un diseño probabilístico estratificado proporcional. Se administró el inventario de depresión de Beck y el inventario de inteligencia emocional de BarOn. Los resultados señalaron que el 45% de estudiantes presentó depresión leve, el 31% depresión moderada y el 3% depresión grave. En general el 80% de estudiantes presentó indicadores de depresión, el mayor porcentaje en obstetricia y turismo, la mayoría de casos correspondieron al sexo femenino (50 por ciento). El 46% de la muestra presentó capacidad emocional adecuada y el 34.2% capacidad por debajo del promedio, el 18% presentó categoría muy baja. Existe una relación negativa entre depresión y la inteligencia emocional (-47, menor igual) eso significa a mayor depresión menor inteligencia emocional. Asimismo se encontró una relación inversa entre la depresión y el componente intrapersonal (-31, menor igual), depresión y el componente manejo del estrés (-40, menor igual), y depresión y el componente del estado de ánimo en general (-40, menor igual).

Timko y Moos (1993) basados en la Teoría de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), elaboraron un modelo de factores o determinantes de estresores crónicos en adolescentes (madre, padre, hermano, amigos y escuela): 1) Factores sociodemográficos, como por ejemplo la edad, el sexo y el nivel educativo de los padres. 2) Factores personales, como por ejemplo, la emocionalidad, la sociabilidad, la ansiedad y la autoestima. 3) Estrés contextual y factores de afrontamiento, tales como los recursos sociales, los

sucesos vitales negativos y los modos de afrontamiento. Según plantea este modelo de análisis, las figuras parentales, los amigos y la escuela pueden funcionar como estresantes crónicos. En todos estos casos los estresantes pueden ser reducidos o evitados cuando los recursos sociales se hacen presentes y señalan además que el mayor uso de estrategias de afrontamiento estaría asociado con menores estresantes crónicos porque implica acciones a llevar a cabo para abordar los problemas y por lo tanto poder ver el lado positivo de los mismos (Casullo, G. 2002).

Chen y cols. informaron una elevada prevalencia de alteraciones psicopatológicas en 525 sobrevivientes del terremoto ocurrido en Taiwán en 1999. Se consideraron factores de riesgo: la destrucción de hogares y la mayor cercanía al epicentro. Los efectos protectores son la mayor prontitud y magnitud de ayuda y el apoyo recibido en las zonas más afectadas.

Ehlers y cols. demuestran que las mujeres presentan más riesgo de estrés postraumático a los 3 meses del accidente pero no al año. Resultados similares a los obtenidos por Dougall y cols.

Nijarion y cols. estudiaron a 25 mujeres sobrevivientes del terremoto, divididas en tres grupos, las mujeres que se quedaron en el lugar del evento, el otro grupo fueron las desplazadas a otro lugar y el grupo control. El desplazamiento constituyó un factor de riesgo para la depresión. Factores de protección identificados fueron: la cohesión del grupo, identidad común, simpatía, cooperación entre los miembros de la comunidad. El sexo femenino, la edad avanzada y el bajo nivel educativo se identificaron como factores de riesgo.

TEORÍA QUE SUSTENTA EL ESTUDIO

La teoría de la inteligencia emocional según BarOn, indica cuán exitosa es la persona para afrontar las exigencias de su entorno y relacionarse satisfactoriamente con los demás. El término inteligencia emocional se relaciona con la capacidad de reconocer los propios sentimientos, igualmente los de los demás, con la finalidad de utilizarlos como guía del pensamiento y de la acción, por ejemplo, para automotivarse o manejar adecuadamente las relaciones que se mantienen con las demás personas. Asimismo, implica el modo como cada persona se relaciona y entiende el mundo, teniendo en cuenta las actitudes y los sentimientos. Engloba habilidades como el control de sus impulsos, la autoconciencia, la canalización de las emociones, la confianza, el entusiasmo, la empatía, la persistencia frente a las frustraciones, la práctica de la gratificación prolongada, el motivar a otros ayudándolos a que se desarrollen aprovechando los propios talentos y consiguiendo su compromiso con respecto a los objetivos e intereses comunes.

El adolescente debe atravesar cambios y situaciones propias de la etapa evolutiva, importantes para su posterior posicionamiento en el mundo adulto, según Avila-Espada, Jiménez-Gómez y Gonzales-Martínez (1996).

La adolescencia es una etapa de conflictos en la que el joven se torna más vulnerable a ser dañado física o psicológicamente por el proceso de cambios y por las exigencias que el medio le plantea, existiendo el riesgo al estrés si es que desestabiliza el equilibrio entre el joven y su entorno, y por no contar con estrategias positivas de afrontamiento, puede generar comportamientos menos adaptativos y mayor vulnerabilidad. En caso contrario, la

resolución de estas situaciones de estrés le permite desarrollar competencias y dinamiza el proceso de crecimiento personal, generando recursos para afrontar adecuadamente los desafíos planteados.

Bar-On (1997) define a la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades emocionales, sociales y de destrezas que incluyen nuestra habilidad para adaptarse y enfrentarse a las demandas y presiones del medio. Como tal, nuestra inteligencia no cognitiva es multifactorial y se relaciona con el potencial para el desempeño, es un factor importante en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, se puede modificar a través del tiempo e influye directamente en el bienestar general y en la salud emocional.

Este modelo comprende 5 componentes con sus respectivos subcomponentes a saber:

1. **Componente intrapersonal.-** Reúne los siguientes subcomponentes:
 - **Comprensión emocional del sí mismo emocional.-** Habilidad para percatarse y comprender nuestros sentimientos y emociones, diferenciarlos y conocer el por qué de los mismos.
 - **Asertividad.-** La habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos sin dañar los sentimientos de los demás y defender nuestros derechos de una manera no destructiva.
 - **Autoconcepto.-** La habilidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo, aceptando nuestros aspectos positivos y negativos, como también nuestras limitaciones y posibilidades.
 - **Autorrealización.-** La habilidad para realizar lo que realmente podemos, queremos y disfrutamos hacer.
 - **Independencia.-** Es la habilidad para autodirigirse, sentirse seguro de sí mismo, en nuestros pensamientos,
2. **Componente interpersonal.-** Reúne los siguientes subcomponentes:
 - **Empatía.-** La habilidad de percatarse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.
 - **Relaciones interpersonales.-** La habilidad para establecer y mantener relaciones mutuas satisfactorias que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad.
 - **Responsabilidad social.-** La habilidad para demostrarse a sí mismo como una persona que coopera, contribuye y que es un miembro constructivo del grupo social.
3. **Componente de adaptabilidad.-** Reúne los siguientes subcomponentes:
 - **Solución de problemas.-** La habilidad para identificar y definir los problemas, como también para generar e implementar potencialmente soluciones efectivas.
 - **Prueba de realidad.-** La habilidad para evaluar la correspondencia entre lo que experimentamos (lo subjetivo) y lo que en la realidad existe (lo objetivo).
 - **Flexibilidad.-** La habilidad para realizar un ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.
4. **Componente del manejo de estrés.-** Reúne los siguientes componentes:
 - **Tolerancia al estrés.-** Habilidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones sin desmoronarse, enfrentando activa y positivamente el estrés.
 - **Control de los impulsos.-** La habilidad para resistir o postergar un

impulso o tentaciones para actuar y controlar nuestras emociones.

5. Componente del estado de ánimo en general.- Reúne los siguientes subcomponentes:

- **Felicidad.-** La habilidad para sentirse satisfecho con nuestra vida, para disfrutar de sí mismo y de otros y para divertirse y expresar sentimientos positivos.
- **Optimismo.-** La habilidad para ver el aspecto más brillante de la vida y mantener una actitud positiva a pesar de la adversidad y los sentimientos negativos.

MÉTODO

La presente investigación es descriptiva comparativa de acuerdo con los dos problemas planteados. Es descriptivo debido a que identifica el nivel de inteligencia emocional de los escolares seleccionados del 5to de secundaria de la ciudad de Pisco. También, comparativo debido a que se determinan las diferencias significativas entre los puntajes del grupo de los hombres y mujeres.

PARTICIPANTES

La muestra está constituida aproximadamente por el 23% de la población de estudiantes de los colegios nacionales que cursan el 5to de secundaria en la ciudad de Pisco, conformado por 150 estudiantes, de ambos sexos, 65 varones del colegio Raúl Porras Barrenechea y 85 mujeres del colegio Bandera del Perú, cuyas edades están comprendidas entre los 16 y 18 años de edad, de estrato socioeconómico bajo.

Se empleó un muestreo de tipo no probabilístico intencional, lo que significa que la muestra fue directamente elegida de dos colegios nacionales, uno de varones y el otro de mujeres, del 5to grado de

secundaria, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. Esto indica que la muestra estuvo integrada por estudiantes adolescentes con características claramente definidas, siendo representativas de la población a estudiar (Alarcón, 1991), por eso los resultados son válidos únicamente para una muestra semejante a la estudiada.

MATERIAL

Para la presente investigación se empleó el inventario de inteligencia emocional de BarOn, adaptado a la realidad peruana en una muestra de Lima Metropolitana por Nelly Ugarriza (2001).

Ficha Técnica.

El nombre original: EQ-I (BarOn Emocional Quotient inventory)

Autor: Reuven Bar-On

Procedencia: Toronto (Canadá)

Adaptación Peruana: Nelly Ugarriza Chávez

Administración: Grupal tipo cuadernillo

Duración: 40 minutos

Aplicación: Sujetos de 15 años y más. Nivel lector mínimo: 6to grado de primaria.

Puntuación: 133 ítems y respuesta de elección múltiple, tipo likert con 6 alternativas, emocional y su calificación es computarizada.

Significación: Estructura factorial: 1 CET, 5 Factores componentes y 15 sub componentes.

Tipificación: Baremos Peruanos

Usos: Educacional, clínico, jurídico, médico, laboral e investigación.

PROCEDIMIENTO

Se tomó el test psicológico a las secciones del 5to de secundaria del turno de la tarde en el colegio de mujeres Bandera del Perú y la totalidad de secciones en el colegio Raúl Porras Barrenechea en los dos turnos, mañana y tarde. La administración de la

prueba fue en forma grupal, se entregó un cuadernillo y una hoja de respuesta a cada alumno, ellos llenaron los datos sociodemográficos y se absolvió las dudas de los alumnos durante la aplicación de la misma.

Una vez evaluados los alumnos, se calificaron las pruebas mediante el programa computarizado del inventario de BarOn, eliminándose las pruebas incompletas y a los estudiantes de mayor o menor edad de lo establecido.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA 1

Estadística descriptiva de los puntajes obtenidos en la inteligencia emocional total y en sus componentes en la muestra general

Componentes	N	M. A	D. S
C.E.I.A	150	85.92	15.56
C.E.I.E	150	77.00	15.31
C.E.A.D	150	82.42	14.29
C.E.M.E	150	93.40	12.97
C.E.A.G	150	79.68	16.28
C.E.T	150	83.24	14.89

TABLA 2

Media aritmética de la inteligencia emocional, por componentes, de acuerdo al sexo

COMPONENTES	HOMBRES	M.A	MUJERES	M,A
C.E.I.A	65	87.49	85	84.71
C.E.I.E	65	74.80	85	78.68
C.E.D	65	85.29	85	80.22
C.E.M.E	65	96.98	85	90.67
C.E.A.G	65	82.58	85	77.47
C.E.T	65	85.27	85	81.68

TABLA 3

Media aritmética de la inteligencia emocional, por componentes y subcomponentes, de acuerdo a la edad

COMPONENTES	16 AÑOS	M.A	17AÑOS	M.A	18AÑOS	M.A
C.E.I.A	122	86.89	22	82.45	6	78.83
C.E.I.E	122	77.72	22	74.45	6	71.66
C.E.D	122	82.75	22	79.90	6	84.83
C.E.M.E	122	93.65	22	91.68	6	94.66
C.E.A.G	122	80.77	22	74.04	6	78.16
C.E.T	122	84.12	22	79.36	6	79.50

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo a través de la media aritmética y desviación estándar y tomando en consideración el marco conceptual planteado por Bar-On, señalan que los estudiantes del 5to de secundaria presentan baja capacidad emocional, lo que indica dificultad para adaptarse y enfrentar a las demandas externas porque las perciben como amenazantes y superiores a las de cualquier otro tiempo en la ciudad de Pisco, siendo reforzados por los continuos movimientos sísmicos, influyendo esto en su salud emocional, ya que han quedado en el desamparo, marginados, algunos han sido ubicados en albergues, alrededor de las ollas comunes, los desplazados sufren de desarraigo, y otros de separación de su familia porque fueron trasladados a Lima para su atención médica. Todo esto generó afecto negativo, creando sentimientos de ira, miedo, soledad, inseguridad con respecto a la labor que desempeñan, con temores y desconfianza de las autoridades y comunidad, mostrando preocupación por la situación en su ciudad de origen, y otros, culpa por no haber podido ayudar a sus familiares al momento del sismo.

En relación a los componentes de la inteligencia emocional presentan inteligencia emocional baja en los componentes interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo en general. En esta muestra se refleja la fuerte impresión emocional que dejó el terremoto en estos adolescentes, presentando dificultad para comunicarse, los lazos son superficiales a la hora de interactuar en el desarrollo de actividades comunes como retirar los escombros de las viviendas derrumbadas, al recibir los víveres o módulos, empadronarse, etc., generándose conflictos porque adoptan conductas agresivas, activando mecanismos defensivos, hostiles o de retraimiento. Esto se debe en gran medida a la inequidad en la distribución de

la ayuda y la observación de las acciones de los modelos, los adultos, que son reforzados o castigados; esto se respalda en lo que indica Bandura en su teoría del aprendizaje social.

Los resultados revelan también la dificultad para ajustarse a este nuevo ambiente adverso e incierto, con condiciones desfavorables causadas por la destrucción dada la cercanía al epicentro, y es frecuente que en sus hogares no estén satisfechas sus necesidades primarias, experimentando frustración por sus aspiraciones, esto se respalda en la teoría de Maslow, quien plantea que las necesidades fisiológicas nacen con la persona y el resto de necesidades de orden superior surgen el tiempo, cuando son satisfechas las necesidades básicas.

En cuanto al estado de ánimo en general presentan emociones negativas, como consecuencia de este acontecimiento vital negativo, y el proceso de información está centrado en la experiencia de pérdidas que les generó el terremoto, tales como: fallecimiento de seres queridos y destrucción de sus viviendas, recuerdos de toda la vida, familia disfuncional, etc., siendo frecuente los casos de ansiedad o depresión, inseguridad y soledad, preocupación sin sentido de propósito, porque se derrumbaron sus proyectos de vida, sueños y esperanzas. Se sienten incómodos en las relaciones de amistad debido a su sensibilidad generada por las secuelas del evento, aunque hay un deseo por socializarse y cultivar buenas relaciones sociales. Por otro lado, presentan dificultad para comprender los problemas de los demás, pues no ven los aspectos en común, ni comparten el mismo estado emocional, a pesar que se encuentran en la misma situación adversa como vivir en reducidos módulos comunitarios, estudiar en salones de estera o tener familias disfuncionales.

A pesar del escaso apoyo psicosocial, con pocas posibilidades de desarrollo personal, social, etc., los adolescentes desean concluir sus estudios secundarios, le dan un sentido a la experiencia presente y les provee esperanza hacia el futuro, pues les gusta cambiar las situaciones, no siendo objetivo al evaluar su realidad, dejándose llevar por lo que experimentan y no por la situación inmediata en la que viven, son idealistas y desarrollan hipótesis sin referentes reales.

En relación a los componentes de la inteligencia emocional, presentan inteligencia emocional adecuada en los componentes intrapersonal y manejo del estrés. Los resultados permiten afirmar que los adolescentes presentan capacidad para comprenderse a sí mismos, haciendo uso de la auto-observación para reconocer, entender y expresar emociones y sentimientos; sin embargo, a pesar de la sensación de tensión de la situación que atraviesan, son capaces de reducir la tensión del evento estresor y se esfuerzan para manejar los cambios y crear recursos personales para resolver los problemas generados por el desastre natural. Estos resultados se respaldan en las teorías de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, quienes plantean que las personas se estresan cuando perciben que un estímulo ambiental amenaza su propio bienestar y los incapacita para hacerle frente de una manera adecuada.

Estos adolescentes se interesan por conocer sus sentimientos, van descubriendo sus habilidades y se aceptan a sí mismos en los aspectos positivos y negativos, con desempeño independiente en lo que están haciendo con la posibilidad de conservar y construir sueños y esperanzas.

En relación a los componentes de la inteligencia emocional de acuerdo al sexo, observamos capacidad emocional adecuada en los estudiantes varones y baja capacidad

emocional en las mujeres. Los hallazgos encontrados en ambos sexos reflejan capacidad emocional adecuada en los componentes manejo al estrés, es decir, el adolescente se controla y se mantiene firme en las situaciones de estrés y posterga sus impulsos para evitar las respuestas emocionales de ira, miedo, entre otras. Esto se debe, en gran medida, a la comprensión de sus sentimientos, comunicación asertiva, con valía para resolver los problemas cotidianos y desempeño independiente para afrontar positivamente los obstáculos, así como disposición para cambiar sus ideas si la evidencia le demuestra que están equivocados y que ameritan cambios en la tarea de la reconstrucción, con recursos para el afrontamiento, donde es capaz de adoptar un tipo diferente de criterio con el objetivo de sobrevivir, como meta importante.

Los varones también presentan capacidad emocional adecuada en los componentes intrapersonal y adaptabilidad, caracterizados por identificar la causa de sus emociones negativas, necesidades o deseos y resolver problemas empleando estrategias ante las exigencias que ocurren en este contexto. En este caso los varones tienen una formación técnica recibida en el colegio y su situación económica los lleva a trabajar antes de terminar el colegio, porque socialmente se espera, por eso se motivan con la confianza de alcanzar el éxito en las metas planteadas como es la supervivencia. Sin embargo, presentan baja capacidad emocional en la empatía y responsabilidad social, caracterizándose por pensar en su propio bien y no estar conectado con el bienestar del otro, con dificultad en el manejo de conflictos en el trato con los demás y experimentar desconfianza por algunos líderes o autoridades que no cumplieron, exigiendo compromiso y responsabilidad en sus promesas.

Los resultados plantean que tanto los hombres como mujeres presentan capacidad emocional baja en los componentes interpersonal y estado de ánimo en general. Se observó dificultad para entender cómo se sienten los otros a pesar que atraviesan semejante situación adversa. Y su estado afectivo es negativo, expresado en desgano, enojo por el hacinamiento, entre otros.

Se observó que la satisfacción de las necesidades básicas fue prioritaria, pasando a un segundo plano las demás necesidades, experimentando frustración e insatisfacción por la propia vida, siendo factor de riesgo para la depresión, así también dificultad en las relaciones interpersonales y en la capacidad de ser objetivo al evaluar su realidad.

Los resultados nos indican que presentan ánimo disminuido, preocupándose el futuro, caracterizándose por su desmotivación y pesimismo. Cabe afirmar que su estado afectivo es negativo por su situación precaria, aislamiento y abandono, desgano ante estas circunstancias adversas, con estado de insatisfacción e interpretación negativa y falta de confianza de poder lograr mejorar su calidad de vida. Sin embargo, algunos experimentan miedo como actitud prudente ante los continuos sismos que aún persisten, los varones presentan cierta actitud positiva y automotivación.

Los resultados nos permiten afirmar que las mujeres presentan además capacidad emocional baja en los componentes intrapersonal y adaptabilidad, a su vez se observa dificultad para observar su mundo interior y déficit para manejar sus emociones en esta situación adversa, así mismo trabajan en ventas o como empleadas del hogar, para cubrir sus necesidades primarias. Sin embargo, comparten el mismo estado emocional que los demás e integran a otras personas para

el bienestar común de la ciudad, propiciando la cohesión en el grupo y la identidad común, como una forma de vivir con los demás.

Los tres grupos según la edad (16, 17 y 18 años) presentan capacidad emocional baja, esto se reflejaría en las emociones intensas, como: angustia y confusión por la desinformación, cólera por la inadecuada distribución de la ayuda por las autoridades, a quienes se les observaba actuar de manera desarticulada, indignación por su condición de vida actual, pues siguen viviendo en situación precaria, además, apatía, síntomas psicossomáticos como cansancio, desgano, cefalea, dolor de estómago o insomnio. Sin embargo, mayor puntaje alcanzaron los adolescentes de 16 años, disminuyendo el puntaje a los 17 años e incrementándose ligeramente a los 18 años.

Al respecto Ugarriza en su investigación encontró que las habilidades emocionales que se aprenden se modifican a través de la vida, con tendencia a incrementarse en la adultez, Nijarion y cols. en sus hallazgos señalan que el sexo femenino, la edad avanzada y el bajo nivel educativo están asociados a baja capacidad emocional.

Los adolescentes de 16 años presentan capacidad emocional adecuada en los componentes: intrapersonal y manejo del estrés, presentan autonomía e iniciativa, emplean sus recursos para el afronte de la tragedia que están viviendo, asumiendo un rol activo y de autogestión, respondiendo de forma creativa ante lo sucedido, También, las actividades físicas y deportivas permitieron reforzar sus capacidades y canalizar sus energías y emociones a través del cuerpo, además del encuentro entre pares.

Sin embargo, presentan baja capacidad emocional en los componentes interpersonal, adaptabilidad y estado de

ánimo general, con exposición innecesaria al peligro ante el desorden, con afectos negativos del evento como depresión, también, los rumores o desorganización, la forma en que se repartió la ayuda sin fomentar el trabajo y activación de la población, los lleva a un clima de desconfianza y responden con falta de empatía, dificultando sus relaciones interpersonales, asumiendo actitudes fatalistas, buscando aliviar su dolor con la ingesta de licor, entre otras.

Los adolescentes de 17 y 18 años presentan capacidad emocional adecuada en el componente manejo del estrés. Se identifican con sus necesidades y recursos, lo que les lleva a una mejor disposición para afrontar los problemas complejos que supone la reconstrucción de sus vidas, con acciones orientadas a establecer prioridades y procurar el bienestar emocional, además, la búsqueda de medios para ganarse la vida en remoción de escombros, ventas, organización de ollas comunes, como posibles alternativas de afrontamiento a la tragedia que están viviendo, empleando recursos personales que les permitan alcanzar el éxito en las metas que se propongan.

Sin embargo, presentan baja capacidad emocional en los componentes: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo en general. Las consecuencias socioeconómicas de este evento repercuten en su bienestar emocional, experimentando indignación de su condición de vida actual de menos favorecidos, generando dificultades en las relaciones con los demás e inseguridad al convertirse en agente de su propio proceso de reconstrucción a pesar de sus recursos.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos en esta investigación, centrados

en los niveles de inteligencia emocional en adolescentes víctimas de un desastre natural, podemos realizar las siguientes consideraciones que son los puntos relevantes de los hallazgos:

- Los adolescentes presentan baja capacidad emocional general, específicamente en los componentes: interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo en general, que requiere el desarrollo de habilidades sociales que servirán de soporte para enfrentar esta situación de precariedad. Sin embargo, en los componentes intrapersonal y manejo del estrés presentan adecuada capacidad emocional.
- Se encuentra en el varón capacidad emocional adecuada dada por los componentes intrapersonal, adaptabilidad y manejo de estrés, sin embargo, presenta baja capacidad emocional en los componentes interpersonal y estado de ánimo en general. La mujer presenta baja capacidad emocional principalmente por los componentes intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo en general, sin embargo presenta adecuada capacidad emocional en el componente manejo del estrés.

RECOMENDACIONES

- Tomando en cuenta los resultados obtenidos se sugiere la realización de nuevas investigaciones en las poblaciones incluyendo otras variables en el campo de la salud mental, dada la crisis económica y social, por la que atraviesan.
- La escuela no solamente es importante en el aprendizaje de conocimientos sino también en el proceso de socialización y desarrollo integral de los educandos, de ahí la importancia de tomar en cuenta la propuesta pedagógica de la enseñanza

de la inteligencia emocional, como contenido transversal en el currículo, en las estrategias de enseñanza ejecutadas, dado que permitirá mejorar las relaciones interpersonales, es decir la formación de la inteligencia emocional en el alumno.

- La inteligencia emocional constituye un factor protector para atenuar el sufrimiento por sucesos que enfrenta el adolescente a causa del terremoto en la

ciudad de Pisco. Por lo tanto, debe considerarse el entrenamiento de habilidades emocionales en los programas del sector salud y educativo porque ayuda a proteger, educar y controlar la salud mental en estos estudiantes y crear una forma inteligente de sentir, incrementar el repertorio con estrategias de adaptación, asertividad, empatía, manejo de emociones negativas, entre otros.

REFERENCIAS

- Caballo, Vicente:** Psicología clínica y de la salud. Ed. Síntesis, España, 2004.
- Goleman, Daniel:** La inteligencia Emocional. Ed. Javier Vergara, Buenos Aires, 1996.
- Kaplan, Harold:** Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Panamericana, España, 1999.
- Mercado, Crichel:** Inteligencia Emocional en adolescentes Pre universitarios. Perú.
- Muratta, Raúl:** Rasgos de la Personalidad y su relación con la Inteligencia Emocional en alumnos del 5to año de secundaria. Perú, 2004.
- Paradigma:** Revista Psicológica de Actualización Profesional. Ed. Colegio de Psicólogos, Perú, 2001.
- Pomaseda, Claudia:** Inteligencia Emocional-Social y Síntomas depresivos en un grupo de adultos mayores del programa psicogeriatrico del hospital Rebagliati. Perú, 2003.
- Revista Peruana de Psicología:** Inteligencia Emocional. Ed. Colegio de Psicólogos, Perú, 2003.
- Torres, Guido:** Relación entre Depresión e Inteligencia Emocional en estudiantes del primer ciclo de la Universidad Andina de la ciudad del Cuzco. Perú, 2001.
- Ugarriza, Nelly:** Adaptación del inventario de cociente de inteligencia emocional de BarOn. Perú, 2001.
- Valles, Antonio:** Inteligencia emocional: Aplicaciones educativas. Ed. EOS, España, 2001.

**MUNICIPIOS SALUDABLES:
“UNA OPCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL Y DE LA SALUD”.
EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA DE AMBO - DEPARTAMENTO DE
HUÁNUCO.**

Daisy Soto Mory ¹

RESUMEN

Se evalúa el proceso de formulación e implementación de la Estrategia de Municipios Saludables como política pública en la provincia de Ambo, departamento de Huánuco, Perú, en el período 2003-2006. La decisión política manifestada por las autoridades municipales de la provincia de Ambo, y la Sociedad Civil acerca de la Política de Municipios Saludables fue importante para el desarrollo de la misma.

Palabras Clave: Política Pública, Municipios Saludables.

ABSTRACT

This paper evaluates the formulation and implementation processes of the Healthy Towns Strategy as public policy in Ambo, Huánuco, Perú, from 2003-2006. Politic decision taken by the local authorities and the people about the Healthy Towns Policy was important to assure its development.

Key Words: Public Policy, Healthy Towns.

¹ Psicóloga del Departamento de Promoción de la Salud del Hospital Hermilio Valdizán. Aspirante a Doctora en Ciencias de la Salud por la UNMSM. Docente de las Universidades Cesar Vallejo y Autónoma del Perú. Lima-Perú.

INTRODUCCIÓN

La Estrategia Europea Ciudades Saludables y los Municipios Saludables en América Latina, constituyen experiencias de desarrollo integral y de Salud Pública que buscan la creación y mejora de ambientes físicos y sociales, expandiendo de esta manera los recursos comunitarios que habilitan a la población en el desempeño de todas las funciones sociales (salud, educación, ciudadanía) para desarrollar su máximo potencial humano (OPS, 1997, 2005).

La estrategia surgió bajo el título de “Ciudades Saludables” en la década de los 70’s en Canadá, luego que diversos estudios identificaron la estrecha relación existente entre las formas de vida, los ambientes urbanos y los problemas de salud, dando especial importancia a “la ciudad” como escenario de las acciones de la salud pública. En 1987, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó el proyecto de “Ciudades Saludables” basándose en la doctrina de Promoción de la Salud de la Carta de Ottawa (OMS, 1986).

La ciudad o municipio saludable puede considerarse como un ecosistema que debe hallarse en equilibrio social, económico, ecológico y político. La acción social se da por la interacción de los diferentes actores sociales que tienen que ver con la salud y el desarrollo social: habitantes, gremios de producción, representantes del Estado, instituciones sociales, de atención médica, educativas (OPS, 2002) y demás actores que estén involucrados de una u otra manera en el mejoramiento del bienestar colectivo.

La estrategia de Municipios Saludables se apoya fuertemente en la alianza entre la sociedad civil y el estado que se expresa a través de la acción municipal, contribuyendo al fortalecimiento del bien

social y comunitario. La ejecución de esta política en el Perú es innovadora, pues promueve el empoderamiento, desarrollo de capacidades de las comunidades y municipios y forma parte de las políticas de prevención y promoción de la Salud (Buela y col, 2007), (Bobadilla y col 1998), (Colomar, 2001), (OPS, 1996).

La OPS define que promoción de la salud es el proceso de capacitar y empoderar a la población para que asuma el control y mejore los determinantes de la salud; involucra el desarrollo de políticas públicas saludables, la creación de un ambiente protector de la salud, reforzando la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y sociales, así como la reorientación de los servicios de salud (OPS, 1996).

ENFOQUES DE LA ESTRATEGIA MUNICIPIOS SALUDABLES

De acuerdo a esta concepción de Promoción de la Salud, existen cinco enfoques claves para el desarrollo de la estrategia de Municipios Saludables.

Liderazgo de la Autoridad Municipal: Para implementar todas aquellas acciones sobre los factores determinantes de la salud es imprescindible ubicar a ésta como prioridad de las políticas públicas. Sólo podrá ejecutarse la estrategia cuando el compromiso de la autoridad municipal con la propuesta sea de compromiso real (OPS, 2002).

Descentralización: Estrategia política destinada a desarrollar las capacidades de autogestión de los gobiernos locales, determinando un proceso de fuerte decisión política, en los ámbitos provincial, distrital y local.

Multisectorialidad: Es la integración de los distintos sectores del municipio y los diferentes actores de la comunidad en el

proceso de diagnóstico, planificación, ejecución y toma de decisiones (OPS, 1999).

Negociación, concertación y consenso:

La implementación de herramientas de negociación contribuye a crear una cultura del diálogo como modalidad de dirimir las diferencias, aportando un cambio positivo en las relaciones de poder.

Información y comunicación: El uso de la comunicación para la salud consiste en la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación orientados a generar participación de la comunidad compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública.

LÍNEAS DE ACCIÓN Y FASES

Las líneas de acción se dividen en cinco grandes temas que siguen las bases tanto conceptuales como operativas, y definen las acciones a desarrollar.

- Incorporar la salud en la agenda de gobierno.
- Impulsar la formulación e implementación en el ámbito local de políticas públicas saludables.
- Impulsar la participación comunitaria y capacidad ciudadana.
- Promover ambientes y estilos de vida saludables.
- Crear una estructura mínima que garantice la continuidad y facilite la gerencia de los proyectos.

Las fases comprenden cada uno de los aspectos a considerar en el proceso de construcción de un Municipio Saludable (OPS, 2005). Estas son:

- Declaración pública de compromiso del gobierno local para avanzar hacia la meta de ser un *Municipio Saludable*.

- Conformación y puesta en marcha de un Comité Intersectorial de Salud.
- Elaboración de un diagnóstico con la participación de los ciudadanos e instituciones locales.
- Puesta en marcha de un Plan de Salud consensuado, destacando los problemas locales priorizados, como la violencia, el maltrato infantil, la disfunción familiar (Abad, 2006, Dughi, 2000).
- Establecimiento de un sistema de monitoreo y evaluación en el ámbito local.

LA EXPERIENCIA EN AMBO - HUÁNUCO

La Estrategia de Municipios Saludables, constituye para la Provincia de Ambo - Huánuco una propuesta que cristaliza los principios de democracia y descentralización en la toma de decisiones para optimizar el uso y acceso de los servicios sociales para la población. Especialmente, constituye un impulso a la Promoción de la Salud, generando un proceso de búsqueda de las condiciones adecuadas para una vida sana en el contexto comunitario, logrando así la concertación de voluntades y recursos políticos, institucionales y comunitarios.

Este artículo, sistematiza el trabajo de muchas personas y organizaciones sociales que desde el año 2003 impulsaron la Estrategia Municipios Saludables en la Provincia de Ambo. Instituciones, organizaciones y otras estructuras sociales que dieron lugar al aprendizaje y práctica de estilos de vida y comportamientos saludables expresados en los resultados exitosos del I Concurso de Barrios y Comunidades Saludables en Ambo.

Asimismo es necesario un reconocimiento especial a la Municipalidad Provincial de Ambo, a Pathfinder International, ADRA Perú, a la Mesa Provincial de Concertación de Lucha Contra la Pobreza, y un profundo

agradecimiento a las instituciones y organizaciones de la Sociedad Civil, que participaron en el proceso, contribuyendo al desarrollo de la experiencia y la sistematización de la misma.

Es en este contexto que Municipios Saludables debe concebirse como una “idea-fuerza” para dinamizar la salud, parte integrante del desarrollo social, enfatizando los procesos y no sólo los resultados, apostando también a los cambios paulatinos de los estilos de vida, de toma de conciencia de la comunidad sobre sus derechos, deberes y al ejercicio de la participación creativa, respetuosa y honesta de la comunidad.

Las experiencias de los *Municipios Saludables* en Ambo se inició el año 2003 con la reestructuración de la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza (MCLCP) Provincial y la elaboración del Plan Estratégico de Desarrollo Concertado (PEDC), y con la firma de un convenio de cooperación con la ONG ADRA Perú, utilizando un enfoque de intersectorialidad, con diagnóstico, planificación y gestión participativa, adoptando el concepto de la salud como producto social.

Las fortalezas de esta estrategia han sido entre otros, el decidido apoyo del Gobierno Municipal, el proceso de apertura a la participación, creación y reconocimiento de las juntas vecinales, la alianza estratégica con la ONG ADRA, la planificación participativa, trabajo integrado y valores compartidos, los nuevos espacios de concertación social y posteriormente la conformación del equipo técnico de desarrollo local.

Este esfuerzo de los actores sociales, se fortaleció a partir de la incorporación del distrito de Ambo dentro de los 8 distritos pilotos de la Región Huánuco. Posteriormente la sensibilización y el fortalecimiento de capacidades

constituyeron elementos importantes para iniciar el proceso de implementación de la Estrategia, a través de las pasantías, talleres formativos, encuentros entre actores sociales interesados, abogacía, alianzas estratégicas y coordinación multisectorial.

Producto de esta sensibilización, empoderamiento e involucramiento de los actores sociales surge el “Concurso de Comunidades y Barrios saludable” con cuatro etapas bien definidas:

1. Socialización, sensibilización e inscripción
2. Organización y capacitación
3. Acompañamiento, asistencia técnica y monitoreo
4. Evaluación, premiación y seguimiento.

ANTECEDENTES DE LA ESTRATEGIA EN EL PERÚ

En América Latina, a partir del año 1991, la OPS empieza a impulsar la estrategia denominándola “Municipios Saludables”. A fines de la década del 90, el movimiento de Municipios Saludables comenzó a desarrollarse en Argentina, Ecuador, Chile, Brasil y Colombia (Colombia, 1997).

A comienzos del año 2000 con la creación de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, desde el Ministerio de Salud se impulsa la implementación de la Estrategia Municipios Saludables, como parte de la política de promoción de la salud con el apoyo de USAID. Esta política de salud conceptualmente se encuentra sistematizada en los Lineamientos y el Plan Nacional de Salud Mental vigentes (MINSA, 2004, 2006).

Partiendo de la experiencia inicial desarrollada en Cajamarca (2002-2003) es decir el proyecto “Construyendo Barrios Saludables”, se decide ampliar la experiencia en 7 regiones adicionales, entre las cuales se encontraba el

departamento de Huánuco, que fue seleccionado como sede piloto, focalizándose a su vez ocho provincias huanuqueñas, entre las cuales se encontraba Ambo, Huacar, Pillco Marca, Aucayacu, Hermilio Valdizán, Queropalca, Llata y Puerto Inca.

Así en esta segunda fase la Estrategia se desarrolló en primer lugar en Huánuco a través de la asistencia técnica de la ONG G y C en el año 2003 y a fines del mismo año se expande a Ucayali, en el 2004 se incluyen Junín y Ayacucho, concluyendo en el 2005 con la incorporación de San Martín, Cerro de Pasco y el Cusco.

Esta estrategia ha contribuido al logro de las siguientes normas Nacionales y Regionales:

1. Política del MINSA sobre "Descentralización de la Función Salud a nivel Local - Proyectos Pilotos", considera la Promoción de la Salud como función clave de la Atención Primaria de la Salud.
2. Ordenanza Regional N° 002-2007-CR-GRH, de la región Huánuco que aprueba la Certificación de Estándares Mínimos Regionales de Municipios Saludables.
3. Resolución Ejecutiva Regional No 115-2007 GRJ/PR de la Región Junín, donde se declara prioridad regional la promoción y cultura de la Salud, así como los estándares mínimos de los Municipios Saludables.

EJES TEMÁTICOS DE LA ESTRATEGIA EN AMBO

La Estrategia de Municipios Saludables en la Provincia de Ambo se fue implementando con el desarrollo de múltiples ejes temáticos, paralelos y complementarios, tal como se describe seguidamente.

ORGANIZACIÓN, PLANEAMIENTO Y GESTIÓN VECINAL

La carencia de resultados, y las grandes dificultades en el proceso del desarrollo social en nuestro país, entre otros, es también el resultado de una débil planificación estratégica, motivo por el cual se revierten presupuestos por incapacidad de gasto como en la Región Huánuco. Así, es frecuente encontrar una gestión ejerciendo su función a criterio personal o de su bancada, desconociendo las necesidades más sentidas de la población.

Sin embargo en los últimos 10 años los esfuerzos de planificación han dado sorprendentes resultados. En el marco de la estrategia Municipios Saludables, la Sociedad Civil organizada propuso un Plan Estratégico de Desarrollo Provincial (PEDP) al Gobierno Local que fue finalmente aceptado.

En un segundo momento, los distritos y centros poblados de Ambo elaboraron su Plan de Desarrollo Local de manera concertada, priorizando la ejecución de las obras de inversión orientadas a mejorar la salud y educación de su comunidad, optimizando los recursos comunitarios, generando una gran movilización y una cultura de mejoramiento urbano de la ciudad.

El proceso se inicia con una campaña de sensibilización para la participación comunitaria con el fin de planificar su desarrollo social, haciendo uso de los medios de comunicación masiva (radio) y convencionales. La construcción del PEDP se inicia con la formulación de la visión, los objetivos, los ejes temáticos, los proyectos y su priorización. La sistematización de la experiencia fue asesorada por la ONG ADRA Perú. El proceso de organización duró 3 meses y se desarrolló diversas actividades de

movilización social, concluyendo en un desfile general y acto protocolar con la entrega del PEDP al Alcalde Provincial y sus regidores.

Como estrategia de implementación de los proyectos del PEDP, se organizó el concurso de comunidades y barrios saludables con estándares de evaluación que parten de los ejes temáticos del Plan. Este proceso se reforzó con un premio en efectivo de 20,000 nuevos soles donados por la ONG Pathfinder International.

En este contexto la Visión al 2013 fue sistematizada de la siguiente manera: “La Provincia de Ambo, practica valores éticos y morales, su educación es de calidad y su población es saludable. El turismo está integrado al circuito regional gracias a su sistema vial óptimo, que a su vez integra toda la provincia. La agricultura está tecnificada y abastece al mercado regional y nacional, sus servicios básicos son de calidad al alcance de todos; su actividad empresarial es activa, dinámica y sostenible”.

SEGURIDAD CIUDADANA Y DEFENSA

Se entiende este eje como la capacidad de programar, organizar, dirigir y controlar las actividades relacionadas con la seguridad de los vecinos, a través de acciones de información, prevención, conciliación, vigilancia y rescate en casos de accidentes o catástrofes, para ello se organizó y acreditó Comités de Defensa Comunal en el caso de las comunidades y Comités de Defensa Barrial en los barrios, incorporando paralelamente a la Policía Nacional como institución amiga de la comunidad.

SERVICIOS BÁSICOS DE CALIDAD AL ALCANCE DE TODOS

Referido básicamente al servicio de agua, desagüe y luz, promoviendo el consumo de agua segura en los colegios, a través de implementación de bidones con agua clorada. A su vez en las comunidades se construyeron letrinas, siendo que la Municipalidad financió el asesoramiento técnico, puertas y techos y la comunidad aportó con mano de obra no calificada y otros accesorios.

Estos módulos sanitarios no eran simples silos, tenían un lavadero, ducha y el sistema de loza turca por arrastre, lo que permitía poner en práctica hábitos saludables de higiene y cuidados del medio ambiente. Respecto a electrificación, se organizó a las comunidades para priorizar en el presupuesto participativo el financiamiento de un expediente técnico para dotar de electricidad a 80 comunidades, quedando esta iniciativa aprobada, financiada y en proceso de implementación.

AMBIENTE VECINAL COMUNAL SALUDABLE

Orientado básicamente a la reforestación, construcción de parques, jardines, pasajes verdes, muros educativos, movilizaciones de la población promoviendo el cuidado del medio ambiente y de la salud, recojo de basura y limpieza de ríos.

POBLACIÓN SALUDABLE

Se buscó contribuir al logro de los indicadores de salud prioritarios como la desnutrición infantil, la mortalidad materna, saneamiento ambiental y cultura de paz (PERU, 1996), (OPS, 1996). Este trabajo en Salud Pública cobró relevancia en tanto el aporte multisectorial facilitó la implementación de Casas de Espera, constitución de comités de vigilancia,

promotores de salud, campañas de atención integral, implementación del sistema de referencia y contrarreferencia, servicios diferenciados para la atención a jóvenes y adolescentes, entre otros.

De esta manera se incrementó el número de partos institucionales, controles prenatales, campañas preventivas de violencia, manejo adecuado del programa Vaso de Leche y PANFAR, mayor control del Niño Sano y la implementación de Viviendas y Familias Saludables, cuyo objetivo era mejorar la calidad de vida del individuo y la familia a través de cultivo de hortalizas, pintado de fachadas, cocinas mejoradas, baños saludables, dormitorios seguros, patios saludables y el desarrollo de actividades productivas familiares.

En este mismo eje se implementó la estrategia Escuelas Saludables (OPS, 2002), con el asesoramiento técnico de la ONG Kallpa, quienes facilitaron la intervención en las instituciones educativas, posteriormente se trabajaron, las bibliotecas saludables, los espacios de consejería, los patios saludables, el agua segura, los tópicos, los espacios de lectura en el aula, todo ello con el fortalecimiento de capacidades en la comunidad educativa.

PARTICIPACIÓN VECINAL COMUNAL

Definimos la participación como el derecho y el deber de la comunidad para intervenir en las decisiones que la afectan. Como mecanismo social, se relaciona directamente con la calidad de las políticas, contribuyendo a la consolidación del sistema democrático. Así, la estrategia de *Municipios Saludables* es un nexo en la construcción de la ciudadanía puesto que ubica al ciudadano en un rol más activo y decisorio con respecto a los bienes de la población. Siendo parte activa, con voz y voto en el presupuesto participativo, rendición de cuentas, cabildos abiertos,

cogestión en la ejecución de obras, etc. (Vásquez, 2000, Sanabria 2001).

A manera de ejemplo de la participación comunal, describiremos las siguientes experiencias exitosas:

ASOCIACIÓN DE MUJERES TEJEDORAS DE CHACRA COLORADA

Estuvo integrada por 30 mujeres del barrio Chacra Colorada, inscritas en Registros Públicos como “Asociación de Mujeres Tejedoras del Barrio Chacra Colorada”; el objetivo de su asociación era generar empleo para mejorar la calidad de vida de las familias más pobres del barrio con la producción de prendas de vestir. Las socias eran madres de familia en condición de extrema pobreza. El 10% de sus ganancias era destinado para el mantenimiento y mejora del barrio.

Las socias con el propósito de mejorar su capacidad de venta promovieron una feria artesanal culinaria, donde además aprovecharon la asistencia de niños y mujeres de otros barrios para promover el cuidado de la salud integral incluyendo una campaña de atención integral de salud. Este tipo de actividades servía además para promover el turismo y generar más ingresos a la colectividad.

Es así, que este proyecto fue priorizado y formulado por los vecinos del barrio y en el marco de la experiencia Municipios Saludables, Pathfinder International, destinó un monto de 4,500.00 Nuevos Soles, para adquirir máquinas industriales.

TALLER ARTESANAL DEL BARRIO MILAGRITOS

La necesidad de implementar un Taller surge como una iniciativa para generar fuentes de trabajo basadas en fortalezas locales, integrado por socias con

experiencia en confección de prendas de vestir, en su mayoría migrantes, del departamento de Cerro de Pasco.

La zona es muy concurrida por centenas de personas que visitan a la imagen del Señor de los Milagros, ubicada en pleno corazón del barrio. Así en asamblea vecinal se priorizó y formuló este proyecto, siendo financiado con el monto de 3,750.00 Nuevos Soles. Las socias destinaron el 10% para el mantenimiento y mejora del taller y/o el barrio y el 90% destinado para la alimentación y educación de sus hijos.

FERIAS ARTESANALES Y AGROPECUARIAS

Las Ferias son mercados de venta directa del productor al consumidor. Rompen el circuito de distribución establecido por los intermediarios tanto en la distribución como en la comercialización, favoreciendo tanto a productores como a consumidores, con un acceso más económico a los productos, generando ahorro real. En la actualidad existen las ferias dominicales en el Malecón Huertas que agrupan a 250 productores. Esta experiencia ha dado buenos resultados y ha recibido apoyo, tanto de la Municipalidad como de los gremios locales.

MESA DE CONCERTACIÓN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA (MCLCP)

El 23 de Marzo del año 2003, con la participación de la sociedad civil, el gobierno local, las instituciones públicas y privadas, la iglesia, y las ONG, con el objetivo de implementar la estrategia de Municipios Saludables en la provincia de Ambo, se reinstala la MCLCP, convocada por la Oficina de Promoción de la Salud de la Red de Salud Ambo, a cargo de la Psicóloga Daisy Soto Mory. Este fue el punto de partida de un importante cambio para la provincia.

El Comité Ejecutivo de la Mesa quedó integrado por:

- 2 representantes de la municipalidad.
- 1 representante de la sub prefectura.
- 2 representantes del sector salud.
- 2 representantes del sector educación.
- 1 representante de agricultura.
- 1 representante de la iglesia.
- 1 representante de la PNP.
- 2 representantes de la sociedad civil
- 1 representante de las ONGs.
- 2 representantes de los centros poblados.
- 1 representante de las comunidades; y
- 2 representantes de las organizaciones sociales de base.

El Comité Ejecutivo asumió una labor nunca antes vista en el distrito, “Juntos Gobierno Local, Sociedad Civil” decidiendo por el desarrollo de la provincia, con el lema “Unidos por un Ambo Saludable”. Las actividades se iniciaron con la elaboración del Plan Estratégico, luego el Presupuesto Participativo, impulso del proceso de transferencia de PRONAA y FONCODES al Gobierno Local. Estos nuevos procesos, nos permitieron insertar el tema de salud en la agenda pública provincial y distrital.

Una gran tarea para la mesa fue implementar la Estrategia Municipios Saludables propiamente dicha en el marco de implementación del PEDC, para la cual contamos con recursos que anteriormente no existían. En los años 2004 al 2006 se contó con 20,000 nuevos soles asignados por el gobierno local para la Estrategia Municipios Saludables, además de un Diplomado en la Pontificia Universidad Católica, auspiciado por el gobierno municipal y la ONG Pathfinder International, para 50 profesionales comprometidos en el tema.

CONCURSOS DE BARRIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

Los concursos fueron, sin lugar a dudas, las experiencias más exitosas. En la primera etapa participaron 12 comunidades y en la segunda 15. Los premios fueron orientados para implementar proyectos de salud en cada una de las comunidades, asignados por Pathfinder para la primera etapa y por la municipalidad en la segunda etapa. Los estándares de evaluación nos permitían identificar además del ganador, las debilidades de la estrategia, orientando mejor el proceso de monitoreo y acompañamiento.

Fue impresionante participar del entusiasmo y compromiso de la comunidad para mejorar su calidad de vida, donde hombres y mujeres se reunían y pese a ser un proceso nuevo y a veces complejo planteaban sus proyectos, los priorizaban y formulaban, luego se dirigían a la Municipalidad, ONG o Gobierno Regional para conseguir el financiamiento del proyecto, asumiendo la comunidad el 50% del total de la inversión, en mano de obra no calificada.

FORMACIÓN DE LA COMISIÓN HACIA UN MUNICIPIO SALUDABLE

La Comisión de Municipios Saludables estuvo compuesta por un grupo de personas e instituciones con alta sensibilidad social dispuestas a trabajar conjuntamente con las autoridades locales, (el alcalde, los regidores y los funcionarios del gobierno local y regional) para dar solución a los problemas de salud en la localidad.

La Comisión estuvo compuesta por:

- El alcalde y un regidor
- El sub prefecto
- El Director de la Red de Salud y un representante

- El Director de la UGEL y un representante
- El Director de la Oficina de Agricultura
- El Párroco
- El Comisario o responsable de la Comisaría PNP
- Líderes de Sociedad Civil (Zona Urbana y Rural)
- Representantes de las ONGs

LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE AVANCES

Fueron reuniones de trabajo donde se brindaba información y capacitación a los integrantes de la MCLCP, los participantes del concurso y a la ciudadanía en general. La metodología de dichos talleres consistió en exposiciones orales con apoyo de material visual, discusión y análisis en grupos, socialización de avances y elaboración de planes de trabajo. Para participar de ellos se tenía que contar con una invitación formal firmada por el alcalde y la MCLCP.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS

Se desarrolló a través de estándares construidos en talleres concertados para cada sector y para cada comunidad. Los concursos, nos permitieron evaluar a los participantes y calificar al ganador.

- La evaluación debía basarse en el análisis del contexto donde se ejecutaba el proyecto. Los indicadores se construirían a partir de los objetivos propuestos en el plan o los ejes temáticos
- La evaluación era participativa.
- Los criterios de evaluación fueron tanto cualitativos como cuantitativos.
- La evaluación de los procesos de la comunidad se realizaron bajo enfoques multidisciplinarios.

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Constituyen las normas administrativas o legales establecidas por el gobierno local y que surgen de las necesidades de la población. Fueron expuestas en los talleres y estaban orientadas a mejorar la convivencia, la salud ambiental y la salud mental.

CONCLUSIONES

- El movimiento Municipios Saludables, con su énfasis en el poder de decisión de las comunidades y el fortalecimiento de las estructuras democráticas de toma de decisiones, ha permitido incidir en la acción y el desarrollo de políticas públicas para abordar los múltiples factores determinantes de la salud y del desarrollo social.
- El punto más importante para avanzar en la construcción de la Estrategia Municipios Saludables fue sensibilizar y empoderar al alcalde (OPS, 2002, 2005), como una forma de hacer políticas a favor de la comunidad, generando un valor público de salud y desarrollo social, la misma que a su vez generó aceptación de la gestión municipal y mejoró la calidad de vida de la población.
- La Dirección General de Promoción de la Salud a través de la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria está implementando en todo el país el Programa de Municipios y Comunidades Saludables, sensibilizando a los municipios, desarrollando diagnósticos participativos que ayuden a identificar problemas y necesidades de salud para incorporarlos a la agenda municipal, y generar proyectos municipales con acciones de promoción de la salud en alimentación saludable, actividad física, seguridad vial, cultura de buen trato, salud materno infantil, prevención de enfermedades transmisibles, así como otras acciones de desarrollo social, tal como hemos descrito en la experiencia de la Provincia de Ambo.
- El avance de esta estrategia ha devenido en la conformación de la Red de Municipios y Comunidades Saludables a nivel nacional como un espacio de coordinación y apoyo mutuo que permite a las municipalidades desarrollar proyectos, programas y políticas públicas saludables orientadas a mejorar la calidad de vida de la población, propiciada por el Ministerio de Salud con el apoyo de la OPS/OMS. La Red Nacional, actualmente está integrada por 753 municipios adheridos a 22 redes regionales.
- Finalmente, para el período 2008-2009, la actual Junta Directiva de la Red Nacional presidida por el Dr. Alberto Tejada Noriega, Alcalde de San Borja, ha aprobado el Plan de Acción 2008-2009, cuyo objetivo general es: Consolidar la Red de Municipios y Comunidades Saludables del Perú, fortaleciendo las Redes Regionales a través de la articulación intersectorial, que facilite la implementación de Políticas Públicas y Proyectos Saludables con enfoque de desarrollo humano.

REFERENCIAS

- Abad, Miguel:** Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes. GTZ. OPS, 2006.
- Bobadilla, Percy; Del Aguila Rodríguez, Luis; De la Luz Morgan, María:** Diseño y Evaluación de Proyectos de Desarrollo. USAID. Pact. 1998.
- Buela Casal, Gualberto; Fernández Ríos, Luis; Carrasco Jiménez:** Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Ediciones Pirámide, 1997.
- Colomer, C; Álvarez Dardet, C:** Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Masson, 2001.
- Dughi Pilar M; Macher Enrique; Mendoza Alfonso; Núñez Carlos:** Salud Mental Infancia y familia. UNICEF /IEP, 2000.
- Ministerio de Salud de Colombia Dirección de Promoción de la Salud:** Municipios Saludables por la paz. Marco de Referencia para su implementación en el país, 1997.
- MINSA:** Lineamientos para la acción en salud mental Ministerio de Salud. Perú, 2004.
- MINSA Dirección General de Salud de las personas. Dirección de Salud Mental:** Plan Nacional de Salud Mental, 2006.
- OMS:** Carta de Ottawa, Canadá. 1986.
- OPS:** Municipios y Comunidades Saludables-Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. Washington, 2005.
- OPS:** Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la Evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas. Serie Promoción de la Salud N° 7. Washington 2005, ISBN 92 75 12575 9.
- OPS:** Escuelas Promotoras de la Salud: La Experiencia Centroamericana. Serie Promoción de la Salud N° 1. Washington 2002, ISBN 92 75 32394 1.
- OPS:** Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. Washington 2002, ISBN 92 75 12414 0.
- OPS:** Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud. PALTEX No. 41. Washington 1999, ISBN 92 75 32259 7.
- OPS/OMS:** Municipios Saludables. Serie Comunicación para la salud, N° 11, Washington 1997.
- OPS/OMS:** Municipios Saludables: una estrategia para la promoción de la salud en América Latina, Washington. Centro de Estudios Municipales Heriberto Jara, CESEM. México, 1996.
- Presidencia de la República del Perú:** Plan Nacional de acción por la Infancia 1996-2000.
- Restrepo H E, Málaga H:** Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá, Editorial Médica Panamericana, 2001.
- Sanabria Ramos, Giselda y Benavides López, Maryeline:** Evaluación del movimiento de municipios por la salud: Playa, *Rev Cubana Salud Pública*. [online]. abr.-jun. 2003, vol.29, N° 2
- Vásquez H, Enrique; Aramburú, Carlos; Figueroa Carlos; Parodi Carlos:** Gerencia Social diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales. Universidad del Pacífico, Lima, 2000.
- Ministerio de Educación. Fundación Bernard Van Leer:** Modelo Sistémico de evaluación, 2000.

NUEVAS APROXIMACIONES A LOS ENSAYOS CLÍNICOS: EL ESTUDIO STAR*D

Aitor Castillo ¹

RESUMEN

En los últimos años el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América ha implementado y financiado protocolos de investigación psicofarmacológicos que intentan reflejar las prácticas habituales de los clínicos. El estudio “Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression” (STAR*D) emplea tratamientos secuenciales para pacientes con depresión mayor que no logran alcanzar la remisión con la monoterapia a base de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. No más del 30% de los pacientes alcanzaron la remisión en el primer nivel de tratamiento. Las estrategias de cambiar o aumentar antidepresivos logró por igual la remisión de un porcentaje inferior de pacientes. Más allá de eso no es mucho lo que se pudo obtener. En este artículo se analizan los resultados del estudio STAR*D teniendo en cuenta algunos aspectos metodológicos.

Palabras Clave: Depresión Mayor, Remisión, Estudio STAR*D, Estrategias Antidepresivas

ABSTRACT

In the last few years the National Institute of Mental Health of the United States of America has implemented some new approaches to psychopharmacological research in order to reflect the real-world clinical scenario. The “Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression” study (STAR*D) designed progressive antidepressant treatments to improve patients that did not reach clinical remission with the first selective serotonin reuptake inhibitor administered. No more than 30% of patients got remission at the first level of treatment. Switching or augmentation both improved the clinical status of patients. Further pharmacological attempts did not significantly change the low rate of remission. In this paper STAR*D results are analyzed including some methodological issues.

Key Words: Major Depression, Remission, STAR*D Study, Antidepressant Strategies.

¹Doctor en Medicina

Departamento Académico de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Instituto Nacional de Salud Mental

INTRODUCCIÓN

Recientemente, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América (NIMH) ha financiado 2 estudios que pueden ayudar a evaluar algunas estrategias de combinación de fármacos en condiciones resistentes. El primero de esos estudios es el llamado STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) aplicado a pacientes con depresión unipolar. El otro estudio se ha denominado STEP-BD (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) administrado a pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar. Desafortunadamente, las conclusiones que pueden derivarse de ambos estudios son limitadas por la ausencia de grupos placebo y por la tendencia general de las comparaciones abiertas y usualmente no randomizadas a mostrar resultados semejantes a través de los grupos de tratamiento. Además estos estudios asignaron a los pacientes a los brazos de tratamientos sin mayor consideración al perfil sintomatológico o la presencia de otros datos relevantes en el historial clínico.

La idea detrás de estos estudios es conducir ensayos grandes que remedien lo que ocurre en la práctica real de la psiquiatría. Hay que saludar estas iniciativas del NIMH porque debemos recordar que la mayoría de los ensayos clínicos financiados por la industria tienen una meta común: hacer que sus fármacos aparezcan buenos de manera que sean aprobados por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América y prescritos por los médicos. Es pues frecuente encontrar diseños metodológicos que favorezcan al fármaco financiado por determinado laboratorio (Castillo 2008). Por ejemplo, evitar comparar al nuevo fármaco con otro medicamento sino, más bien, hacerlo frente a un placebo. Las posibilidades son

altas de que el fármaco en cuestión le gane al placebo. Asimismo, fijar criterios de exclusión que eviten el reclutamiento de pacientes difíciles (p.e. resistentes a tratamientos previos, comorbilidades, abuso de sustancias, etc.). Estas desviaciones han llevado a la aprobación de muchos fármacos que enfrentan tropiezos cuando son empleados en la práctica cotidiana de los clínicos.

ESTUDIO STAR*D

El estudio STAR*D sólo excluyó a pacientes con depresión bipolar, psicosis, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de la alimentación primarios. Así, se reclutaron pacientes con las siguientes características promedio: seis episodios previos de depresión mayor, sintomatología depresiva de 2 años de duración, episodios recurrentes durante los últimos 15 años, un mínimo de 3 condiciones médicas comórbidas y nivel educacional no universitario. Quizás ahora los investigadores se hayan ido al otro extremo y debamos preguntarnos si este es el tipo de paciente que nosotros vemos habitualmente en nuestra práctica.

Es evidente que en nuestra consulta no damos placebos a los pacientes y les decimos qué medicina tomarán y en qué dosis. Por eso, el estudio STAR*D no es un típico ensayo doble ciego comparado con placebo (Rush et al 2004). Los pacientes fueron evaluados cada 2-4 semanas. Los laboratorios dieron sus productos de marca y sugirieron la dosificación de los mismos.

Fueron enrolados 4041 pacientes, distribuidos en 18 centros de atención primaria y 23 centros psiquiátricos de los Estados Unidos de América, a los que se les prescribió citalopram (Celexa), asumiendo que la mayoría de los psiquiatras y médicos generales usan un ISRS como primera opción. Citalopram,

además, tiene mínimas interacciones droga-droga y un perfil de tolerabilidad favorable.

Los clínicos buscaban la remisión de los pacientes (HAM-D menor o igual a 7) y si ello no ocurría o aparecían eventos adversos intolerables, el paciente era cambiado a otras opciones de tratamientos protocolizados. El tiempo promedio de tratamiento con monoterapia de citalopram fue 10 semanas con una dosis máxima permitida de 60 mg/día. Esto se consideró el nivel I de tratamiento.

El nivel II ofrecía 2 opciones:

- a. Cambiar a venlafaxina (Effexor XR), bupropion (Wellbutrin SR), sertralina (Zoloft) o terapia cognitiva.
- b. Aumentar con bupropion (Buspar), bupropion (Wellbutrin SR) o terapia cognitiva.

El nivel III ofrecía también 2 opciones si el paciente no había remitido en el nivel anterior:

- a. Cambiar a mirtazapina (Remeron) o nortriptilina.
- b. Aumentar con litio o triyodotironina (Cytomel).

Finalmente, si el paciente no lograba la remisión en el nivel III tenía la posibilidad de cambiar a tranilcipromina (Parnate) o la combinación mirtazapina / venlafaxina (Remeron / Effexor XR). Esto se consideraba el nivel IV y último de tratamiento.

RESULTADOS

La tasa de remisión con citalopram (a una dosis promedio de 40 mg/día) en el nivel I fue 30%.

Los pacientes tardaron, en promedio, 7 semanas en alcanzar la remisión (Triverdi et al 2006a).

En el nivel II, opción a., después de un promedio de 8 semanas, la remisión con venlafaxina fue 25%, con bupropion fue 21% y con sertralina fue 18%. La diferencia no fue estadísticamente significativa.

En el nivel II, opción b., el aumento con bupropion produjo una tasa de remisión de 30% y el aumento con bupropion alcanzó el mismo porcentaje (Rush et al 2006; Triverdi et al 2006b).

En el nivel III, opción a., mirtazapina y nortriptilina sólo produjeron una remisión en el 8% de pacientes cada una.

En el nivel III, opción b., la tasa de remisión al aumentar con litio fue 16% y al aumentar con triyodotironina fue 25% sin que se viera una diferencia estadísticamente significativa. La hormona fue mejor tolerada que litio (Nierenberg et al 2006).

En el nivel IV, el cambio a tranilcipromina produjo una remisión de 13% al igual que la tasa alcanzada por la combinación mirtazapina / venlafaxina. La combinación fue mejor tolerada que la monoterapia con el IMAO. Puede resultar interesante apuntar que la dosis promedio de mirtazapina fue 36 mg/día y la de venlafaxina fue 210 mg/día para la combinación (McGrath et al 2006).

COMENTARIOS

El primer comentario que surge está en relación con el magro 30% de remisión que se alcanzó con la monoterapia de citalopram. En los ensayos clínicos típicos con antidepresivos el porcentaje de remisión está entre el 30% y 40%, ciertamente algo mejor pero hay que tener en cuenta que en esos ensayos los criterios de exclusión son estrictos y la población enrolada es menos complicada.

El cambio a otros antidepresivos permitió a un más reducido porcentaje de pacientes alcanzar la remisión (18% con sertralina, 21% con bupropion, 25% con venlafaxina). A simple vista parece que venlafaxina se distancia interesantemente del inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina a pesar de que estadísticamente hablando no hay diferencias. Esto trae a la memoria un meta-análisis reciente (Thase et al 2001) en el cual se concluye que venlafaxina es superior a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, particularmente a fluoxetina en alcanzar la remisión.

Sin embargo, en general diera la impresión que, al final, el mecanismo de acción diferente de estos 3 antidepresivos no es clínicamente significativo. Así, sertralina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; bupropion bloquea la recaptación de noradrenalina y dopamina; venlafaxina bloquea la recaptación de serotonina y noradrenalina. No obstante, en relación a esto hay que señalar que sertralina tiene una respetable capacidad de incrementar los niveles de dopamina, aún mayor que la de bupropion, y venlafaxina es 120 veces más potente para incrementar los niveles de serotonina que los de noradrenalina, necesitándose dosis superiores a 200 mg/día para que este último neurotransmisor entre en juego (Carlat 2006; Schatzberg et al 2007), así que una mirada más en detalle sobre este tópico alimenta el debate. Por otra parte, cada vez hay más evidencias que son mecanismos más íntimos y alejados del neurotransmisor los que fundamentan la farmacodinámica de los antidepresivos (Castillo 2001).

Es tentador, asimismo, afirmar que la estrategia de aumentar citalopram con bupropion o bupiriona da mejores resultados que el cambio de antidepresivos (tasas de remisión en el orden de 30% con el aumento). Desafortunadamente, no se puede validar esta aseveración porque los

pacientes tuvieron la oportunidad de escoger si iban al cambio o al aumento, de manera que esto introdujo un sesgo metodológico que no permite comparar los grupos de tratamiento. De todas maneras, no deja de llamar la atención el rendimiento de bupiriona, la cual en varios ensayos previos demostró no ser útil como droga de aumento en pacientes con depresión refractaria. A la luz del estudio STAR*D algunos investigadores piensan que en los trabajos anteriores con bupiriona hubo errores metodológicos que impidieron detectar diferencias con el placebo.

Después de que ha fallado la segunda estrategia, la siguiente opción es tratar a los pacientes con mirtazapina o nortriptilina. Lo que se puede ganar en términos de remisión es muy pobre con cada fármaco (8%). Tampoco hubo diferencias en cuanto a la presencia de eventos adversos (Fava et al 2006). Podría, entonces, afirmarse que la monoterapia con antidepresivos no ensayados en niveles previos tiene poco que ofrecer a un paciente que se muestra refractario.

La otra posibilidad es aumentar con litio u hormona tiroidea. En el estudio STAR*D la dosis promedio de litio fue 860 mg/día con un nivel sérico promedio de 0.6 mEq/L. La dosis promedio de triyodotironina fue 45 microgramos/día. Ambos fármacos han sido ensayados en múltiples estrategias para tratar pacientes con depresión refractaria con resultados más o menos auspiciosos y en el rango de dosis empleados en el estudio STAR*D (Iosifescu 2006; Fava et al, 1994). De acuerdo al estudio STAR*D, no parece haber mayor diferencia entre el catión y la hormona con porcentajes pobres de remisión; sin embargo, 23% de los pacientes abandonaron el tratamiento con litio versus 10% con triyodotironina ($p < 0.05$). (Nierenberg et al 2006).

Cuando un paciente no ha logrado la remisión después de 3 opciones diferentes y secuenciales de tratamientos antidepressivos da la impresión que las posibilidades de ayuda se acaban. Combinar mirtazapina con venlafaxina impresiona como una estrategia sumamente poderosa en teoría ya que se reclutan hasta 5 mecanismos de acción: bloqueo de autorreceptores alfa-2, bloqueo de heterorreceptores alfa-2, bloqueo del receptor de serotonina-2, bloqueo del transportador de serotonina y bloqueo del transportador de noradrenalina. Sin embargo, en el estudio STAR*D esta combinación sólo rescató al 8% de pacientes de las garras de la depresión. La otra medida fuerte, cambiar a un inhibidor de la monoamino-oxidasa, tampoco sirvió de mucho. El único consuelo es que la combinación es bien tolerada y no requiere de sacrificios dietéticos (McGrath et al 2006). En los pacientes que eligieron como opción la terapia cognitiva, sea ésta en la forma de cambio o de aumento, no se vio ninguna ventaja y, más bien, el aumento con otro antidepressivo funcionó más rápido que el aumento con terapia cognitiva (Thase et al 2007). Hay que señalar que fueron pocos los pacientes que escogieron esta opción, quizás porque las sesiones de psicoterapia implicaban un pago por parte

del paciente y todos ya venían de recibir medicamentos.

REFLEXIÓN FINAL

El tratamiento de la depresión unipolar debe ser enérgico, lo que quiere decir dosis altas por lo menos durante 8 semanas. Si un paciente no logra la remisión después de 2 estrategias, las posibilidades de alcanzarla con un tercer o cuarto curso son escasas. Después de un primer intento fallido, parece razonable aumentar otro antidepressivo si hasta entonces se ha logrado cierto beneficio con el primero.

El propósito de llevar el tratamiento antidepressivo hasta los niveles de remisión sintomatológica parece bien sustentado (Thase & Ninan 2002); sin embargo, vale la pena considerar que una gran proporción de pacientes no alcanzarán esa meta y eso puede enajenarlos en el sentido de no apreciar niveles de respuesta que, no siendo ideales, signifiquen un alivio clínico importante. El médico debe reconocer que todavía estamos lejos de identificar posibles diferentes subtipos de trastorno depresivo mayor que pudiera ayudar a plantear estrategias de tratamiento más específicas. En este sentido, la nosología psiquiátrica todavía es inmadura.

REFERENCIAS

- Carlat D:** The Carlat Psychiatry Report, 2006, 4: 1-2.
- Castillo A:** Temas en Psiquiatría. Cimagraf, Lima, 2008, pp 191-192.
- Castillo A:** Antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos: mito y realidad. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* 2001, 1: 36-39.
- Fava M, Rush J, Wisniewski S, et al:** A comparison of mirtazapine and nortriptyline following two consecutive failed medication treatments for depressed outpatients: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006, 163: 1161-1172.
- Fava M, Rossenbaum J, McGrath P, et al:** Lithium and tricyclic augmentation of fluoxetine treatment for resistant major depression: a double-blind, controlled study. *Am J Psychiatry* 1994, 151: 1372-1374.
- Iosifescu D:** Supercharge antidepressants by adding thyroid hormones. *Current Psychiatry* 2006, 5: 15-20.
- McGrath P, Stewart J, Fava M, et al:** Tranylcypromine versus venlafaxine plus mirtazapine following three failed antidepressant medication trials for depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006, 163: 1531-1541.
- Nierenberg A, Fava M, Triverdi M, et al:** A comparison of lithium and T3 augmentation following two failed medication treatments for depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006, 163:1519-1530.
- Rush J, Triverdi M, Wisniewski S, et al:** Bupropion SR, sertraline, or venlafaxine XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006, 354: 1231-1242.
- Rush J, Fava M, Wisniewski S, et al:** Sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D): rationale and design. *Control Clin Trials* 2004, 25: 119-142.
- Schatzberg A, Cole J, DeBattista C:** Manual of Clinical Psychopharmacology. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2007, pp 49.
- Thase M, Friedman E, Biggs M, et al:** Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2007, 164: 739-752.
- Thase M, Ninan P:** New goals in the treatment of depression: moving toward recovery. *Psychopharmacol Bull* 2002, 36: 24-35.
- Thase M, Entsuah A, Rudolph R:** Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *Br J Psychiatry* 2001, 178: 234-241.
- Triverdi M, Rush J, Wisniewski S, et al:** Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006, 163: 28-40.
- Triverdi M, Fava M, Wisniewski S, et al:** Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006, 354: 1243-1252.

ACERCA DE LA GENÉTICA DEL ALCOHOLISMO

Héctor M. León Castro ¹

RESUMEN

Se realiza una revisión actualizada de los factores biogenéticos considerados relevantes en la etiología del alcoholismo. En este sentido se exponen los resultados de recientes estudios genéticos que sustentan una sugestiva relación neurobiológica entre los receptores D2 y el alcoholismo de tipo severo. La común idea de que el alcoholismo posee una naturaleza familiar ha sido aceptada en la práctica por centurias. Sin embargo, determinaciones ambientales socio-familiares no pueden trasladarse directamente a la herencia, pues la gran dificultad metodológica consiste en diferenciar adecuadamente las variables ambientales de las genéticas.

En las últimas décadas se han producido importantes avances en la biología molecular y la genética clínica, permitiendo desarrollar nuevas hipótesis biológicas sobre las enfermedades humanas. Así, en 1990, el Dr. Kenneth Blum y su equipo de investigación, documentaron por primera vez una importante asociación entre el alelo A1 del DRD2 (Gen del receptor D2), y un tipo específico de alcoholismo, el de consumo severo. En realidad, aún cuando se reconoce en la génesis del alcoholismo una profunda interacción entre los factores ambientales y los hereditarios, este último descubrimiento parece indicar que en las formas severas habría un fuerte componente genético.

Palabras Clave: Psiquiatría Genética, Neurobiología, Alcoholismo.

ABSTRACT

This paper reviews recent developments in the evaluation of genetic factors in alcoholism, presenting the results of family, twin, and adoption studies concerning this relationship and recent studies that suggest the relationship between D2 Dopamine receptor (DRD2) and alcoholism. The concept that alcoholism is familiar has been accepted for centuries; however, environmental and socio-familiar factors are not transferred directly to inheritance. Advances in molecular biology have provided means for some of the most exciting discoveries in the history of medicine. The identification of specific genes that modify the development and expression of alcoholism presents a complex challenge for psychiatry genetics.

Key Words: Psychiatry genetics, Genetics, Alcoholism.

¹Doctor en Psiquiatría por la Universidad Federal de Río de Janeiro.
Jefe del Departamento de Salud Mental de Adultos y Gerontes del Hospital Hermilio Valdizán.

Docente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Ricardo Palma y Universidad Privada San Juan Bautista.

GENÉTICA Y GENOMA HUMANO

El rápido desarrollo de la genética molecular, como bien se sabe, ha tornado a la genética clínica en uno de los campos de más rápido crecimiento. Gran parte del mencionado progreso ha surgido de las aplicaciones clínicas desarrolladas a partir del Proyecto del Genoma Humano (PGH).

El proyecto del Genoma Humano fue fundado oficialmente en 1990 por el Departamento de Energía y los Institutos de la Salud de los Estados Unidos, con un plazo de realización de 15 años. Debido a la amplia colaboración internacional, a los avances en el campo de la genómica y la informática, un borrador inicial del PGH fue terminado en el año 2000. El consorcio científico estuvo compuesto por 20 centros de investigación de 6 países a saber: China, Francia, Alemania, Japón, Reino Unido y Estados Unidos. (Science, 2001).

En febrero de 2001, el Human Genome Research Institute y Celera Genomics publicaron, simultáneamente, la secuenciación del genoma humano (en Nature y Science, respectivamente). Seguidamente en abril de 2004, se crea un catálogo de aproximadamente el 75% de los genes que se cree posee el genoma humano, es decir 23,000 genes aproximadamente. Este catálogo, Human Full-Length Complementary-DNA Annotation Invitational Database, ha sido elaborado por un equipo internacional liderado por el Dr. Takashi Gojobori.

Los resultados preliminares y más generales del PGH nos indican que los cromosomas más densos (con más genes que codifican proteínas) son el 17, 19 y el 22. Los cromosomas X, Y, 4, 18 y 23 son los que poseen menos genes. El equipo de Celera Genomics utilizó para secuenciar el genoma humano muestras de ADN de tres mujeres y dos hombres (un afroamericano,

un chino, un asiático, un hispanomexicano y un caucásico). El equipo de Celera utilizó DNA perteneciente a doce personas. En este contexto, cada persona analizada comparte un 99,99 por ciento del mismo código genético con el resto de los seres humanos.

Sólo una de cada 1,250 bases distingue a una persona de otra. Hasta ahora se han encontrado 223 genes humanos que resultan similares a los genes bacterianos. Sólo un 5% del genoma codifica proteínas. A su vez, el 25% del genoma humano está casi desierto, existiendo largos espacios sin secuencias génicas entre un gen y otro.

Se calcula que existen unas 250,000 a 300,000 proteínas distintas. Por tanto cada gen podría estar implicado, en promedio, en la síntesis de unas diez proteínas. Algo más del 35% del genoma contiene secuencias repetidas, lo que se conoce como ADN basura. Se ha identificado un número muy elevado de pequeñas variaciones en los genes que se conocen como polimorfismos de nucleótidos únicos, SNPs, de su acrónimo inglés.

Así, Celera ha encontrado 2.1 millones de SNPs en el genoma y el Consorcio 1.4 millones. La mayoría de estos polimorfismos no tienen un efecto clínico concreto, pero de ellos depende, por ejemplo, el que una persona sea sensible o no a un determinado fármaco y la predisposición a sufrir una determinada enfermedad. La gran magnitud de la información a manejar se incrementa teniendo en cuenta que para llegar a reconocer dónde comienzan y terminan los genes e identificar sus exones, intrones y secuencias reguladoras se requieren comparaciones entre secuencias de diversas especies, es decir, se hace necesario el desarrollo de la genómica comparativa.

Debe resaltarse que otra área que se ha desarrollado con los avances de la genética y en especial con el PGH es la hoy llamada **Antropología Genética**. A mediados de la década del 80, Allan Wilson y col de la Universidad de California utilizaron ADN mitocondrial (mt) para ubicar el hogar ancestral de la humanidad. Compararon el ADN mt de mujeres de todo el mundo y encontraron que aquellas de ascendencia africana mostraban el doble de diversidad que sus congéneres de otras latitudes.

Hoy día los científicos calculan que todos los seres humanos estamos emparentados con una Eva mitocondrial que vivió hace 150,000 años en el África. Posteriormente, de acuerdo a esta teoría prometedor, se le uniría un Adán cromosoma Y. Tales marcadores de ADN ancestral se presentan en poblaciones de bosquimanos del sur de África y los Hadzabe de Tanzania, quienes serían los descendientes de los primeros pobladores de nuestro planeta.

Esto hace de los bosquimanos la comunidad más antigua que habita el planeta, ya que a más divergencia genética mitocondrial se connota más tiempo de evolución. Otra particularidad de esta tribu, que nos lleva a pensar que son nuestros primeros descendientes, es su lenguaje tipo chasquido. Las consonantes que emplean se identifican con chasquidos (consonantes clic). De estos sonidos ancestrales parecen haber evolucionado todas las lenguas del mundo.

Debe recordarse que las mitocondrias tienen su propio genoma (Gardner y col, 2007) de alrededor de 16,500 bases, el cual existe fuera del núcleo de las células. Cada genoma mitocondrial contiene 13 genes que codifican 22 tARN y 2 rARN. Grandes cantidades de mitocondrias están presentes en cada célula, lo cual requiere un menor número de muestras para su análisis. Tienen una tasa de sustitución (mutaciones donde un nucleótido es

reemplazado por otro) más alta que el ADN nuclear, lo cual hace más fácil la resolución de diferencias entre individuos cercanamente emparentados.

Las mitocondrias sólo se heredan de la madre, sin recombinarse, lo cual permite trazar líneas genéticas directas. El proceso de recombinación en el ADN nuclear (con la excepción del cromosoma Y que permite trazar la línea genética en los varones) mezcla secciones de ADN de la madre y del padre, creando así una historia genética mezclada e ilegible. Se estima que hay cambios en el ADN mitocondrial cada 2000 a 3000 años, desde la aparición del primer ser humano. Así en relación a la edad de la llamada Eva Mitocondrial, usando este método, se obtuvo la fecha de 171,500 años antes de nuestra era.

Estos homo sapiens marcaron una gran revolución en la conducta humana, la cual incluía fabricación de herramientas más complejas, la creación de redes sociales más amplias, las primeras muestras de arte. Quizás algún tipo de mutación neurológica condujo al desarrollo del lenguaje hablado, convirtiendo a nuestros ancestros en seres completamente evolucionados, lo que les preparó el camino de la colonización del mundo, generando la gran diáspora humana, hace unos 70,000 años y que concluyó con el paso del hombre a América hace unos 18,000 años.

TRAS LA SENDA DEL ALCOHOLISMO

Se estima que el alcoholismo constituye uno de los más graves problemas de salud pública en el mundo. Hasta mediados de la década del 60, la investigación en esta área estuvo dominada por múltiples concepciones de naturaleza psicológica o psicosocial, luego del cual surgieron los primeros estudios de incidencia genética familiar.

Como se sabe, se realizaron numerosos estudios genético-familiares orientados, ante todo, a diferenciar los factores ambientales de los genéticos. Tales trabajos confirmaron la existencia de objetivas tendencias hereditarias en la etiología de este trastorno, dirigiendo la investigación hacia el área psicobiológica.

Así, en el año 1990, el Dr. Kenneth Blum y su equipo de investigación, descubrieron una notable asociación del alelo A1 del DRD2 (Gen del receptor D2, alelo A1) con un tipo específico de alcoholismo, el de consumo «pesado» o severo. La prevalencia de este trastorno oscila entre el 3.0 al 5.0% en varones y el 1.0% en mujeres (Goodwin y Cols, 1973), mientras que otro 7% presentará consumo excesivo o perjudicial.

Según los datos de la Asociación Psiquiátrica Americana, el 13% de la población adulta Norteamericana presenta definidos problemas de abuso y dependencia al alcohol (APA, 1989). Los problemas asociados a este trastorno se refieren a una variedad de complicaciones, entre las que destacan accidentes de trabajo, de tránsito, disminución en la actividad productiva, dificultades en la relación interpersonal, consecuencias orgánicas, trastornos conductuales y psiquiátricos, etc. (Vaillant, 1983).

Así la CIE-10, define al alcoholismo como una conducta crónica de consumo de bebidas alcohólicas, generalmente no ajustado a las normas socialmente aceptadas por la comunidad, en un grado tal que, de hecho, interfiere con el funcionamiento económico, social y de salud del individuo.

LA HIPÓTESIS HEREDITARIA

Estudios realizados en la década del 70, han demostrado una mayor prevalencia de alcoholismo en aquellas familias, donde

uno de los progenitores era alcohólico (Penick y CoIs 1990). No obstante, cabe destacar un problema metodológico de fondo. ¿Cómo estructurar una investigación que nos permita diferenciar el peso de los factores genéticos versus los ambientales? Tomando en consideración los datos generados por investigaciones preliminares, se puede señalar que en una familia en la cual el padre biológico ha sido alcohólico, existe 46% y 6% de probabilidades de que el hijo o la hija, respectivamente tengan dicho trastorno (Blanco, 1989; Cloninger, 1987).

Sin embargo, estos diseños también pusieron de relevancia la gran dificultad que existe en diferenciar los factores ambientales de los genéticos tanto en las formas leves como en las moderadas, pero se constataba que en las formas severas, el factor hereditario se tornaba relevante. En esta línea de pensamiento, Winokur y Cols., en 1970, realizaron una investigación clínica que focalizó 259 individuos alcohólicos y 507 parientes de primer grado. Concluyeron que la prevalencia de alcoholismo en los parientes varones osciló entre el 30% y el 50%;

En 1986, fue publicado un estudio prospectivo que buscaba profundizar esta área del conocimiento. La muestra estaba constituida por individuos cuyos progenitores tenían el diagnóstico de alcoholismo, siendo evaluados sistemáticamente desde el nacimiento hasta los 18 años de edad. (Werner, 1986). Los resultados clínicos, en este caso, demostraron que tales individuos, a lo largo de sus historias de vida, presentaban mayores probabilidades de contraer enfermedades físicas, problemas sociales, consumo perjudicial de alcohol y trastorno antisocial de la personalidad.

De hecho, se sustentó la hipótesis de que el alcoholismo podía ser considerado una patología de transmisión familiar, ya que el

25% de los individuos cuyos progenitores fueron alcohólicos podían tornarse dependientes, y, a veces, con cierta independencia de los factores ambientales (Rose, 1988). Posteriores investigaciones profundizaron el análisis de las variables intervinientes, buscando de esta manera mayores pistas para la diferenciación entre lo genético y lo ambiental.

Otras investigaciones tomaron en consideración factores más específicos, como la severidad del cuadro, comportamientos asociados al temperamento, funciones neuropsicológicas, neurofisiológicas, etc., (Tarter, 1985). Por cierto, otros factores neurofisiológicos favorecen la idea de que existe un importante condicionamiento genético en el origen de esta dependencia, entre los que destaca, la susceptibilidad al etanol, el fenómeno de la tolerancia, efectos agudos del alcohol, etc. (Selzer, 1981; Crabble, 1990; Newlin, 1992).

MÉTODOS DE ESTUDIO DEL ALCOHOLISMO

Múltiples métodos se han desarrollado en esta área, destacando el estudio de gemelos, de adoptados, identificación premórbida de factores de riesgo, marcadores biológicos, etc.

El Método de los Gemelos

Excelente método que permite estudiar las complejas relaciones entre lo hereditario y lo ambiental. Se admite, en términos generales, que los gemelos mono o dicigóticos difieren principalmente en su equipamiento genético, una vez que sus ambientes familiares serían, en lo fundamental, semejantes.

Debe recordarse que Kaij en Suecia, en 1960 (Goodwing 1973), estudió 74 pares de gemelos uni y bivitelinos masculinos, en los cuales por lo menos uno de ellos

había sido diagnosticado de alcoholismo. En este caso, la tasa de concordancia para este trastorno fue de 54% para los monocigotos y 28% para los dicigotos.

Estudios con Adoptados

Los clásicos estudios con adoptados fueron realizados en Dinamarca, en donde existe excelente información epidemiológica y clínica de sus habitantes. En su clásico trabajo realizado por Goodwing, se estudiaron 5,843 casos de adopción, que se realizaron entre los años 1924 a 1927 (Goodwing 1973). El objetivo era conocer la prevalencia del trastorno en individuos con progenitores alcohólicos criados desde el nacimiento por padres adoptivos no alcohólicos. La mencionada muestra, luego de la respectiva selección, quedó conformada por 55 varones adoptados, teniendo como grupo control a individuos criados por sus padres biológicos alcohólicos.

Por cierto, no se encontró diferencias significativas en lo que se refiere a las variables socioculturales, prevalencia de dependencia en los tipos leve y moderado. Sin embargo, un aspecto sí fue estadísticamente significativo: Los alcohólicos de consumo severo presentaban un marcado componente hereditario con escasa influencia ambiental, sustentando nuevamente esta sugestiva relación biogenética.

A su vez, Cadoret y Gath (1978), estudiaron 184 individuos mayores de 18 años, adoptados desde el nacimiento, sin ningún contacto con sus padres biológicos. De hecho, en este caso, el alcoholismo, fue más frecuente cuando uno de los progenitores tenía el mismo diagnóstico y, sobretodo, cuando era de tipo severo. En atención a tales hallazgos, Crowe (1975) postuló el siguiente modelo explicativo: el alcoholismo de tipo severo podría estar influenciado por un tipo de herencia

poligenética de acción acumulativa; este trastorno estaría determinado por la convergencia de múltiples genes que actuarían paralela y acumulativamente en el tiempo.

Identificación Premórbida de Factores de Riesgo

A principios de 1993, en un notable estudio longitudinal se presentaron los resultados de 30 años de seguimiento, iniciado en la década del 60. Para tal efecto se estructuraron dos grupos: El primero, conformado por hijos de alcohólicos y criados en su hogar de origen, o grupo de alto riesgo (AR). El grupo control o de bajo riesgo (BR), estuvo constituido por individuos cuyos padres no eran alcohólicos (Know y Cols 1993). De esta manera se seleccionaron respectivamente, 223 AR y 105 BR. La primera y la segunda evaluaciones clínicas se realizaron, al momento del nacimiento y en el primer año de vida de los probandos. No se encontraron diferencias significativas en lo que se refiere a factores prenatales, complicaciones del parto, estado físico al nacer, evaluación neurológica neonatal, así como en el desarrollo motor en el primer año de vida.

En realidad, la única diferencia significativa en esta evaluación inicial, estuvo referida a la calidad de vida de los padres biológicos. En tal sentido, se observó que el 59% de los padres del grupo AR tenían una calidad de vida deficitaria, contra un 39% del grupo control. Esta diferencia podría explicarse como consecuencia directa de la disfunción social y laboral que produce el alcoholismo y que generalmente se asocia a un objetivo descenso social de tales individuos. En posterior evaluación y en relación a la variable escolaridad, los niños AR presentaban significativamente más dificultades académicas y relacionales que los niños BR. Dentro de ese contexto, 51%

de los niños AR, versus un 34% de los BR, fueron derivados a los psicólogos de la escuela por presentar problemas de impulsividad, inquietud y deficiencias verbales.

Posteriormente los sujetos fueron evaluados al cumplir los 20 años de edad. En el grupo AR, 204 sujetos completaron una batería de pruebas neuropsicológicas (WAIS, HCT, EFT) y neurofisiológicas en presencia de alcohol. El grupo AR obtuvo más errores en el Halstead Category Test que el control, así como un pobre puntaje en el subtest de vocabulario de WAIS. De otra parte, 114 individuos AR y 28 BR fueron sometidos a diversas sesiones experimentales de consumo de etanol con su respectivo electroencefalograma post-ingesta. En este caso, los sujetos AR presentaron una marcada reducción de la onda alfa 120 minutos después de la ingesta, así como una menor sensibilidad a los efectos del alcohol, ocurriendo este fenómeno en menor proporción en el grupo control.

También se constató en los sujetos AR una mayor frecuencia de eventos estresantes expresados en problemas financieros, crisis familiares y otras situaciones negativas que se asociaron a mayores probabilidades de consumo de alcohol. La ingesta de etanol, en esta etapa de la vida, fue semejante tanto en los BR como en los AR (una media de 17.2 tragos durante la última semana), no encontrándose ningún indicio de dependencia al alcohol ni a otra droga en cualquiera de los dos grupos.

Finalmente, y como estaba especificado, estos dos grupos fueron evaluados cuando los sujetos cumplieron 30 años de edad. Para tal efecto, se utilizaron instrumentos clínicos estandarizados de evaluación (PDI-R, SCID-II, TPQ, MCMI), una batería de pruebas neuropsicológicas, evaluación médica completa, historia de consumo de alcohol, así como historia

familiar, psicosocial y registro de morbi-mortalidad. Completaron las pruebas 161 AR y 80 BR. Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa de dependencia al alcohol y de consumo de marihuana en los sujetos AR y no así en los BR. A nivel psicopatológico, el trastorno de ansiedad en los AR también alcanzó un valor estadísticamente significativo, no habiéndose encontrado igual tendencia en los trastornos del afecto, la esquizofrenia y en el trastorno antisocial de la personalidad.

¿Qué conclusiones debemos inferir? En primer lugar, podemos afirmar que en la historia de vida de estos sujetos, se configuraron tendencias o vulnerabilidades biopsicosociales que directa o indirectamente los aproximó a un estilo de vida que los tornaba más vulnerables al alcoholismo. Sin embargo, tales tendencias no deberían ser concebidas rígidamente, en una concepción de causa-efecto, pues el interjuego de las variables en el tiempo y los propios factores protectores individuales y de tipo psicosocial, podían modular significativamente la expresión de dichas vulnerabilidades.

Marcadores Biológicos

La hipótesis que guió la investigación en esta área, refería que si se establecía una relación razonable entre aspectos somáticos determinados genéticamente y el alcoholismo, se podía sustentar una hipótesis genética de la enfermedad. De hecho, en los últimos 30 años, innumerables teorías han sido postuladas (Niemela 2007).

En primer lugar, se trató de demostrar infructuosamente una posible asociación entre el grupo sanguíneo A y la dependencia al etanol. Se describió una hipotética relación entre el alcoholismo, la discromatopsia y niveles elevados de la enzima gammaglutamil transferasa (GGT).

De otra parte, se le vinculó a desvíos del comportamiento de reconocida base genética, por ejemplo, disturbios del comportamiento, disfuncionalidad familiar y alcoholismo (Velleman, 1992). Tales disturbios comportamentales estarían correlacionados con determinadas alteraciones neuropsicológicas, neurofisiológicas y neuroquímicas, que podrían ser integralmente explicados por una disfunción en el eje fronto-límbico hipofisiario.

Paralelamente, también es conocido que la MAO (monoaminoxidasa) en lo fundamental se encuentra bajo control poligenético. Múltiples estudios neurofisiológicos han confirmado una sugestiva asociación entre niveles bajos de MAO, hiperactividad infantil y cierta vulnerabilidad al alcoholismo. Índices disminuidos de MAO plaquetaria pueden ser observados en personas «buscadoras de sensaciones fuertes» (Major, 1978, Sullivan, 1990), y cuyo estilo de vida puede tornarlos más fácilmente dependientes (Tarter y col, 1985). Pacientes alcohólicos con una baja actividad MAO, tienen en promedio más parientes dependientes que aquellos con altos niveles de MAO plaquetaria.

Así puede postularse que tasas disminuidas de MAO en individuos con comportamiento de búsqueda de sensaciones, se asocian a una predisposición mayor al alcoholismo. Como es fácil de deducir, esta hipótesis asume que las tasas de MAO están asociadas a determinados rasgos de personalidad. En este sentido, es muy probable que los rasgos de personalidad tengan una fuerte influencia genética, en algunos casos próximos al 50%.

Coincidentemente, Cloninger (1987), postula la existencia de dos tipos de personalidad que pueden predisponer al alcoholismo. El tipo 1, está asociado a una

alta dependencia a premio y a una baja búsqueda de novedad. Estos individuos, a menudo tienden a ser introvertidos, rígidos, perfeccionistas, dependientes y comienzan a beber después de los 25 años.

Entre tanto, el tipo 2, sería más impulsivo y antisocial, generalmente crearía riesgos innecesarios, buscando constantemente nuevas experiencias. En este último caso, tales individuos comienzan a beber mucho antes de los 25 años, teniendo una manifiesta predisposición hereditaria así como una mayor prevalencia de alcoholismo.

RECIENTES AVANCES EN LA GENÉTICA CLÍNICA

Las modernas técnicas de la genética molecular, desarrolladas sobretodo en la década del 90, y con el desarrollo del PGH, han permitido que la investigación de esta área se torne poderosa, permitiendo, por ejemplo, la localización de los genes responsables de determinadas enfermedades humanas. De hecho, en tal revolucionario cometido se utilizaron las llamadas enzimas de restricción obtenidas de bacterias específicas. Estos seres unicelulares tienen una notable capacidad de partir la cadena de nucleótidos del DNA celular, en sitios específicos de fácil identificación (Gelehrter, 1993, Frota Pessoa, 1991). Así se pueden descubrir RIFLIPS vinculados a determinados cromosomas y locus, que podrían ser responsables de determinadas enfermedades humanas (Dick y cols, 2006).

Tales avances de la genética molecular, recientemente han permitido descubrir y mapear los genes responsables de la codificación de los receptores de dopamina, genes candidatos en la fisiopatología del alcoholismo. En realidad el sistema dopaminérgico ha sido el más analizado en los procesos adictivos, pues

juega un importante papel en el mantenimiento de las conductas de autoadministración a través de la vía mesolímbicocortical, principal base biológica del sistema de refuerzo.

Hasta el momento se han descubierto 6 tipos de receptores de dopamina: D1, D2 (con dos alelos 1A, 1B), D3, D4 y D5 (Kandell y cols, 1991). Respectivamente el gen del receptor D1 se encuentra situado en el cromosoma 5, la del receptor D3 en el cromosoma 3 banda 13.3. A su vez, el gen del receptor D2 y sus dos alelos se encuentran situados en el cromosoma 11 región q22-23 (Giros y cols, 1991, Le Comat y cols, 1993, Gelernter y cols, 1993).

Basados en este conocimiento, el equipo científico del Dr. Kenneth Blum, en el año 1990, descubrió una notable asociación entre el alelo A1 del DRD2 (Gen del receptor D2) y el alcoholismo de tipo severo (Conneally, 1991). El estudio se realizó con 35 sujetos, y 35 en el grupo control. Verificaron que en el primer grupo, el 69% presentaba el predominio del alelo A1 del DRD2, contra un 20% del grupo control, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

En el mismo año fue replicada esta investigación. El equipo de investigación del Dr. Parsian (1991) estudió 32 pacientes alcohólicos y 25 del grupo control. En este caso, el 41% de los individuos alcohólicos fueron portadores del alelo A1, contra sólo el 12% del grupo control. Cuando se les agrupó en atención a la mayor severidad clínica, se encontró un 60% de portadores del alelo A1, contra un 12% del grupo control.

En realidad, tal como lo ha reconocido la comunidad científica, se afirmaba una objetiva relación entre factores genéticos y un tipo específico de alcoholismo. (Parsian y cols, 1991). Como era de esperar,

inmediatamente después, otro equipo documentó hallazgos semejantes, dándole mayor credibilidad a esta asociación (Noble y cols, 1991). Se encontró que un 34% de los individuos diagnosticados de alcoholismo moderado presentaban el alelo A1. Pero cuando fueron agrupados sólo los casos de tipo severo dicha relación alcanzó a 63% contra un 21% del grupo control.

No obstante, y a pesar de estos estudios confirmatorios, otras pesquisas no lograron encontrar diferencias significativas en ambos grupos (Gelernter y cols, 1991, Bolos y cols, 1990, Turner y cols, 1992). Entonces ¿Cómo explicar esta objetiva discordancia? Según la opinión de Comings, es posible que el alelo A1 realmente no constituya un marcador específico del alcoholismo, pues también se encontraría aumentado en otras enfermedades psiquiátricas, tales como el síndrome de la Tourette, desorden de hiperactividad, trastorno de estrés post-traumático, y algunas toxicomanías (Comings, 1991).

Posteriormente se han descrito otras variaciones en este gen, como la variante Taq 1B, cambios en los exones 7 y 8, en el intrón 6 y un polimorfismo en el promotor (Heins y cols 2004). También se ha estudiado el Gen SLC6A3 del transportador de dopamina (DAT), encontrándose niveles disminuidos de DAT en el estriado de pacientes alcohólicos (Sanders y col, 1997). Por otro lado se sugiere que el alelo A9 del Gen DAT es predictivo de signos de alcoholismo más severo (Gorwood y cols, 2003)

Basados en los anteriores datos podemos afirmar que el alcoholismo es un trastorno que responde a un efecto combinado de múltiples genes de baja penetrancia (poligenético) junto a diversos factores ambientales de riesgo y de protección (multifactorial) que generan un fenotipo

susceptible a la patología alcohólica. (Mc Guffin y col, 2001)

CONCLUSIONES

- Tal parece que se han sentado las bases primigenias de un modelo biogenético que nos permite explicar la génesis de un subtipo de alcoholismo, el de consumo severo. La dopamina tiene un importante papel en la neuromodulación de la conducta de búsqueda y el apetito en donde debe incluirse el deseo al alcohol. La regulación genética de la neurotransmisión dopaminérgica, es candidata y, además, puede explicar la susceptibilidad al alcoholismo. Pequeñas cantidades de alcohol, generan un efecto excitatorio dopaminérgico en el área tegmental ventral, promoviendo la necesidad de etanol.
- De otra parte, experimentos realizados en ratas, demuestran que los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos regulan la ingesta de alcohol, y a su vez los antagonistas del receptor D2, en el núcleo accumbens, promueven los niveles de ingestión del mismo. La administración de etanol, en forma aguda, produce estímulo de recompensa en el cerebro. El alcohol aumenta la excreción de dopamina, sobre todo, en el núcleo caudado, septum, núcleo accumbens y en el sistema mesolímbico.
- En este proceso de sensibilización dopaminérgica, también estarían implicadas los sistemas post sinápticos de neurotransmisión, particularmente el sistema de la proteína G (transductor post-sináptico). Según esta teoría, la ingestión crónica del alcohol produciría una disminución de la actividad de la proteína Gs (G estimulante) generando paralelamente un aumento de la actividad Gi (G inhibitoria), lo que a su

vez, produciría una hiposensibilidad de los receptores postsinápticos de dopamina, que luego el organismo buscaría compensar a través de la ingestión aumentada de etanol, predisponiendo de esta manera al alcoholismo.

- Un tipo de alcoholismo, el de la ingesta severa, tendría, una fuerte relación con

el alelo A1 del DRD2, validando la hipotética existencia de subtipos específicos. La causalidad genética del alcoholismo, con bastante probabilidad, es de tipo multifactorial y de características poligénicas. Debe recordarse que otros enlaces (*linkages*) de los cromosomas 4 y 13 han sido encontrados pero no replicados.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association:** Manual de diagnósticos e estadísticas de disturbios mentais. DSM-III-R. Sao Paulo. Editora Manole Ltda., 1989.
- Blanco Dos Santos R:** Genética e alcoholismo. Tese de Mestrado UFRJ. Río de Janeiro. TI-II, 1989.
- Bolos AM, Dean M, Lucas DS, Ramsburg M; Brown GL; Goldman D:** Population pedigree studies reveal a lack of association between the dopamine D2 receptor gene and alcoholism. *JAMA* 1990, 264(24): 3156-60.
- Cadoret RI, Gath A:** Inheritance of alcoholism in adoptees. *Brit J Psychiat* 1978, 132:252-58.
- Cloninger CR:** Neurogenetic adaptative mechanism in alcoholism. *Science* 1987, 236: 410-16.
- Comings DE, Comings BG, Muhleman D, Dietz G, Shabahrani B, Tast D, Knell E, Kocsis P, Baugarten R, Kovaca BW:** The dopamine D2 receptor locus as a modifying in neuropsychiatric disorders (See comments). *JAMA* 1991, 266(13): 1793-800.
- Conneally PM:** Association between the D2 dopamnine receptor gene and alcoholism. A controversy. *Arch Gen Psychiatry* 1981, 48(8): 757-59.
- Crabbe JC, Merrill CM, Kim D, Belknap JP:** Alcohol dependence and withdrawal: A genetic animal model. *Ann Med* 1990, 22(4): 259-63.
- Crowe RT:** Adoption studies in psychiatry. *Biological Psychiatry* 1975, 10(3): 353-371.
- Dick y Cols:** The Next challenge for psychiatric genetics: Characterizing in the risk associated with identified genes. *Ann Clin Psychiatry* 2006, 18(4): 223-231.
- Ferrari BT:** Alcoholismo doenca sem barreiras sociais. *Rev Clin Terap* 1989, 16:74-8
- Frottapessoa:** Genética da esquizofrenia. *J Brás Psiq* 1989, 38(4): 184-93.
- Frottapessoa:** Os Disturbios mentais: A genetica explica? *J Brás Psiq* 1991, 40(1): 5s-14s.
- Gabrielli W, E Plomin R:** Drinking behavior in the colorado adoptee and twin sample. *J Stud Alcohol* 1985, 46:24-31.

- Gelernter I, O Malley S, Rish N, Kranzler MR, Krystal J Merikangask, Kennedy JL, Kidd KK:** No association between Allele at the 2 dopamine receptor gene DRD2 and alcoholism. *JAMA* 1991, 266(13): 1801-7).
- Gelernter J, Pakstis A, Grandy D, Lift M, Retief Kennedy:** Linkage map of eight human chromosome markers including DRD2, spanning 60 CM. *Cytogenet Celí Genet* 1990, 60(1): 26-8.
- Gelernter J, Goldmaan D, Risch N:** The A1 allele at the D2 dopamine receptor gene and alcoholism. *JAMA* 1993, 269(13): 1673-77.
- Gelernter TH, E Collins FS:** Fundamentos de Genética Médica. Editora Guanabara. Rio de Janeiro 1992.
- Giros B, Sokoloff P, Martres MP, Schwartz JC:** O terceiro receptor dopaminérgico D3: Novas perspectivas terapêuticas 1991, Vol 40. Supl. 1: 56s-9s.
- Goodwing DW, Schulsinger E Hermanser:** Alcohol in adoptees raised apart from alcoholics biological parents. *Arch. Gen. Psychiatry* 1973, Vol. 23.
- Kandel E, Schwartz J y Jessell T:** Principles of neural science. New York. Elsevier 1991.
- Knop J, Goodwin DW, Jensen P, Penick E, Pollick, V Gaabrielli W, Teasdale TW, Miednick SA:** A 30 year follow-up study of the sons of alcoholic. *Acta Psychiatr Scand* 1993, Suppl 370:48-53.
- Le Coniat M, Sololoff P, Hillion J, Martles MP, Giros B, Pilon C, Schwartz JC, Berger R:** Chromosomal localization of the human D3 dopamine receptor gene. *Hum Genet* 1991, 87(5): 618-20.
- Gardner, Simmons, Snutad:** Principios de Genética. 4ta Edición. México 2007.
- Limusa Willey, Heins y Cols:** Pharmacogenetic insights to monoaminergic dysfunction in alcohol dependence. *Psychopharmacology* 2004, 174(4), 561-570.
- Major LF, E Murphy DL:** Platelet and monoamine oxidase activity in alcoholic individuals. *Brit J Psychiatry* 1978, 132: 548-54.
- Mc Guffin, Riley, Plomin:** Science. Genomics and behavior 2001, Vol 291. N° 291. N° 5507 pp 1232, 1249.
- Manji LK G:** Proteins: tolerance and sensitization to alcohol in sons of alcoholics. *Alcohol Clin Exp* 1992, 15(3): 399-405.
- Niemela O:** Biomarkers in alcoholism. *Clin Chim Acta* 2007, 377 (1-2), 39-49.
- Noble EP, Blum K, Ritchie T, Montgomery A, Sherridan PI:** Allelic association of the D2 dopamine receptor locus: Studies of association and linkage. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48: 655-63.
- Parsian A, Todd RD, Devor EJ, O Malley KL, Suarez BK, Reilce T, Cloninger R:** Alcoholism and Alleles of the human D2 dopamine receptor locus: Studies of association and linkage. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48:655-63.
- Penick EC, Nickel Fil, Powell BJ, Bingham SF, Likow BI:** A comparison of familial and non familial male alcoholic patients without a coexisting psychiatric disorders. *Journal of studies of alcohol* 1990, 5(5): 443-47.
- Rose RE, E Barretj:** Alcoholism and alcoholic psychosis. Compendio de Psiquiatria Dinámica. Porto Alegre. Artes médicas 1998.
- Science:** Viewpoint. The human Genome. Science Genoma MAP. Vol 2001. N° 5507, p 1218.
- Sullivan J, Baenzinger JG, Wagner DL, Rauscier FP, Nurnberger JR, Holmes JS:** Platelet Maoin subtypes of alcoholism. *Biol Psychiatry* 1990, 27: 911-22.
- Tarter RS E, Alterman A, Edwards K:** Vulnerability to alcoholism in men: A behavior genetic perspective. *J Stud Alcohol* 1985, 46: 329-56.

Turner E, Ewing L, Shileng P, Smith TL, Irwtm M, Schuckit M, Kelsoe JR: Lack of association between and RFLP near theD2 dopamine receptor gene and severe alcoholism. *Biol Psychiatry* 1992, 31:285-90.

Vaillant GE: Natural story of alcoholism. Harvard University Press. Massachusets.

Vellemann R: Intergenerational, effects. A review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problem and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. *Int J Addict* 1992, 7(4): 367-84.

Werner EM: Resilient offspring of alcoholic: A longitudinal study from Birth to age 18. *J Stud Alcohol* 1986, 47:37-40.

Winokur JR, Rinner P: Alcoholism-ill. Diagnosis and psychiatry illness in 259 alcoholic probands. *Arch Gen Psychiatry* 1970, 23:104-111.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2007

Edwin Apaza Aceituno¹
Eric Mendoza Chávez¹
Rolando Zegarra Molina¹

RESUMEN

El trabajo describe las características sociodemográficas y los diagnósticos comórbidos en los pacientes con trastorno de personalidad hospitalizados entre enero y diciembre del año 2007. Los resultados muestran que el trastorno de personalidad limítrofe fue el más frecuente (84%) siendo su prevalencia de 3.5%. El trastorno de personalidad antisocial representó el 16% de la muestra.

El 77% de pacientes presentó otro diagnóstico además del trastorno de personalidad, en pacientes limítrofes se observó mayor frecuencia de trastornos afectivos, adictivos y alimentarios; mientras que en pacientes antisociales se observó mayor frecuencia de trastornos adictivos y de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

El 59.8% de pacientes presentó al menos un intento suicida. El uso de fármacos es el método identificado más frecuente (31%). El 16.3% de pacientes fue víctima de abuso físico; mientras que el 18.5% sufrió abuso sexual.

Palabras Clave: Trastorno de Personalidad, Comorbilidad, Características Sociodemográficas.

ABSTRACT

The present essay describes the social demographic characteristics and comorbid diagnoses of patients with personality disorders hospitalized in the Hermilio Valdizan Hospital in the period between January and December 2007. The results show that the borderline personality disorder was the most frequently found (84%) the prevalence was 3.5%. The dissocial personality disorder represented the 16% of the sample.

77% of patients had co morbid diagnoses, the borderline patients had co morbidity with affective, addictive and eating disorders; the dissocial patients had co morbidity with ADHD and addictive disorders.

59.8 % of patients had at least one suicidal attempt. The use of medicaments was the method most used (31%). 16.3 % of patients was victim of physical abuse and 18.5% was victim of sexual abuse.

Key Words: Personality Disorder, Co morbidity, Social Demographic Characteristics.

¹ Médicos Residentes de Psiquiatría de Tercer Año, HHV-UNMSM.

Los trastornos de personalidad, especialmente el límite, constituyen una patología de creciente interés debido a su complejidad tanto para el diagnóstico como para el manejo integral. Sin embargo, muchos médicos psiquiatras aún no los consideran como comorbilidad o, por el contrario, se deja de lado otros diagnósticos atribuyendo todos los signos y síntomas a la patología de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad comprenden una diversidad de afecciones y de rasgos conductuales clínicamente significativos, que tienden a ser persistentes y que parecen ser la expresión del estilo de vida característico de la persona y de su modo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas afecciones y rasgos de la conducta surgen tempranamente en el curso del desarrollo individual, como producto tanto de factores constitucionales como de experiencias sociales, mientras que otros se adquieren más tarde. Representan desviaciones extremas o significativas con respecto a la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás. Estos esquemas conductuales tienden a ser estables y abarcar múltiples dominios del funcionamiento psicológico y del comportamiento. Se asocian frecuentemente con diversos grados de aflicción subjetiva y de deterioro de la actuación social (Sadock & Sadock, 2005; Vallejo, 2002).

Las nosologías psiquiátricas de inspiración norteamericana han recurrido al estudio sindrómico y evolutivo de la semiología de los trastornos de la personalidad. Las recientes versiones del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) agrupan los trastornos de personalidad en tres grandes tipos de características genéricas: 1) Sujetos extraños o cluster A (esquizoide,

esquizotípico y paranoide); 2) Sujetos inmaduros o cluster B (histriónico, narcisista, antisocial y límite) y 3) Temerosos o cluster C (evitativo, dependiente, anancástico y pasivo agresivo). Es necesario señalar la importante labor de unificación de criterios llevada a cabo por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), que ha incrementado notablemente la fiabilidad del diagnóstico de los trastornos de personalidad y asimismo señalar que no existen notables discrepancias entre las modernas tipificaciones anglosajonas y las descripciones fenomenológicas de la psiquiatría centroeuropea.

El trastorno de personalidad límite es el más frecuente, con una prevalencia de 2% en la población general, de 10% entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios y de 15 a 20% entre los pacientes internados (APA, 2001). Además la prevalencia es mucho mayor en mujeres que en hombres (3:1), aunque las razones no son claras. 20-25% provienen de familias estructuradas. La tasa de incidencia estaría situada en torno a 1/1510 o bien el 0,07% anual (Bradley, Zittel & Westen, 2005).

Las características esenciales del trastorno límite de la personalidad son la inestabilidad en las relaciones interpersonales, en los afectos y en la imagen de sí mismo, así como una tendencia a las conductas impulsivas. Típicamente, estos rasgos están presentes desde la juventud y van marcando la vida de los pacientes con intensas vivencias de abandono y rechazo. La persistencia de estos rasgos ocasiona un gran sufrimiento al paciente y un considerable deterioro en su calidad de vida. El temor al abandono precipita muchas veces ataques de ira y conductas autodestructivas (automutilaciones) así como comportamientos suicidas (amenazas o intentos de suicidio reiterados), que generalmente buscan generar culpa o temor

en el otro para lograr una respuesta protectora. Estas conductas suicidas no deben ser subestimadas, ya que entre el 8 y el 10% de los pacientes límite muere por esta causa. El riesgo de suicidio es mayor a partir de los 20 años, sobre todo cuando el trastorno de personalidad coexiste con un trastorno afectivo o con el abuso de sustancias (Fountoulakis, O'Hara, Iacovides & col. 2003).

Los pacientes con trastorno límite de personalidad que llegan a consumar el suicidio de forma "no accidental" han tenido numerosos antecedentes de intentos serios de suicidio y autolesiones graves. Factores que pueden precipitar la consumación en pacientes con estos antecedentes son el abuso de algún tipo de sustancia (sobre todo alcohol y cocaína), el aislamiento social y la falta de apoyo o cuidado familiar, el abandono de vínculos terapéuticos o el no cumplimiento de las prescripciones farmacológicas (Schatzberg, & Nemeroff, 2006).

La esfera cognitiva también puede verse afectada ante situaciones de estrés, como consecuencia de las cuales pueden aparecer síntomas psicóticos, como por ejemplo vivencias paranoides o sentimientos de despersonalización (OMS, 1992; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001).

Agregaríamos que la modalidad comunicacional de estos pacientes es predominantemente para-verbal, y que las conductas riesgosas o impulsivas son formas vicarias de comunicar los sentimientos que se despiertan en los pacientes.

Además se han observado ciertas diferencias de acuerdo al sexo. Existen dos opciones para explicar esta diferencia. La primera es que existe algún tipo de defecto de diseño (sesgo) en los instrumentos de observación estadística. La segunda es que realmente existen diferencias sociales o

biológicas. En cuanto a las causas por las que hay más diagnósticos en mujeres serían: el abuso sexual se da más en mujeres; las mujeres experimentan más mensajes inconsistentes e invalidantes; las mujeres son socializadas para ser más dependientes; los hombres tienden, por el estigma social, a buscar menos ayuda psiquiátrica; los hombres son tratados de adicciones y los síntomas límite pasan desapercibidos porque se supone que el trastorno de personalidad límite es "cosa de mujeres" y en definitiva: mientras que las mujeres con trastorno de personalidad límite acaban en el sistema de salud, los hombres acaban en la cárcel.

Los varones con trastorno de personalidad límite suelen tener con más frecuencia problemas con el abuso de sustancias y comorbilidad con el trastorno narcisista, trastorno esquizotípico y trastorno antisocial. Las mujeres, por el contrario, tienen más posibilidad de padecer trastorno por estrés postraumático, trastornos alimentarios y de la identidad. La depresión mayor, tienen una tasa de prevalencia semejante en ambos sexos cuando se padece trastorno de personalidad límite (Rojtenberg, 2006).

El trastorno límite de personalidad es un trastorno de inicio temprano y de curso crónico. Se puede manifestar ya en las primeras etapas de la infancia, en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta. De cualquier forma ha de manifestarse antes de los 25 años. Los casos en que aparece más precozmente suelen tener peor pronóstico sobre todo si van acompañados en la adolescencia de abuso de sustancias, conductas suicidas y parasuicidas y conductas autodestructivas. Los años de mayor "virulencia" del trastorno suele ser entre los 20 y los 35 años, justo en el periodo en que el individuo tiene que hacerse adulto e independiente y marcarse una línea de vida y unas metas. Se ha visto que al mismo

tiempo que van apareciendo los primeros síntomas, se registran alteraciones en la maduración cerebral (Ceballos, Houston, Hesselbrock & Bauer, 2006). Es por ello que cobra importancia el comprender mejor a los pacientes con trastorno de personalidad, siendo necesario para esto el conocer sus principales características sociodemográficas y los principales diagnósticos comórbidos, con el fin de aplicar el mejor manejo posible para cada paciente.

MÉTODO

Muestra

Se revisaron las historias clínicas de los 92 pacientes con trastorno de personalidad, hospitalizados durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2007, en los servicios de hospitalización del Hospital Hermilio Valdizán. Los criterios de inclusión contemplados fueron: edad entre 18 y 50 años y tiempo de permanencia mayor a 24 horas. Se excluyó una historia clínica debido a que presentaba una letra ilegible y en la cual el diagnóstico no estaba claro.

Instrumento y Procedimiento

Se procedió a recolectar los datos de aspectos sociodemográficos (sexo, edad, grado de instrucción, distrito de procedencia, antecedente de abuso físico y/o sexual, conducta autolesiva, intentos suicidas y método utilizado); así como de los diagnósticos comórbidos (trastornos afectivos, adictivos o ansiosos). Toda la información pertinente fue introducida a

una base de datos especialmente creada en el programa Microsoft Office Excel 2003.

RESULTADOS

Se obtuvo como muestra un total de 92 pacientes de los cuales 66 fueron mujeres (72%), mientras que 26 fueron hombres, correspondiente al 28%. El trastorno de personalidad más frecuente fue el límite con el 84%, siendo el restante 16% constituido por el trastorno de personalidad antisocial.

En lo correspondiente a la edad, se encontró un predominio en el rango etario entre los 20 y 30 años (cuadro 1). En lo referente a los distritos de procedencia, se observó que el Cercado de Lima (34.8%), Ate (14%) y S.J.L. (13.04%) fueron los distritos de mayor frecuencia. Siendo otros distritos Santa Anita y La Victoria con el 8 y 5 % respectivamente.

En cuanto al grado de instrucción se observó que el 40.2% de la muestra tenía grado de instrucción secundaria completa, mientras que el 34.8% presentaba estudios superiores, tal como se grafica en la figura 1.

El 77% de pacientes presentó otro diagnóstico además del trastorno de personalidad. En pacientes límite se observó mayor frecuencia de trastornos afectivos, adictivos y alimentarios, mientras que en pacientes antisociales se observó mayor frecuencia de trastornos adictivos y de THDA, tal como se pone de manifiesto en el cuadro 2.

Cuadro 1. Distribución de la muestra por grupo de edad

Grupos de Edad	Nº	%
Menos de 20	20	22%
20 - 30	49	53%
30 - 40	19	21%
Más de 40	4	4%
TOTAL	92	100%

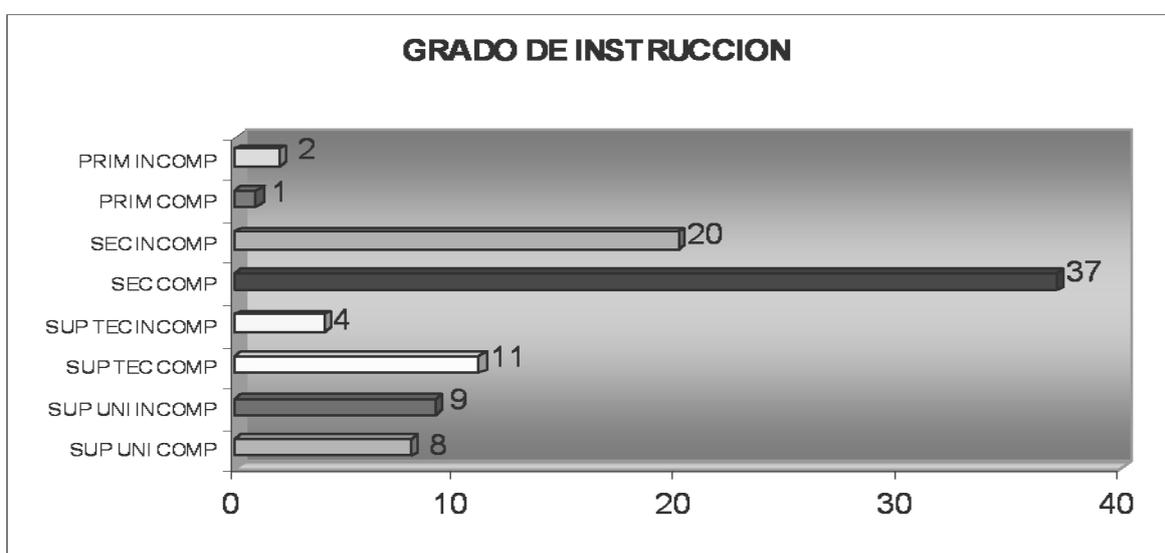


Figura 1. Grado de Instrucción de la muestra de pacientes

Cuadro 2. Comorbilidad en la muestra de pacientes

TIPO DE COMORBILIDAD	F60.3	F60.2
AFECTIVOS	38	1
ANSIEDAD	3	0
ADICTIVOS	12	14
ALIMENTARIOS	6	0
TDAH	0	2

Además, se encontró que el alcohol fue la sustancia psicoactiva más frecuentemente consumida (27 pacientes), seguido por pasta básica de cocaína (21 pacientes), marihuana (16 pacientes) y benzodiazepinas (13 pacientes).

El 48% de pacientes presentó historia de autolesiones, mientras que el 59.8% presentó al menos un intento suicida, poniéndose de manifiesto que 24 pacientes tuvieron un intento suicida, 11 pacientes tuvieron dos intentos y, como dato relevante, llama la atención la presencia de una paciente que intentó suicidarse en diez oportunidades (figura 2). En el contexto de este escenario, el uso de fármacos fue el método identificado más frecuente (31%) (cuadro 3). Asimismo se encontró que el 16.3% de pacientes fue víctima de abuso físico (15 pacientes); mientras que el 18.5% sufrió abuso sexual (17 pacientes) principalmente en la infancia y la adolescencia temprana (cuadro 4).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontraron principalmente trastornos de personalidad límite y antisocial, siendo predominante el primero tal como señalan diversos autores, asimismo se obtuvo una prevalencia de trastorno de personalidad límite de 3.5 (Koldovsky, 2005; Wikinski y Jufe, 2005; Torgersen, Kringlen y Kramer, 2001). Cabe resaltar que la proporción entre mujeres y hombres en dicho trastorno, en nuestra muestra, fue de 3:1, lo cual se corresponde a lo señalado en la bibliografía revisada.

Otro hallazgo a tomar en cuenta fue la presencia de determinados factores sociodemográficos como la procedencia de zonas predominantemente urbanas, el grado de instrucción secundario completo y/o superior, la tendencia marcada a pertenecer al grupo etario entre 20 y 30 años (la década descrita como la de mayor

frecuencia de inicio y detección de casos), tal como lo han descrito Torgersen y col. (2001), Black et al. (2007) y Zanarini et al. (2003).

Ha despertado particular interés la asociación entre los trastornos de personalidad y otros cuadros de patología mental. Los trastornos de personalidad pueden acompañar, subyacer, preceder o posponerse a la presencia de un síndrome clínico psiquiátrico y pueden constituirse en un factor negativo en cuanto al inicio, la severidad y pronóstico de ese cuadro, asimismo interferir negativamente en la acción del tratamiento. En general se acuerda que el trastorno límite tiene más probabilidad de asociación con trastornos afectivos así como los trastornos del cluster C con trastornos de ansiedad; sin embargo Zanarini y col. (2003) comprobaron que los trastornos de ansiedad son tan frecuentes como los afectivos en el trastorno límite así como trastornos de la alimentación, según refiere Koldovsky (2005), lo que se correspondería a los resultados hallados en la revisión. Existe unanimidad en la literatura científica a la hora de relacionar ciertos rasgos de personalidad y sobretodo trastornos de personalidad del cluster B, especialmente el antisocial y el límite con la dependencia de sustancias. Así la prevalencia de trastornos de personalidad en drogodependencias oscila entre el 34.8% y 73%, que representa cuatro veces más que la población general; estos datos estarían de acuerdo con los resultados hallados en el estudio en el cual se ha hallado comorbilidad frecuente entre trastornos adictivos y trastornos de personalidad. Esta comorbilidad se basa en dos hechos: que los trastornos de personalidad son variables de riesgo para el inicio y mantenimiento de los trastornos adictivos y que, una vez iniciada la conducta adictiva se produce un agravamiento de los trastornos de personalidad.

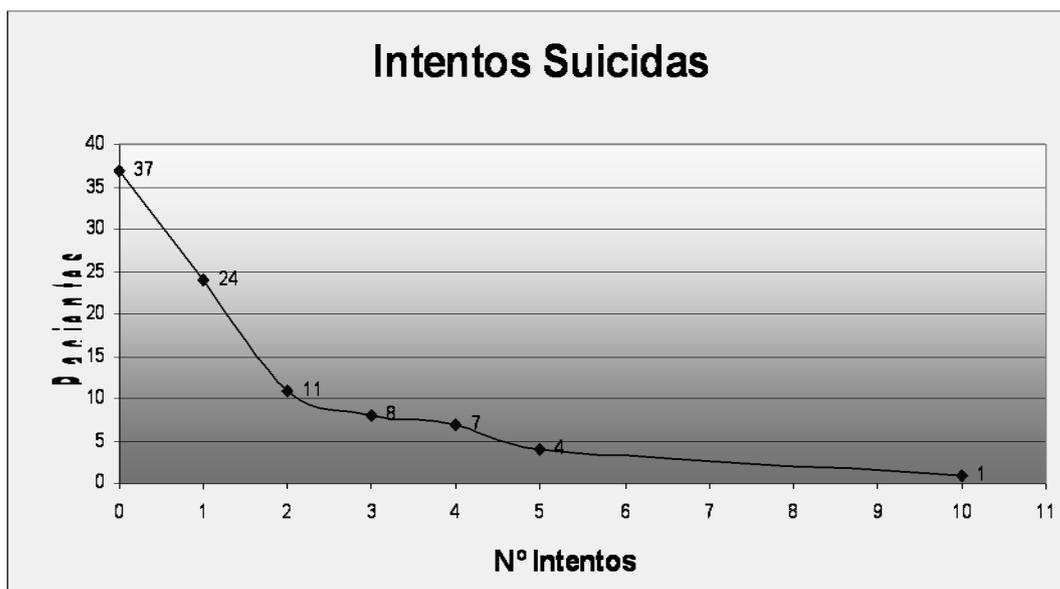


Figura 2. Intentos suicidas en la muestra de pacientes

Cuadro 3. Intentos y métodos suicidas en la muestra de pacientes

Nº De Intentos	n	Método Suicida	n
0	37	Ahorcamiento	1
1	24	Precipitarse	3
2	11	Cáusticos	1
3	8	Fármaco	17
4	7	Veneno	6
5	4	No especificado	24
10	1	Punzo-cortante	3

Cuadro 4. Abuso físico y sexual en la muestra de pacientes

Tipo de Abuso	Mujeres		Hombres	
	Si	No	Si	No
Abuso Físico	9	57	6	20
Abuso Sexual	15	51	2	24

Hay evidencias que el trauma temprano participa en el desarrollo del trastorno límite, también hay evidencia que el trastorno límite predispone a un incremento en el índice de eventos traumáticos; asimismo la relación de trauma temprano se da también en otros trastornos de personalidad. En los resultados se encuentra una frecuencia de 16% y 18% para el antecedente de abuso físico y sexual respectivamente, que se correspondería con las afirmaciones de Koldovsky (2005) “la asociación del trastorno límite con el trauma vital temprano es evidente pero modesta”.

El trastorno límite tiene un alto índice de ideación suicida (3 a 10%) de hecho el trastorno límite es el único cuadro que tiene el parasuicidio como criterio diagnóstico, asimismo, el índice de suicidio para las personas que han tenido un episodio de parasuicidio es 100 veces más alto que la población en general, lo que se correspondería a lo hallado en el estudio donde el 48% de pacientes presentó historia de autolesiones; mientras que el 59.8% presentó al menos un intento suicida.

CONCLUSIONES

- En el Hospital Hermilio Valdizán se encontró una prevalencia de pacientes con trastorno de personalidad límite

de 3.5 %, siendo la proporción encontrada entre hombres y mujeres próxima a 1:3.

- El trastorno de personalidad más frecuente fue el trastorno de personalidad límite (84% de la muestra).
- La muestra provenía de distritos limeños de zonas urbanas, dentro del rango de edades entre los 20 y 30 años, además de tener un grado de instrucción secundario o superior.
- En lo referente al tipo de diagnóstico comórbido, en el grupo de pacientes límites se observó mayor frecuencia de trastornos afectivos, adictivos y alimentarios; mientras que en el grupo de pacientes antisociales se observó mayor frecuencia de trastornos adictivos y de THDA.
- En el presente trabajo no se hallaron otros tipos de trastornos de personalidad aparte del límite y antisocial.
- Se observó la tendencia a atribuir los síntomas de diversos trastornos comórbidos al trastorno de personalidad, llevando al infradiagnóstico.

REFERENCIAS

- Black DW et al:** Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2007, 48 (5), 406-12.
- Bradley R, Zittel Conklin C & Westen D:** The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *J Child Psychol Psychiatry* 2005, 46 (9), 1006-19.
- Ceballos NA, Houston RJ, Hesselbrock VM & Bauer LO:** Brain maturation in conduct disorder versus borderline personality disorder. *Neuropsychobiology* 2006, 53 (2), 94-100.
- Fountoulakis KN, O'Hara R, Iacovides A & col:** Unipolar late-onset depression: A comprehensive review. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2003, 2 (11).
- Koldobsky NMS:** Trastorno Borderline de la Personalidad. Un desafío clínico. Buenos Aires: Editorial Polemos S. A., 2005.
- Organización Mundial de la Salud:** Trastornos Mentales y del Comportamiento-CIE 10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 1992.
- Rojtenberg S:** Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurcientíficas y terapéuticas. Primera Edición. Buenos Aires: Editorial Polemos S.A., 2006.
- Sadock BJ & Sadock VA:** Comprehensive Textbook of Psychiatry Kaplan & Sadocks. Octava Edición. USA: Editorial Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Schatzberg A y Nemeroff C:** Tratado de Psicofarmacología. Cap. 51: Biología de los trastornos de personalidad. Tercera Edición. Barcelona: Editorial Masson, 2006.
- Torgersen S, Kringlen E & Cramer V:** The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001, 58, 590-596.
- Vallejo J.:** Introducción a la psicopatología y psiquiatría. España: Quinta Edición. Editorial Masson, 2002.
- Wikinski S y Jufe G:** El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría. Cap. 11. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2005.
- Zanarini MC y otros:** Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry* 2003, 44(4), 284-92.

HISTORIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Walter Leyva Córdova ¹

Religión y Anorexia

El término anorexia significa literalmente falta de apetito. La restricción alimentaria se ha asociado a lo religioso, los cristianos y los místicos practican el ayuno con frecuencia como penitencia y como una forma de lograr un estado espiritual más elevado. Hasta este punto es difícil separar lo patológico de lo místico.

Uno de las primeras referencias a casos corresponden al siglo IX en que un monje de Baviera relata el caso de una joven que tras un periodo de apetito voraz, rechaza todos los alimentos y vomita los lácteos que ingiere y al poco tiempo deja de comer por completo. Finalmente es curada por Santa Walpurgis tras ser llevada a ese santuario (Habermas, 1986).

También es conocido el caso de Friderada de Treuchtlingen, en el siglo IX, quien padeció una enfermedad que se caracterizaba por tener un apetito voraz, pero este luego cesa hasta el punto de darse una expulsión de los alimentos ingeridos y restricción de los alimentos.

Quizá la más famosa anoréxica de la historia sea Santa Catalina de Siena, nacida en 1347. Se refiere que a los siete años experimenta su primera visión de Jesús y al mismo tiempo comienza a rechazar la comida, se impone penitencias, renuncia al mundo, y en la adolescencia ya sólo se alimenta de hierbas y algo de pan. Ingresó en la orden de las Dominicas y fue consejera del Papa Gregorio XI en Avignon. Al sentirse fracasada en sus intentos de unificación del papado deja de alimentarse y muere.

O la santa Wilgefortis (Santa Liberata), hija del rey de Portugal, que ayunó y rezó a Dios rogándole le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. Otras santas que también son mencionadas en algunos estudios son Santa Magdalena de Pazzi y Santa Rosa de Lima, esta última estudiada en un análisis de Rosa Behar en 1991. Se afirma también que probablemente Sor Juana Inés de la Cruz, poetisa mística española del siglo de oro, autora de una fecunda y profunda obra de alto contenido religioso, fue anoréxica restrictiva.

La Princesa Margarita de Hungría, en el siglo XIII también presentó en su vida la restricción de comida al romper su padre la promesa de aceptar la decisión de tomar la vida religiosa.

Primeras descripciones médicas

Existen otros relatos de historias que no tienen motivaciones religiosas. Por ejemplo, Avicena en el siglo XI relata el caso del príncipe Hamadham que estaba muriendo por no comer, preso de una gran melancolía. Esta parece ser la primera referencia a un caso de anorexia en un contexto médico, aunque sea, aparentemente, secundaria a un cuadro depresivo.

Sin embargo, las primeras referencias descritas en términos médicos aparecen en el siglo XVI.

¹ Médico Psiquiatra DSMAG Hospital Hermilio Valdizán

En esta época comienzan a aparecer datos sobre personas que presentan inanición, sus conductas restrictivas con la alimentación son vistas como anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa. Uno de los primeros casos es el recogido por Mexio en 1613. Mexio en "The treasure of Auncient and Moderne Times" cita el caso de Jane Balan de 14 años, de la que se decía que había estado 3 años sin comer ni beber. Durante este tiempo no menstruó, orinó ni defecó. El cuadro empezó en 1599 tras un periodo febril con vómitos, a continuación apareció un estado de mutismo, y más adelante un episodio delirante, hubo parálisis de los miembros y no consiguieron hacerla comer. Seis meses más tarde se recuperó pero persistió sin aceptar alimento.

La joven de Over-Haddon, fue uno de los casos que muestra muchos de los síntomas de la anorexia, la cual fue descrita por Hobbes, en la que nos dice que en la joven se podía tocar su columna vertebral y, también que la madre cuenta que ella perdió el apetito en cuatro meses.

En Debyshire, Reynolds en el año 1667 Marthe Taylor presenta un cuadro de inanición autoprovocado. El cuadro se inicia a los 11 años cuando presenta una parálisis tras una caída. La parálisis se repite más tarde acompañada de melancolía y delirios. Se recupera y presenta una tos que le impide dormir y pasa las noches leyendo las Sagradas Escrituras. Presenta amenorrea, restringe la alimentación y vomita lo poco que come. Sobrevive un año con bebidas azucaradas y durante todo ese tiempo, la paciente no orinó ni defecó.

Dolencia Verde

En 1554 Johanes Lange describe la clorosis o dolencia verde, llamada también dolencia de las vírgenes, que sería causada por una "fiebre amorosa", ya que se curaría

con el matrimonio, las relaciones sexuales y la maternidad, aunque Hipócrates y Galeno ya hablaban de ello. Ambrosio Pare lo creía a pie juntillas. Meige cita a autores como Varandal, Lafare Rivière, Sennert y otros que atribuían la patogenia de la clorosis a trastornos menstruales. Durante los siglos XVII y XVIII otros nombres aparecen para definir la clorosis: "color pálido", "enfermedad virginal". Avicena ya había mencionado la obstructio virginum y Arquígenes a la "febris alba", "tristeza amorosa" o "pasión contrariada". La sintomatología es muy variada y los términos superpuestos pero entre los signos se señalan la presencia de palidez, delgadez, cansancio e irritabilidad, estreñimiento, irregularidad menstrual y rechazo de comidas, principalmente carnes.

En cuanto al tratamiento, decía Sauvages, que hay ciertas plantas cuya virtud es funesta al amor, como la ruda (*Ruta graveolens*) que se utilizó mucho y aún se usa en muchas partes de Europa y América contra las crisis de histeria, así como abortivo peligroso, y el alcanfor (*Laurus camphora*) utilizado como cariocinético. A pesar de ello, creía Sauvages que "el amor se cura con hierbas" (*Amor est curabilis herbis*).

Como tratamiento prescribía "un régimen sobrio y refrescante de lacticios, tisana de cebada, raíces de nenúfar, semillas de agnus castus, ejercicios corporales, distracciones sanas y viajes". Prohibía todo cuanto podía agravar el mal, tal como las carnes, los vinos generosos, los alimentos con especias.

Pero, el mejor remedio era... el matrimonio. Como dice el aforismo hipocrático "Nubat illa et malum effugiet". El matrimonio y sobre todo, el embarazo, ejercían una influencia muy beneficiosa en las clorosis.

Meige menciona el párrafo de Molière en su obra teatral "Le medecin malgré lui" que dice en el acto segundo: "Todos estos médicos no harán nada mejor que el agua clara y vuestra hija necesita algo mejor que el ruibarbo o el sen y es que un marido será el mejor emplasto que cure todos los males de esta joven". Probablemente por estas razones se llamó a la clorosis "santa enfermedad" porque se presentaba solamente en las vírgenes. Era más frecuente en los países húmedos y fríos como es el caso de los Países Bajos.

Otro signo de clorosis era la constipación o estreñimiento. En aquella época se usaban los clísteres que estaban en su apogeo como terapéutica y los laxantes. Y como de costumbre se sangraba a las pobres pacientes, lo que por regla general empeoraba el mal, empobreciéndolas más en glóbulos rojos, bien escasos ya en las clorosis con anemia ferropénica. Además el médico inspeccionaba de visu et odoratu el aspecto de los humores que salían de la enferma.

En los Museos de Amsterdam, Londres, Munich, Moscú, Viena y San Petersburgo, pueden verse hoy día bellas obras de arte, generalmente como dijimos de las escuelas flamenca y holandesa, que representan con variantes el "mal de amor" con gran realismo. Algunos pintores como es el caso de Jean Steen tomaron como motivo de sus lienzos esta enfermedad.

Marañón fue prolijo en el estudio de la clorosis. Decía el gran maestro de la Medicina: "La clorosis es un ejemplo único en la Historia de la Medicina; el de una enfermedad de inmensa extensión, no sólo entre los médicos, sino entre el vulgo, que de repente, desaparece casi en absoluto". Y no fue una extinción porque se haya llevado a cabo una lucha específica contra ella, como ha ocurrido con la viruela, la fiebre amarilla u otras. La clorosis ha desaparecido "mágicamente".

Seguía diciendo Marañón: "Esta enfermedad ha figurado en millones de diagnósticos de los médicos clásicos. Ha influido mucho en la vida de la mujer -y por tanto del hombre- durante varios siglos, ha enriquecido a tantos farmacéuticos y propietarios de aguas minerales, ha hecho exhalar tantos suspiros a tantos jóvenes enamorados y movido la inspiración de poetas... pero, ¿ha existido realmente?".

Citada ya por Hipócrates, "será en el siglo XVII cuando Varandal o Varandaeus de Montpellier, la bautiza en 1620 con el nombre de clorosis". Todos los libros de patología han dedicado muchas páginas a esta enfermedad que se presenta en las jóvenes vírgenes y que desaparece al casarse o madurar.

Sin embargo, la civilización moderna terminó con la enfermedad. Los grandes clínicos del siglo XX están de acuerdo en afirmar que ya no se encuentran casos de esta enfermedad, y que para enterarse de lo que era, hay que buscar en los libros antiguos. Todavía se veían casos en la primera decena del siglo XX. En 1920 desaparece de los registros médicos. Marañón, Pittaluga y otros hematólogos, encontraron esta enfermedad diagnosticada muchas veces a través de anemias hipocrómicas asociadas con trastornos menstruales. Sin embargo, no tenían todas las características descritas por los clásicos, por lo que comenzaron a llamarla "seudoclorosis". Posteriormente, cuando los medios de diagnóstico mejoraron, los diagnósticos fueron más precisos, haciéndose aparentes diversas infecciones latentes que actuaban sobre el sistema hematopoyético, especialmente sobre el metabolismo de la hemoglobina. Ejemplo de esto fue la tuberculosis. Así, es muy probable que muchas de las enfermedades calificadas de cloróticas fuesen tuberculosis con sus febrículas vespertinas que eran diagnosticadas de "fiebres

cloróticas" por Wunderlich, al decir de Marañón. Se hablaba incluso de una "tos clorótica" que no era más que la tos de los tuberculosos, todo lo cual se acompañaba de síntomas neurovegetativos. Estudios minuciosos demostraron que la tuberculosis afectaba con mucha frecuencia al aparato genital, especialmente a los ovarios.

Marañón cita una experiencia dolorosa de los comienzos de su vida profesional en relación con esta enfermedad: "Yo no podré olvidar nunca, dice, el caso de una muchacha de 16 años, hermana de un compañero de estudios, a la que vi apenas terminados aquéllos, con el entusiasmo de las primeras experiencias profesionales. Estaba anémica, con el tono alabastrino típico. Su menstruación era escasa. Apenas tosía un poco. Entonces, todavía no se hacía el examen radioscópico sistemático del tórax, que seguramente nos hubiera descubierto lesiones que no denunciaba la exploración clínica a nuestro oído aún poco experto. Tenía una anemia hipocrómica que decidió nuestro diagnóstico de clorosis. Pocos meses después, esta clorótica, llena de interés y de belleza, moría de una granulía. En el pesar que me produjo este fracaso, está tal vez, el germen del estudio de hoy, hostil, creo que justamente a la clorosis".

Marañón relaciona la frialdad de las manos de las cloróticas descritas por los médicos de su tiempo con la mano hipogenital o acrocianosis.

También las afecciones de la tiroides podían ocasionar sintomatología clorótica por su relación con el metabolismo de la hemoglobina, como las alteraciones de las glándulas suprarrenales (hipofunciones corticales), que se acompañan de pigmentaciones anormales, discromías. Por supuesto, la alimentación deficiente o incorrecta podía ocasionar alteraciones cloróticas.

Por todo lo expuesto, Marañón negaba a la clorosis la calidad de entidad nosológica que durante siglos se le dio. Para él no existió nunca la "clorosis verdadera" a pesar de lo que habían dicho Nothnagel, v. Noorden, Hayem, Lache, Pittaluga, Aubertin y Morawitz. "La clorosis, dice tajantemente Marañón, fue una verdadera invención literaria, netamente romántica, un ente fantástico en la Patología". De febris amativa morían Raquel y la Julia de Lamartine, la Mimí de La Bohemia. La palidez de la mujer se interpretaba como virginidad que volvía locos de amor a los hombres.

Recuerda Marañón la comedia de Lope de Vega, "El acero de Madrid" y la canción en la que se repite aquello de: "Niña del color quebrado, o tienes amor o comes barro". Las jóvenes cloróticas acudían por las mañanas a beber de la fuente ferruginosa de la Casa de Campo de Madrid.

Así, la clorosis y su origen o consecuencia podemos hoy incluirlos en la mitología de la Patología Médica, entre los objetos de Museo.

Descripciones clínicas de la anorexia nerviosa (AN)

Como colofón de lo anterior valdría la pena citar lo afirmado en una revisión histórica que: (1) la llegada a Occidente de creencias orientales como las sostenidas por el Jainismo (s. IV) y diseminadas a través de órdenes Mendicantes (Edad Media alta); y, (2) los valores de la ética protestante, promovidos a partir de la Reforma, acompañados del desarrollo de la burguesía y el modo de vida capitalista; fueron dos hitos esenciales en el origen y desarrollo de la anorexia y bulimia nerviosas actuales.

La primera descripción clínica de la anorexia nerviosa es atribuida a Richard Morton. En 1689 aparece su libro

“Phthisiologia, seu Exercitaciones de Phthisis”, donde se describe por primera vez el cuadro clínico de la anorexia nerviosa. Morton narra el caso de una paciente que afirma no tener apetito y sí gran energía, la joven presentaba la delgadez extrema, por la restricción propia de la ingesta. También muestra el caso de una joven que enfermó a los 16 años de edad. A los dos años de iniciarse el trastorno, la paciente presentaba un alto grado de caquexia, la actividad física e intelectual era intensa, carecía de conciencia de enfermedad y no padecía enfermedad física que justifique el cuadro. Abandona el tratamiento y muere a los tres meses.

Ya en el siglo XVIII (1767), Whytt denomina a estos sucesos atrofia nerviosa, enfermedad en la cual asocia la inanición y bradicardia, en una paciente de 14 años de edad presentando síntomas como la pérdida de apetito y dolores estomacales, etc. En los 200 años siguientes aparecen frecuentes referencias a cuadros anoréxicos que se catalogan como atrofia nerviosa o delirio hipocondríaco.

En 1769, Naudeau, relaciona a la anorexia con la histeria. En 1859, Paul Briquet, considera a la anorexia como un tipo de histeria.

Marce, en 1860, muestra un modelo de esta enfermedad en su libro titulado “Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco y caracterizado principalmente por el rechazo alimentario”.

Pero es en 1873, que la anorexia es considerada como anorexia histérica, por Lasegue quien debido a los casos clínicos observados por él, da esta manifestación.

En 1874, Gull muestra otros síntomas de esta enfermedad como la hiperactividad a pesar de la poca alimentación recibida, también acepta que esta enfermedad al

igual que otros antecesores, trae consigo amenorrea, estreñimiento, etc; denominándolo así apesta nerviosa. Gull ya en esta época descartó la presencia de enfermedad orgánica que justificase la anorexia. Pero fue Gull quien utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford. En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad, calificándola de inanición histérica y considerándola al igual que Gull, una enfermedad psicógena. A finales del siglo XIX, en el año 1893, se describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde se describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía.

En 1883, Huchard toma a la anorexia como una enfermedad mental. Howell, en 1888 manifiesta que las personas que sufren esta enfermedad tienen que ser tratados con compresión y cariño.

Por otro lado Charcot, consideró que estos pacientes deben ser aislados hasta de su propia familia hasta tener buenos resultados a su tratamiento.

Pierre Janet dio a conocer subtipos de esta enfermedad: obsesiva e histérica.

El Periodo Somático

En 1914, Simmonds describe la caquexia hipofisiaria y aparecen las teorías del origen panhipofisario de la anorexia.

Esta teoría se mantuvo hasta 1938 cuando Sheehan demostró que la anorexia nerviosa es distinta de la caquexia hipofisiaria que es de origen isquémico. Sin embargo, hasta los años 50 se mantienen las hipótesis endocrinológicas para explicar el origen de la anorexia. Durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria y anorexia nerviosa.

Hipótesis Psicológicas

El siguiente periodo, a partir de los años 30, corresponde a las hipótesis psicológicas encabezadas por el psicoanálisis quedando en olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino. Según este marco teórico, el trastorno se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido que se manifiesta a través de una conversión histérica. Hilde Bruch, psiquiatra que en los años sesenta se convirtió en pionera del tratamiento de la anorexia y de sus posibles causas, descubrió que todas sus pacientes anoréxicas tenían padres que tenían ideas muy rígidas acerca de cómo deberían ser sus hijas y se mostraban intolerantes con cualquier manifestación de independencia por parte de ellas. En su libro "The Golden Cage" (1978), Bruch también encuentra que la enfermedad se había incrementado en los últimos 15 a 20 años debido al énfasis que ha hecho el mundo de la moda por mujeres delgadas y de buena apariencia física en general.

El Enfoque Actual

Desde los años sesenta se han incrementado los trabajos sobre anorexia con una visión más pragmática y heterodoxa del problema, considerando que en la génesis del trastorno pueden influir factores psicológicos, biológicos y sociales. Los actuales modelos de investigación indican que los modelos de tratamiento deben ser multidisciplinarios y deben abordar los tres núcleos conflictivos de la anorexia: peso, figura y pensamientos distorsionados.

En el simposio de Göttingen en 1965 se elaboraron como conclusiones básicas:

- La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.
- El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.

Russell en 1970 y 1977 intenta relacionar las teorías biologicistas de la génesis de la enfermedad con las psicológicas y sociológicas.

- El trastorno psíquico origina la reducción de la ingesta y la pérdida de peso.
- La pérdida de peso es la causa del trastorno endocrino.
- La desnutrición agrava el trastorno psíquico.

A partir de estos trabajos y los posteriores de Garner y Garfinkel (1982) la anorexia nerviosa se define como un trastorno diferenciado de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes.

- El trastorno psíquico también puede agravar por vía directa la función hipotalámica y producir amenorrea.
- Es posible que exista relación entre un trastorno del control hipotalámico de la ingesta y el rechazo de la alimentación, típico de la anorexia nerviosa.

Los manuales diagnósticos como el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), señalan los criterios clínicos orientados al diagnóstico y la tipificación de los casos.

Actualmente se tiene en claro que la alimentación es un proceso básicamente físico. En el hipotálamo radican los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se coordinan y correlacionan las percepciones sensoriales, el almacenamiento de recuerdos de las experiencias anteriores y la vinculación de esta conducta con el mundo externo del sujeto, todo ello encaminado a conseguir alimento. Sin embargo, el proceso no es tan automático como parece. La alimentación también influye en el desarrollo psicológico. A través del pecho

materno el niño aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto; la relación de la comida con estos afectos se mantiene durante toda la vida, por esta razón ciertos estados emocionales como la ansiedad, depresión o alegría influyen en los procesos de alimentación.

Pero además, el acto de comer es un acto social, se come en grupo y la forma de comer y qué se come definen a los distintos grupos culturales. A través de la comida se produce un acto de comunicación social, influyendo en el grupo, sintiéndose cohesionado e identificado.

REFERENCIAS

- Arturo Almenara, Carlos:** Análisis crítico de la Anorexia y bulimia nerviosas (tesis). UNMSM Facultad de Psicología EAP de Psicología, 2006.
- Chinchilla Moreno, A:** Revisión histórica de la Anorexia y Bulimia Nerviosas: Anorexia y Bulimia Nerviosas. Ed Ergon S.A., 1994, 13-29.
- Gispert C y col.** Enciclopedia de la Psicología Océano. Ediciones Océano.
- Quintanilla B:** Anorexia Nerviosa: Manifestaciones psicopatológicas fundamentales. Ediciones Universidad de Navarra.S.A., 1995.
- Revuelto García M. del Carmen:** La anorexia nerviosa en perspectiva histórica, estudio de un caso: Santa Catalina de Siena. Universidad: Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, 2005.
- San Sebastián Cabasés Javier:** Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. *Revista de Estudios de Juventud*, 2009.
- San Sebastián Cabasés J:** La anorexia y la bulimia: Aula de cultura 97-98. Ed. El Correo, 1994, 243-249.
- Toro J, Vilardell E:** Anorexia Nerviosa. Ed. Martínez Roca, 1989.
- Turón Gil V:** Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación: Trastornos de la alimentación. Anorexia Bulimia y obesidad. Barcelona, Ed. Masson, 1997, 3- 16.
- Valera Muñoz Luís Enrique:** Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa: Salud, ISBN. Ed. Tilde, 2003.

ENLACES

- <http://www.nutrinfo.com.ar/pagina/info/anorexi2.html>
- <http://www.psiquiatria24x7.com/bgdisplay.jhtml?itemname=trastornos&ion=anorexia>
- <http://usuarios.lycos.es/astrasalamanca/id27.htm>
- <http://www.gorgas.gob.pa/museoafc/loscriminales/paleopatologia/mal%20de%20amor.html>
- <http://aupec.univalle.edu.co/piab/bulimia/teorias.html#22>
- http://www.kriptia.com/HISTORIA/HISTORIAS_ESPECIALIZADAS/HISTORIA_DE_LA_PSIKOLOGIA/1#115178
- http://www.argiropolis.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=33

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL “HERMILIO VALDIZÁN”

INFORMACIÓN PARA LOS COLABORADORES

1. *La Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán* es una publicación semestral de la Institución, editada por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación con el respaldo de la Dirección Ejecutiva del Hospital Hermilio Valdizán.
2. La Revista publica colaboraciones debidamente calificadas por su Comité Editorial.
3. Los requisitos para la aceptación de una colaboración son los siguientes:
 - a. Las colaboraciones serán dirigidas al Director de la *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, a Carretera Central Km. 3.5 Santa Anita – Lima 43.
 - b. La colaboración deberá presentarse impresa en tamaño A4, escrita en letra tamaño 12, por una sola cara, a doble espacio, debiendo entregarse el original, además de la copia en USB, en programa Word 2003.
 - c. La extensión máxima será de diez caras en las condiciones arriba señaladas.
 - d. Cada colaboración deberá acompañarse de un resumen de un máximo de 120 palabras, en castellano y de una traducción en idioma inglés del resumen, a cargo del autor.
 - e. Los títulos serán breves y pertinentes, pudiendo ser acompañados de un subtítulo.
 - f. Los nombres del autor o los autores, aparecerán en la primera página en la región superior, y sus grados y filiación en la misma página en la región inferior.
 - g. Las referencias bibliográficas se harán, en el texto, consignando entre paréntesis autor y el año, y al final del texto, ordenándolas alfabéticamente y especificándolas de acuerdo a las normas internacionales de redacción de informes.
 - h. Los trabajos que tengan que ver con investigaciones empíricas seguirán en lo posible el orden siguiente: - Sumario - Introducción - Material y métodos - Resultados - Discusión - Conclusiones - Referencias Bibliográficas.
 - i. Las comunicaciones de carácter novedoso podrán seguir un orden de presentación más libre.
 - j. En ningún caso se aceptarán artículos o trabajos publicados previamente en el idioma castellano, para el caso de artículos publicados en otros idiomas la aceptación estará a criterio del Comité.
4. Las colaboraciones publicadas no presentan necesariamente la opinión del Comité Editorial de la Revista y son de responsabilidad de sus autores.
5. Los autores de los trabajos aceptados para su publicación recibirán la comunicación del caso y el trabajo en cuestión pasará entonces a ser de propiedad de la Revista y sólo podrá publicarse, del todo o en parte, en otra publicación, con la autorización escrita del Director.
6. Los originales no serán devueltos a los autores.