

# REVISTA PARAGUAYA DE **PSIQUIATRÍA**

Órgano de difusión científica de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

Volumen 2 | Número 1 | Mayo 2014

ISSN 2308-1562



- ❖ Conclusiones de las Jornadas Educativas de la WPA
- ❖ Actitudes de estudiantes de medicina hacia la homosexualidad
- ❖ Test de Folstein en pacientes mayores de 60 años
- ❖ Psicopatología y Diabetes
- ❖ Uso de antipsicóticos y estabilizantes del humor en trastorno límite de la personalidad



# REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA

Volumen 2 | Número 1 | Mayo 2014

ISSN 2308-1562

## Editor

Prof. Dr. JULIO TORALES BENÍTEZ

## Secretario de Redacción

Dr. HUGO RODRÍGUEZ MARÍN

## Subsecretarios de Redacción

Dra. VIVIANA RIEGO MEYER  
Dra. MARÍA EMILIA CHÁVEZ

Dr. JORGE VILLALBA ARIAS  
Dr. CÉSAR RUIZ DÍAZ

## Consejo Editorial

Prof. Dr. ANDRÉS ARCE RAMÍREZ  
Dra. ANA IRIS BENÍTEZ DOS SANTOS  
Prof. Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO  
Dr. MANUEL FRESCO

Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES  
Prof. Dr. MARTÍN MORENO GIMÉNEZ  
Lic. CRISTINA ARROM SUHURT

## Comité de Revisores

Prof. Dra. ANDREA ABADI (Argentina)  
Presidenta de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesionales Afines (AAPI)

Prof. Dr. NELSON APURIL CÉSPEDES (Paraguay)  
Director de la Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (EFACIM)

Prof. Dr. DINESH BHUGRA (Reino Unido)  
Presidente electo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)

Dr. ALFREDO CÍA (Argentina)  
Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Prof. Dr. RODRIGO CHAMORRO (Chile)  
Director de la Comisión de Psiquiatría de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN)

Prof. Dr. GUSTAVO RODRÍGUEZ ANDERSEN (Paraguay)  
Director de Investigaciones y Jefe de la Cátedra de Bioestadística y Demografía de la Facultad de Ciencias Médicas UNA

Prof. Dra. LAURA VIOLA (Uruguay)  
Presidenta de Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (FLAPIA)

---

La Revista Paraguaya de Psiquiatría, órgano científico oficial de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría, es una revista revisada por pares que se publica bianualmente, en los meses de mayo y noviembre.

REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA | Vol. 2 N° 1 Mayo 2014 | ISSN 2308-1562 (versión impresa)

Diseño editorial: QUADRIVIUM | Tapa: "La casita de enero" - Obra de Alfredo Quiróz | Tiraje: 300 ejemplares

Secretaría: Cerro Corá esquina Tacuary, primer entre piso, edificio del Círculo Paraguayo de Médicos, Asunción - Paraguay

Correo electrónico: [revista@psiquiatriaparaguaya.org](mailto:revista@psiquiatriaparaguaya.org) | Distribución gratuita.



Personería Jurídica por Decreto PE N° 15.275 del 25 de mayo de 1986

### **COMISIÓN DIRECTIVA 2014-2016**

Presidente

Dr. MARTÍN MORENO GIMÉNEZ

Vicepresidenta

Dra. MIRTA MENDOZA BASSANI

Secretaria General

Dra. ANA IRIS BENÍTEZ DOS SANTOS

Tesorero

Dr. EDUARDO FRANCO

Secretario de Actividades Científicas

Dr. ANDRÉS ARCE RAMÍREZ

Vocal Titular

Dr. JULIO TORALES BENÍTEZ

Vocal Suplente

Dra. HUGO RODRÍGUEZ MARÍN

### **SINDICATURA**

Dr. CARLOS GAUTO

### **TRIBUNAL DE ÉTICA**

Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO

Dr. MANUEL FRESCO

Dr. ANDRÉS BOGADO

### **JUNTA ELECTORAL**

Dra. NORA GÓMEZ DE FRETES

### **SECCIONES**

Adicciones

Presidente: Dr. MANUEL FRESCO

Jóvenes psiquiatras y psiquiatras en formación

Presidentes: Dr. JORGE VILLALBA

& Dr. CÉSAR RUIZ DÍAZ

Patología Dual

Presidenta: Dra. VIVIANA RIEGO MEYER

Psicodermatología

Presidente: Dr. JULIO TORALES BENÍTEZ

Psicofarmacología:

Presidente: Dr. JULIO TORALES BENÍTEZ

Psicoterapias

Presidente: Dr. JOSÉ BRÍTEZ CANTERO

Psiquiatría de Enlace

Presidentes: Dr. MARTÍN MORENO GIMÉNEZ

& Dra. ANA IRIS BENÍTEZ DOS SANTOS

Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Presidenta: Dr. ANDRÉS ARCE RAMÍREZ

Psiquiatría Forense

Presidente: Dr. JOSÉ VERA GÓMEZ

Violencia intrafamiliar

Presidente: Dr. ANDRÉS ARCE RAMÍREZ

**La Sociedad Paraguaya de Psiquiatría forma parte de:**



Asociación Psiquiátrica  
de América Latina (APAL)



World Psychiatric  
Association (WPA)

**Página** *[Page]* **5**

**EDITORIAL** *[Editorial]*  
**Conclusiones de las Primeras Jornadas Educativas  
para Médicos no Psiquiatras y del Segundo Encuentro de  
Jóvenes Psiquiatras y Psiquiatras en Formación del Paraguay.**  
*[Conclusions of the First Educational Meeting for  
non Psychiatrists and of the Second Meeting of Early  
Career Psychiatrists and Psychiatry Residents of Paraguay].*

**Página** *[Page]* **7**

**ARTÍCULO ORIGINAL** *[Original article]*  
**Actitudes de los estudiantes de ciencias básicas  
de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional  
de Asunción hacia la homosexualidad.**  
*[Attitude of university students of basic sciences  
of the National University of Asunción School  
of Medicine towards homosexuality].*

**Página** *[Page]* **17**

**ARTÍCULO ORIGINAL** *[Original article]*  
**Utilización del mini mental test de Folstein en pacientes mayores  
de 60 años en consultorio externo de la Cátedra de Psiquiatría  
de la Universidad Nacional de Asunción.**  
*[Use of the Folstein mini mental test in patients over 60 years  
in the outpatient clinic of the Department of Psychiatry  
at the National University of Asunción]*

**Página** *[Page]* **20**

**ARTÍCULO DE REVISIÓN** *[Review article]*  
**Psicopatología y Diabetes**  
*[Psychopathology and Diabetes]*

**Página** *[Page]* **31**

**REPORTE DE CASO** *[Case report]*  
**Utilización de estabilizantes del ánimo y antipsicóticos  
en un caso clínico de trastorno límite de la personalidad**  
*[Use of mood stabilizing and antipsychotics  
drugs in a case of borderline personality disorder]*

**Página** *[Page]* **36**

**NORMAS DE PUBLICACIÓN** *[Instructions for authors]*

**CONCLUSIONES DE LAS PRIMERAS JORNADAS EDUCACIONALES PARA MÉDICOS NO PSIQUIATRAS Y DEL SEGUNDO ENCUENTRO DE JÓVENES PSIQUIATRAS Y PSIQUIATRAS EN FORMACIÓN DEL PARAGUAY**

*[CONCLUSSIONS OF THE FIRST EDUCATIONAL MEETING FOR NON PSYCHIATRISTS AND OF THE SECOND MEETING OF EARLY CAREER PSYCHIATRISTS AND PSYCHIATRY RESIDENTS OF PARAGUAY].*

En los días 28 y 29 de abril de 2014 se llevaron exitosamente a cabo en nuestro país las “Primeras Jornadas Educativas para Médicos no Psiquiatras y Personal de Atención Primaria de Salud” y el “Segundo Encuentro Nacional de Jóvenes Psiquiatras y Psiquiatras en Formación”, organizadas conjuntamente por la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría (SPP), la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, por sus siglas en inglés). Las actividades tuvieron lugar en la ciudad de San Lorenzo, en los salones auditorios del Hospital de Clínicas.

En las Primeras Jornadas se abordaron temas relacionados a la violencia y sus consecuencias sobre la salud mental en Paraguay, la violencia intrafamiliar, la violencia de género, la violencia y el abuso sexual infantil, suicidios, adicciones y conductas violentas; y en el Segundo Encuentro se abordó el tema de la formación de psiquiatras en nuestro país, y de cómo ayudar a mejorarla.

Participaron profesionales y estudiantes nacionales de distintas áreas relacionadas a la salud mental y a la salud en general. Los expositores fueron profesionales renombrados, de la psiquiatría y la psicología, tanto de adultos como niños y adolescentes, locales y extranjeros,

Los psiquiatras en formación de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría presentaron trabajos científicos muy interesantes en formato de póster. Asimismo se llevaron a cabo simposios y talleres educativos coordinados conjuntamente por docentes nacionales y extranjeros, además del segundo encuentro de jóvenes psiquiatras y psiquiatras en formación donde participaron representantes de los distintos centros de formación tanto de psiquiatría clínica como infantojuvenil. Este último tuvo como coordinadores invitados a la Dra. Silvia Gaviria (Colombia) y al Prof. Dr. Edgard Belfort (Venezuela), docente invitada y secretario académico de la Asociación Mundial de Psiquiatría, respectivamente.

Se analizó la situación actual de la formación en psiquiatría en el mundo y principalmente en nuestro país. Como resultados del análisis podemos destacar que la formación en psiquiatría está vista como una forma distinta de encarar la medicina, que realiza un cambio en la vida de quienes la practican y a quienes beneficia. El acompañamiento de parte de los formadores y de los residentes entre sí es fundamental para lograr a cabalidad los objetivos de la formación en las diferentes dimensiones tanto cognoscitiva, psicomotriz y afectiva; haciendo énfasis en el paciente y en su condición humana. Las clases de postgrado bien dirigidas y las investigaciones que apunten a integrar los conocimientos deben complementar el entrenamiento de las diferentes áreas. La experiencia de formación suele enriquecerse cuando pueden ampliarse las miradas e integrarse con otras especialidades y con los contactos internacionales. En este sentido es fundamental la inclusión de la misma dentro del contexto de un hospital general. No están exentos de esta responsabilidad los jefes de guardia y supervisores de las distintas rotaciones que pudieran tener lugar, pues siempre constituyen sus momentos de supervisión oportunidades de aprendizaje; por lo tanto, debe existir un compromiso serio con la docencia de parte de todos los actores.

La diversidad de pacientes y de psicopatologías es una oportunidad que debe canalizarse adecuadamente tanto en la formación como en la investigación. Aquí cabe resaltar que debemos conocer en profundidad el contexto sociocultural y económico de cada paciente, según sea posible; así como también el contexto de cada área formativa y asistencial. Se deben seguir buscando alianzas interinstitucionales para favorecer el intercambio de experiencias con colegas de otros países, el trabajo interdisciplinario y la realización de proyectos de abordaje de diferentes problemáticas sociales. Por supuesto, las actividades deben estar debidamente programadas en la agenda académica y asistencial. Es importante que en todo momento exista un ambiente cordial de trabajo en las instituciones.

El trabajo integrado de psiquiatras y psicólogos, las intervenciones en crisis y las derivaciones oportunas a centros de referencia ayudarán a los pacientes a lograr una mejoría colaborativa.

En el amplio sentido, la reivindicación de la salud mental y de sus políticas ayudará a salvaguardar los derechos fundamentales de los pacientes y de los profesionales y enfocar la práctica coherentemente con los principios de bien común. A esto debe sumarse que deben seguir manteniéndose la gratuidad de atención, la provisión de medicación a los pacientes y la descentralización de la atención a través de las alianzas interinstitucionales.

Todavía podemos mejorar en lo que se refiere a seguimiento institucional de pacientes, presencia comunitaria, rehabilitación social, recursos para internaciones involuntarias y pacientes de difícil manejo; así también en la asistencia social y en la inclusión de otros profesionales de especialidades afines.

Cabe la esperanza en un futuro mejor para la salud mental del Paraguay. El camino recorrido hasta ahora, en lo que se refiere a formación profesional, demuestra que un interés auténtico y la utilización adecuada de los recursos pueden generar una experiencia sumamente satisfactoria que contribuye a mejorar la calidad de la atención. Las anteriores y las nuevas generaciones de jóvenes psiquiatras y psiquiatras en formación abrazan el sueño de ser los mejores psiquiatras que necesitan los compatriotas, sin distinción de credo, o condición económica y cultural.

**Dr. MAURICIO ACOSTA NÚÑEZ**  
Jefe de Médicos Residentes  
Cátedra y Servicio de Psiquiatría  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Asunción

*Editorialista invitado*

**ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS BÁSICAS DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN HACIA LA HOMOSEXUALIDAD.**

[ATTITUDE OF UNIVERSITY STUDENTS OF BASIC SCIENCES OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN SCHOOL OF MEDICINE TOWARDS HOMOSEXUALITY].

Juan Iván Barrios Coronel, María Verónica Miltos Roa, Judith Nelsi Montiel Centurión, Pamela Giselle Piris Galeano, Julio Torales Benítez, Andrés Arce Ramírez.

**Correspondencia:** Univ. Juan Iván Barrios Coronel, estudiante universitario de la carrera de Medicina y Cirugía, FCM-UNA | ivanjuan2013@gmail.com | Avda. Dr. Montero esquina Dr. Mazzei, Edificio de Ciencias Básicas, Asunción-Paraguay.

MANUSCRITO RECIBIDO: 2 de abril de 2014

MANUSCRITO ACEPTADO: 15 de abril de 2014

**RESUMEN**

La homosexualidad en la actualidad se entiende con una connotación negativa y en algún momento se la consideró un trastorno mental. Se ha reportado que el prejuicio sexual es frecuente en estudiantes de medicina. El objetivo fue determinar la actitud de los estudiantes universitarios de ciencias básicas de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción (UNA) hacia la homosexualidad. Se realizó un estudio observacional, analítico de prevalencia en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA. Participaron estudiantes seleccionados al azar que ingresaron en los años 2012, 2013 y 2014. La variable dependiente fue el puntaje en la escala de actitud hacia la homosexualidad (Pérez & Urriola, 1985), las variables independientes se corresponden con el perfil sociodemográfico y académico. Se utilizaron las pruebas T- Student, ANOVA, Kruskal-Wallis y Coeficiente de Spearman. La confiabilidad de la escala se midió con la alfa de Cronbach resultando 0,952. La muestra fue de 207 alumnos la edad media fue de  $21,1 \pm 1,57$  años, 52,2% fueron mujeres. El 58,5% se muestra indeciso en su actitud hacia la homosexualidad, el 37,2% la acepta y el 4,3% la rechaza. La mayor aceptación estuvo en el tercer curso (43,5%) y el mayor rechazo en el primero (8,7%). El 13,5% afirma que la homosexualidad es un desequilibrio mental. Se encontraron diferencias en las variables “sexo” ( $t[205]=-3,923$ ;  $p<0,05$ ), “religión” ( $X^2[4]=15,239$ ;  $p<0,05$ ) y “tener amigos homosexuales” ( $t[205]=-6,032$ ;  $p<0,05$ ). Se concluye que la mayoría de los estudiantes de ciencias básicas de medicina tiene una actitud indecisa frente a la homosexualidad y que las actitudes son más negativas en hombres, cristianos no católicos y en quienes no tienen amigos homosexuales.

**Palabras Clave:** actitudes, homosexualidad, estudiantes universitarios, medicina

**ABSTRACT**

Homosexuality in the present is understood with negative connotations and for some time was considered a mental disorder. It has been reported that sexual prejudice is common in medical students. In this study, 207 students were randomly-selected for conduction of a survey, among all those who got into the School of Medicine of the National University of Asunción in the years 2012, 2013 and 2014. The sample average age was  $21.1 \pm 1.57$  years, 52.2% were female. The dependent variable was chosen to be the score on the scale of attitudes toward homosexuality (Pérez & Urriola, 1985); the independent variables corresponded to the socio-demographic and academic profile. T-Student, ANOVA, Kruskal-Wallis and Spearman coefficient were applied. The reliability of the scale was measured using Cronbach's alpha, resulting 0.952. It was found that 58.5% were undecided on their attitude towards homosexuality, 37.2% showed acceptance, and 4.3% showed rejection. Greater acceptance was found in the third course (43.5%), while highest rejection was found in the first course (8.7%). 13.5% say that homosexuality is a mental imbalance. Significant differences were found in the variables “sex” ( $t[205]=-3.923$ ;  $p<0.05$ ), “religion” ( $X^2[4]=15.239$ ;  $p<0.05$ ) and “having homosexual friends” ( $t[205]=-6.032$ ;  $p<0.05$ ). In conclusion, most students were found to have an indecisive attitude towards homosexuality, and the most negative attitudes were found in men, in non-catholic Christians, and in those who don't have homosexual friends.

**Key words:** attitudes, homosexuality, university students, medicine

## INTRODUCCIÓN

Las actitudes son evaluaciones, ya sean favorables o desfavorables, que realizan las personas sobre ciertos objetos, personas o grupos del entorno social. Generalmente se las considera desde el punto de vista explícito, es decir, se refieren al autorreporte que una persona realiza, utilizando como instrumentos cuestionarios y escalas graduadas<sup>1</sup>.

La homosexualidad en la actualidad y en la mayoría de las sociedades se entiende con una connotación negativa<sup>2,4</sup>. La homosexualidad se consideró en algún momento de la historia como pecado, delito, enfermedad o trastorno mental<sup>5</sup>. Sin embargo, a pesar de que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) le quitó en 1974 la categoría de trastorno mental a la homosexualidad<sup>6</sup> y posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS) hiciera lo mismo en 1990<sup>7</sup>, la connotación social desfavorable persiste hasta hoy<sup>8</sup>.

Es posible que la poca atención que los profesionales de atención primaria prestan a los aspectos de la vida sexual de los usuarios se relacione con homofobia. Evitar la indagación del comportamiento sexual de los pacientes evita abordar todos los aspectos relacionados con la orientación sexual e, igualmente, exime de informar y asesorar sobre comportamientos sexuales seguros<sup>9</sup>. Además es frecuente que los profesionales den por hecho que todos sus pacientes son heterosexuales<sup>10-11</sup> evitando una posición neutral frente a su sexualidad.

Dada la importancia de promover la equidad y la no discriminación en la atención de la salud por parte profesionales, este estudio busca describir las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la homosexualidad y establecer relaciones entre ciertas características de los mismos teniendo en cuenta que el prejuicio sexual es frecuente en estudiantes y profesionales de la medicina<sup>12</sup>.

Entre las variables que se estudiarán destaca el sexo, ya que estudios demuestran que existen diferencias entre las actitudes hacia la homosexualidad por parte de hombres y mujeres<sup>13</sup>. Para comprender estas diferencias en las actitudes hacia la homosexualidad, es necesario considerar que tales actitudes están influidas por un sistema generalizado de creencias de género, incluyendo estereotipos de género y actitudes hacia roles apropiados para cada género<sup>13</sup>.

Además de la variable sexo, existirían otras características personales que parecen asociarse con las actitudes hacia la homosexualidad, como por ejemplo la religión, ya que las variables religiosas siguen constituyendo predictores importantes de conductas y actitudes sexuales<sup>14</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Objetivo General:** Determinar la actitud de los estudiantes universitarios de ciencias básicas de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción hacia la homosexualidad

### Objetivos Específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico y académico de los estudiantes de ciencias básicas de la carrera de medicina y cirugía de la Universidad Nacional de Asunción
- Describir la actitud hacia la homosexualidad de acuerdo a los estratos establecidos
- Determinar si existe asociación entre las variables estudiadas

**Diseño:** Estudio observacional, analítico de prevalencia de corte transversal y prospectivo. Se utilizó un muestreo probabilístico estratificado (los estratos serán los cursos) con afijación simple y muestreo aleatorio simple en cada estrato.

**Calculo de muestra:** se utilizó la fórmula de tamaño de una muestra para poblaciones finitas.

$$\frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot (1 - p)}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Se utilizó un intervalo de confianza del 95%, el tamaño de la población es 450, al no haber estudios similares se asumió que  $p = 50\%$ , un error del 5%; al remplazar los datos se obtiene un tamaño de muestra igual a 207 personas.



**Sujetos:** La población enfocada estuvo compuesta por los estudiantes de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Asunción. La población accesible estuvo conformada por los estudiantes de ciencias básicas de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Asunción

**Criterios de inclusión:** ser alumno de ciencias básicas de la carrera de medicina y cirugía de la Universidad Nacional de Asunción y que accedan voluntariamente a participar del estudio y aquellos alumnos que ingresaron por el método de examen de ingreso en los años 2012, 2013 y 2014.

**Criterios de exclusión:** alumnos que no deseen participar del estudio, alumnos que entreguen la hoja de manera incompleta, en blanco o no la entreguen.

**Pregunta de Investigación:** ¿Cuál es actitud de los estudiantes universitarios de ciencias básicas de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción hacia la homosexualidad?

**Hipótesis nula:** No existe asociación entre la actitud hacia la homosexualidad en estudiantes universitarios de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción y su perfil sociodemográfico y académico.

**Hipótesis alterna:** Existe asociación entre la actitud hacia la homosexualidad en estudiantes universitarios de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción y su perfil sociodemográfico y académico.

**Procesamiento y Análisis Estadístico:** Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en el software de Microsoft Office Excel 2010 a partir de la cual se pasó al software IBM SPSS 15. Para la determinación de la consistencia interna del test para la muestra estudiada, se recurrió al coeficiente alfa de Cronbach, arrojando un valor de 0,952 lo que muestra la alta consistencia interna de la escala utilizada. Para la determinación de la asociación entre las variables se utilizaron las pruebas T de Student y ANOVA para las variables con distribución normal y la prueba de Kruskal-Wallis para las que no sigan una distribución normal. Se utilizaron la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para comprobar que las variables seguían una distribución normal o no y se utilizó el estadístico de Levene para la prueba de homogeneidad de varianzas. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para la variable independiente edad.

**Variables Sociodemográficas y académicas:** edad, sexo, curso, religión, amistades (tener amigos homosexuales), estrato socioeconómico, ciudad de procedencia y estado civil y tipo de alumno. **Variables independientes:** variables sociodemográficas y académicas. **Variable dependiente:** puntaje en la escala de actitud hacia la homosexualidad.

**Instrumentos de Trabajo:** se utilizó un instrumento construido y validado por Pérez y Urriola (1985) en estudiantes universitarios de México. La escala mide “tanto las manifestaciones de acuerdo como de desacuerdo hacia la conducta homosexual”, está compuesta por 42 ítems que exponen diversas premisas, los cuales fueron clasificados en una escala tipo Likert de cinco puntos valorados de la siguiente manera: a. Totalmente de acuerdo b.-. De acuerdo, c.- Indeciso, d.- En desacuerdo, e.- Totalmente en desacuerdo.

A estas posibles respuestas se les asignará un valor de 1 a 5, esto en relación con la pregunta, si esta es positiva se le dará el valor de 1 punto, por ejemplo la pregunta número 1, “Es aceptable la homosexualidad “ en este caso el primer inciso tendrá el valor de uno y así sucesivamente. Si la pregunta es negativa se le dará al primer inciso el valor de cinco. Teniendo en cuenta estos valores se puede concluir que cuanto menor sea la puntuación obtenida, mayor es el nivel de aceptación.

En base a esto se elaboró una escala de puntuación que nos permitirá evaluar cada cuestionario quedando de la siguiente manera:

De 40 a 93 puntos - ACEPTACIÓN

De 94 a 147 - INDECISO

De 148 a 200 - RECHAZO

También se utilizó una encuesta para acceder a su perfil sociodemográfico y académico. El estudio se realizó en mayo del 2014.

**Cuestiones Éticas:** para la realización de la casuística se respetaron el principio de justicia, dando la misma oportunidad a todos los alumnos no haciendo discriminación entre sexo, edad, nacionalidad, religión; el de no maleficencia, al no divulgar los resultados al público en general sin respetar el anonimato y el de autonomía, dando a los sujetos de estudio la oportunidad de retirarse del estudio en cualquier momento. El de beneficencia, ya que los resultados se usarán para concienciar sobre la no discriminación. Se garantizó el anonimato de los sujetos de estudio al momento del análisis y presentación de los resultados.

## RESULTADOS

De la población de 450 estudiantes de ciencias básicas de la carrera de medicina se tomó una muestra de 207 sujetos. La edad de los estudiantes estuvo en un rango entre 18 y 30 años con una media de 21,1 años y desviación típica de  $\pm 1,57$  años. La moda fue de 21 años al igual que la mediana.

Del estudio participaron 108 mujeres (52,2%) y 99 hombres (47,8%) de los cuales el 98,6% (204) declaran estar solteros. El 50,7% proviene de Asunción, 31,9% de Gran Asunción y el resto de departamentos del interior del país. El 75,4% profesa la religión católica. El 91,8% especificó pertenecer al estrato socioeconómico medio. El 88,9% (184) es estudiante regular y el 11,1% (23) restante recursa por lo menos una asignatura.

Teniendo en cuenta que la afijación del muestreo probabilístico estratificado fue simple, se tienen cantidades iguales de sujetos por estratos (cursos); siendo esta cantidad igual a 69. El 69,1% (143) de los sujetos declaró tener un amigo o amiga homosexual.

Teniendo en cuenta el primer curso vemos una edad de media de  $20,41 \pm 1,958$  años y mediana igual a 20; en el segundo curso la edad media es de  $21 \pm 1,163$  años con mediana igual a 21; finalmente en el tercer curso la edad media es de  $21,88 \pm 1,078$  años y una mediana igual a 22

En cuando a la actitud hacia la homosexualidad vemos que el 58,5% (121) están en el rango de indecisión; 37,2% (77) en el de aceptación y vemos 9 casos de rechazo (4,3%). En la afirmación "El/la homosexual es un/a desequilibrado/a mental" vemos que el 13,5% de los estudiantes está de acuerdo con esta afirmación (Tabla 1) y la distribución de este resultado puede verse observarse en la tabla 2. El mayor porcentaje de aceptación teniendo en cuenta cada curso se encuentra en el tercer curso (43,5%) y el mayor porcentaje de rechazo (8,7%) se encuentra en el primer curso (Tabla 3).

En la tabla 4 figuran las asociaciones entre las variables sociodemográficas y académicas y la actitud hacia la homosexualidad. Se observaron diferencias en la actitud hacia la homosexualidad entre hombres y mujeres ( $t[205] = -3,9223$ ;  $p < 0,05$ ) siendo el nivel de aceptación mayor en las mujeres (media=95,06) que en hombres (media=108,77).

Utilizando la prueba de Kruskal - Wallis se observó que existen diferencias significativas en la variable religión ( $X^2[4] = 15,239$ ;  $p < 0,05$ ) ya que existe mayor aceptación entre los agnósticos (mediana=66) seguido de los ateos (mediana=91), los católicos (mediana=100) y por último los cristianos no católicos (mediana 114).

Otra variable que presenta diferencias es la de tener amigos homosexuales ( $t = -6,032[205]$ ;  $p < 0,05$ ) ya que los que declaran tener un amigo o amiga homosexual tienen un nivel de aceptación más alto (media=94,88) que los que declaran no tener un amigo o amiga homosexual (media=116,66). Estas diferencias pueden observarse en las figuras 1 al 3. No se encontró una relación lineal significativa entre la actitud hacia la homosexualidad y la edad ( $r_s = -0,059$ ;  $p > 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

Del análisis cuantitativo se desprende que los estudiantes universitarios de ciencias básicas de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Asunción reportan una actitud neutra o de indecisión hacia la homosexualidad lo cual coincide con un estudio realizado en estudiantes de Venezuela<sup>15</sup>. Teniendo en cuenta que el abordaje de la homosexualidad por varios autores refleja actitudes de homofobia en la sociedad<sup>16-18</sup> puede mencionarse, de acuerdo a Mecci, que esa aparente actitud neutral hacia la homosexualidad, con tendencia a lo favorable, es un velo que tiende a esconder actitudes más negativas<sup>19</sup>.

Observamos que existen casos de rechazo entre los encuestados, representando estos el 4,3% de la muestra, este resultado contrasta con otros autores que concluyen que la homofobia está presente en por lo menos el 10% de los estudiantes de medicina<sup>20</sup>, estos resultados también pueden deberse a lo explicado por Mecci<sup>19</sup>. Se recomienda utilizar escalas para medir las actitudes implícitas hacia la homosexualidad, ya que la escala utilizada en este estudio mide las actitudes explícitas.

Por otra parte, se observaron diferencias significativas de género en cuanto a las actitudes hacia la homosexualidad, ya que las mujeres reportan una actitud más favorable; estos resultados son congruentes con estudios de otros autores<sup>21, 22</sup>. La actitud más negativa por parte de los hombres puede estar relacionada con los patrones de crianza habituales que hacen de la construcción de la identidad masculina un proceso negativo.

Teniendo en cuenta el curso de la carrera no se obtuvieron significancias, pero el mayor porcentaje de rechazo en estudiantes del primer curso puede explicarse con el trabajo de Newman que concluye que se presentan actitudes menos favorables en los participantes de menor grado académico<sup>23</sup>.

Para la variable religión se observaron diferencias significativas, siendo la religión con mayor actitud de rechazo la de los cristianos no católicos al igual que resultados de otro autor<sup>24</sup>. No se encontró en la literatura muchos artículos recientes que traten la asociación entre la religión y la actitud frente a la homosexualidad por lo cual recomendamos se realicen investigaciones en el tema.

Al ser consultados si tienen o no amigos o amigas homosexuales los estudiantes que respondieron afirmativamente tuvieron actitudes más favorables que los que no tienen amigos homosexuales, esta conclusión se corresponde con los resultados de Swank y Raiz<sup>25</sup>. A pesar de que podemos encontrar asociación con la edad, por ejemplo en el trabajo de Parker & Bhugra<sup>26</sup> muestra una actitud más negativa hacia la homosexualidad en personas de mejor edad; en nuestro trabajo la edad no presenta diferencias significativas.

La actitud negativa hacia la homosexualidad tiene varias implicaciones en medicina. Hay que tener en cuenta que de los encuestados 13,5% (28 estudiantes) está de acuerdo en decir que la homosexualidad es un desequilibrio mental lo cual puede afectar la relación médico paciente y la calidad de la atención a este grupo de pacientes<sup>27</sup>. Hay que considerar así mismo las consecuencias de la homofobia en la vida de los estudiantes de medicina homosexuales o bisexuales ya que pueden darse situaciones que varían desde la indiferencia hasta la hostilidad debido a la orientación sexual<sup>28,29</sup> ya que con frecuencia los estudiantes identificados como homosexuales o bisexuales son víctimas de bromas y comentarios peyorativos<sup>30</sup>.

## CONCLUSIONES

La edad promedio fue de  $21,1 \pm 1,57$  años. El 52,2 fueron mujeres, el 50,7% proviene de Asunción, el 75,4% profesa la religión católica y el 88,9% es estudiante regular. El 58,5% se muestra indeciso frente a la homosexualidad. La aceptación de la homosexualidad en el primer, segundo y tercer curso fue de 31,9; 36,2 y 43,5% respectivamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables "sexo", "religión y "tener amigos homosexuales".

## TABLAS Y FIGURAS

**TABLA 1. El/la homosexual es un/a desequilibrado/a mental.**

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	60	29,0
En desacuerdo	84	40,6
Indeciso	35	16,9
De acuerdo	19	9,2
Totalmente de acuerdo	9	4,3
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

**TABLA 2. Distribución de estudiantes que están de acuerdo con la afirmación “El/la homosexual es un/a desequilibrado mental” por sexo, curso y la presencia de amigos homosexuales.**

		n	Porcentaje
<b>Sexo</b>	Femenino	7	25,00%
	Masculino	21	75,00%
<b>Curso</b>	Primero	9	32,14%
	Segundo	6	21,43%
	Tercero	13	46,43%
<b>Amigos homosexuales</b>	Sí	13	46,43%
	No	15	53,57%

**TABLA 3. Actitud por estratos de los estudiantes de medicina hacia la homosexualidad**

Curso	Actitud		
	Aceptación n (% del curso)	Indecisión n (% del curso)	Rechazo n (% del curso)
Primero	22 (31,9)	41 (59,4)	6 (8,7)
Segundo	25 (36,2)	42 (60,9)	2 (2,9)
Tercero	30 (43,5)	38 (55,1)	1 (1,4)
<b>Total n (% muestra)</b>	<b>77 (37,2)</b>	<b>121 (58,5)</b>	<b>9 (4,3)</b>

**TABLA 4. Asociación entre el perfil sociodemográfico y académico y las puntuaciones obtenidas en la escala de actitudes hacia la homosexualidad.**

Variables independientes		Actitud hacia la homosexualidad			Total	Valor p
		Aceptación n (%)	Indecisión n (%)	Rechazo n (%)		
<b>Sexo</b>	Femenino	48 (44,4)	60 (55,6)	0 (0)	108	0,0001*
	Masculino	29 (29,3)	61 (61,6)	9 (9,1)	99	
<b>Estado Civil</b>	Soltero	76 (37,3)	119 (58,3)	9 (4,4)	204	0,593
	Casado	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1	
	Concubinato	1 (50)	1 (50)	0	2	
<b>Procedencia</b>	Asunción	39 (37,1)	60 (57,1)	6 (5,7)	105	0,454
	Central	21 (31,8)	43 (65,2)	2 (3)	66	
	Interior	17 (47,2)	18 (50)	1 (2,8)	36	
<b>Curso</b>	Primero	22 (31,9)	41 (59,4)	6 (8,7)	69	0,061
	Segundo	25 (36,2)	42 (60,9)	2 (2,9)	69	
	Tercero	30 (43,5)	38 (55,1)	1 (1,4)	69	
<b>Religión</b>	Católico	55 (35,3)	97 (62,2)	4 (2,6)	156	0,004*
	Cristiano no católico	3 (16,7)	12 (66,7)	3 (16,7)	18	
	Ateo	4 (57,1)	2 (28,6)	1 (14,3)	7	
	Agnóstico	11 (64,7)	6 (35,3)	0 (0)	17	
	Otra	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)	9	
<b>Estrato socioeconómico</b>	Alto	4 (40)	6 (60)	0 (0)	10	0,621
	Medio	72 (37,9)	109 (57,4)	9 (4,7)	190	
	Bajo	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0)	7	
<b>Tipo de alumno</b>	Regular	69 (37,5)	107 (58,2)	8 (4,3)	184	0,41
	Recursante	8 (34,8)	14 (60,9)	1 (4,3)	23	
<b>Tiene amigos homosexuales</b>	Sí	63 (44,1)	79 (55,2)	1 (0,7)	143	0,000*
	No	14 (21,9)	42 (65,6)	8 (12,5)	64	

**FIGURA 1. Diagrama de caja y bigote de los puntajes de actitud hacia la homosexualidad por género.**

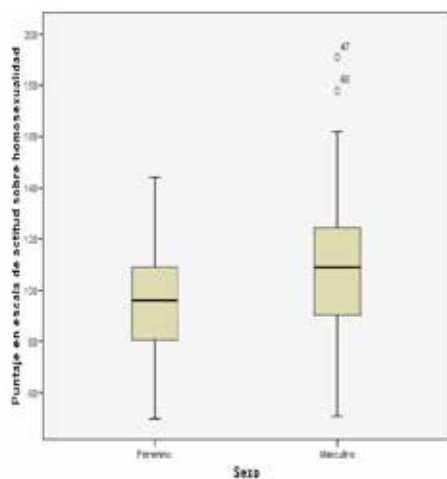


FIGURA 2. Diagrama de caja y bigote de los puntajes de actitud hacia la homosexualidad por religión

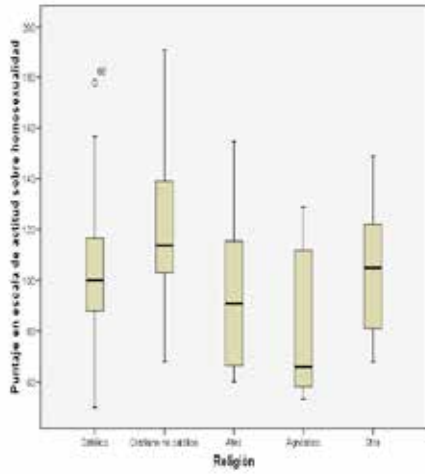
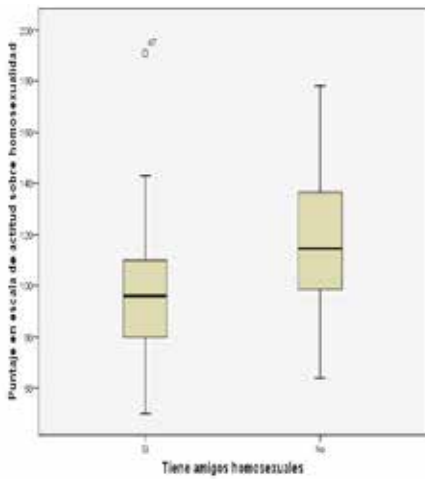


FIGURA 3. Diagrama de caja y bigote de los puntajes de actitud hacia la homosexualidad por presencia amistades homosexuales



## **ACERCA DE LOS AUTORES**

El Univ. JUAN IVÁN BARRIOS CORONEL es estudiante universitario de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Univ. MARÍA VERÓNICA MILTOS ROA es estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Univ. JUDITH NELSI MONTIEL CENTURIÓN es estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Univ. PAMELA GISELLE PIRIS GALEANO es estudiante universitaria de la carrera de Medicina y Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Prof. Dr. JULIO TORALES BENÍTEZ es médico psiquiatra, Profesor Asistente y Jefe de Investigaciones de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Asunción.

El Prof. Dr. ANDRÉS ARCE RAMÍREZ es médico psiquiatra, Profesor Titular y Jefe de Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cárdenas M, Barrientos M. Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile. *Psyche* 2008; Vol 17(2):17-25
2. Puyana G. La homosexualidad en el hombre. Bogotá:Panamericana Editorial;2012
3. Badinter E. XY, la identidad masculina. Bogotá; 1993
4. Foucault M. Historia de la sexualidad. El uso de los placeres. Madrid:Siglo veintiuno editores;1998
5. Mendelson G. Homosexuality and psychiatric nosology. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:678-83
6. Lamberg L. Gay is okay with APA. *JAMA*, 1999;280:97-9
7. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud [INTERNET]. La OPS/OMS advierte que el estigma y la discriminación afectan la salud de lesbianas, gays, bisexuales y trans. Washington DC 2013 [citado el 14 de mayo del 2014] Disponible en: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=941:la-ops-oms-advierte-que-estigma-discriminacion-afectan-salud-lesbianas-gays-bisexuales-trans-&catid=687:par.05salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=255](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=941:la-ops-oms-advierte-que-estigma-discriminacion-afectan-salud-lesbianas-gays-bisexuales-trans-&catid=687:par.05salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=255)
8. Herek GM. Confronting sexual stigma and prejudice: theory and practice. *J Soc Issues* 2007;63:905-25
9. Campo-Arias A, Herazo E, Cogollo Z. Homofobia en estudiantes de enfermería. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(3):839-43
10. Wright L, Cullen J. Reducing college student's homophobia, erotophobia, and conservatism levels through a human sexuality course. *J Sex Educ Ther* 2001;26(3):328-33
11. Simkin R. Not all your patients are straight. *CMAJ* 1998;159(4):370-5
12. Campo- Arias A, Lafaurie M: Aceptación de la adopción por hombres homosexuales en estudiantes de medicina. *Rev Colom Enferm* 2011;6(6):29-34
13. Barra E. Influencia del sexo y de la tipificación del rol sexual sobre las actitudes hacia la homosexualidad masculina y femenina. *Rev Latinoam Psicol* 2002;34(3):275-84
14. Moral-De la Rubia J. Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. *Rev Colom Psic* 2010;19(1):45-59
15. Campo K, Rodríguez M, Trías L. Actitudes de los estudiantes universitarios hacia la homosexualidad. *Rev psicol Esc Psicol Univ Cent Venez*; 2008(27):2
16. Ardila, R. Homosexualidad y Psicología. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.1998
17. Mondimore, F. Una historia natural de la homosexualidad. Barcelona, España: Paidós. 1998
18. Parra, Z. El homosexual y su familia: un estudio de casos. Trabajo de grado de licenciatura no publicado. Universidad Central de Venezuela, Caracas. 2001
19. Meccia, E. La cuestión gay: un estudio sociológico. Buenos Aires, Argentina: Gran Aldea. 2006
20. Campo-Arias A, Herazo E. homofobia en estudiantes de medicina: una revisión sistemática de los diez últimos años. *MedUNAB* 2008;11(2):120-3
21. Herek, G. Gender gaps in public opinion about lesbians and gay men. *Public Opinion Quarterly* 2002;66(1):40-66
22. Collier K, Bos H, Sandfort T. Intergroup contact, attitudes toward homosexuality, and the role of acceptance of gender non-conformity in young adolescents. *Journal of adolescence* 2012;35(4):899-907
23. Newman B, Dannefelter P, Benishek L. Assessing beginning social work and counseling students' acceptance of lesbians and gay men. *J Soc Work Educ* 2002;38:273-88.
24. Delgado S, Young C. Diferencias de actitud ante la homosexualidad entre los estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Odiseo Revista electrónica de pedagogía [Internet]* 2012;9(18) (citado el 25 de mayo del 2014). Disponible en: <http://odiseo.com.mx/articulos/diferencias-actitud-ante-homosexualidad-entre-estudiantes-universitarios-ciudad-mexico>
25. Swank E, Raiz L. Explaining comfort with homosexuality among social work students: the impact of demographic, contextual, and attitudinal factors. *J Soc Work Educ* 2007;43:257-79
26. Parker A, Bhugra D. Attitudes of British medical students towards male homosexuality. *Sex Rel Ther* 2000;15:141-9
27. McNair R. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *MJA*2003; 178: 643-5
28. Risdon C, Cook D, Willms D. Gay and lesbian physicians in training: a qualitative study. *CMAJ* 2000; 162: 331-4
29. Brogan D, Frank E, Elon L, Sivanesan P, O'hanlan KA. Harassment of lesbians as medical students and physicians. *JAMA* 1998;282:1290-2
30. O'Hanlan K, Cabaj R, Schatz B, Lock J, Nemrow P. A review of the medical consequences of homophobia with suggestion for resolution. *J Gay Lesbian Med Assoc* 1997;1:25-40



## UTILIZACIÓN DEL MINI MENTAL TEST DE FOLSTEIN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE LA CÁTEDRA DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN.

[USE OF THE FOLSTEIN MINI MENTAL TEST IN PATIENTS OVER 60 YEARS IN THE OUTPATIENT CLINIC OF THE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AT THE NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN]

Rubén Centurión, María Emilia Chávez

**Correspondencia:** Dr. Rubén Centurión | Jefe de la Unidad de Psicogeriatría, Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción | rcenturi@gmail.com | Avda. Mcal. López y Cruzada de la Amistad, Campus de la UNA.

MANUSCRITO RECIBIDO: 28 de febrero de 2014

MANUSCRITO ACEPTADO: 20 de marzo de 2014

### RESUMEN

**Introducción** Existe una mayor expectativa de vida de la población paraguaya, lo que trae aparejada el aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades propias de los ancianos. El Mini-mental de Folstein es un instrumento práctico y de fácil utilización en el consultorio para detectar el deterioro cognitivo. **Materiales y Métodos:** estudio observacional, descriptivo y nominativo en la Cátedra de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. **Resultados:** la cantidad de pacientes atendidos en el consultorio externo fue de 1942; el 11,3 % eran mayores de 60 años y el 19,5% de estos pacientes realizaron el Mini-mental test de Folstein **Conclusión:** El porcentaje de pacientes a quienes se les aplicó el Mini-Mental test es insuficiente, debiera ser exigencia asistencial que todos aquellos que tengan más de 60 años, sean evaluados con el Mini-mental test de Folstein a fin de asegurar una mejor atención, una mejor red social de apoyo y una mejor calidad de vida de este grupo significativo de pacientes

Palabras claves: Mini-mental test de Folstein, deterioro cognitivo

### ABSTRACT

**Introduction:** There is a greater expectation of life in the Paraguayan population, which increases the incidence and prevalence of typical diseases of the elderly. The Folstein Mini-Mental test is a tool that is practical and it is easy to use in the consultation in order to detect cognitive impairment. **Materials and Methods:** Observational, descriptive and nominative study in the Department of Psychiatry, Hospital de Clínicas, National University of Asunción. **Results:** The number of patients attending to the outpatient clinic was 1942; 11.3% were older than 60 and 19.5% of these patients took the Folstein Mini-mental test **Conclusion:** The percentage of patients who were administered the Mini-Mental test is insufficient. The evaluation with the Folstein Mini-Mental test should be a requirement for all those patients over 60 to ensure better care, better social support network and a better quality of life of this significant group of patients

**Key words:** Folstein Mini-mental Test, cognitive impairment

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe una mayor expectativa de vida en la población paraguaya, una característica demográfica que adquiere cada vez más relevancia. La Dirección general de estadísticas, encuestas y censos informó en el 2002 que 368233 personas contaban con 60 años o más (1), y en el 2012, la misma institución proyectó que 531180 personas tendrían más de 60 años. (2) Estas modificaciones sociales traen aparejadas el aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades propias de los ancianos, lo que acrecienta el interés investigativo por aquellas enfermedades que afectan la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

El Mini-Mental State Examination es un test que fue desarrollado por Marshall Folstein en 1975 (3). Es la prueba de tamizaje más frecuentemente utilizada en la evaluación de enfermedades neuropsiquiátricas (4)

con buena especificidad (> 80%) y sensibilidad (85-100%) para detectar el deterioro cognitivo (5). Se utiliza en todo el mundo y ha sido traducido a varios idiomas.

El Mini-mental test de Folstein es un instrumento práctico, de fácil utilización y su aplicación no demora más de 15 minutos en el consultorio. Consta de 11 ítems que evalúan diferentes aspectos de la cognición, que incluyen la orientación temporo-espacial, el recuerdo inmediato, recuerdo diferido, atención o cálculo, nominación de 2 objetos, repetición de frases, comprensión de orden verbal y escrita, escritura de una oración y copia de un diagrama. El puntaje máximo que puede obtenerse es de 30 puntos y una puntuación menor a 24 es el punto de corte establecido para considerar que la cognición se encuentra afectada.

La medición de la prevalencia del deterioro cognitivo es una exigencia básica para determinar las demandas de los servicios de salud específicos por lo que la utilización del Mini-mental de Folstein es una herramienta útil para la detección precoz del deterioro cognitivo en la población mayor de 60 años y de esta forma poder planificar la administración de recursos destinados a la atención sanitaria para los adultos mayores.

## MATERIALES Y MÉTODOS

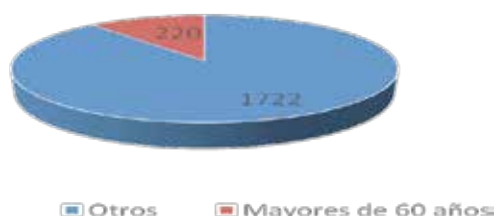
Se efectuó un estudio observacional, descriptivo y nominativo en la Cátedra de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

Para la obtención de datos se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el consultorio externo de la Cátedra de psiquiatría desde el mes de enero al mes de junio del 2013. Del total de fichas, se identificaron las historias correspondientes a pacientes mayores de 60 años y se procedía a constatar la presencia o ausencia del Mini- Mental Test de Folstein

## RESULTADOS

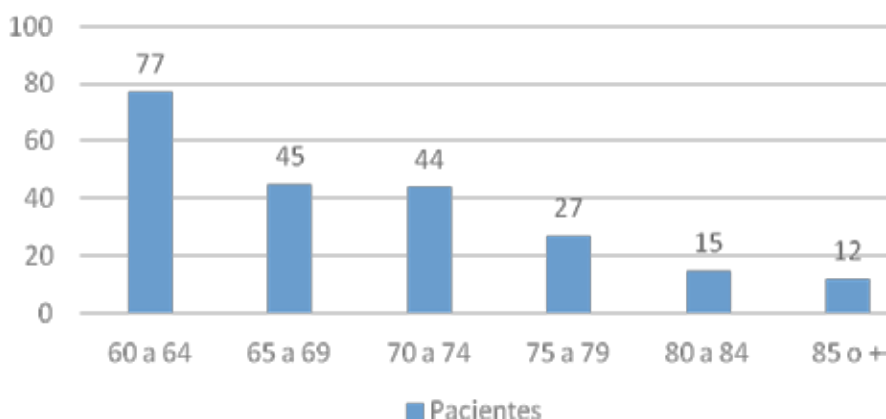
La cantidad de pacientes atendidos en el consultorio fue de 1942 pacientes, de los cuales 220 pacientes tenían 60 años o más, lo que representa el 11,3 % del total de consultas (gráfico 1)

**GRÁFICO 1. Número de consultas.**



Del total de pacientes mayores a 60 años (n=220), 43 fueron evaluados utilizando el Mini Mental test de Folstein, que representa el 19,5% de los pacientes (Gráfico 2)

**GRÁFICO 2. Pacientes.**



## CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población plantea desafíos importantes al sector de la salud pública. La valoración de la cognición en los pacientes mayores de 60 años, debe ser parte de su evaluación integral, ya que puede brindar información esencial para realizar intervenciones que vayan destinadas a mejorar la funcionalidad global de esta población.

El Mini-mental test de Folstein es un instrumento estandarizado, práctico y de fácil aplicación para el rastreo inicial de alteraciones cognitivas y su seguimiento evolutivo.

El porcentaje de pacientes a quienes se les aplicó el Mini-mental test es insuficiente por lo que es lógico suponer que la detección del deterioro cognitivo en los pacientes mayores es muy baja. Siendo los pacientes que acuden al consultorio externo de Psiquiatría del Hospital de Clínicas una población accesible, debiera ser exigencia asistencial que todos aquellos que tengan más de 60 años, sean evaluados con el Mini-mental test de Folstein.

Deben incrementarse los esfuerzos para realizar una correcta y completa evaluación de los pacientes a fin de asegurar una mejor atención, una mejor red social de apoyo y una mejor calidad de vida de este grupo significativo de pacientes.

## ACERCA DE LOS AUTORES

El Dr. RUBÉN CENTURIÓN es médico psiquiatra, Auxiliar de la Enseñanza y Jefe de la Unidad de Psicogeriatría de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. MARÍA EMILIA CHÁVEZ es médica residente de tercer año de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. DGEEC paraguay. Paraguay resultados finales del Censo Nacional de Población y Vivienda Año 2002. Población total por área urbana-rural y sexo según edad, 2002. Disponible en <http://www.dgeec.gov.py>
2. DGEEC paraguay. Anuario estadístico del Paraguay 2012. Proyección de la población total del país por área, según grupos de edad. Año 2012. Diciembre 2013. Disponible en <http://www.dgeec.gov.py>
3. Folstein MF, Folstein SE "Mini- Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr res* 1975;12.189-198.
4. Shulman K, Hermann N, Brodaty h., et al. IPA Survey of brief cognitive screening instruments *Int. Psychogeriatr* 2006;18:281-98
5. Tombaugh TM., McIntyre NJ., the Mini-Mental State Examination. A comprehensive review. *JAM Geriatr soc* 1992;49:87-92

## PSICOPATOLOGÍA Y DIABETES

[PSYCHOPATHOLOGY AND DIABETES]

Gaspar Jara, César Ruiz Díaz, Jorge Villalba, Viviana Riego Meyer

**Correspondencia:** Dra. Gaspar Jara | Médico residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción | gasparjdohmann@hotmail.com | Avda. Mcal. López y Cruzada de la Amistad, Campus de la UNA.

MANUSCRITO RECIBIDO: 25 de marzo de 2014

MANUSCRITO ACEPTADO: 08 de abril de 2014

### INTRODUCCION

La diabetes es una enfermedad que tiene su origen en una alteración orgánica, sin embargo, y dada la complejidad de la naturaleza humana, existen variables de orden psicológico que intervienen en el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, estas variables son responsables de generar habilidades cognitivas y conductuales de los pacientes para afrontar la patología.

Es importante educar al paciente a fin de que sea capaz de asumir de forma adaptativa y eficaz el tratamiento de la diabetes con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Las estrategias de intervención se construyen a partir de la educación y evaluación de las esferas conductual, cognitiva y emocional del paciente, así como de las habilidades de autocuidado, adherencia al tratamiento y recursos de afrontamiento frente al estrés. Todo lo anterior es necesario para diseñar propuestas ideográficas de intervención en dichos pacientes (1).

Las reacciones psicológicas a la diabetes han sido objeto de interés desde principios del siglo XX. Las primeras investigaciones intentaban encontrar características específicas en quien padece la enfermedad. Surgió entonces el mito de la “personalidad del diabético” con la esperanza de encontrar una personalidad específica que implicara un alto riesgo de padecer diabetes y que ofreciera por tanto la posibilidad de prevenirla modificando sus características. Cuando fracasó este intento, el interés se centró entonces en la posibilidad de que se desarrollara una personalidad del diabético como consecuencia de la enfermedad. Los datos acumulados durante años no muestran que la persona diabética promedio sea psicológicamente diferente del resto de la población (2).

Por otro lado, ya en la década de los 80, era bien reconocido que pacientes con peor control metabólico se mostraban ansiosos o deprimidos, no pudiendo afirmar si estos síntomas llevaban al descontrol glicémico o si el descontrol glicémico los provocaba (3).

Hoy en día está cada vez más comprobado que la depresión no tratada puede llevar a un mal control de la diabetes, resultando en niveles altos de glucosa en la sangre que hacen que la depresión se agrave e incremente el riesgo de complicaciones debido a la diabetes. Así también, un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles óptimos de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la percepción de las personas acerca de su condición de salud (4).

Las nuevas pautas de atención médica en diabetes, de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), establecen que es razonable incluir la evaluación de la situación psicológica y social del paciente como un aspecto continuo en la gestión médica de la diabetes, así como también identificar de forma rutinaria problemas psicosociales como depresión, estrés relacionado con la diabetes, ansiedad, trastornos de la alimentación y deterioro cognitivo. Asimismo, como parte del monitoreo y seguimiento psicosocial se podría incluir, sin limitarse a ello, la evaluación de las actitudes acerca de la enfermedad, las expectativas de la gestión médica y sus resultados, el afecto/estado de ánimo, calidad de vida general y relacionada con la diabetes, recursos (financieros, sociales, emocionales) y antecedentes psiquiátricos de los pacientes (5).

## ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS

El impacto del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la diabetes provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente, que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la ansiedad, la depresión, la falta de energía, las disfunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad forman parte de los problemas que los pacientes con diabetes refieren con mayor frecuencia. En la actualidad, se considera que el cuidado del paciente debe responder a una visión multidimensional y multidisciplinaria que conjuntamente valore los resultados clínicos y psicológicos.

Muchos pacientes informan de sentimientos de rabia, culpa y preocupación acerca de la enfermedad y frecuentemente están poco motivados para completar las tareas de autocuidado. Estos hallazgos son consistentes en toda la literatura y están asociados con el deterioro en la calidad de vida. Se ha encontrado que la salud mental y la depresión están asociadas con errores en la valoración de la percepción de control, por lo que los pacientes deprimidos valorarían como más desfavorable su control de la enfermedad.

Diversos investigadores han centrado su trabajo en evaluar distintos tipos de intervenciones psicológicas y sus efectos específicos en pacientes con diabetes. En general, las principales conclusiones a las que han llegado afirman que: a) los programas educativos ayudan a aumentar el conocimiento de la enfermedad, pero no son suficientes para mejorar el control metabólico; b) las intervenciones psicosociales y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento pueden tener un efecto positivo sobre el control metabólico, y c) las intervenciones familiares ayudan a reducir los conflictos paternofiliales sobre el manejo de la diabetes (6).

Los cuestionarios utilizados en la literatura se centran en la medición de: a) la calidad de vida, que se valora con instrumentos generales y específicos para la enfermedad y trata de englobar los diferentes aspectos de la vida cotidiana del sujeto; b) los trastornos emocionales relacionados con la enfermedad, que se miden con las herramientas estandarizadas diseñadas para la evaluación de los trastornos mentales, como el test de depresión de Beck o el test de Spielberger para la ansiedad; c) el ajuste psicológico, que se evalúa mediante medidas de autoconcepto, dificultades conductuales y competencia; d) las habilidades de afrontamiento de sucesos estresantes y de autocuidado en el manejo de la enfermedad; e) el distrés causado por la diabetes, que pretende medir el impacto del diagnóstico y su repercusión en el funcionamiento cotidiano (la amenaza y el impacto percibidos); f) la satisfacción con las circunstancias relacionadas con la diabetes, y g) las actitudes y las motivaciones de los sujetos referentes al tratamiento y al aprendizaje de nuevas habilidades (6, 7).

Tras revisar el modo de comportamiento del paciente diabético ante su enfermedad se puede concluir que, en un alto porcentaje, los sujetos afectados carecen de habilidades para un manejo efectivo del tratamiento o, aún cuando las poseen, no lo realizan de forma apropiada. En la mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados como diabéticos se observa un impacto emocional y conductual por dos razones, primero por tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio conductual con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten (8).

## COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

En los últimos 20 años la idea de que factores psicológicos podrían desempeñar un papel en el origen de la diabetes ha sido centro de investigación extensiva. Sin embargo, en la actualidad se ha incrementado el interés en comprender las consecuencias psicológicas de vivir con diabetes y el impacto sobre el autocuidado de la enfermedad (9).

En primer lugar se debe tener en cuenta el hecho de que la diabetes puede presentarse con síntomas físicos que también se observan en los individuos con trastornos psiquiátricos. Las molestias físicas como cansancio, alteraciones del sueño y del apetito y disminución de la libido son comunes tanto en las personas con diabetes como con depresión. Parece que la depresión y la ansiedad se observan con más frecuencia entre los individuos con diabetes cuando se los compara con aquellos sin diabetes. El incremento en las tasas de depresión tiende a presentarse independientemente del tipo de diabetes, sobre todo cuando las complicaciones clínicas relacionadas con la enfermedad ya están presentes. La prevalencia de ansiedad entre los individuos diabéticos también es elevada. En un metanálisis reciente se puso de manifiesto una tasa de 14% de trastorno de ansiedad y de 40% de síntomas ansiosos en los pacientes con diabetes (10).

Aunque se ha planteado la hipótesis de que la relación entre diabetes y depresión es bidireccional, pocos estudios se han ocupado de esta hipótesis en un escenario prospectivo. Uno de esos estudios observó a 65381 mujeres entre 50 y 75 años de edad desde 1996 hasta el 2006, y concluyó que los resultados mostraban evidencia convincente de que la asociación depresión - diabetes es bidireccional. Es decir, la diabetes aumenta el riesgo de depresión, y viceversa. Todo esto independientemente de los factores sociodemográficos, dieta o estilo de vida (11).

Varios estudios evaluaron el impacto de la depresión en el control metabólico de la diabetes. Independientemente del tipo de diabetes, la depresión parece ocasionar un control glicémico insatisfactorio y un aumento de las complicaciones clínicas de la diabetes. Para explicar estos hallazgos se plantearon algunas hipótesis. En primer lugar, la presencia de depresión podría dificultar el seguimiento adecuado de las orientaciones de hábitos de vida preconizadas en el tratamiento de la diabetes. Además, la asociación de la depresión con un estado de hipercortisolismo podría agravar el grado de intolerancia a la glucosa. Por último, el incremento del peso asociado al uso de algunos antidepresivos podría perjudicar el control metabólico de la diabetes.

Asimismo, algunos investigadores estudiaron la asociación de la depresión con el deterioro cognitivo acelerado en pacientes con diabetes tipo 2. A través de un estudio de cohorte de 40 meses de duración, con 2977 participantes diabéticos, se concluyó que la depresión en estos pacientes se asocia a un mayor deterioro cognitivo en múltiples áreas (velocidad psicomotora, memoria verbal, funciones ejecutivas) en todos los grupos y subgrupos de pacientes evaluados (según edad, sexo, enfermedad cardiovascular previa, estado cognitivo previo) (12). Además, diversos investigadores han concluido que niveles elevados de glucosa en sangre se asocian a un mayor riesgo de demencia en poblaciones de 65 años o más con y sin diabetes (13).

El tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica en la diabetes debe tener en cuenta las características clínicas y las repercusiones de la diabetes en la vida del individuo. Las orientaciones iniciales son las mismas brindadas a los pacientes sin diabetes. Sin embargo, se necesitan intervenciones específicas relacionadas con la presencia de diabetes para que los síntomas asociados a los trastornos psiquiátricos no resulten en un impacto significativo en el control metabólico y en la aparición de complicaciones clínicas de la diabetes.

La utilización de la educación continua en diabetes y de la terapia cognitivo conductual demostró ser eficaz en el control de los síntomas psiquiátricos y en la mejoría del control glicémico entre los individuos con diabetes. De la misma manera, se debe considerar el uso de antidepresivos como una terapia eficaz. Se debe enfatizar, sin embargo, el cuidado en el uso de medicamentos con efecto hiperglicemiante asociado (por ejemplo, antidepresivos tricíclicos). Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina han sido considerados medicamentos de primera línea en función de una posible mejoría en la resistencia periférica a la acción de la insulina (5, 14, 15).

Otra categoría diagnóstica que ha sido bastante investigada en la diabetes es la de los trastornos alimentarios. A pesar de la heterogeneidad de los instrumentos utilizados para el diagnóstico de los trastornos alimentarios y de las muestras de pacientes utilizadas en los estudios, las tasas de alteraciones de la conducta alimentaria entre las personas con diabetes han sido más elevadas que entre quienes no tienen la enfermedad. Uno de los desafíos en el tratamiento de la diabetes es la modificación de los hábitos de vida, crónicamente inadecuados, en busca de una disminución del peso corporal. El abordaje de los trastornos alimentarios en la diabetes es, por lo tanto, similar al utilizado en los individuos obesos no diabéticos.

## **NUESTRO APORTE**

La Cátedra y Servicio de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción forma parte de Unidad Multidisciplinaria de Pie Diabético. En ese sentido, se confeccionó una "*Hoja de Evaluación Inicial Psiquiátrica*" (Anexo I) que consta de dos partes: la primera sobre datos sociodemográficos, estilos de vida saludables y otras preguntas generales a ser completada por el personal a cargo de la educación de los pacientes (bajo supervisión del médico clínico/endocrinólogo) y la segunda es la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), a ser completada por el paciente.

La HADS es una escala validada internacionalmente que permite hacer un monitoreo rápido (alta sensibilidad) de patologías depresivas y ansiosas. El cuestionario es autoaplicado por el propio paciente y se completa inmediatamente luego de que el personal de educación de la Unidad finalice con la primera parte. El médico también está disponible para apoyar al paciente y orientarlo en caso de dudas.

La HADS permite que el paciente al final sume los puntos obtenidos en dos subescalas, de ansiedad y de depresión. Un puntaje mayor o igual a 8 en cualquiera de las subescalas hará que el médico clínico/endocrinólogo derive al paciente a consulta con el médico psiquiatra, para una exploración mayor. Un puntaje menor a 8 hará que el clínico/endocrinólogo controle al paciente a los 2 meses para verificar la existencia de cambios psicológicos.

Solo aquellos pacientes con puntaje igual o mayor a 8 en cualquiera de las dos subescalas de ansiedad o depresión, o aquellos que tengan una patología psiquiátrica de base serán derivados al médico psiquiatra. El médico psiquiatra se encarga entonces de realizar su evaluación utilizando la *"Hoja de Evaluación Avanzada Psiquiátrica"* (Anexo II). Esta es una hoja diagnóstica y también sirve para seguimiento del tratamiento psiquiátrico.

## CONCLUSIONES

La presencia de comorbilidad psiquiátrica parece aumentada entre los individuos con diabetes. Los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, y los trastornos alimentarios se encuentran entre los principales diagnósticos asociados a la diabetes. Varios estudios pusieron de manifiesto el impacto de la depresión en el curso clínico de la diabetes. Además, el tratamiento adecuado de los cambios de estado de ánimo puede ocasionar una mejoría del control metabólico.

Está demostrado que la HADS es un cuestionario apropiado para su uso en un entorno clínico en adultos con diabetes y se considera que su implementación en nuestro medio hospitalario ayudará a mejorar el control glicémico y por lo tanto el bienestar general de nuestros pacientes.

Los trastornos alimentarios representan una categoría diagnóstica de trastornos psiquiátricos con elevado índice de morbilidad y mortalidad. En el caso de la diabetes, el hecho de que ambas enfermedades tienen hábitos nutricionales y de estilo de vida como características en común debe ser considerado en la evaluación y tratamiento de esas condiciones. Se hace evidente que la mejoría de la psicopatología alimentaria podría tener un impacto positivo directo en el control clínico de la diabetes y viceversa.

Para finalizar, se hace hincapié en la necesidad de realizar evaluaciones psicológicas y psiquiátricas de la población de pacientes diabéticos ya en un primer contacto con el sistema de salud, y no únicamente cuando la necesidad de tratamiento en el campo de la salud mental sea evidente, lo que generalmente se correlaciona con un deterioro importante del paciente.

## ACERCA DE LOS AUTORES

El Dr. GASPAR JARA es médico residente de primer año de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. CÉSAR RUIZ DÍAZ es médico residente de primer año de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

El Dr. JORGE VILLALBA es médico residente de segundo año de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

La Dra. VIVIANA RIEGO MEYER es Auxiliar de la Enseñanza y Coordinadora de Psiquiatría de Enlace de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

## BIBLIOGRAFIA

1. Castro G, Rodríguez I, Ramos R. Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Duazary* 2005; 2: 147-150.
2. Portilla L, Romero M, Román J. El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista latinoamericana de psicología* 1991; 23(2): 199-205.
3. Simonds J, Goldstein D, Walker B, Rawling S. The relationship between psychological factors and blood glucose regulation in insulin dependent diabetic adolescent. *Diabetes Care* 1981; 4: 610-615.
4. Zorrilla E. Aspectos psicosociales del paciente adulto con diabetes en atención integral del paciente diabético. 3ª edición. México DF. Interamericana McGraw Hill, 2001: 675-724.
5. American Diabetes Association (ADA). Clinical Practice Recommendations 2014. *Diabetes Care* 2014; 37(1): S5-S13.
6. Crane P, Walker R, Hubbard R, Li G, Nathan D, Zheng H, et al. Glucose Levels and Risk of Dementia. *The New England Journal of Medicine* 2013; 369:540-548.
7. Yu M, Weiss N, Ding X, Katon W, Zhou X, Bessie A. Young. Associations between Depressive Symptoms and Incident ESRD in a Diabetic Cohort. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2013. Disponible en URL: <http://cjasn.asnjournals.org/content/early/2014/03/26/CJN.08670813.abstract> (consultado 30/06/2014).
8. Martín E, Querol M, Larsson C, Renovell M, Leal C. Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Avances en diabetología* 2007; 23(2): 88-93.
9. Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57(4): 457-478.
10. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The Prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-1078.
11. Pan A, Lucas M, Sun Q, Van Dam R, Franco O, Manson J, et al. Bidirectional Association Between Depression and Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *Arch Intern Med.* 2010; 170(21): 1884-1891.
12. Sullivan M, Katon W, Lovato L, Miller M, Murray A, Horowitz K, et al. Association of Depression With Accelerated Cognitive Decline Among Patients With Type 2 Diabetes in the ACCORD MIND Trial. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(10):1041-1047.
13. Crane P, Walker R, Hubbard R, Li G, Nathan D, Zheng H, et al. Glucose Levels and Risk of Dementia. *The New England Journal of Medicine* 2013; 369: 540-548.
14. Schmitz N, Gariépy G, Smith K, Clyde M, Malla A, Boyer R. Recurrent subthreshold depression in type 2 diabetes: an important risk factor for poor health outcomes. American Diabetes Association 2013. Disponible en URL: <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2013/11/06/dc13-1832.abstract?sid=3c12522d-aabb-4a49-916e-9e2dc1154187> (consultado 30/06/2014).
15. Lloyd C, Dyer P, Barnett A. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine* 2000; 17 (3): 198-202.



## ANEXO I

### UNIDAD DE PIE DIABÉTICO HOJA DE EVALUACIÓN INICIAL PSIQUIÁTRICA

#### PRIMERA PARTE

A ser completada por el personal de educación, bajo supervisión del médico clínico/endocrinólogo,

*Fecha de consulta:*

1. **Nombre(s) y apellido(s) del paciente:** \_\_\_\_\_
2. **Edad:** \_\_\_\_\_ años
3. **Sexo:**
  - 3.1. Femenino \_\_\_
  - 3.2. Masculino \_\_\_
4. **Diagnóstico(s):**
5. **Tratamiento actual:**
6. **Residencia actual:**
  - 6.1. Asunción \_\_\_
  - 6.2. Gran Asunción \_\_\_
  - 6.3. Departamento Central \_\_\_
  - 6.4. Otro: favor especifique: \_\_\_\_\_
7. **Procedencia (lugar donde residió la mayor parte de su vida):**
  - 7.1. Asunción \_\_\_
  - 7.2. Gran Asunción \_\_\_
  - 7.3. Departamento Central \_\_\_
  - 7.4. Otro: favor especifique: \_\_\_\_\_
8. **Vive:**
  - 8.1. Sólo(a) \_\_\_
  - 8.2. Con familiares \_\_\_
  - 8.3. Con amigos \_\_\_
  - 8.4. Con pareja \_\_\_
9. **¿Consume tabaco?**
  - 9.1. Sí \_\_\_
  - 9.2. No \_\_\_
10. **En caso de que sí consuma tabaco, ¿qué cantidad de cigarrillos fuma por día**
  - 10.1. \_\_\_\_\_ por día
11. **¿Consume alcohol?**
  - 11.1. Sí \_\_\_
  - 11.2. No \_\_\_
12. **En caso que haya respondido que sí consume alcohol, ¿cuál es su frecuencia de consumo?**
  - 12.1. Solo en eventos sociales \_\_\_
  - 12.2. Regularmente al menos 1 vez por semana \_\_\_
  - 12.3. Regularmente 2 a 3 veces por semana \_\_\_
  - 12.4. Regularmente 4 a 5 veces por semana \_\_\_
  - 12.5. Todos los días \_\_\_

**13. ¿Consume drogas de prescripción médica?**

13.1. \_\_\_\_\_

13.2. Si \_\_\_\_\_

13.3. No \_\_\_\_\_

**14. En caso de que sí consuma drogas de prescripción médica, favor indique cuales**

**Si                      No**

14.1. Antidepresivos                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

14.2. Ansiolíticos                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

14.3. Estimulantes                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

14.4. Otros: favor especifique: \_\_\_\_\_

**15. ¿Consume sustancias ilícitas?**

15.1. Si                      \_\_\_\_\_

15.2. No                      \_\_\_\_\_

**16. En caso de que sí consuma sustancias ilícitas, favor indique cuales**

**Si                      No**

16.1. Marihuana                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

16.2. Cocaína                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

16.3. Otros: favor especifique: \_\_\_\_\_

**17. ¿Ha estado o está actualmente bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico?**

17.1. Si \_\_\_\_\_

17.2. No \_\_\_\_\_

## SEGUNDA PARTE (A SER COMPLETADA POR EL PACIENTE)

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para conocer cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y marque la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en el **último mes**:

### A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día \_\_\_\_\_
- 2. Gran parte del día \_\_\_\_\_
- 1. De vez en cuando \_\_\_\_\_
- 0. Nunca \_\_\_\_\_

### D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes \_\_\_\_\_
- 1. No tanto como antes \_\_\_\_\_
- 2. Solamente un poco \_\_\_\_\_
- 3. Ya no disfruto con nada \_\_\_\_\_

### A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso \_\_\_\_\_
- 2. Sí, pero no muy intenso \_\_\_\_\_
- 1. Sí, pero no me preocupa \_\_\_\_\_
- 0. No siento nada de eso \_\_\_\_\_

### D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre \_\_\_\_\_
- 1. Actualmente, algo menos \_\_\_\_\_
- 2. Actualmente, mucho menos \_\_\_\_\_
- 3. Actualmente, en absoluto \_\_\_\_\_

### A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día. \_\_\_\_\_
- 2. Gran parte del día \_\_\_\_\_
- 1. De vez en cuando \_\_\_\_\_
- 0. Nunca \_\_\_\_\_

### D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca \_\_\_\_\_
- 2. Muy pocas veces \_\_\_\_\_
- 1. En algunas ocasiones \_\_\_\_\_
- 0. Gran parte del día \_\_\_\_\_

### A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre \_\_\_\_\_
- 1. A menudo \_\_\_\_\_
- 2. Raras veces \_\_\_\_\_
- 3. Nunca \_\_\_\_\_

### D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día \_\_\_\_\_
- 2. A menudo \_\_\_\_\_
- 1. A veces \_\_\_\_\_
- 0. Nunca \_\_\_\_\_

### A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en mi estómago:

- 0. Nunca \_\_\_\_\_
- 1. Solo en algunas ocasiones \_\_\_\_\_
- 2. A menudo \_\_\_\_\_
- 3. Muy a menudo \_\_\_\_\_

**D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:**

- 3. Completamente \_\_\_\_\_
- 2. No me cuida como debería hacerlo \_\_\_\_\_
- 1. Es posible que no me cuida como debiera \_\_\_\_\_
- 0. Me cuida como siempre lo he hecho \_\_\_\_\_

**A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

- 3. Realmente mucho \_\_\_\_\_
- 2. Bastante \_\_\_\_\_
- 1. No mucho \_\_\_\_\_
- 0. En absoluto \_\_\_\_\_

**D.6. Espero las cosas con ilusión:**

- 0. Como siempre \_\_\_\_\_
- 1. Algo menos que antes \_\_\_\_\_
- 2. Mucho menos que antes \_\_\_\_\_
- 3. En absoluto \_\_\_\_\_

**A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

- 3. Muy a menudo \_\_\_\_\_
- 2. Con cierta frecuencia \_\_\_\_\_
- 1. Raramente \_\_\_\_\_
- 0. Nunca \_\_\_\_\_

**D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:**

- 0. A menudo \_\_\_\_\_
- 1. Algunas veces \_\_\_\_\_
- 2. Pocas veces \_\_\_\_\_
- 3. Casi nunca \_\_\_\_\_

---

**PARA SU CONTROL**

---

*Sume ahora el puntaje obtenido de la siguiente manera (al lado de cada respuesta que usted marcó existe un número 0, 1, 2, 3 - ese es el valor ponderal):*

*Suma de las Preguntas A1+ A2 + A3 + A4 + A5 + A6 + A7:*

*Suma de las preguntas D1+ D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7:*

*Cualquier duda, consulte con su médico para realizar las sumas pedidas. Su médico le explicará los resultados y le dirá qué pasos seguir.*



- C. DIAGNÓSTICO(S) Y TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO** (según sea el caso).
- D. RECOMENDACIONES** (por ejemplo, fecha de próxima consulta, etcétera).
- E. DATOS DEL EVALUADOR** (datos completos del médico psiquiatra que realiza el informe; lugar y fecha).

### UTILIZACIÓN DE ESTABILIZANTES DEL ÁNIMO Y ANTIPSICÓTICOS EN UN CASO CLÍNICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

[USE OF MOOD STABILIZING AND ANTIPSYCHOTICS DRUGS IN A CASE OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER]

María Belén Dávalos Insfrán

**Correspondencia:** Dra. María Belén Dávalos Insfrán, Médica residente de la Cátedra y Servicio de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción | belen\_davalos@hotmail.com | Avda. Mariscal López esquina Cruzada de la Amistad, Campus universitario de la UNA.

MANUSCRITO RECIBIDO: 27 de febrero de 2014

MANUSCRITO ACEPTADO: 18 de marzo de 2014

#### RESUMEN

**Introducción:** Los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se sitúan en la frontera entre las neurosis y psicosis. En los algoritmos de tratamiento del TLP se recomienda de manera creciente la utilización de estrategias psicofarmacológicas, sin embargo, la evidencia clínica sobre la eficacia de los psicofármacos, sigue siendo escasa. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, 25 años de edad, cuadro de 2 semanas de evolución de tristeza, llanto diario, desesperación, deseos de muerte, irritabilidad, conflictos interpersonales con su familia y dificultad en el trabajo. Paciente cumple criterios clínicos DSM-V para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Límite de la Personalidad. Tratamiento Escitalopram 20mg/día, Clonazepam 1mg/noche y Risperidona 1mg: 30 gotas según necesidad (ante sensación de pérdida de control). Al mes se agregó: Piportil 25mg: 1 ampolla IM/mes y litio 900mg/día. Durante el primer mes, mejoría en el estado de ánimo, pero las crisis de impulsividad y agresividad aumentaron. Se agrega pipotiazina intramuscular, buena evolución, paciente estable, presenta crisis de menor intensidad, no se repite episodios de agresión. **Discusión:** La diversidad psicopatológica del TLP lleva a la aplicación de un amplio abanico de fármacos que dificultan una adecuada evaluación de los resultados y multiplicación de efectos adversos. En la actualidad, no existe ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM) o la Food and Drug Administration (FDA) con la indicación específica para el tratamiento del TLP. **Conclusión:** los fármacos utilizados en la paciente (antipsicótico típico y estabilizante) ayudan a disminuir la intensidad de ciertos síntomas en periodos de crisis de la patología, pero no constituyen el tratamiento único eficaz, sino podrían utilizarse como tratamiento coadyuvante de la psicoterapia.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Patients with diagnosis of borderline personality disorder are in the limit between neurosis and psychosis. BPD treatment algorithms recommended increasingly psychopharmacological strategies, however, clinical evidence on the efficacy of psychotropic drugs remains low. **Case Report:** Female patient, 25 years of age, 2 week history of sadness, crying, death wishes, irritability, interpersonal conflicts with her family and problems at work. Patient meets DSM-V clinical criteria for the diagnosis of Major Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder. **Treatment** Escitalopram 20mg/day, Clonazepam 1mg Risperidone 1mg /ml 30 drops as needed (feeling of loss of control). After a month it was added: Pipotiazine 25mg/month and lithium 900mg/day. During the first month, improvement in mood was reported, but increased impulsivity and aggressiveness. After Intramuscular pipotiazine, the patient presented improvements, lower intensity of crisis, not repeated episodes of aggression. **Discussion:** BPD psychopathology diversity leads to the application of a wide range of drugs that difficults a proper assessment of the results and multiplication of adverse effects. Nowadays, there is no drug approved by the European Medicines Evaluation Agency (EMA) or the Food and Drug Administration (FDA) for the specific indication for the treatment of BPD. **Conclusion:** the drugs used in the patient (typical stabilizer and antipsychotic) help decrease the severity of certain symptoms in periods of crisis in pathology, but are not the only effective treatment, but could be used as an adjunct to psychotherapy.

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se sitúan en la frontera entre las neurosis y psicosis. Estos pacientes se caracterizan por una extraordinaria inestabilidad afectiva, del estado de ánimo, conductual, de relaciones objetales y de la autoimagen.

La prevalencia del TLP es de alrededor del 1 al 2% y es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. No existe un modelo etiopatogénico con suficiente soporte empírico, por lo que la tendencia actual es la adopción de modelos explicativos desde un enfoque multidimensional que suelen integrar factores biológicos y experiencias tempranas del aprendizaje.<sup>1,2</sup>

En los algoritmos de tratamiento del TLP se recomienda de manera creciente la utilización de estrategias psicofarmacológicas, sin embargo, la evidencia clínica sobre la eficacia de los psicofármacos, sigue siendo escasa. Así, apenas se cuentan con 27 ensayos clínicos aleatorios con importantes limitaciones metodológicas.<sup>7</sup>

Se han realizado ensayos clínicos con estabilizantes del ánimo como la carbamazepina, el ácido valproico, valproato o divalproex, la lamotrigina y el topiramato, siendo el valproato y el topiramato los que gozan de mayor evidencia científica. No existen evidencias de eficacia del litio. Se ha encontrado evidencia de eficacia del valproato frente al placebo en la inestabilidad emocional, impulsividad, inestabilidad de relaciones personales y el funcionamiento global. Con respecto al topiramato y la lamotrigina, se ha reportado eficacia para la inestabilidad emocional y la impulsividad.

Los antipsicóticos para los que se ha encontrado evidencia son: Haloperidol, Olanzapina, Aripiprazol, Ziprasidona, Tiotixeno, Flupentixol y Clorpromacina. Los resultados de los ECA cuando se utilizan antipsicóticos atípicos, son contradictorios. Destaca especialmente la olanzapina con varios ECA que muestran parcialmente su eficacia en síntomas afectivos, hostilidad y alteraciones cognitivas. Por otra parte, existe un ECA con aripiprazol que señala su elevada eficacia en síntomas afectivos, irritabilidad y funcionamiento global. Existen solamente dos ECA de calidad 1+ ya antiguos (1989, 1993) que analizan la eficacia de los antipsicóticos típicos, concretamente con el haloperidol, que concluyen que no existe evidencia de su eficacia en el tratamiento de mantenimiento en pacientes ambulatorios y subrayan además la mala tolerancia y la alta tasa de abandono. Asimismo, existe un ECA con ziprasidona que indica la ausencia de eficacia de este fármaco en el TLP. Finalmente, existen tres ECA en los que se trata la eficacia del decanoato de flupentixol, el tiotixeno y la clorpromazina, respectivamente, de baja calidad metodológica y que no han sido replicados posteriormente.<sup>1,3,4</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 25 años de edad, soltera, educación secundaria concluida, diseñadora de moda. La paciente acude a la consulta por un cuadro de 2 semanas de evolución de tristeza, llanto diario, desesperación, deseos de muerte “para poder descansar” sin plan específico, irritabilidad, “crisis de rabia” donde rompe y tira cosas, sale a caminar a la calle sola y a la madrugada y maneja imprudentemente con su hija de 2 años en el asiento trasero. Se aísla de sus amistades, conflictos interpersonales con su familia y dificultad en el trabajo. Consulta 10 días antes en la sala de urgencias de psiquiatría, donde se indica Escitalopram 20mg/día, Alprazolam 0,5mg/noche y Risperidona 3mg según necesidad. Inicia solamente Escitalopram, con lo que refiere leve mejoría. BIOGRAFÍA: Historia de abuso sexual por parte del abuelo materno desde los 7 hasta los 13 años. Nunca lo comentó con nadie porque su abuelo la amenazaba con matar a su madre. Desde los 13 años, siente tristeza y presenta crisis donde pierde el control (“gritos y peleas”). Desde los 17 hasta los 19 años estuvo en pareja con su ex-marido. A los 19 se casa. Estuvo casada 1 año y luego se divorció debido a que su marido le confesó que alguna vez abusó de su hermana. Desde ese momento las crisis aumentaron en frecuencia e intensidad. En ese entonces pertenecía a la Iglesia Testigo de Jehová. Hace aproximadamente 2 años y medio inicia la relación con su pareja actual, con quien a los 3 meses de relación planea tener un hijo. Hace 10 meses fue expulsada de su Iglesia debido a tener una hija sin estar casada. Desde entonces su hermana menor cortó relación con ella y esto le afecta mucho porque describe que la misma era su única amiga. Su madre y sus demás hermanos “nunca la abandonaron”. Vivió por 1 año y medio con su pareja, hasta que este “no aguantó más su comportamiento”, se separaron por un tiempo, luego volvieron pero ya no viven juntos. Refiere no tener amigas debido a que no le gusta hablar. Relaciones interpersonales conflictivas con su madre, sus hermanas y su pareja. Maltrata física y verbalmente a su hija “cuando está nerviosa y pierde el control”.



**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:** Paciente cumple criterios clínicos DSM-V para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Límite de la Personalidad.

**TRATAMIENTO:** Inicial: Escitalopram 20mg/día, Clonazepam 1mg/noche y Risperidona 1mg: 30 gotas según necesidad (ante sensación de pérdida de control). Al mes se agregó: Piportil 25mg: 1 ampolla IM cada mes. Al mes y medio, consulta con nuevo facultativo quien agrega Litio 900mg/día, con retorno de litemia de 0,2mEq/L.

## **EVOLUCIÓN**

Durante el primer mes la paciente refiere mejoría su estado de ánimo, pero las crisis de impulsividad y agresividad aumentaron, incluso al punto de comprometer su vida y la de su hija. Presentó varios episodios de abuso de la medicación antipsicótica.

Se indica internación pero la paciente se niega.

Se agrega pipotiazina intramuscular, con la intención de controlar la dosis del medicamento y mejorar los síntomas de impulsividad e inestabilidad emocional.

Tras dicha medicación las crisis disminuyeron en intensidad, no volvió a agredir físicamente a su hija y niega ideas autoagresivas.

Al mes y medio consulta con otro psiquiatra quien le agrega Litio.

2 días antes de la siguiente dosis de Piportiazina, la paciente agrede físicamente a su hija. Refiere haber abandonado la medicación por 3 días. Es traída a la consulta por la pareja, se indica internación, pero vuelve a negarse.

Se indica separación de la hija, control ambulatorio cada 24hs y Piportiazina 25mg 1 amp IM cada 22 días.

Dos meses después la paciente presenta una buena evolución, se encuentra estable, presenta crisis de menor intensidad, volvió con la hija y ya no se repite episodios de agresión.

Se suspende clonazepam.

Actualmente presenta amenorrea y aumento de apetito. Se realizó B-HCG que retorna negativo; por lo que se interpreta como una reacción adversa al antipsicótico.

## **DISCUSIÓN**

La diversidad psicopatológica del TLP lleva a la aplicación de un amplio abanico de fármacos que dificultan una adecuada evaluación de los resultados, con el riesgo de interacciones farmacológicas y multiplicación de efectos adversos.<sup>1</sup>

La negativa por parte de muchos clínicos a reconocer las limitaciones de la medicación en este trastorno, así como la difusión de los algoritmos terapéuticos propuestos por la guía de la APA, lleva a la polifarmacia, una práctica que no está en absoluto basada en la evidencia.<sup>1,6</sup>

Por parte de la persona diagnosticada de TLP se añaden dificultades inherentes a esta patología: el incumplimiento, abandono o abuso del tratamiento son casi la norma; especial intolerancia a efectos secundarios, aparición de efectos paradójicos, sintomatología dependiente del contexto, significado transferencial de la medicación, predilección por fármacos que les hacen empeorar a juicio de las personas de su entorno y aversión por los fármacos que el resto consideran más beneficiosos.<sup>1</sup>

En la actualidad, no existe ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (AEEM) o la Food and Drug Administration (FDA) con la indicación específica para el tratamiento del TLP.

Se recomienda administrar un único fármaco, y evitar, siempre que sea posible, polimediar al paciente, en casos de crisis.<sup>2</sup>

En cuanto a los estabilizantes del ánimo, se ha encontrado evidencia de eficacia del valproato frente al placebo en la inestabilidad emocional, impulsividad, inestabilidad de relaciones personales y el funcionamiento global. Con respecto al topiramato y la lamotrigina, se ha reportado eficacia para la inestabilidad emocional y la impulsividad.

Entre los antipsicóticos atípicos destaca especialmente la olanzapina con varios ECA que muestran parcialmente su eficacia en síntomas afectivos, hostilidad y alteraciones cognitivas. Por otra parte, existe un ECA con aripiprazol que señala su elevada eficacia en síntomas afectivos, irritabilidad y funcionamiento global.<sup>1,4,8</sup>

No se encontraron trabajos que informaran eficacia de algunas drogas en el tratamiento de otros síntomas centrales del trastorno límite de la personalidad, como la evitación del abandono, la sensación de desolación, los disturbios de identidad y de disociación; para el tratamiento de estos síntomas los autores recomiendan el uso de psicoterapia.<sup>7</sup>

## **CONCLUSIÓN**

En el caso clínico, la paciente presenta varios de los inconvenientes citados en la bibliografía: incumplimiento y abuso de la medicación, efectos secundarios provocados por los fármacos, polimedicación, falta de adherencia al tratamiento con un solo médico, utilización de fármacos que no tienen el respaldo de ninguna evidencia científica e inclusive su sobredosis puede resultar letal, como es el caso del litio.

A pesar de la polimedicación continúa presentando la mayoría de los síntomas de la patología, pero disminuyeron la frecuencia y la intensidad de la impulsividad y la agresividad y ya no hubo intentos suicidas. Por lo que se puede concluir que los fármacos utilizados en la paciente (antipsicótico típico y estabilizante) ayudan a disminuir la intensidad de ciertos síntomas en periodos de crisis de la patología, pero no constituyen el tratamiento único eficaz, sino podrían utilizarse como tratamiento coadyuvante de la psicoterapia.

Las guías consultadas aconsejan prescribir el fármaco con menos efectos secundarios, a las menores dosis posibles, con mínimo potencial adictivo y relativa seguridad en caso de sobredosis y realizar una revisión mensual del tratamiento farmacológico.<sup>1,2</sup>

## **ACERCA DE LA AUTORA**

La DRA. MARÍA BELÉN DÁVALOS INSFRÁN es médica residente de segundo año de la Cátedra y Servicio de psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo de trabajo sobre atención a personas con TPL del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud. Atención a las personas con trastorno límite de la personalidad en Andalucía. Documento técnico. Edición: Área de Sistemas y Servicios Sanitarios, Sociosanitarios y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública. Depósito Legal: GR 2490-2012.
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
3. Dres. Lieb K, Völlm B, Stoffers J y colaboradores. Los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos en los trastornos límites de la personalidad. SIIC. *British Journal of Psychiatry* 196(1):4-12, Ene 2010.
4. Dr. Mercer D. Analizan la eficacia del tratamiento farmacológico en el trastorno límite de personalidad. SIIC. *Current Psychiatry Reports* 9(1):53-62, Feb 2007.
5. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Intervenciones farmacológicas para las personas con trastorno de la personalidad borderline (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Dres. Díaz-Marsá M, González-Bardanca S, Carrasco J y colaboradores. Especificidad del tratamiento farmacológico según la dimensión sindromática en el trastorno límite de la personalidad. SIIC. *Actas Españolas de Psiquiatría* 36(1):39-49, Ene 2008.
7. Dres. Lieb K, Völlm B, Stoffers J y colaboradores. Los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos en los trastornos límites de la personalidad. SIIC. *British Journal of Psychiatry* 196(1):4-12, Ene 2010.
8. Dres. Nickel M, Muehlbacher M, Fartacek R y colaboradores. El aripiprazol es eficaz en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. SIIC. *American Journal of Psychiatry* 163(5):833-838, May 2006

## REVISTA PARAGUAYA DE PSIQUIATRÍA NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Paraguaya de Psiquiatría es el órgano de difusión científica oficial de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Su fin primordial es la difusión de los resultados de trabajos científicos elaborados por integrantes de la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría (o de otras Sociedades hermanas, nacionales o extranjeras), en forma de artículos científicos de alta calidad que sigan la metodología de la investigación científica y los conceptos de la ética, aportando conocimientos científicos que contribuyan a la solución de los problemas de salud mental del país y la región latinoamericana. Se publica semestralmente en un volumen por año.

### ► NORMAS GENERALES

Por cada trabajo presentar tres copias en papel tamaño A4 (212x297mm), letra tipo Arial 11, formato de texto Microsoft WORD, espacio simple, con márgenes de 2,5mm, más la versión electrónica. Escribir sólo a una cara y enumerar consecutivamente las páginas desde la del título, en el ángulo inferior derecho de cada página. Los trabajos deben estar corregidos, sin faltas ortográficas, gramaticales o de estilo y estar acompañados de un documento con la firma de todos los autores donde expresan la ausencia de conflictos de intereses y la aceptación de publicación en la revista. Los trabajos que no reúnen las condiciones básicas indicadas en estas normas, serán rechazados en la Secretaría de Redacción de la Revista.

### ► DIRECCIÓN

Para la entrega de las 3 copias de manuscritos para publicación dirigirse a: Sociedad Paraguaya de Psiquiatría. Cerro Corá esquina Tacuary (Edificio del Círculo Paraguayo de Médicos), primer entre piso. Telefax: 595 21 328 15 07. Asunción, Paraguay. Luego de haber entregado los manuscritos, el trabajo deberá ser enviado al correo electrónico del Editor: revista@psiquiatriaparaguaya.org

### ► CATEGORIAS DE PUBLICACIONES DE LA REVISTA

**Artículo original:** trabajo inédito derivado de una investigación médica que aporta información nueva sobre aspectos específicos y contribuye de manera relevante al conocimiento científico. Sigue el formato estándar internacional, Introducción, Material y Métodos, resultados y Discusión (IMRD).

**Artículo de revisión:** presenta el estado actual del conocimiento sobre un tema e incluye dos categorías: 1. solicitado directamente por la editorial a personas expertas en el tema; 2. presentado por profesionales interesados en un tema particular. Debe incluir un resumen con énfasis en el significado de los hallazgos recientes, una introducción al tema señalando el desarrollo pasado y reciente actualizado con referencias de publicaciones de trabajos de otros autores sobre el tema. El desarrollo queda a discreción del autor y se aconseja que incluya tablas, esquemas y figuras que hagan ágil la lectura del texto y ofrezcan una comprensión más rápida de su contenido. La revisión debe incluir un análisis crítico de la literatura, datos propios de los autores y una conclusión final.

**Comunicaciones cortas:** es el informe de resultados parciales (preliminares) o finales de una investigación cuya divulgación rápida es de gran importancia.

**Reporte de casos:** son ejemplos de casos clínicos de enfermedades que destacan alguna particularidad llamativa o señalan un hallazgo especial de las mismas, con una revisión breve de la literatura pertinente.

**Artículo de interés:** es un manuscrito científico que presenta la opinión sustentada del autor sobre un tema específico de psiquiatría o salud mental de actualidad.

**Artículo de opinión:** es un manuscrito filosófico, literario o científico que presenta la opinión personal del autor sobre un tema específico de psiquiatría o salud mental de actualidad.

**Comentarios o cartas al editor:** manuscritos cortos solicitando aclaraciones o presentando comentarios sobre el material publicado en la revista. La decisión sobre la publicación de las cartas recibidas queda a discreción del Editor de la Revista.

**Comentarios bibliográficos:** son escritos críticos breves sobre libros de la psiquiatría, psicología o salud mental.

### ► INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS MANUSCRITOS

Todo material propuesto para publicación y presentado en la Revista Paraguaya de Psiquiatría será revisado por el Editor, Consejo Editorial y Comité de Revisores Externos y posteriormente será enviado para la "evaluación externa por pares" a dos evaluadores o pares científicos. El Editor o Secretario de Redacción informará al autor principal o correspondiente de la recepción de su trabajo, le comunicará posteriormente los comentarios de los revisores y le hará saber la decisión final sobre la publicación de su manuscrito en la revista.

La Revista Paraguaya de Psiquiatría se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos y de hacer sugerencias para mejorar su presentación.

Una vez que el autor reciba los comentarios de los revisores, deberá contestarlos punto por punto e incorporar las modificaciones correspondientes en el texto. Si en el transcurso de las tres semanas siguientes no se recibe la respuesta de los autores, el Editor o Consejo Editorial retirará el manuscrito.

Una vez aceptado el manuscrito para publicación no se aceptarán modificaciones sobre su contenido y los autores deberán enviar una declaración de cesión de los derechos de autor a la revista, la cual debe ser firmada por todos los autores. Los originales de los artículos aceptados para publicación permanecerán en los archivos de la revista hasta por un año.

#### ► **PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO:**

El manuscrito deberá incluir las siguientes secciones para todas las categorías de artículos:

##### **Hoja de presentación:**

- Título en español: corto (no más de diez palabras) claro, conciso y específico, sin abreviaturas.
- Título en inglés: traducción fiel del español.
- Apellidos completos y siglas de nombres de los autores separados por comas.
- Afiliación institucional: nombre de la/s Institución/es donde se llevó a cabo el trabajo.
- Autor correspondiente: nombre del autor responsable, dirección completa, teléfono, fax y correo electrónico para contactarlo.
- Fuentes de financiación.

##### **Resúmenes:**

- Resumen estructurado (introducción, objetivo, material y métodos, resultados y conclusión) o no estructurado en español y en inglés, redactado en tiempo pretérito. Cada uno no debe tener más de 250 palabras. No se permite el uso de referencias ni siglas o acrónimos.

##### **Palabras clave:**

- Se requieren 3 a 10 palabras clave en cada idioma (español e inglés). Consulte los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) del índice de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) en <http://decs.bvs.br>; para verificar el inglés consulte los Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus en <http://www.nlm.nih.gov/meshhome.htm>

##### **Conflicto de intereses y financiación:**

- Se debe incluir antes de las referencias bibliográficas del manuscrito un párrafo en el que se expresa si existen o no conflictos de intereses, además de incluir la fuente de financiación de la investigación.

##### **Referencias bibliográficas:**

- Numere las referencias consecutivamente según el orden de las citas mencionadas en el texto utilizando referencias numéricas (número arábigo superíndice). No cite como referencias las observaciones inéditas o las comunicaciones personales. Si debe incluir como referencias artículos aceptados que aún no han sido publicados, indique el título de la revista y escriba el término “en prensa” para lo cual deberá tener la constancia del editor de dicha revista que lo habilita para citar dicho artículo.
- Consulte la lista de publicaciones periódicas del *INDEX MEDICUS* (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) para la abreviatura exacta de la revista citada. Si la revista no aparece, escriba el título completo de la revista. Transcriba solamente los seis primeros autores del artículo, seguido de *et al.* Consulte a Lilacs, Latindex, Scielo, Hinari u otras fuentes bibliográficas pertinentes para incluir referencias nacionales y latinoamericanas en su artículo.
- Todas las referencias bibliográficas seguirán las normas internacionales de Vancouver. (véase más adelante).

##### **Artículos originales:**

- Seguirán el formato internacional estandarizado **IMRD** (Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión).
- **Introducción:** Empiece escribiendo una breve referencia al tema investigado. Redacte el cuerpo de la introducción con una revisión bibliográfica no muy extensa y pertinente al tema. Coloque la/s cita/s bibliográfica/s correspondiente/s a cada artículo que ha utilizado para escribir este apartado. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que ha realizado. Incluya aquí el o los objetivos del trabajo y termine remarcando la relevancia del trabajo. Redáctelo en tiempo presente.
- **Material y Métodos:** Redáctelo en tiempo pasado, describiendo claramente el diseño del trabajo, la selección de los sujetos de observación o experimentación, características clínico-demográficas y periodo de tiempo del estudio, criterios de inclusión y exclusión. Identifique los métodos, equipos y procedimientos detalladamente de manera que otros investigadores puedan reproducir sus resultados. Identifique exactamente medicamentos y productos químicos utilizados, con su nombre genérico, dosis y vías de administración. Describa exactamente el experimento y los grupos de sujetos del estudio, así como su aleatorización, la estimación del tamaño de la muestra y los métodos estadísticos utilizados con detalle para que el lector pueda verificar los resultados. Cuantifique sus resultados y preséntelos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición (intervalos de confianza, valor de p, etc). Especifique el software utilizado.

- **Asuntos éticos:** Respete en todo momento los tres principios básicos de la ética como el respeto por los sujetos, el principio de beneficencia y el de justicia. No pueden publicarse nombres, iniciales ni número de historias clínicas de pacientes, descripciones, fotografías u otros detalles que identifiquen al paciente, especialmente en material ilustrativo, a menos que sea indispensable para la publicación. En este caso el paciente, padre o responsable legal debe expresar su consentimiento por escrito (con consentimiento informado). Cuando se trate de trabajos que incluyen experimentos en seres humanos, incluir si los procedimientos cumplen con los estándares éticos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y de la declaración de Helsinki de 1975, revisada en el 2000. Cuando se trate de experimentos con animales indicar si se han cumplido los principios básicos de carácter internacional aplicables a las investigaciones biomédicas con animales elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y del Consejo Internacional de Ciencia y Animales de Laboratorio (ICLAS).
- **Resultados:** Presente sus resultados con una secuencia lógica mediante texto, tablas o figuras. No repita en el texto los datos de cuadros y figuras sin embargo destaque o resuma las observaciones más importantes. Las tablas, figuras y fotos se presentarán según el orden mencionado en el texto, ajustándose al formato de la publicación y la editorial podrá modificarlas si presentan dificultades técnicas. El número de gráficos no debe exceder de seis y cada uno debe tener título y nota explicativa al pie. Redáctelo en tiempo pasado y no utilice citas bibliográficas en este apartado. No presente las tablas con cuadrícula ni sombreado en el texto que impidan su buena visualización.
- **Discusión:** Destaque los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos, afrontándolos con resultados presentados por otros autores e indicando exactamente su referencia bibliográfica. No repita nuevamente los resultados u otra información ya destacada en los apartados anteriores del manuscrito. Explique el significado de sus resultados, las limitaciones que existieron y haga referencia a la relevancia de sus hallazgos y/ o posibles futuros trabajos de investigación. Relacione los resultados con otras experiencias y establezca el nexo entre la conclusión y los objetivos. O sea concluya respondiendo a la pregunta de investigación u objetivo que figura en su introducción. A uno o más objetivos, una o más conclusiones, las cuales estarán insertas en los últimos párrafos de este apartado. Cuando sea pertinente puede incluir recomendaciones. Redáctelo en tiempo presente.
- **Referencias bibliográficas:** Los artículos originales deberán contener como mínimo 20 referencias bibliográficas.

#### Artículos de revisión:

- **Introducción:** Enuncie y defina el tema a ser tratado, siguiendo con una cuidadosa y pormenorizada revisión de la literatura de modo a presentar todos los datos más relevantes sobre su tema en los últimos años.
- **Subtítulos:** Usted tiene la libertad de dividir su escrito de acuerdo al orden de su plan de exposición utilizando diversos apartados subtítulados según crea conveniente. Puede utilizar además figuras, cuadros o esquemas ilustrativos que expliquen detalles de su tema de revisión. Siempre todo lo enunciado se acompañará de la cita bibliográfica correspondiente.
- **Conclusión:** Luego de redactar toda su revisión, terminará su manuscrito con una conclusión crítica, como especialista, acerca del tema revisado.
- **Referencias bibliográficas:** Deberán contener como mínimo entre 30 a 50 referencias bibliográficas de los últimos años.

#### Comunicaciones cortas:

- Como son comunicaciones que no alcanzan para una publicación completa (full papers) serán redactadas siguiendo los ítems de un artículo original con formato IMRD pero, en forma corta, de modo que el trabajo no alcance más de tres páginas. No más de una figura o una tabla. Agradecimientos y bibliografía igual que en un artículo original completo.

#### Reporte de casos:

- Puede ser de uno o de series de casos o casos familiares y siguen los siguientes ítems:
- **Introducción:** Sobre el tema con una breve revisión bibliográfica.
- **Presentación del caso clínico:** Describa completamente el o los casos a presentar, uno por uno, sin incluir referencias, en tiempo presente.
- **Discusión:** Siga la metodología de discusión como en un artículo original en base a la revisión de la literatura. Incluya además los diagnósticos diferenciales.
- **Referencias bibliográficas** no más de 25 y hasta tres tablas o tres figuras.

#### Artículo de interés:

- Serán solicitados por la editorial así como los artículos de revisión. Deberán aportar un real interés científico actualizado sin tener un análisis crítico, criterio que requiere el artículo de revisión.
- **Introducción, texto o desarrollo del tema** con sus citas bibliográficas, conclusión y referencias bibliográficas. Puede incluir no más de tres figuras o tres cuadros.

### **Artículo de opinión:**

- Serán solicitados por la editorial así como los artículos de revisión. Deberán aportar un real interés filosófico, literario o científico, sin necesidad de tener un análisis crítico, criterio que requiere el artículo de revisión.
- Texto o desarrollo del tema, con citas y referencias bibliográficas. Puede incluir no más de tres figuras o tres cuadros.

### **Cartas al Editor:**

- Tienen la finalidad de estimular la discusión de temas generales de interés para la psiquiatría, la psicología o la salud mental o de los artículos publicados (en el volumen inmediato anterior de la Revista) en forma de críticas constructivas. Puede ser también comunicaciones de observaciones científicas muy breves, que no requieran del espacio de artículos cortos o completos. Redacte máximo en tres páginas. Puede utilizar una tabla o figura y hasta cinco referencias bibliográficas si es necesario. No olvide su dirección de correspondencia.

### **Comentarios bibliográficos:**

- Escritos críticos sobre libros de psiquiatría, psicología o salud mental que cree pertinente e informativo redactar. Incluye una redacción crítica de no más de una página con la referencia correspondiente.

## **REQUERIMIENTOS UNIFORMES PARA LOS TRABAJOS ORIGINALES ENVIADOS A LAS PUBLICACIONES BIOMÉDICAS**

### **Referencias bibliográficas**

Las referencias se numerarán de manera correlativa según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto. Se identificarán en el texto, tablas y leyendas mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias que se citan sólo en las tablas o en las leyendas de las figuras se numerarán de acuerdo con el orden establecido por la primera identificación dentro del texto de cada tabla o figura.

Los ejemplos siguientes están basados en la forma usada por la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos en el Index Medicus. Se deberán escribir en abreviatura los títulos de las revistas según el estilo empleado en el Index Medicus, para lo cual se puede consultar la List of Journals Indexed que se publica anualmente como publicación específica y en el número correspondiente al mes de enero de Index Medicus. El listado también se puede obtener a través de Internet: <http://www.nlm.nih.gov>.

Es conveniente evitar citar como referencia los resúmenes presentados en congresos u otras reuniones. Las alusiones a trabajos admitidos para su publicación pero aún no publicados deberán aparecer como «en prensa» o «de próxima aparición»; los autores deberán obtener permiso escrito para citar estos trabajos así como tener constancia de que están admitidos para su publicación. La información sobre trabajos presentados pero que no han sido aceptados deberá aparecer en el texto como «observaciones no publicadas» y siempre con consentimiento escrito por parte de los responsables de la fuente de información.

En la medida de lo posible, se evitará utilizar expresiones como «comunicación personal», a menos que lo citado suministre información esencial que no se pueda obtener de fuentes publicadas, en cuyo caso el nombre de la persona y la fecha en que se efectuó la comunicación deberán constar entre paréntesis en el texto. Si se trata de artículos científicos, los autores necesitarán obtener permiso escrito de donde proceda la información particular, y confirmación de la exactitud de la misma.

El autor deberá comprobar las referencias cotejándolas con los documentos originales.

El estilo de los «Requisitos de Uniformidad» (estilo Vancouver) se basa en su mayor parte en un estilo estándar ANSI adaptado por la NLM para sus bases de datos. En los puntos donde el estilo Vancouver difiere del estilo utilizado por la NLM, se ha hecho referencia a ello, explicando en qué consiste la diferencia.

**Siempre consulte [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) a fin de obtener la versión más actualizada de los estilos de referencia.**

### **Artículos de Revistas**

#### **(1) Artículo estándar**

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al. (Nota: la NLM incluye un máximo de 25 autores; si hay más de 25 la NLM anota los 24 primeros, luego el último, y finalmente et al.).

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Como opción, si una revista utiliza paginación correlativa a lo largo del volumen (como suelen hacer la mayoría de las revistas médicas) el mes y el número del ejemplar pueden omitirse. (Nota: Para ser coherentes, esta opción se utiliza a lo largo de los ejemplos en los «Requisitos de Uniformidad». La NLM no utiliza esta opción).

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart Transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

Más de seis autores: Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

**(2) Autor corporativo**

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;116:41-2.

**(3) No se indica el nombre del autor**

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

**(4) Artículo en otro idioma distinto del inglés**

(Nota: la NLM traduce el título al inglés, lo mete entre corchetes y añade una indicación del idioma original en abreviatura. Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996;116:41-2.

**(5) Suplemento de un volumen**

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

**(6) Suplemento de un número**

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women´s psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23(1 Supl 2):89-97.

**(7) Parte de un volumen**

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32(Pt 3):303-6.

**(8) Parte de un número**

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107(986 Pt 1):377-8.

**(9) Número sin volumen**

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in reumathoid arthritis. *Clin Orthop* 1995;(320):110-4.

**(10) Sin número ni volumen**

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Curr Opin Gen Surg* 1993:325-33.

**(11) Paginación en números romanos**

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995 Abr;9(2):XI-XII.

**(12) Indicación del tipo de artículo según corresponda**

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson´s disease [carta]. *Lancet* 1996;347:1337. Clement J, De Bock R. Hematological complications of antavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992;42:1285.

**(13) Artículo que contiene una retractación**

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in the mice. [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: *Nat Genet* 1994;6:426-31]. *Nat Genet* 1995;11:104.

**(14) Artículo retirado por retractación**

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocius IRBP gene expression during mouse development [retractado en *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994;35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994;35:1083-8.

**(15) Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in sintptomatic patients following inguinal hernia repair [fe de erratas en *West J Med* 1995;162:278]. *West J Med* 1995;162:28-31.

Libros y Otras Monografías

(Nota: el estilo Vancouver anterior añadía, de manera errónea, una coma en lugar de un punto y coma entre el editor y la fecha).

**(16) Individuos como autores**

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

**(17) Editor(es), compilador(es) como autores**

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

**(18) Organización como autor y editor**

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid programme. Washington (DC): The Institute; 1992.

**(19) Capítulo de libro**

(Nota: el anterior estilo Vancouver tenía un punto y coma en lugar de una «p» para la paginación).

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertensión and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editores. *Hypertensión: pathophysiology, diagnosis and management*. 20 ed. Nueva York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

**(20) Actas de conferencias**

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

**(21) Ponencia presentada a una conferencia**



Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Ginebra, Suiza. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

**(22) Informe científico o técnico**

Publicado por la agencia patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Fynal report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOE169200860.

Publicado por la agencia responsable de su desarrollo:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health Services Research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contrato N1.: AHCPR282942008. Patrocinado por la Agency for Health Care Policy and Research.

**(23) Tesis doctoral (o similar)**

Kaplan SJ. Post-hospital home health-care: the elderly's acces and utilization [tesis doctoral]. San Luis (MO): Washington Univ.; 1995.

**(24) Patente**

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Méthods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patente 5,529,067. 1995 Jun 25.

**Otros trabajos publicados**

**(25) Artículo de periódico**

Lee G. Hospitalitations tied to ozone pollution: study estimates 50.000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sec. A:3 (col. 5).

**(26) Material audiovisual**

VIH +/SIDA: the facts and the future [videocassette]. San Luis (MO): Mosby-Anuario; 1995.

**(27) Documentos legales**

Ley aprobada: Preventive Healths Amendments of 1993 Pub. L. No.103-183, 107 Stat 2226 (Dec. 14, 1993).

Proyecto de ley: Medical Records Confidentiality Act of 1995, S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).

Código de Regulaciones Federales: Informed Consent, 42 C.F.R. Sect. 441257 (1995).

Comparecencia: Increased Drug Abuse: the impact of the Nation's Emergency Rooms: Hearings before the Subcomm. on Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. on Government Operations, 103rd Cong., 1st Sess. (May 26, 1993).

**(28) Mapa**

North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [mapa demográfico]. Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health and Natural Resources Div. of Epidemiology; 1991.

**(29) Libro de la Biblia**

La Sagrada Biblia. Versión del Rey Jaime. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

**(30) Diccionarios y obras de consulta similares**

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

**(31) Obras clásicas**

The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete Works of William Shakespeare. Londres: Rex; 1973.

**Material no publicado**

**(32) En prensa**

(Nota: la NLM prefiere poner «de próxima aparición» puesto que no todos los informes serán impresos). Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1997.

**Material Informático**

**(33) Artículo de revista en formato electrónico**

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

**(34) Monografía en formato electrónico**

CDI, clinical dermatology illustrated [monografía en CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Versión 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

**(35) Archivos de ordenador**

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [programa de ordenador]. Versión 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

**CITACIÓN DE LOS REQUISITOS DE UNIFORMIDAD**

Los «Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a Revistas Biomédicas» y las declaraciones que se incluyen en este documento están publicados en revistas de todo el mundo (y ahora diferentes páginas WEB contienen el documento). Para citar la versión más reciente de los «Requisitos de Uniformidad», debemos asegurarnos de que sea una versión publicada el 1 de enero de 1997 o posteriormente a esa fecha.

